

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
Programa de Estudos de Pós-Graduação em História da Ciência

**A LEI ANTI-TÓXICOS (Nº 6.368/76): OS CRITÉRIOS CIENTÍFICOS
UTILIZADOS EM SUA ELABORAÇÃO E A EXCLUSÃO DO ÁLCOOL**

Liliane Maria Prado Amuy

2005

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
Programa de Estudos de Pós-Graduação em História da Ciência

**A LEI ANTI-TÓXICOS (Nº 6.368/76): OS CRITÉRIOS CIENTÍFICOS
UTILIZADOS EM SUA ELABORAÇÃO E A EXCLUSÃO DO ÁLCOOL**

Liliane Maria Prado Amuy

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em História da Ciência, sob a orientação da Prof^a Doutor^a Márcia H. M. Ferraz.

2005

Banca Examinadora

RESUMO

O consumo de substâncias psicoativas acompanha o ser humano desde os primórdios de seu desenvolvimento. Com o passar dos tempos, o uso dessas substâncias deixou de ter caráter eminentemente religioso e ritual, tornando-se um problema de saúde pública. Em 1973, a Câmara dos Deputados do Brasil instalou uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) com a finalidade de ampliar os conhecimentos a respeito do uso das drogas, visando, principalmente, aperfeiçoar a legislação vigente e propor novas medidas de caráter preventivo e repressivo a esse problema. As conclusões dessa CPI foram utilizadas como base para a elaboração da Lei nº 6.368, aprovada em 21 de outubro de 1976. Apesar de todas as discussões e consultas feitas a autoridades especialistas no assunto, o álcool não foi incluído na relação de substâncias proibidas, mesmo estando comprovado por pesquisas acadêmicas que seus efeitos são análogos às referidas substâncias. Este estudo avaliou toda a documentação oficial envolvida nessa discussão, sem conseguir ter encontrado uma razão objetiva para tal exclusão. A análise de outras fontes, entretanto, permitiu o levantamento de outras hipóteses de ordem social e econômica, que podem vir a explicar o tratamento diferenciado que é dado ao álcool, considerando-o como droga lícita.

Palavras-chave: História da Ciência, Drogas, Álcool, Legislação.

ABSTRACT

The use of psicoactive substances came with the men since the beginning of their development. In the course of time, this use changed, from a religious and ritual habit to a public health problem. In 1973, the Brazilian Chamber of Deputies settled an Inquiry Parliamentary Commission (CPI) in order to enlarge knowledge about drugs, aiming to improve the active legislation and to propose new preventive and repressive acts to this problem. The conclusion of this CPI was used to establish the Federal Law nº 6.368, approved at 1976, July 21th. In spite of all discussions and consultations made to specialist authorities, the alcohol was not included between the forbidden substances, even its effects are known to be similar to those produced by other drugs. This study evaluated all official documents involved in the discussions, but can't reach objectively the reason to this exclusion. The analysis of other papers, however, allowed us to raise some hypothesis in social and economical areas, that may explain the different treatment received by alcoholic beverages, named a licit drug.

Keywords: **History of Science**, Drugs, Alcohol, Legislation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
Capítulo 1 - O Uso de Substâncias que Alteram o Comportamento	9
1.1 Terminologia e Conceituação	9
1.2 Registros Históricos	11
1.3 A Utilização no Brasil	17
1.4 Evolução da Regulamentação Legal em Nosso País	20
Capítulo 2 - A Comissão Parlamentar de Inquérito e a Elaboração da Lei nº 6.368/76	24
2.1 O Exercício da Função Legislativa no Brasil	24
2.2 Motivação, Estrutura e Funcionamento da CPI	25
2.3 Aspectos dos Depoimentos Prestados Pelos Especialistas	28
2.4 Conceitos e Critérios Utilizados para Elaboração do Relatório Final	44
Capítulo 3 - Estudos sobre o Consumo de Bebidas Alcoólicas e a Legislação	51
3.1. Conceituação e Terminologia	51
3.2 A Caracterização do Alcoolismo como Doença	53
3.3. Dependência Física e Psicológica	59
3.4. A Legislação Brasileira e o Consumo de Álcool	62
3.5 Tratamento Diferenciado dado às Bebidas Alcoólicas em Relação às Substâncias Psicoativas	68
CONCLUSÃO	76
BIBLIOGRAFIA	80
ANEXOS	91

INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicotrópicas¹ acompanha o homem desde a antiguidade. Inicialmente essas substâncias eram utilizadas em rituais religiosos ou com finalidades terapêuticas. Com o tempo, porém, seus efeitos prejudiciais tornaram-se evidentes, tanto para a sociedade quanto para o indivíduo, chamando a atenção das autoridades e estudiosos de diversos ramos da Ciência.

O aumento do número de usuários dependentes física e/ou psicologicamente dessas substâncias atingiu altos índices no século XX, fazendo com que os países e as instituições internacionais começassem a adotar medidas preventivas e repressivas, tentando reduzir os danos causados pelo problema, que passou a ser considerado de saúde pública.

Apesar de também serem consideradas potencialmente nocivas, as bebidas alcoólicas sempre tiveram um tratamento diferenciado nesse contexto. Assim como o tabaco, o álcool é tratado como "droga lícita", ou seja, socialmente aceita e amplamente disseminada no mundo, mesmo já tendo sido comprovado através de inúmeras pesquisas, que o abuso de bebidas alcoólicas possui características semelhantes às das drogas chamadas de "ilícitas".

Em 1973, dois crimes ocorridos no Brasil chamaram a atenção das autoridades por envolverem situações semelhantes: as vítimas eram crianças e os acusados estavam envolvidos com o uso e com o tráfico de drogas.

Em outubro do mesmo ano, o Deputado Peixoto Filho encaminhou à Câmara Federal um requerimento para instauração de Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre o consumo de drogas em nosso país, visando o levantamento de informações e a apresentação de sugestões que pudessem contribuir para o aprimoramento da legislação e das políticas públicas relativas ao assunto.

Os trabalhos da CPI se estenderam de novembro de 1973 a agosto de 1974. Nesse período os deputados que compunham a Comissão tiveram acesso a documentos e informações de diversos órgãos do Governo, além de sugestões e relatórios enviados por entidades da sociedade civil interessadas no problema. As

¹ O conceito de substâncias psicotrópicas e outros correlatos serão tratados no Capítulo 1.

maiores contribuições, entretanto, foram dadas por uma Comissão de Assessoramento, formada por autoridades médicas, psiquiátricas, policiais e judiciais, que prestaram depoimento, apresentando sua experiência e conhecimento a respeito do assunto.

Ao final dos trabalhos foi apresentado um relatório contendo um resumo das informações levantadas, bem como sugestões para mudanças a serem efetuadas nos diversos âmbitos de atuação do poder público. O referido relatório deu origem à Lei nº 6.368, aprovada em 21 de outubro de 1976, que ficou conhecida como Lei Anti-Tóxicos.

Apesar de terem sido convidados especialistas das áreas médicas, farmacológicas e psiquiátricas, que possuíam amplo conhecimento sobre as pesquisas que apontavam os efeitos nocivos do uso abusivo do álcool, pouco foi levantado a esse respeito e nenhuma medida foi sugerida para sua inclusão entre as substâncias que causavam dependência física e/ou psicológica.

Desde 1967, a Organização Mundial da Saúde, reconhece o alcoolismo como uma doença crônica. Como enfermidade, o alcoolismo está na Classificação Internacional de Doenças (C.I.D.), em pelo menos três rubricas sob os números 201 (psicose alcoólica), 303 (síndrome de dependência do álcool) e 305.0 (abuso do álcool sem dependência)².

Apesar disso, não há na legislação brasileira qualquer restrição ao porte, consumo ou comercialização do álcool, a não ser em situações específicas tais como a embriaguez ao volante ou a venda para menores de 18 anos.

Essa omissão chamou nossa atenção e foi a causa para a escolha do tema desta pesquisa, onde buscamos compreender os motivos que levaram ao tratamento diferenciado dado às bebidas alcoólicas em relação às demais substâncias psicoativas.

Nosso estudo teve como ponto de partida o Projeto de Resolução nº 116, de 29 de agosto de 1974³, que contém o Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar as causas do tráfico e uso de substâncias alucinógenas no país. A partir dos dados levantados nesse Relatório, buscamos levantar a bibliografia utilizada pelos membros da Comissão, bem como a vasta bibliografia disponível sobre os assuntos a serem tratados, em especial o álcool, as drogas e a legislação

² H. Elkis, *Definições e Critérios no Diagnóstico do Alcoolismo*, p.48.

pertinente, principalmente trabalhos de pesquisadores ligados à Medicina, Farmacologia e ao Direito. Além disso, procuramos analisar o material taquigráfico produzido nas sessões da Comissão Parlamentar de Inquérito, cujo relatório deu origem à Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.

No primeiro capítulo abordaremos alguns conceitos e terminologias encontradas na literatura, bem como um histórico do uso das substâncias psicotrópicas pelo homem, tanto no Brasil como no mundo, e a evolução da legislação brasileira referente ao assunto.

O segundo capítulo apresenta um estudo sobre a criação, o funcionamento e as conclusões apresentadas pela Comissão Parlamentar de Inquérito instaurada em 1972 a fim de estudar o problema do consumo e do tráfico de drogas no Brasil.

No terceiro capítulo faremos uma abordagem sobre o consumo das bebidas alcoólicas, seu histórico, os aspectos científicos (médicos, psicológicos, farmacológicos, etc.) e legais em nosso país.

O último capítulo procura levantar as causas do tratamento diferenciado que é dado ao álcool em relação às drogas consideradas ilícitas na legislação e nas políticas públicas brasileiras.

³ Publicado no Diário do Congresso Nacional em 24 de setembro de 1974. Ver Anexo I.

Capítulo 1 - O Uso de Substâncias que Alteram o Comportamento

1.1 Terminologia e Conceituação

O fenômeno do uso de substâncias que alteram o comportamento do ser humano é bastante antigo. Desde os primeiros conhecimentos sobre as plantas que possuíam efeitos medicinais, utilizadas pelos povos antigos, até os dias de hoje, essas substâncias sempre fizeram parte do cotidiano.

A mesma evolução pode ser observada no estudo dessas substâncias, alvo de pesquisas e relatos que acompanham nossa História. À medida em que se ampliam os conhecimentos sobre sua utilização, também novos conceitos são criados com a finalidade de melhor expressar essas descobertas.

Na atualidade as palavras "tóxicos", "drogas", "entorpecentes", "narcóticos" são utilizadas como sinônimos, independentemente de seu real significado. Por analogia outros termos foram surgindo e acabaram sendo disseminados, principalmente em função da divulgação da mídia, sem nenhuma preocupação com os conceitos científicos que lhes deram origem.

Em nossos estudos verificamos a alternância dessa terminologia, inclusive entre estudiosos do mesmo ramo da Ciência. Por essa razão, os reais significados dos termos e sua etimologia são importantes para melhor compreensão do fenômeno, mesmo considerando que ao longo do texto, algumas vezes poderão ser utilizados fora de seus reais contextos.

A palavra "droga" não possui uma etimologia bem definida. Pode ter se originado de "*drowa*" (em árabe, "bala de trigo") ou de "*drooge vate*" (em holandês, "tonéis de folhas secas"). O primeiro idioma a utilizá-la como a conhecemos hoje foi o francês ("*drogue*", substância química ou farmacêutica, remédio). Nos dias atuais, é definida pela Medicina como sendo "qualquer substância capaz de modificar o funcionamento dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento"⁴ Constitui-se, portanto, num conceito muito mais amplo do que o comumente utilizado, abrangendo praticamente todas as substâncias com propriedades farmacológicas.

⁴ Hospital Israelita Albert Einstein. Programa Álcool e Drogas (PAD). Site Álcool e Drogas sem Distorção

O termo "tóxico" é um pouco mais específico e refere-se a substâncias que provocam intoxicação no organismo, podendo ocasionar alterações somáticas, psíquicas ou ambas. Sua origem vem do latim, "*toxum*", veneno. Partindo **desse** **idéia**, "tóxico" são substâncias que "envenenam" o organismo, produzindo a destruição ou a perturbação de suas funções vitais⁵.

Apesar do uso corrente, as palavras "entorpecente" e "narcótico" não podem ser utilizadas de maneira genérica para designar essas substâncias. Ambos os termos referem-se a efeitos relacionados com a redução da atividade cerebral. Entorpecer significa "produzir torpor", diminuição da sensibilidade, indolência, prostração. Narcótico tem origem no grego "*narcosis*", cujo significado é sinônimo do anterior. Como algumas substâncias que provocam alterações físicas e/ou psíquicas possuem efeito exatamente contrário, essas palavras vêm caindo em desuso⁶.

A palavra "psicotrópico" começou a ser utilizada a partir do início da década de 60, procurando abranger de maneira genérica todas as substâncias químicas que possuem um tropismo psicológico, ou seja, são atraídas pelo Sistema Nervoso Central (SNC), onde atuam⁷. Também com esse significado podemos encontrar o termo "substâncias psicoativas".

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo "psicotrópico" tem, em sentido geral, o mesmo significado que "psicoativo", ou seja, "substância que, quando ingerida, afeta o processo mental"⁸. A definição da OMS ressalta que alguns autores utilizam o termo "psicotrópico" para as drogas cuja utilização primária seja o tratamento de distúrbios mentais, tais como os sedativos ansiolíticos (reduzidores de ansiedade), antidepressivos, neurolépticos (calmantes), etc. Outros utilizam o termo para se referir a substâncias com alto potencial de abuso, em função de seus efeitos sobre o humor, a consciência ou ambos - estimulantes, alucinógenos, opióides, sedativos/hipnóticos (inclusive o álcool), etc. No contexto do controle internacional, entretanto, são consideradas psicotrópicas todas as substâncias controladas pela Convenção de Substâncias Psicotrópicas de 1971, ou seja, aquelas que podem causar dependência física e/ou psíquica,

(http://200.152.193.254/novosite/drogas_conceito.htm)

⁵ A. Houaiss & M. S. Villar. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*, p. 2742.

⁶ *Ibid.*, p. 1164.

⁷ J. Delay & P. Deniker *apud* Instituto Social Morumbi. *Entorpecentes - Estudos sobre Tóxicos e Toxocomania*, p. 13.

⁸ OMS, *Lexicon of alcohol and drug terms*.

estimulação ou depressão do sistema nervoso central e que possam resultar em alucinações ou perturbações na função motora, raciocínio, comportamento, consciência ou humor⁹.

Apesar dessas diferenças conceituais médico-farmacológicas, em nosso estudo procuraremos utilizar os termos que foram utilizados nos textos consultados, independentemente de sua correção, respeitando seus aspectos históricos. Quando em sentido genérico, utilizaremos preferencialmente os termos "psicotrópicos" ou "substâncias psicotrópicas", por melhor representarem as características das diversas substâncias consideradas.

1.2 Registros Históricos

A descoberta das drogas pelo homem foi, aparentemente, acidental, através do consumo de plantas que possuíam efeito analgésico ou estimulante¹⁰. Com o tempo, essas plantas, ou as substâncias delas extraídas, passaram a fazer parte de rituais religiosos, com o intuito de ampliar a percepção e "facilitar" a comunicação com as divindades^{11,12}. Escavações arqueológicas feitas nas cavernas de Shanidar, no Iraque, encontraram evidências do uso de substâncias psicotrópicas há mais de 50.000 anos, pelo homem de Neandertal¹³.

É possível que a primeira substância causadora de alterações físico-comportamentais utilizada pelo homem tenha sido o álcool. Não há registros exatos quanto à sua origem, porém supõe-se que seu uso iniciou-se provavelmente há 250.000 anos, havendo a certeza da ingestão de bebidas fermentadas a partir do período neolítico (8.000 a 10.000 a. E. C.). Diversos povos utilizaram-se da cerveja e do vinho na História Antiga, havendo documentos que descrevem a produção em grande escala de bebidas fermentadas a partir do arroz, na Índia, ou da cevada, no Egito¹⁴. Na Mesopotâmia, no final do segundo milênio a. E. C. as cervejas a base de cereais foram substituídas por fermentados a base de tâmaras. Também é

⁹ *ibidem*.

¹⁰ G. L. Longnecker, *Drogas - Ações e Reações*, p. 5.

¹¹ G. R. A. Focchi, *Dependência de Drogas: uma abordagem para leigos*, p. 1

¹² A. F. Donato, *Alguns Aspectos Educacionais do problema da Toxicomania*, p. 2.

¹³ P. M. Gahlinger. *Illegal Drugs: A Complete Guide to Their History, Chemistry, Use and Abuse*, p.5.

¹⁴ J. R. A. Fortes, op. cit., p. 1.

mencionada a fermentação da uva¹⁵.

Na Bíblia há 250 referências às bebidas alcoólicas, algumas favoráveis outras condenando seu uso em excesso¹⁶. Duas passagens bastante conhecidas falam sobre a embriaguez. Noé, após o final do dilúvio, plantou uma vinha, produziu vinho e embriagou-se, pondo-se nu dentro de sua tenda. Ridicularizado pelo filho mais novo junto aos irmãos, quando acordou amaldiçoou-o (Gênesis, 9.20-26). Em outra passagem, as filhas de Ló deram-lhe vinho por noites seguidas com a intenção de embebedá-lo e poderem engravidar, garantindo a descendência da linhagem (Gênesis, 19.30-38)¹⁷.

Na mitologia grego-romana, Baco, também conhecido por Dionísio, era considerado o deus do vinho, tendo inventado a bebida para impor sua divindade ou promover sua imortalidade¹⁸.

O ópio também era conhecido pelas antigas civilizações, que utilizavam seus poderes calmantes e analgésicos com finalidades medicinais, principalmente no Oriente. Foram encontradas descrições do cultivo da papoula e do preparo do ópio em tábuas de argila dos sumérios, na Mesopotâmia, datadas aproximadamente de 4.000 a 7.000 a.C.¹⁹.

Na farmacopéia e na medicina greco-romanas, o ópio era amplamente utilizado como sonífero e analgésico, apesar de também serem conhecidos os perigos de sua utilização. A primeira referência ao ópio na literatura grega aparece na *Odisséia*, de Homero, onde é citada como uma droga que "acalma todas as dores e discussões"²⁰

O monopólio da Inglaterra no comércio do ópio da Índia, a partir do século XVIII, fez com que seu consumo se disseminasse pelo resto do mundo através dos navios mercantes. Foi também causa de duas guerras entre a Inglaterra e a China, de 1839 a 1844 e de 1856 a 1860, conhecidas como a Guerra do Ópio²¹. Em função desse conflito, a China começou também a produzir a papoula, o que popularizou sua utilização naquele país. Há registro de que as mães na China antiga, para

¹⁵ R. Bucher. Visão Histórica e Antropológica das Drogas. in R. M. M. D. Figueiredo (org). *Prevenção ao Abuso de Drogas em Ações de Saúde e Educação*. p. 10.

¹⁶ C. F. Alvim, *Aspectos Antropológicos do Alcoolismo*, p.139.

¹⁷ R. Posterli, *Tóxicos e Comportamento Delituoso*, p. 55.

¹⁸ M. C. V. Santarcangelo, *A Realidade dos Tóxicos*, p. 12.

¹⁹ J. Milby, *A Dependência de Drogas e Seu Tratamento*, pp. 249-250.

²⁰ J. Scarborough. The opium poppy in Hellenistic and Roman medicine. In: R. Porter & M. Teich (org.). *Drugs and Narcotics in History*, p. 4.

acalmarem o choro, sopravam no rosto dos filhos a fumaça do ópio, ignorando seus efeitos prejudiciais à saúde²². Apesar de seus princípios analgésicos serem conhecidos há milênios, os derivados do ópio, como a morfina, somente começaram a ser produzidos no século XIX, com o desenvolvimento da Química Orgânica²³.

O cânhamo (*Cannabis sativa*), de cujas folhas é produzida a maconha, é cultivado pela humanidade há cerca de dez mil anos, principalmente para utilização de suas fibras para confecção de papel, cordas, tecidos e estopas. Suas propriedades psicotrópicas só ficaram conhecidas quando as sementes passaram a ser utilizadas na alimentação²⁴.

O livro quarto dos Vedas descreve a resina extraída da *Cannabis* como "Vijahia", que significa "portadora da felicidade" ou "fonte da felicidade". Seu uso em rituais religiosos tinha o objetivo de "purificar a mente e estimular o cérebro"²⁵. Há registros do uso da *Cannabis* como defumador pelos assírios, no século IX a.C., e pelos citas, moradores da região onde se encontra hoje a Sibéria, no século V a. C., que lançavam as sementes na brasa para poderem inalar a fumaça exalada²⁶.

O cultivo do cânhamo como fibra têxtil, iniciado no Oriente, espalhou-se pelo norte da África e sul da Europa através das invasões mouras, nos séculos IX a XI²⁷. Alguns autores também citam as Cruzadas (sec XI a XIII), como responsáveis por essa difusão²⁸. O uso do haxixe, entretanto, só tornou-se conhecido no continente europeu após a invasão do Egito pelas tropas napoleônicas, no final do século XVIII²⁹.

A descoberta da América e o início de sua colonização trouxe o cultivo do cânhamo para nosso continente, principalmente em razão das grandes extensões de terra e do clima, mais favorável do que o europeu para seu desenvolvimento. Nos EUA, data de 1611 o registro da primeira colheita do cânhamo, numa plantação em Jamestown, Estado da Virgínia³⁰.

No Brasil, há referências de que as primeiras sementes de *Cannabis* foram

²¹ M. C. V. Santarcangelo, op. cit., p. 73.

²² A. F. Donato, op. cit., p. 2.

²³ R. Posterli, op. cit., p. 131.

²⁴ Hospital Israelita Albert Einstein. Programa Álcool e Drogas (PAD). Site Álcool e Drogas sem Distorção (http://200.152.193.254/novosite/drogas_historia_maconha.htm)

²⁵ S. C. Oliveira, *Conversando sobre as Drogas*, p. 157.

²⁶ *Ibid.*, p. 158.

²⁷ S. C. Oliveira, op. cit., p. 158.

²⁸ Hospital Israelita Albert Einstein. *História da Maconha*.

²⁹ S. C. Oliveira, op. cit., p. 158

trazidas do norte da África pelos escravos, a partir de 1549, tendo se aclimatado bem na região Nordeste^{31,32}. No Rio Grande do Sul, entre 1783 e 1789 funcionou a Real Feitoria do Linho Cânhamo, onde a planta foi cultivada com mão de obra escrava para o fornecimento da fibra, utilizada na fabricação de cordas e velas para os navios portugueses³³.

A produção da *Cannabis* para a fabricação de fibras somente perdeu importância econômica com o surgimento da industrialização do algodão, no século XIX. Seu uso como substância psicoativa, entretanto, permanece até os dias atuais³⁴.

A planta da coca, de onde é extraída a cocaína, é originária da América, e só ficou conhecida dos europeus após o descobrimento do continente. A folha da coca era utilizada pelos incas para reduzir a fome, reanimar a fadiga e em rituais sagrados, como casamentos, funerais e iniciações. Pesquisas arqueológicas indicam que o uso pelos nativos americanos já ocorria há pelo menos 4.500 anos³⁵.

Em 1860, o químico Albert Niemann, a partir de folhas de coca enviadas do Peru, isolou seu principal alcalóide, denominando-o de "cocaína". Ainda no final do século XIX foram lançadas comercialmente diversos produtos à base de cocaína, inclusive a Coca-Cola, **que manteve a substância em sua fórmula até 1903, depois da publicação de inúmeros casos agudos ou crônicos de danos físicos e psíquicos relacionados à cocaína**³⁶.

Entre 1880 e 1884, o *Therapeutic Gazzette* publicou 16 relatos de cura da dependência de ópio com o uso da cocaína³⁷. Alguns anos depois, pesquisas realizadas por Sigmund Freud e Karl Köller indicaram seu uso como anestésico local e analgésico. Essa indicação permaneceu até o início do século XX, após a publicação de diversos estudos indicativos de sua ação intoxicante e psicotrópica³⁸.

Em 1898, o laboratório farmacêutico Bayer, desenvolveu uma nova droga derivada do ópio, dez vezes mais potente que a morfina. Foi chamada de "heroína",

³⁰ *Ibid*, p. 159.

³¹ *Ibid*, p.161.

³² Instituto Social Morumbi, *Entorpecentes*, p. 110.

³³ C. M. Bento. *Município de Canguçu-RS: Formação Histórica*.

³⁴ S. C. Oliveira, *op. cit.*, p. 160.

³⁵ *Ibid.*, p. 193.

³⁶ *Ibid.*, p. 199; Hospital Israelita Albert Einstein. Programa Álcool e Drogas (PAD). Site Álcool e Drogas sem Distorção (http://200.152.193.252/alcooledrogas/drogas_historia_cocaina.htm).

³⁷ Hospital Israelita Albert Einstein. Programa Álcool e Drogas (PAD). Site Álcool e Drogas sem Distorção (http://200.152.193.254/novosite/drogas_conceito.htm)

por ser considerada um remédio "milagroso" no alívio de tosse, gripes, bronquites, enfisemas, asma e tuberculose. Também era utilizada no tratamento do vício da morfina³⁹.

As preocupações com o uso abusivo de substâncias psicotrópicas somente começaram a aparecer às vésperas da Revolução Industrial, com a urbanização crescente da população e o incremento do comércio mundial. Datam dessa época os primeiros trabalhos médicos sobre o alcoolismo e sobre as psicoses alcoólicas⁴⁰.

Talvez o primeiro estudo do assunto tenha sido publicado em 1804, por Thomás Trotter (1760-1832), de Edimburgo, com o título *Um ensaio médico, filosófico e químico sobre a embriaguez*, onde descreve a incidência crescente do problema na Inglaterra. No decorrer do século XIX novos estudos foram publicados, e outros termos apareceram relativos ao problema. O alemão Hufeland criou o termo "dipsomania". O inglês Thomas Sutton (1767-1835) descreveu o "*delirium tremens*" (1813), mas sua ligação com o consumo de álcool só foi confirmada por Pierre Rayer (1793-1867), em 1819. O Sueco Magnus Huss (1807-1890) criou a expressão "*alcoholismus chronicus*" (1849)⁴¹.

A cocaína, que vinha sendo utilizada para o tratamento do vício do ópio, passa a receber críticas da comunidade médica e científica no final do século XIX. Por volta de 1890, pelo menos 400 casos de danos físicos e psíquicos relacionados a seu uso já haviam sido publicados na literatura médica⁴².

Em 1902, Emil Kraepellin (1856-1926), psiquiatra alemão, em uma conferência para clínicos da Universidade de Heidelberg, destaca que os médicos têm papel fundamental na prevenção e alívio das doenças mentais, apontando o alcoolismo, a sífilis e o abuso de morfina e cocaína como "mais importantes pontos de ataque"⁴³.

Em 1909 realizou-se o I Encontro Internacional sobre Tóxicos, realizado em Shangai, na China, onde 13 nações se reuniram para debater o problema. As conclusões apontaram para a adoção da regulamentação interna dos países participantes, apesar de ter sido levantada a proposta de combate ao tráfico no

³⁸ S. C. Oliveira, op. cit., pp. 198-200.

³⁹ S. Freeman. "Na Rota do Vício - Tudo sobre Drogas" *apud* S. C. Oliveira, op. cit., p.231.

⁴⁰ C. F. Alvim, *Aspectos Antropológicos do Alcoolismo*, p.137.

⁴¹ *Ibid.*, p.140.

⁴² Hospital Israelita Albert Einstein. endereço citado.

⁴³ *Ibid.*

Extremo Oriente. Em 1911 houve a I Convenção Internacional do Ópio, em Haia, que só passou a vigorar a partir de 1921, após a I Guerra Mundial⁴⁴.

Diversas conferências internacionais se sucederam entre 1924 e 1936, sendo que em 1931 houve a participação de 65 países e foi indicada a Liga das Nações para estudar e criar mecanismos para solução do tráfico internacional de entorpecentes. Com o término da II Guerra Mundial, a Sociedade das Nações foi substituída pela Organização das Nações Unidas (ONU), que deu continuidade às negociações, efetivando os acordos e protocolos criados anteriormente, com pequenas alterações. Somente em 1961 foi firmada, em Nova York, a Convenção Única Sobre Entorpecentes, com o objetivo de unificar todos os acordos internacionais anteriores⁴⁵.

Até a década de 70, os resultados obtidos por esses acordos foram pouco efetivos, uma vez que enfrentavam a oposição dos países produtores de matéria-prima, possuíam brechas para a produção e comercialização de drogas com finalidades terapêuticas e não tratavam o assunto com objetividade, principalmente por terem sido realizadas dentro de contextos de modificações político-sociais e econômicas causadas pelas duas grandes guerras e pelo início das hostilidades da Guerra Fria, entre países capitalistas e comunistas⁴⁶.

Na segunda metade do século XX, além das substâncias psicotrópicas naturais, disseminou-se o uso do LSD (que havia sido sintetizado em 1938), dos inalantes à base de éter e clorofórmio (como o lança-perfume)⁴⁷, das anfetaminas e da cocaína, principalmente a partir da década de 60, quando os movimentos contraculturais começaram a questionar os valores sociais vigentes e passaram a agregar as minorias até então marginalizadas. Também contribuiu para essa expansão do consumo a concentração da política de repressão norte-americana à maconha e ao LSD, permitindo que outras substâncias fossem introduzidas no país⁴⁸.

⁴⁴ M. C. V. Santarcangelo, op. cit., p.53.

⁴⁵ M. C. V. Santarcangelo, op. cit., pp.53-54.

⁴⁶ A. F. Donato, op. cit., p.3.

⁴⁷ S. C. Oliveira, op. cit., p. 135 e 252.

⁴⁸ Hospital Israelita Albert Einstein. página citada.

1.3 A Utilização no Brasil

Antes da chegada dos europeus à América, seus habitantes conheciam e utilizavam diversas plantas com efeitos psicoativos em rituais religiosos e com finalidades terapêuticas. Principalmente na Bacia Amazônica, a influência das antigas culturas andinas introduziu entre as tribos o uso da ayahuasca, chá a base de plantas nativas e com efeitos alucinógenos. Também eram utilizadas outras substâncias extraídas da flora local, como o yagé, o paricá, a datura, o epona, ingeridos sob a forma de chá ou pó⁴⁹.

O costume da utilização de plantas nativas foi relatado por viajantes, como Hans Staden (1510-1576), náufrago alemão que viveu 9 meses entre os índios tupinambás, escreveu, em 1557, *Viagens e Aventuras no Brasil*, onde descreve detalhadamente a preparação do cauim, bebida fermentada à base das raízes da mandioca. Também Gabriel Soares de Souza (1490-1591), em seu livro *Tratado Descritivo do Brasil em 1587*, obra somente publicada na versão integral em 1851, relata a produção do cauim, informando que outros legumes e frutas eram utilizadas além da mandioca, tais como milho e caju. Segundo estes autores, cada família produzia sua própria bebida, tarefa exclusiva das mulheres. O consumo, entretanto, era coletivo e restrito aos dias com acontecimentos importantes, tais como ritos de passagem, nascimento, morte, partida para a guerra, quando toda a aldeia se reunia e bebia até que se esgotasse o estoque disponível⁵⁰.

Com a instalação dos primeiros engenhos de cana-de-açúcar, no século XVI, iniciou-se também a destilação da aguardente, inicialmente utilizada somente como remédio e vendida em farmácias, sob prescrição médica, indicada contra verminose, resfriados, "retardamento da velhice", picadas de insetos, etc⁵¹.

Por se tratar de um subproduto da indústria açucareira e, portanto, de baixo custo, era oferecida pelos senhores aos escravos tanto com finalidades medicinais como para alegrá-los nos feriados e dias de festas religiosas. Os portugueses preferiam as bebidas européias, tais como vinho, licores e cerveja, mas aos poucos passaram também a consumir a cachaça, tornando-a popular em todos os extratos

⁴⁹ M. C. V. Santarcangelo, op. cit., p. 122.

⁵⁰ C. F. Alvim., op. cit., p.142-143.

⁵¹ *ibidem*, p. 144-145.

sociais⁵².

Segundo Caio Prado Júnior, no Período Colonial, o tabaco e a aguardente eram utilizados como moeda no escambo de escravos. O tabaco era mais utilizado na Bahia, enquanto a aguardente tinha preferência no Rio de Janeiro⁵³.

Junto com os escravos, no século XVI, vieram as primeiras sementes de *Cannabis*, tendo encontrado clima e terreno propícios para seu cultivo nas regiões Norte e Nordeste, mais assemelhadas com o continente africano. A erva ficou conhecida como "*Fumo de Angola*" e era consumida principalmente em cachimbos ou como cigarros. Sua produção em território nacional somente foi proibida em 1937⁵⁴.

No Brasil a evolução do consumo de substâncias psicotrópicas acompanhou o continente europeu, até em função de sua influência social e cultural⁵⁵. No início do século XX, a cocaína e a morfina eram bastante conhecidas e consumidas, principalmente entre as classes economicamente superiores e entre os intelectuais e pessoas ligadas à cultura⁵⁶.

Nessa mesma época começam a surgir diversos textos tratando do consumo de psicotrópicos, com especial destaque para o álcool. Assim, a *Revista Médica de São Paulo*, em maio de 1914, publicou um relatório do Dr. Benjamin Moss com o título "O álcool sob o ponto de vista médico-legal, civil e criminal". Neste artigo, Dr. Moss afirma que "no quadro psycho-pathico do alcoolismo chronico, figura como phenomeno de summa importancia a gradativa depreciação moral do ébrio"⁵⁷ Relata também que "as relações íntimas entre o alcoolismo e a criminalidade são provadas de um modo claro e evidente"⁵⁸ A principal intenção desse relatório era questionar a legislação vigente em relação às sanções impostas às pessoas que cometiam crimes sob o efeito do álcool.

Em 1924, Pernambuco Filho e Adauto Botelho publicaram *Vícios Sociais Elegantes (Cocaína, Éter, Diamba, Ópio e seus Derivados, etc.)*, onde alertavam para o problema do uso dessas substâncias entre as classes superiores, sua

⁵² J. R. A. Fortes, "Histórico do Alcoolismo", in J. R. A. Fortes & W. N. Cardo, *op. cit.*, p. 8.

⁵³ Em *Formação do Brasil Contemporâneo* (1942), apud C. F. Alvim, *Aspectos Antropológicos do Alcoolismo*, p. 141.

⁵⁴ *Ibidem*

⁵⁵ J. B. Gonzaga, *Entorpecentes*, pp. 24-25.

⁵⁶ P. S. L. Fernandes & G. Ramos Jr., *Tóxicos*. p.9.

⁵⁷ B. Moss, *O álcool sob o ponto de vista medico-legal, civil e criminal*, p. 159.

⁵⁸ *Ibidem*.

popularização e disseminação para classes menos abastadas. Nessa época os autores estimavam que cerca de dois terços das prostitutas do Rio de Janeiro consumiam ópio ou cocaína⁵⁹.

No ano seguinte, a Liga Brasileira de Higiene Mental publicou, em *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, manifesto intitulado *Contra o alcoolismo: em favor da hygiene mental*. Neste artigo, é relatada a existência da Liga Anti-Alcoolica de São Leopoldo (RS) e a União Anti-Alcoolica de Porto Alegre, ambas dirigidas pelo Dr. Ervino Wolffenbüttel, ambas reconhecidas como entidades de utilidade pública. A Liga destacava o predomínio do alcoolismo entre a classe operária, afirmando que,

"O alcoolismo é uma doença moral e seu remédio está na educação; o alcoolismo é uma doença social e seu remédio está na ordem, uma vez que o pessimismo reinante, que leva o homem a embriagar-se, procede da angustia de uma transição, fructo da anarchia mental dos tempos que atravessamos."⁶⁰

Plínio Martins Rodrigues, em 1931, publicou o livro *Toxicomanias, Meios para Combatê-las*, onde afirma ter sido fundado um clube para os adeptos do uso da cocaína, o "*Club da Morte*"⁶¹.

Nas décadas de 40 e 50, o uso dessas substâncias entrou em declínio, como aconteceu na Europa. Em nosso país, entretanto, a maconha manteve-se como opção para os usuários, principalmente em virtude das plantações existentes nas regiões Norte e Nordeste do país⁶².

Os diferentes movimentos culturais da década de 60, fizeram ressurgir o consumo de substâncias psicotrópicas, principalmente entre os jovens, com a importação cada vez mais acentuada das drogas que estavam sendo utilizadas em outros centros mundiais, como o LSD, apesar da constante repressão policial. Festivais musicais, filmes e peças de teatro foram considerados como manifestações artísticas que tratavam "com indiferença, com permissividade, quase com simpatia o uso da droga"⁶³.

A pouca efetividade da legislação que pretendia combater o problema do consumo de substâncias psicotrópicas permitiu que o Brasil se tornasse importante

⁵⁹ J. B. Gonzaga, *Entorpecentes*, p. 25.

⁶⁰ *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, p. 151.

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² *Ibid.*, p. 29.

⁶³ Dr. Alyrio Cavallieri. Depoimento prestado à CPI, em 16/05/74. Notas taquigráficas, p. 21/2 e 22/1.

escala de distribuição desses produtos para o resto do mundo, a partir da década de 70⁶⁴.

1.4 Evolução da Regulamentação Legal em Nosso País⁶⁵

Durante o período colonial vigorou no Brasil a legislação chamada *Ordenações Filipinas*, publicadas a partir de 1603. Nelas encontramos a primeira menção às substâncias que mais tarde serão consideradas psicoativas e sua regulamentação. O Título LXXXIX, do livro V, fala de "material venenoso", regulamentando a venda e o uso:

"Nenhuma pessoa tenha em sua casa para vender rosalgar branco, nem vermelho, nem amarelo, nem solimão, nem água dele, nem escamonea, nem ópio, salvo se for boticário examinado e que tenha licença para ter botica e usar de ofício (Título LXXXIX)."⁶⁶

As penas para os infratores eram severas: confisco da propriedade e degredo para a África. As mesmas sanções eram sofridas para quem importasse essas substâncias e as vendessem para pessoas não autorizadas⁶⁷.

As Ordenações Filipinas vigoraram no Brasil até o advento do Código Criminal do Império, em 1830. Este, entretanto, ignorou o problema das substâncias entorpecentes, não possuindo qualquer restrição a esse respeito. Atribui-se a essa omissão o aumento da criminalidade ocorrido nesse período⁶⁸.

Em 1851, o Regulamento de 29 de setembro⁶⁹ voltou a abordar o problema, desta vez de maneira mais repressiva. Em seu artigo 51, estabelecia que:

"Os droguistas e os que venderem substâncias venenosas das constantes da tabela de que fala o art. 79 deste regulamento, assim como os fabricantes que em suas fábricas empregarem tais substâncias deverão participar às autoridades sanitárias que as matricularão em livro para isso determinado, especificando o lugar em que vendem as ditas

⁶⁴ P. S. L. Fernandes & G. Ramos Jr., *Tóxicos*. p.18.

⁶⁵ Todas as leis e decretos citados podem ser encontrados no site do Senado Federal, em <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>>;

⁶⁶ G. Fonseca. O Submundo dos Tóxicos em São Paulo (Séculos XVIII, XIX e XX), p. 127; *Ordenações Filipinas*. Texto integral disponível em <<http://www.uc.pt/ihti/proj/filipinas/15ind.htm>>. Acesso em 05 mar. 2005.

⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 128.

⁶⁹ Decreto Imperial nº 829 - Regimento da Junta de Higiene Pública, publicado em 29/09/1851.

substâncias ou as fábricas em que as usem."⁷⁰

A pena para os infratores ia desde a multa até a sanção pecuniária, podendo ter seus estabelecimentos fechados por três meses⁷¹.

Em 1882, o Decreto nº 8.387 proibia aos dentistas a realização de qualquer cirurgia em que fosse necessária a aplicação de substâncias para anestesia geral. As substâncias chamadas de "perigosas" só poderiam ser vendidas nas farmácias mediante a prescrição médica⁷².

Novas modificações surgiram com o Código Penal de 11 de outubro de 1890. Além das restrições já determinadas pela legislação anterior, introduziu-se no texto da lei o conceito de "veneno" como sendo "toda substância mineral ou orgânica que ingerida no organismo ou aplicada ao seu exterior, sendo absorvida, determine a morte, ponha em perigo a vida, ou altere profundamente a saúde"⁷³

Para Guido Fonseca, até essa época, as legislações foram ineficazes para o efetivo combate ao consumo e tráfico de substâncias psicotrópicas, principalmente em função de sua redação, que dificultava a aplicação pelas autoridades competentes, permitindo que farmacêuticos desonestos comercializassem as drogas livremente. Além disso, o baixo valor das multas tornava o tráfico compensatório sob o ponto de vista econômico⁷⁴.

O Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921, amplia a repressão, aumentando o valor das multas, determinando prisão de um a quatro anos para a venda de substâncias "venenosas ou entorpecentes", como o ópio, a cocaína e seus derivados, e criando um estabelecimento especial destinado à internação de viciados. Esta lei foi baseada na Convenção Internacional de Haia, de 1912, cujo tratado foi assinado pelo Brasil⁷⁵.

A partir do governo de Getúlio Vargas, diversas medidas legais foram adotadas para complementar as sanções e as ferramentas disponíveis para o combate ao tráfico e ao uso abusivo de substâncias entorpecentes. Os decretos nº 20.930, de janeiro de 1932, e nº 24.505, de junho de 1934, traziam novas sanções para a fabricação, importação, exportação, venda, troca, cessão, exposição ou

⁷⁰ *Ibidem*

⁷¹ *Ibidem*

⁷² *Ibidem*, p. 129.

⁷³ *Ibidem*, p. 130.

⁷⁴ *Ibidem*

posse de substâncias denominadas "entorpecentes", dentre elas o ópio e seus derivados, a morfina, a heroína, as folhas de coca, a cocaína e seus derivados e a "*canabis indica*"⁷⁶.

Em 1936 foi criada a Comissão Permanente de Fiscalização de Entorpecentes. Dois anos depois, o Decreto-Lei nº 891 trouxe maior severidade aos pontos considerados críticos do uso indevido e do tráfico de entorpecentes, proibindo ainda o plantio das drogas proibidas e disciplinando o comércio interno e internacional⁷⁷.

Essas determinações tiveram validade até o surgimento do novo Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 07/12/1940), que entrou em vigor em 9 de dezembro de 1941. Estas normas foram, em sua maioria, confirmadas pelo novo Decreto-Lei, e permaneceram em vigor até a década de 70⁷⁸.

O Decreto-Lei nº 54.216, de 1964, ratificou as resoluções da Convenção Única de Entorpecentes, aprovada em Nova York, em 30 de março de 1961, dando continuidade à política de participação em todas as conferências internacionais sobre o tema, como já vinha fazendo desde o início do século⁷⁹.

Em 29 de outubro de 1971, entra em vigor a Lei nº 5.726, regulamentada pelo Decreto nº 69.854, de 2 de dezembro do mesmo ano. Desde o início de sua tramitação, houve polêmica por parte de juristas, advogados, médicos e outros profissionais ligados à área. As principais críticas se referiam às sanções penais, que determinavam tratamento igualitário para viciados e traficantes, determinando a prisão em ambos os casos. Também foram levantadas críticas quanto à sua aplicabilidade nos campos penal, processual e criminológico. Posteriormente, decisões judiciais confirmaram a existência dessas falhas, através de decisões que, em sua maioria, abrandavam as sanções determinadas para os viciados e usuários de substâncias consideradas entorpecentes⁸⁰.

Mesmo sofrendo críticas e tendo suas determinações adaptadas pela interpretação judicial, a Lei nº 5.726 permaneceu em vigor até 1976, quando foi publicada a Lei nº 6.368, baseada no relatório da Comissão Parlamentar de

⁷⁵ J. B. Gonzaga, op. cit., p. 25.

⁷⁶ G. Fonseca, op. cit., p.132; A *cannabis indica* é uma subespécie, originária da Índia, com maior concentração de princípio ativo e de tamanho menor do que a *cannabis sativa*. Ver S. C. Oliveira. op. cit., p. 163.

⁷⁷ G. Fonseca, op. cit., p.133.

⁷⁸ *Ibid.*, p.134.

⁷⁹ S. C. Oliveira, op. cit., p. 286.

Inquérito, cujo trabalho trataremos a seguir.

⁸⁰ M. C. V. Santarcangelo, *op. cit.*, pp. 128-130.

Capítulo 2 - A Comissão Parlamentar de Inquérito e a Elaboração da Lei nº 6.368/76

Para melhor compreensão do funcionamento da Comissão Parlamentar de Inquérito vamos descrever brevemente a seguir como esta se encontra prevista dentro do Poder Legislativo brasileiro.

2.1 O Exercício da Função Legislativa no Brasil

No Brasil, o Poder Legislativo é exercido pelo Congresso Nacional, composto pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal⁸¹. Além de suas funções específicas, cabe a ambas as casas a apreciação das leis, que somente serão encaminhadas à sanção presidencial depois de aprovadas tanto na Câmara como no Senado.

A Constituição também determina que ambas as casas legislativas tenham comissões permanentes e/ou temporárias que podem discutir e votar projetos que possam ser dispensados de votação em Plenário. Poderão também realizar audiências públicas e solicitar depoimento de qualquer cidadão, autoridade ou não, com a finalidade de melhor esclarecer seus membros durante o processo legislativo⁸².

As casas também poderão ter Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI), em conjunto ou separadamente, com poderes de investigação próprios das autoridades judiciais. Esses poderes lhe são conferidos por um prazo de duração pré-determinado, normalmente 120 dias, e somente poderão ser exercidos para a apuração de um fato específico. Para a instalação de uma CPI é necessária a assinatura de pelo menos um terço dos membros da casa responsável pela mesma⁸³.

De acordo com a Constituição Federal e com os Regimentos Internos do Congresso Nacional, as Comissões Parlamentares de Inquérito são utilizadas para

⁸¹ Constituição Federal de 1988, art. 44.

⁸² *Ibid.*, art. 58, § 2º.

⁸³ Constituição Federal de 1988, art. 58, § 3º.

"investigar, fiscalizar, apurar os indícios existentes de desvio, vícios, má conduta nas atividades políticas, econômicas e sociais que podem e comprometer as relações da sociedade com um todo."⁸⁴

Considerando esses conceitos, uma CPI não fica restrita à apuração de fatos que mereçam repressão legal, mas podem ser convocadas com o intuito de examinar problemas de importância para a vida econômica ou social do país⁸⁵.

Ao término dos trabalhos, a CPI deverá apresentar relatório circunstanciado, com suas conclusões. Esse relatório poderá ser encaminhado:

- à Mesa da casa legislativa correspondente, oferecendo, conforme o caso, projeto de lei, de decreto legislativo ou de resolução, que deverá ser apreciado pelos demais parlamentares;
- ao Ministério Público ou à Advocacia Geral da União, para que estes responsabilizem civil ou criminalmente eventuais infrações que tenham sido apuradas;
- ao Poder Executivo, para que este adote as providências necessárias apuradas pela CPI;
- às Comissões Permanentes, encarregadas do tema e responsáveis pelo andamento posterior das medidas indicadas como adequadas⁸⁶.

2.2 Motivação, Estrutura e Funcionamento da CPI⁸⁷

Em 1973 dois crimes semelhantes causaram comoção nacional e sua apuração apontou para a possível participação de pessoas que tinham envolvimento com drogas. Em 27 de maio foi encontrado o corpo da menina Aracelli Cabrera Crespo, de 9 anos de idade, seqüestrada em Vitória (ES) por três empresários. O laudo pericial apontou que após o seqüestro Aracelli havia sido drogada e foi alvo de abuso sexual, além de outras agressões⁸⁸.

Em 11 de setembro do mesmo ano, em Brasília, também foi encontrado o

⁸⁴ L. C. Oliveira, *O Poder Legislativo e a Comissão Parlamentar de Inquérito*, p. 3.

⁸⁵ *Ibidem*

⁸⁶ Câmara dos Deputados. Regimento Interno, art. 35.

⁸⁷ Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar as causas do tráfico e o uso de substâncias alucinógenas no País.

⁸⁸ Citado em Diário do Passado - Agência Estado - 27/05/1993. Disponível em

corpo da menina Ana Lúcia Braga, de 7 anos, com sinais evidentes de abuso sexual. As primeiras investigações apontaram como suspeitos jovens de famílias conhecidas na cidade - inclusive o filho de um ex-Ministro da Justiça - que já haviam tido seus nomes envolvidos com o uso de drogas. As autoridades militares impediram que as investigações tivessem continuidade, restringindo-se a apurações secretas⁸⁹.

Diante desses fatos, em 22 de outubro de 1973, o Deputado Peixoto Filho encaminhou à Câmara dos Deputados requerimento de abertura de uma CPI para apurar as causas do tráfico e uso de substâncias psicotrópicas. O Requerimento nº 47, que teve a assinatura de 104 deputados, apontava como justificativas:

"Os últimos acontecimentos verificados em Brasília, para nos atermos apenas especificamente a esta Capital, envolvendo tóxicos e sexo, com lamentáveis perdas de vidas inocentes, por si só justificam plenamente a constituição de uma Comissão Parlamentar de Inquérito, para investigar as verdadeiras causas dessa chaga social que é o tráfico e o uso de substâncias alucinógenas, como o LSD predominante no sub mundo do vício e, entre tantas outras, a morfina, a cocaína e a maconha. A constituição de uma CPI será, por outro lado, uma valiosa contribuição do Poder Legislativo à ação de órgãos do Executivo no combate ao tráfico e uso desses entorpecentes, que ameaçam toda uma geração de jovens."⁹⁰

O levantamento de informações visava em especial quatro aspectos:

- Policial: prevenção e/ou repressão ao tráfico e ao uso indevido de entorpecentes;
- Educacional: pesquisa, coordenação e execução dos planos e programas de esclarecimento sobre o uso de drogas;
- Médico-social e Farmacológico: meios para o tratamento e recuperação dos viciados;
- Jurídico: reformulação da legislação vigente⁹¹.

Foram escolhidos para compor a CPI os deputados Wilson Braga (presidente), Marcondes Gadelha (vice-presidente), Francelino Pereira (redator), Chaves Amarante (relator-substituto), Djalma Bessa, José Haddad, Peixoto Filho, Roberto Galvani, Silvio Botelho, Sinval Boaventura, além dos suplentes Cantídio

<<http://www.estadao.com.br/ext/diariodopassado/20030527/home.htm>>.

⁸⁹ O Estado de São Paulo, 31/05/2000.

⁹⁰ Requerimento nº 47, de 22/10/1973, publicado no Diário do Congresso Nacional, em 01/11/1973, p. 8203-8204.

Sampaio e Olivir Gabardo⁹².

Além dos deputados, foram convidados profissionais **que, de alguma forma, se preocupavam com o** problema, formando uma Comissão Especial de Assessoramento:

- Dr. Alyrio Cavallieri - Juiz de Menores do Estado da Guanabara;
- Dr. Antônio Ponce - Assessor Legislativo da Câmara dos Deputados;
- Dr. Celso Telles - Diretor Geral do Departamento Regional de Polícia da Grande São Paulo (DEGRAN);
- Dr Décio dos Santos Vives - Diretor da Divisão de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes do Departamento de Polícia Federal;
- Dr. Elisaldo Luiz de Araújo Carlini - Chefe do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina;
- Dr. João de Deus Lacerda Menna Barreto - Juiz da 23ª Vara criminal da Justiça do Estado da Guanabara;
- Dr. José Elias Murad - Diretor da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; e
- Dr. Oswald Morais Andrade - Médico da Divisão Nacional de Saúde, lotado no Hospital Pinel, no Estado da Guanabara⁹³.

Os trabalhos começaram em 21 de novembro do mesmo ano, tendo sido realizadas 15 reuniões públicas e uma secreta, além de outras de caráter reservado. As sessões não públicas, ou seja, as secretas ou reservadas, foram justificadas pelo "curso das investigações em torno da morte da menor Ana Lídia Braga". Nessas sessões foram colhidos os depoimentos dos membros da Comissão Especial de Assessoramento e também dos seguintes especialistas:

- Dr. Celso Barros Leite - Secretário do Conselho de Prevenção Antitóxico, do Ministério da Educação e Cultura;
- Gen. Olívio Vieira Filho - Membro do Conselho de Prevenção Antitóxico, do Ministério da Educação e Cultura;
- Dr. Aderbal Silva - Diretor da Polícia Civil, da Secretaria de Segurança Pública do Governo do Distrito Federal;

⁹¹ Projeto de Resolução nº 116, de 29/08/1974. Diário do Congresso Nacional. Seção I, p. 7418.

⁹² Projeto de Resolução nº 116, de 29/08/1974, Diário do Congresso Nacional, Seção I, p. 7417-7418.

- Dr. Mário Gustavo Stuart - Titular da Delegacia de Homicídios;
- Dr. Orestes Kinze Bastos - Delegado Substituto da 1ª Delegacia Policial;
- Dr. Armando Pego de Amorim - Diretor da Divisão Nacional de Fiscalização do Ministério da Saúde;
- Dr. Newton do Espírito Santo - Titular da Delegacia de Tóxicos da Secretaria de Segurança Pública da Guanabara;
- Dr. João Havellange - Presidente da Confederação Brasileira de Desportos;
- Dr. Silvio Pacheco - Vice-Presidente da Confederação Brasileira de Desportos;
- Padre Emílio Jordan – Diretor do Instituto Social Morumbi, São Paulo⁹⁴.

O relatório final da CPI foi entregue em 29 de agosto de 1974, tendo sido publicado no Diário do Congresso Nacional do dia 24 de setembro do mesmo ano. No período de realização da CPI, os trabalhos estiveram suspensos de 06/12/1973 a 28/02/1974 em função do recesso parlamentar. Foi solicitada também a prorrogação por mais 60 dias em função da extensão das atividades e do volume de trabalho⁹⁵.

2.3. Aspectos dos Depoimentos Prestados pelos Especialistas⁹⁶

Os especialistas convidados a depor na CPI, eram ligados às áreas da Medicina, Segurança, Educação e Assistência Social, todas com experiência no trato com dependentes químicos. Alguns depoimentos não estão disponíveis para pesquisa, já que foram colhidos em caráter sigiloso.

Outros, entretanto, merecem destaque pela relevância das informações transmitidas dentro da proposta de discussão da CPI.

No dia 30 de novembro de 1973, depuseram o Prof. Celso Barroso Leite, secretário do Conselho de Prevenção Antitóxicos do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e o General Olívio Vieira Filho, membro do referido Conselho. O

⁹³ *ibidem*.

⁹⁴ Projeto de Resolução nº 116, de 29/08/1974, Diário do Congresso Nacional, Seção I, p. 7396.

⁹⁵ *ibidem*, p. 7418.

⁹⁶ Os depoimentos mencionados nesta pesquisa encontram-se depositados em Brasília, na Câmara dos

depoimento de ambos foi prestado em conjunto⁹⁷.

O Prof. Celso iniciou seu depoimento relatando como foi formado o Conselho e quais são suas atribuições, além das orientações do mesmo com relação ao problema.

Em primeiro lugar, o Conselho seria contrário às campanhas de esclarecimento do público, por julgar que estas poderiam despertar mais a curiosidade do que a prevenção. Essa é a orientação dada, por exemplo, às consultas recebidas de pessoas e entidades com projetos nesse sentido. As dúvidas são solucionadas pelos membros do Conselho, mas o projeto é desincentivado. O mesmo ocorre com livros, cartazes e folders que chegam ao Conselho para apreciação.

"À luz da experiência e critério de seus integrantes, respaldados, como ficou visto, por abalizadas opiniões de especialistas na matéria, inclusive estrangeiros e internacionais, o Conselho de Prevenção Antitóxico tem firme convicção do acerto da atitude adotada quanto á sua atuação, parecendo-lhe, com base em sua própria vivência de mais de ano e meio, que o caminho seguido é de fato o mais indicado."⁹⁸

Depondo a seguir, o General Olívio Vieira Filho, ressaltou que seria interesse do MEC a promoção de ciclos de palestras com a finalidade de "informar e esclarecer sobre a toxicomania". A dificuldade, entretanto, segundo o depoente, seria a participação da mídia na divulgação de informações errôneas.

"Nós sabemos que um dos elementos que sustentam a toxicomania são os meios de comunicação de massa, são as agências internacionais de informações, o cinema, o teatro, as novelas, as revistas, o rádio, a televisão."⁹⁹

A solução, para ele, seria a mobilização "das entidades religiosas e de outras entidades idôneas", através de seminários e conferências, "mobilizar jovens de elevado padrão de comportamento, bem como membros de organizações como escotismo"¹⁰⁰ para essas campanhas. Ressaltou, entretanto, que tudo deveria ser feito "no sentido de se evitar o sensacionalismo, de evitar que se traga o pânico

Deputados, Centro de Documentação e Informação.

⁹⁷ Congresso Nacional, Câmara dos Deputados, Brasília, Centro de Documentação e Informação, Seção de Controle dos Registros em Comissão, CPI Tóxicos, Depoimento nº 95/73 (datilografado).

⁹⁸ *Ibidem*, p. 12.

⁹⁹ *Ibidem*, p. 14.

através de uma referência direta ao problema da toxicomania entre os jovens"¹⁰¹.

Declarou que os estudiosos atribuem o uso das drogas à "uma necessidade que o homem tem de vivenciar estados alterados de consciência"¹⁰². Nesse sentido,

"As drogas são apenas um meio de satisfazer esse impulso. Sabemos que elas acompanharam o curso da civilização. O álcool é uma droga. Qualquer que seja o critério usado para julgá-lo, ele traz alterações significativas no organismo, sobretudo na parte do sistema nervoso e, até hoje, está sendo aceito como lubrificante social, como um mata-sede. Ele não é considerado droga porque é permitido, mas deve ser incluído como uma droga. O alcoolismo é outro problema seríssimo que temos. Alguns estudiosos consideram o uso excessivo do álcool, trazendo ao etilismo crônico, mais prejudicial que o próprio uso da heroína."¹⁰³

Durante o depoimento, uma intervenção do Deputado Célio Marques Fernandes salientou que haveria interesses econômicos grandes envolvidos, o que certamente prejudicaria o combate às drogas.

"Agora, volto aqui a dizer novamente que há muito interesse econômico envolvido nesse comércio e muito capital circulando nessa área. Esta CPI, quanto mais se aprofundar, mais surpresas terá. Não se admirem, mas iremos encontrar pela frente gente muito forte, econômica e financeiramente. Muita força política também favorece esse mal."¹⁰⁴

Complementando, o Gal. Olívio Vieira Filho concordou que um dos motivos que impediriam a obtenção de dados estatísticos confiáveis sobre o número de toxicômanos no país é exatamente de ordem econômica: as instituições particulares ocultam a identidade e os motivos da internação de seus pacientes. Como não há instituições públicas que atendam especificamente os viciados em drogas, os dados obtidos no Manicômio Judiciário não seriam suficientes para se ter uma visão mais abrangente.

Quando questionado pelo Deputado Marcondes Gadelha sobre as atividades do Conselho, o Prof. Celso Barroso Leite reafirmou que, em parte, a atitude de desestímulo à maioria dos projetos que chegam para apreciação se deve mais à cautela do que à omissão. "Se V. Ex^a não tem uma certeza muito concreta num terreno desses, mais vale aguardar, talvez, um momento de mais convicção para

¹⁰⁰ *Ibidem*, p. 17.

¹⁰¹ *Ibidem*, p. 18.

¹⁰² *Ibidem*.

¹⁰³ *Ibidem*, p. 19.

¹⁰⁴ *Ibidem*, p. 40.

agir"¹⁰⁵.

Essa argumentação não convenceu os deputados, que criticaram os representantes do Conselho quanto a essa orientação de desestímulo à divulgação de fatos relativos às drogas. Mesmo quando confrontados com declarações feitas no sentido contrário pelo Sr. Ministro da Educação, Jarbas Passarinho, os depoentes fizeram questão de enfatizar que a cautela utilizada pelo Conselho devia-se à experiência vivenciada pelos conselheiros, respaldada por opiniões de entidades e estudiosos internacionais.

Em 7 de dezembro de 1973, depôs o Dr. Décio dos Santos Vives¹⁰⁶, diretor da Divisão de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes do Departamento de Polícia Federal.

Depois de explicar a estrutura e o funcionamento de seu departamento, Dr. Décio afirmou que 40% dos viciados em drogas eram menores e que grande parte dos traficantes são também viciados, o que dificulta a adoção de políticas policiais que possam produzir bons resultados a curto prazo¹⁰⁷.

O depoente ressaltou também que, se anteriormente as causas do vício eram atribuídas a questões econômicas ou às facilidades encontradas pelas quadrilhas organizadas, à época o problema já tinha atingido todas as camadas econômicas da sociedade.

Apontou como possíveis causas do vício a curiosidade da juventude, realçada pela divulgação dada pela imprensa ao assunto, às "más companhias", os problemas familiares. Um outro fator, de menor importância mas também presente nas estatísticas, segundo o depoente, eram os "viciados patológicos", pessoas que foram submetidas a tratamentos prolongados com uso de entorpecentes e que acabaram ficando dependente desses medicamentos. Citou ainda como causas do vício entre os jovens, a imitação (jovens querendo parecer mais "maduros"), a fuga de problemas, a ignorância e a necessidade de afirmação perante o grupo.

Dr. Décio declarou que a maconha era produzida em larga escala no Brasil, principalmente em estados do Nordeste e Centro-Oeste, sendo depois transportada para os grandes centros consumidores (São Paulo e Guanabara). As drogas não

¹⁰⁵ *Ibidem*, p. 69.

¹⁰⁶ Congresso Nacional, Câmara dos Deputados, Brasília, Centro de Documentação e Informação, Seção de Controle dos Registros em Comissão, CPI Tóxicos, Depoimento nº 99/73 (datilografado).

¹⁰⁷ *Ibidem*, pp. 7-8.

produzidas no país entravam principalmente pelas fronteiras do Rio Grande do Sul, principalmente as anfetaminas. A cocaína viria da Bolívia e Paraguai, ingressando no país por via fluvial. Muitas dessas drogas utilizavam o país como passagem para o exterior, saindo através do porto de Santos e do Galeão. O LSD viria da Inglaterra e dos EUA, entrando clandestinamente pelos portos e aeroportos brasileiros.

Em seu depoimento, Dr. Décio afirmou que, apesar de serem conhecidas as rotas e principais portas de entrada das drogas no Brasil, a Polícia Federal não dispunha de efetivos suficientes para reprimir nem 30% desse comércio, sendo necessário aumentar dez vezes o número de agentes destinados à área.

Com relação à legislação, o depoente declarou que as penas no país são brandas quando comparadas com a de outros países. Entretanto, defendeu um agravamento das penas para os traficantes e um abrandamento para os usuários.

Dr. Décio concluiu sugerindo a criação de um órgão centralizado na esfera federal, que permitisse unificar as atribuições dos diversos departamentos, à época instalados em ministérios como o da Educação, Justiça, Saúde, etc.

Em 29 de março de 1974, foram ouvidas duas autoridades ligadas à área da Segurança Pública: Dr. Newton do Espírito Santo, delegado titular da Delegacia de Tóxicos da Secretaria de Segurança Pública da Guanabara, e o Dr. Celso Telles, chefe de Polícia da Região Metropolitana da Grande São Paulo¹⁰⁸.

A exposição do Dr. Celso Telles baseou-se, principalmente, nas dificuldades encontradas para a repressão ao tráfico, "considerando-se a habilidade e o despistamento das gangs"¹⁰⁹. Destacou a facilidade de transporte da droga, principalmente em pequenas quantidades, tornando praticamente impossível a atuação policial, principalmente quando esse transporte é feito por via aérea e marítima.

Dr. Newton afirmou que a Delegacia de Tóxicos da Guanabara, apesar de ter um pequeno contingente de policiais, tem feito um bom trabalho. Segundo ele, "na Guanabara o tráfico está praticamente controlado, porque todos os traficantes perigosos estão presos e condenados"¹¹⁰.

Essa declaração causou polêmica entre os parlamentares, que interpelaram

¹⁰⁸ Congresso Nacional, Câmara dos Deputados, Brasília, Centro de Documentação e Informação, Seção de Controle dos Registros em Comissão, CPI Tóxicos, Depoimento nº 20/74 (datilografado).

¹⁰⁹ *Ibidem*, p. 8.

¹¹⁰ *Ibidem*, p. 18.

os depoentes a respeito da aparente contradição. Quando questionado, o Dr. Celso esclareceu que existem diferentes tipos de tráfico, dependendo do tipo de droga comercializada. Em alguns casos não existiria uma organização por trás desse comércio, como seria o caso do ópio, trazido por marinheiros chineses apenas para obter uma renda individual adicional. Neste caso, segundo o depoente, o papel da imprensa também é importante. Ao divulgar o preço de venda de determinada droga, a imprensa estaria aguçando o interesse de pessoas que querem ter um ganho fácil, induzindo-as a entrar no comércio de tóxicos.

Ambos os depoentes consideraram a Lei de Tóxicos em vigor positiva sob o aspecto de separar o traficante do usuário. Entretanto, questionaram a inexistência de uma instituição médica adequada para o atendimento ao viciado, considerando Manicômio Judiciário, para onde os usuários são enviados pela Justiça, como prejudicial tanto para o doente quanto para sua família.

Outro aspecto levantado nas discussões foi o aspecto econômico tanto das drogas quanto do poderio dos traficantes. O preço das drogas seria hierarquizado, correspondente à hierarquia existente no mundo do crime. Assim, traficantes de menor poder econômico seriam dedicados ao comércio de drogas baratas, como a maconha e as anfetaminas. No topo da pirâmide estariam os traficantes de heroína, droga cara e de acesso restrito à população.

Em 1º de abril de 1974, foi ouvido o Dr. João de Deus Lacerda Mena Barreto, Juiz da 23ª Vara Criminal do Tribunal de Justiça da Guanabara¹¹¹.

Uma das primeiras considerações feitas pelo Dr. Mena Barreto foi quanto à impossibilidade de se erradicar o cultivo e a industrialização das drogas. Para ele, qualquer solução nesse sentido "além de simplista, seria anticientífica"¹¹². Como exemplo citou a Lei Seca nos Estados Unidos e o fechamento do baixo meretrício na Guanabara, que, em ambos os casos, só causaram "histerismo e a proliferação dos prostíbulos".

Elogiando a lei anti-tóxicos em vigor, ressaltou o reconhecimento do viciado como "doente" e a distinção de tratamento dado a este em relação ao traficante. Entretanto citou duas outras figuras que não foram previstas na lei: o traficante viciado e o "experimentador", sendo que este último, segundo o depoente,

¹¹¹ Congresso Nacional, Câmara dos Deputados, Brasília, Centro de Documentação e Informação, Seção de Controle dos Registros em Comissão, CPI Tóxicos, Depoimento nº 23/74 (datilografado).

¹¹² *Ibidem*, p. 2.

representa "90% dos casos na área estudantil"¹¹³. Como solução para estes casos, Dr. Mena Barreto sugere a "hierarquização punitiva", ou seja, "que o traficante seja **apenado** com maior rigor, porque ele é o causador principal da toxicomania"¹¹⁴. Questionou também o dispositivo que determina o afastamento do aluno da escola, "porque está impedindo o retorno à vida sadia, à liberdade, e colocando o menino nas mãos do traficante".

Comentando uma viagem feita aos EUA com a finalidade de intercâmbio cultural, ressaltou a importância da informação sobre drogas na escola, iniciando-se no jardim de infância, "não aterrorizando a criança com mensagens anti-drogas, mas fazendo-a se conscientizar do problema, criando uma mentalidade anti-drogas, mas de maneira quase que subliminar"¹¹⁵. Posteriormente em seu depoimento, Dr. Mena Barreto alerta para que as pessoas encarregadas desse ensino deverão ser especificamente treinadas para isso, evitando-se que se suscite a curiosidade do jovem ao invés de alertá-lo para o problema. "Essa orientação pedagógica poderia ser ministrada em aulas, por exemplo, de Higiene, de Civismo, de Educação Moral e Cívica, [...] sem se chamar a atenção"¹¹⁶.

Dr. Mena Barreto questionou também a determinação da internação do viciado, prevista em lei, uma vez que no Brasil não haveria instituição adequada para esse tratamento. As alternativas, segundo ele, seriam o internamento no Manicômio Judiciário, inadequado, pois o toxicômano não é um doente mental, ou, para famílias com melhor situação financeira, a autorização para internamento em casa de saúde particular. Outras alternativas de piores resultados seriam a prisão, onde o viciado estaria sujeito a sofrer crises de abstinência sem o apoio médico, ou a liberdade vigiada, inócua por não possuir instrumento eficiente de controle.

Para o levantamento de recursos destinados à criação de clínicas públicas de atendimento aos toxicômanos, Dr. Mena Barreto sugeriu a criação de um imposto específico sobre a venda de cigarros e bebidas alcoólicas, "no sentido de tirar de dois vícios toleráveis pela sociedade, mas também profligados por ela, os meios necessários ao combate de um mal maior"¹¹⁷.

Em diversos momentos de seu depoimento, Dr. Mena Barreto questionou a

¹¹³ *Ibidem*, p. 7.

¹¹⁴ *Ibidem*, pp. 7-8.

¹¹⁵ *Ibidem*, p. 19.

¹¹⁶ *Ibidem*, p. 69.

¹¹⁷ *Ibidem*, p. 23.

figura do "semiviciado", prevista em alguns artigos da lei vigente. Para ele não existe essa situação intermediária, apoiando-se nas opiniões médicas. Admite a existência da "gradação do vício", mas ressalta que os cientistas e estudiosos têm opinião contrária. Esta discussão acarretaria a decisão do juiz no momento da aplicação da pena. Para os viciados em avançado estágio seria indicada a internação; para aqueles que ainda possuísem "consciência" ou "discernimento", outro tipo de punição poderia ser aplicada.

Ao comentar sobre os estudos que vêm sendo feitos para considerar a liberação do uso da maconha, o depoente comentou que médicos norte-americanos comparam que fumar um cigarro de maconha equivale a tomar quatro doses de whisky, "e ninguém pode negar que quatro doses de uísque alteram o comportamento de uma pessoa"¹¹⁸. A comparação com o álcool continua ao afirmar que a reação do indivíduo à droga depende das "condições psicossomáticas do indivíduo", existindo aqueles que se tornam "bonachões", os que ficam "brigões", os "depressivos"

Em relação à atuação da mídia, o depoente se mostrou preocupado com a forma de veiculação das notícias, mas seria contrário à censura. Para ele,

"Não devemos agir como avestruzes, escondendo a cabeça na terra, ignorando o que se passa em volta, pois, atualmente, a juventude já tem conhecimento do fato. Logo, se não a orientarmos neste sentido, estaremos fugindo ao problema."¹¹⁹

No dia 4 de abril de 1974, depôs o Dr. Elizaldo Luiz de Araújo Carlini¹²⁰, médico e chefe do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, além de membro da Comissão Nacional de Entorpecentes e coordenador do Programa Educacional sobre Tóxicos do Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Durante os esclarecimentos que deu a respeito do Programa Educacional sobre Tóxicos, do MEC, chama atenção a importância dada à mídia como fator negativo no desenvolvimento do projeto. Assim, ao destacar as diretrizes básicas sugeridas para o programa, o depoente declarou,

¹¹⁸ *Ibidem*, p. 60.

¹¹⁹ *Ibidem*, p. 67.

¹²⁰ Congresso Nacional, Câmara dos Deputados, Brasília, Centro de Documentação e Informação, Seção de Controle dos Registros em Comissão, CPI Tóxicos, Depoimento nº 30/74 (datilografado).

"O programa deveria ser feito sem alarde, ao longo do tempo, com aulas a serem proferidas em ginásios e colégios, como se fossem simplesmente aulas extras de Biologia. Seriam evitados convidados especiais, reportagens nos jornais, etc., que poderiam dar ao adolescente a impressão de que os tóxicos e ele estariam sendo usados para a promoção de terceiros."¹²¹

Mais adiante, o depoente retoma o tema, declarando que,

"Uma das coisas que percebemos claramente na execução do programa é que toda a vez que há notícia prévia, pela imprensa ou rádio, de que determinada aula sobre drogas vai ser dada em determinado colégio, ou então quando aparecem repórteres com máquinas fotográficas no local, enquanto a aula está sendo dada, isso traz uma diminuição acentuada no rendimento que se espera. Há uma instabilidade muito grande e a aula naquele momento não é levada da maneira que gostaríamos."¹²²

A justificativa dada pelo Dr. Carlini foi que os jovens ficam dispersivos, dando maior importância aos fotógrafos do que à palestra em si.

Quando questionado sobre a oportunidade ou não da censura oficial aos noticiários, proibindo qualquer assunto relacionado ao uso de entorpecentes, Dr. Carlini foi claro: "Sem sombra de dúvida. Acho que deveria haver."¹²³ Como exemplo, citou a publicidade que estava sendo dada ao livro *A Erva do Diabo*, onde a crítica estava dando ênfase às experiências alucinógenas vividas pelo autor, em detrimento de todo o restante da história.

"As poucas críticas que eu li falam exclusivamente sobre as experiências alucinógenas que o escritor do livro teria tido, as coisas novas que ele viu, a percepção muito melhor sobre si próprio que teria agora, depois do uso da droga. Li o livro - percebi que ele seria comentado. É um livro bellissimo, sério, onde o que menos tem importância é a droga."¹²⁴

Em relação às drogas, Dr. Carlini classificou-as em três grandes grupos: anfetaminas (estimulantes), depressoras do sistema nervoso central (como os tranqüilizantes e barbitúricos) e alucinógenas.

Segundo o depoente, o maior problema dos alucinógenos, como o LSD ou a maconha, é que não produzem dependência física. Especificamente em relação à maconha, afirmou que há muita confusão sobre sua utilidade ou não para a

¹²¹ *Ibidem*, p. 6.

¹²² *Ibidem*, p. 10.

¹²³ *Ibidem*, p. 42.

¹²⁴ *Ibidem*.

Medicina e sobre o grau de periculosidade de seu uso. Para Dr. Carlini,

"[...] essa confusão se deve ao muito falar e ao pouco pesquisar sobre a maconha. Por incrível que pareça, apesar de ser uma droga usada há milênios, os trabalhos científicos de peso sobre ela começaram realmente a ser feitos a partir de 64, portanto há dez anos."¹²⁵

Outra justificativa dada pelo Dr. Carlini para as divergências a respeito da maconha foi a quantidade dos princípios ativos da droga, tais como o Delta-9-THC, presentes em cada amostra. Dados de pesquisas apresentados no depoimento demonstram que há uma variação grande na concentração desses princípios, podendo algumas amostras serem relativamente inócuas, enquanto outras são extremamente fortes. Para ele, pessoas que experimentassem amostras diferentes poderiam ser induzidas a conclusões antagônicas sobre o uso da maconha.

"Depende muito da quantidade de princípio ativo que a planta sintetiza. E a esse respeito, por exemplo, há uma variação enorme. Há amostras de maconha que podem ter quatro a cinco vezes mais do que esta mais ativa que nós trabalhamos."¹²⁶

Maiores detalhes sobre as demais drogas foram omitidos, segundo o depoente, por questões de tempo e por não representarem, à época, grande preocupação das autoridades em função de sua pouca disseminação. Parte do depoimento do Dr. Carlini foi feita utilizando-se da projeção de slides, com dados referentes a pesquisas publicadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), pela *Revista Internacional de Psiquiatria*, *Revista da Associação Médica Americana* dentre outras.

Dr. Carlini criticou ainda a legislação em vigor, principalmente no que tange à punição ao jovem usuário de drogas. Para ele, o usuário não deveria ser tratado como marginal, tendo sua matrícula escolar trancada e sendo internado em instituição de recuperação, o que poderia piorar a situação, até porque, à época, não havia nenhuma instituição preparada para esse atendimento.

Em seu depoimento, Dr. Carlini fez somente uma referência ao álcool, quando questionado sobre um possível aumento no uso de tranqüilizantes diasepínicos. Segundo ele, havia nos EUA uma discussão a respeito da liberação ou não dessas

¹²⁵ *Ibidem*, p. 20.

¹²⁶ *Ibidem*, pp. 30-31

substâncias. Porém, "como se permite o álcool e o fumo, se permitirá um dia a utilização da droga tranqüilizante à vontade. [...] este é um problema que não tem nada a ver com a parte científica"¹²⁷.

O Pe. Emílio Jordan, religioso beneditino, diretor do Instituto Social Morumbi, prestou depoimento na mesma data. Ressaltou o trabalho efetuado pelo Instituto, principalmente na área de pesquisa e Educação, com resultados publicados em livros e folhetos contendo orientação para educadores de todo o país.

Em relação aos aspectos educacionais e preventivos, o trabalho do Instituto Morumbi coincide com o que já havia sido exposto pelo Dr. Carlini. Entretanto, em razão da formação profissional distinta, o Pe. Jordan expôs considerações diferenciadas com relação ao problema dos usuários dependentes.

Declarou que era constantemente procurado por pais e jovens em busca de informações sobre a recuperação nesses casos.

"Em geral, faço uma recuperação moral, de acordo com o meu sistema estabelecido. Isto dá bom resultado, quando não se trata de jovens com taras hereditárias, com uma predisposição para drogas, pela sua constituição psíquica. Quer dizer, um distúrbio psíquico latente, hereditariamente, que predispõe o indivíduo para qualquer tipo de fuga."¹²⁸

Desta forma, Pe. Jordan coloca que a procura pelas drogas e o uso continuado destas posteriormente, são questões "morais" ou "hereditárias", não apresentando, entretanto, uma justificativa científica que pudesse confirmar esse enfoque. Entretanto, nenhum dos participantes da CPI questionou esse posicionamento.

Em outro momento de sua exposição, o depoente reafirma sua desconfiança em relação às pesquisas já efetuadas e divulgadas por outros estudiosos ou entidades: "Já Bernard Shaw disse que há duas maneiras de mentir: a primeira é não falar a verdade e a segunda é fazer estatísticas"¹²⁹.

Como representante do Instituto Morumbi, o depoente teve a oportunidade de viajar por diversos países, onde colheu informações e dados a respeito do abuso de substâncias psicoativas. Com relação a isso, salientou que nos países da Cortina de Ferro não teve oportunidade de ver tantos toxicômanos quanto nos países

¹²⁷ *Ibidem*, p. 50.

¹²⁸ *Ibidem*, p. 60.

ocidentais. Para ele, isso se devia em função, principalmente, da forte repressão policial. Os casos esporádicos são atribuídos à "infiltração, porque a moda vai até lá. Como a música 'rock' [...], a mini-saia [...], a moda de 'hippies'"¹³⁰.

Ressaltando que havia uma política oficial nos países socialistas para coibir a "infiltração dos péssimos costumes sociais do Ocidente"¹³¹, Pe. Jordan declarou que "Lá o problema é o álcool; lá, o problema pode ser sexo; lá o problema pode ser realmente a falta de estímulo para todos."¹³²

Em 16 de maio de 1974, foram ouvidos o Dr. Alyrio Cavaliere, Juiz de Menores do Tribunal de Justiça da Guanabara e o Dr. José Elias Murad, diretor da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais¹³³.

O Dr. Alyrio falou especificamente sobre o envolvimento de menores com as drogas. Segundo levantamento efetuado na Vara de Menores da Guanabara, entre os anos de 1964 e 1972 não houve modificação significativa no número de casos de crime ou contravenção no Juizado de Menores. O número de casos de envolvimento com drogas, entretanto, saltou de 7% em 1964 para 13,4% em 1972, tendo havido um pico de 16,3% em 1971. Pesquisa do perfil sócio-econômico desses menores determinou que, em sua maioria, tinham cerca de 17 anos, curso secundário incompleto, só estudavam e moravam em apartamentos na Zona Sul da cidade.

O depoente relatou que, numa "incontinência verbal", havia declarado à imprensa, em 1971, que o Juizado receberia "qualquer menor de 18 anos que se apresentasse espontaneamente, desde que estivesse envolvido em problema ligado aos tóxicos"¹³⁴ e que estes não seriam envolvidos de nenhuma forma com a Justiça ou com a Polícia. O Juizado foi procurado por 196 menores, acompanhados ou não pelos pais, sendo que destes, 117 estavam envolvidos com maconha, 11 com cocaína, 1 com morfina, 41 com anfetaminas, 14 com LSD e 12 com "cheirinho da Loló". Um levantamento com estes jovens mostrou que todos os que haviam passado para drogas mais fortes, chamadas pelo depoente de "*hard drugs*", tinham começado com a maconha. A recíproca, entretanto, não era verdadeira. Outra constatação foi que 95 menores haviam comprado a droga, e somente 20 haviam

¹²⁹ *Ibidem*, p. 85.

¹³⁰ *Ibidem*, p. 86.

¹³¹ *Ibidem*, p. 87.

¹³² *Ibidem*.

¹³³ Congresso Nacional, Câmara dos Deputados, Brasília, Centro de Documentação e Informação, Seção de Controle dos Registros em Comissão, CPI Tóxicos, Depoimento nº 50/74 (datilografado).

recebido por oferecimento de terceiros. Somente em 16 casos foi confirmado o envolvimento com tráfico.

Ao discorrer sobre a importância da educação dos jovens a respeito do efeito das drogas, Dr. Alyrio citou comentário feito por Lady Hunt, assistente social e esposa do ex-embaixador da Inglaterra no Brasil, durante palestra no Juizado de Menores da Guanabara. Para ela, qualquer informação dada aos jovens deveria ser feita da maneira mais verdadeira possível, tendo sempre o cuidado de baseá-la em comprovações científicas. Ressaltou, entretanto, que uma campanha educacional em relação aos tóxicos ainda não tinha sido elaborada por falta de uma linguagem considerada adequada para sua divulgação eficiente. Para ele, assim como declararam outros depoentes, os meios de comunicação teriam uma parcela grande de responsabilidade na propagação das drogas, mesmo que sem dolo.

Dr. Alyrio relatou ocasiões em que o Juizado atuou de maneira censória em relação a atividades culturais. Citou como exemplo uma peça, do Dr. Pedro Bloch, cujo título "LSD" teve que ser alterado. Também relatou um festival de música popular, em 1970, que teve o nome dos troféus, Jimmy Hendrix e Janis Joplin, censurados, em virtude de terem estes músicos morrido por excesso de ingestão de drogas.

Dr. José Elias Murad iniciou seu depoimento concordando com o papel dos meios de comunicação na difusão do consumo de drogas. Para ele um comportamento apresentado pela imprensa acaba sendo reproduzido, por imitação, em outros locais. Citou ainda que, indivíduos mal preparados, ainda que bem intencionados, apresentavam-se para palestras em colégios, contribuindo negativamente para a educação dos jovens.

Dizendo-se farmacêutico, Dr. José Murad procurou esclarecer os participantes da CPI quanto aos conceitos que eram tratados como sinônimos, mesmo representando substâncias bastante diferentes, tais como "entorpecentes", "narcóticos", "drogas", "tóxicos", "psicotrópicos", etc.

"[...] sob o ponto de vista médico e farmacológico, o termo entorpecente é reservado apenas, exclusivamente, a um grupo de drogas, talvez até o mais perigoso deles, que é o grupo dos narcóticos."¹³⁵

¹³⁴ *Ibidem* p. 23.

¹³⁵ *Ibidem*, p. 51.

"[...] é preciso estabelecer o que se entende por droga alucinógena, que constitui também um grupo à parte que inclusive não tem nenhuma utilização terapêutica, não é usada na Medicina."¹³⁶

"Um dos problemas relacionados com essas drogas que provocam dependência, particularmente com um grupo da máxima importância na atualidade, é aquele grupo que nós chamamos de psicotrópicos. Esses psicotrópicos de um modo geral abolem os reflexos condicionados [...]."¹³⁷

Ao citar os efeitos de redução dos reflexos causados por substâncias psicotrópicas, principalmente quando relacionadas aos acidentes de trânsito, Dr. José Murad declarou que "é um problema que vem surgindo e que talvez adquira no futuro tanta importância como em relação ao uso de bebidas alcoólicas"¹³⁸.

O depoente destacou também a diferenciação feita entre a dependência psíquica, antigamente denominada "hábito", e a dependência física, que também foi chamada de "vício". A primeira característica da dependência física seria a tolerância, que obrigaria o usuário a aumentar gradativamente a dose para obter os mesmos efeitos. A segunda seria a compulsão, que obriga o usuário a procurar pela droga a qualquer custo, muitas vezes levando-o a cometer crimes. A terceira característica seria a crise de abstinência, que causa sérias reações orgânicas (calafrios, sudorese, etc) na ausência do consumo de drogas. Para ilustrar suas considerações, a apresentação contou com a projeção de slides.

Dr. Murad relatou o resultado de uma pesquisa através de questionário, distribuído após as palestras realizadas em colégios e faculdades. Em resposta à pergunta sobre se, após a palestra, o jovem estaria mais inclinado, menos inclinado ou indiferente ao uso das drogas, 67% se disseram menos inclinados, 31% disseram-se indiferentes e 2% confessaram ter ficado mais inclinados. Segundo ele, estes últimos poderiam pertencer a uma das categorias mais sujeita ao uso de drogas, de acordo com pesquisa realizada nos EUA e na Inglaterra: os psicologicamente sadios, mas curiosos, ou os que possuem distúrbios sérios, tais como os neuróticos, sociopatas ou alcoólatras crônicos.

O depoente concluiu com algumas sugestões de ordem regulamentar para os medicamentos passíveis de causar dependência, tais como o uso de formulários especiais de receituário, como já era feito com os narcóticos, obrigatoriedade de

¹³⁶ *Ibidem*, p. 52.

¹³⁷ *Ibidem*, p. 54.

¹³⁸ *Ibidem*.

fabricação em formato de fácil identificação, maior rigor no controle das indústrias, etc.

Em 20 de maio do mesmo ano, prestou depoimento o Dr. Oswaldo Moraes de Andrade, médico psiquiatra do Hospital Pinel, do Estado da Guanabara¹³⁹.

Dr. Oswaldo defendeu a "humanização" das medidas legais com relação às drogas, criticando o dispositivo que determina a expulsão de alunos das escolas no caso de comprovação do uso ou porte de drogas. Questionou também o artigo que estabelece a internação de usuários em estabelecimentos para recuperação, salientando que não existem instituições aptas para esse atendimento.

Sob o aspecto médico, o depoente criticou a internação de "viciados" em clínicas psiquiátricas ou seu confinamento em penitenciárias, como estava sendo feito: "o indivíduo ou ficará na promiscuidade do xadrez, da prisão, ou vai para um estabelecimento psiquiátrico, onde ficará em convívio com doentes mentais, e nós sabemos que esses jovens não são doentes mentais"¹⁴⁰. Para o Dr. Oswaldo, o atendimento deveria ser multidisciplinar, em instituição exclusivamente preparada para isso, com distinção entre os pacientes que poderiam ou não ser atendidos em regime ambulatorial.

Ao contrário de outros depoentes, alertou para a necessidade do preparo de professores para responder às indagações dos alunos sobre o assunto, evitando que estes se sintam atraídos pelo "assunto proibido" ou pela "curiosidade", defendendo o amplo esclarecimento das crianças na faixa de 5 a 11 anos.

O depoente afirmou que "todos os autores e estudiosos do problema das dependências concordam que para a verdadeira toxicomania é necessária uma predisposição que leve o indivíduo a usar e abusar das substâncias psicoativas"¹⁴¹.

Criticando as **medidas** repressivas adotadas pela lei vigente, Dr. Oswaldo questionou que o traficante e o doente são tratados da mesma forma e que a simples repressão não é suficiente pra a solução do problema. Como exemplo, citou os EUA, onde,

"[...] a pena de morte não diminuiu o número de criminosos; a 'Lei Seca' [...] agravou o problema do alcoolismo no país. A experiência nos ensina

¹³⁹ Congresso Nacional, Câmara dos Deputados, Brasília, Centro de Documentação e Informação, Seção de Controle dos Registros em Comissão, CPI Tóxicos, Depoimento nº 52/74 (datilografado).

¹⁴⁰ *Ibidem*, p. 12.

¹⁴¹ *Ibidem*, p. 9-10.

que as leis drásticas neste terreno, punindo o viciado, que é doente, só poderá agravar a situação, acabando por tornar incontornável esse flagelo social."¹⁴²

Em relação ao Hospital Pinel, Dr. Oswaldo ressaltou que, das 19 mil fichas estudadas, no período de outubro de 1964 a novembro de 1972, 3.186 eram de "alcoólatras" (16,77%), e que este, sim, constituía um dos mais graves problemas. Afirmou ainda que estes eram apenas os que atingiam a fase final do alcoolismo, ou seja, o "*delirium tremis*", e que por esse motivo eram conduzidos ao pronto socorro psiquiátrico. De acordo com ele, seguindo as recomendações do Código Nacional de Saúde e da Organização Mundial de Saúde, "o alcoolismo é considerado doença e tem que ser observado sob este ângulo". Em comparação com esses dados, os casos de usuários de droga totalizaram apenas 874 casos, ou seja, 4,6%.

O estudo efetuado com os alcoólatras, mostrou que os brancos bebem mais que os pretos e pardos; os solteiros são a maioria (46,2%), superando os casados (30,5%). A maioria possuía apenas o curso primário (37,75%), pertencia à classe média (49,98%).

Para exemplificar o problema do alcoolismo, Dr. Oswaldo relatou que nos Estados Unidos foi feita uma pesquisa que constatou que 65 milhões de pessoas bebiam, sendo que destas apenas 1% bebia patologicamente. Por esse motivo, "não era justo proibir-se uma coisa que estava atingindo, patologicamente, 1% da população"¹⁴³.

Reforçando a idéia que o alcoolismo é uma doença, o depoente afirmou que "não se pode nem se deve proibir". Seria necessária uma política de esclarecimento, inclusive da família, para que o "doente", após passar pelo tratamento, fosse corretamente acolhido na sociedade. Criticou a apologia que era feita na imprensa para o álcool e para o cigarro, que apareciam como indicadores de "status".

Afirmou que o problema da dependência, no Brasil, parecia-lhe mais um problema de ordem social e educacional do que médico. Para ele, "as vítimas que se deterioram são as que têm tendência toxicófila, têm alteração de sua personalidade, que faz com que ele procure a droga; tira-se uma e ele procura outra"¹⁴⁴. O depoente não descreveu o que entende por "tendência toxicófila".

¹⁴² *Ibidem*, p. 16.

¹⁴³ *Ibidem*, p. 19.

¹⁴⁴ *Ibidem*, p. 21.

No momento, aparentemente, o uso de drogas seria mais um "modismo", um símbolo de "status", como o foi nas décadas de 20 e 30 com a morfina ou a cocaína. A maconha estaria mais difundida em função de seu baixo preço e da facilidade de sua obtenção.

Dr. Oswaldo declarou que, segundo a própria ONU, a maconha não tem "ação criminógena", ou seja, não induz necessariamente o usuário a cometer crimes, como ocorre com a cocaína ou com as anfetaminas. Seu efeito negativo seria "porque desvia o indivíduo do estudo, fazendo com que procure outra substância. [...] A maconha é nociva porque é por onde o jovem começa"¹⁴⁵.

Para comprovar, o depoente citou um estudo que realizou, inclusive no Manicômio Judiciário do Rio, onde o "crime da maconha", estaria sempre ligado à "maconha mais álcool, maconha mais anfetamina, maconha mais ácido lisérgico".

Durante seu depoimento, houve discussão entre deputados e convidados sobre se o usuário deveria ser encaminhado à polícia ou ao tratamento, sendo quase unânime a conclusão de que este último seria muito melhor, já que o aparelho policial estaria preparado apenas para a punição e não para a recuperação do indivíduo.

Como transparece nos depoimentos, não há um consenso sobre a forma de abordagem do problema de uso abusivo de substâncias psicoativas, se como crime ou como doença. No primeiro caso, a indicação seria a repressão, utilizando-se a estrutura policial e judicial. Se considerado como doença, o problema deveria ser tratado sob o aspecto médico e/ou psicológico. Para ambos os casos os especialistas ouvidos pela Comissão afirmaram não haver uma estrutura oficial adequada ou suficiente que pudesse atender esses usuários de maneira eficaz.

2.4 Conceitos e Critérios Utilizados para Elaboração do Relatório Final

Além dos depoimentos das autoridades convidadas, a CPI também recolheu material de estudo em diversos órgãos do Governo Federal e recebeu sugestões e documentação de entidades da sociedade civil interessadas na solução do problema¹⁴⁶.

As conclusões da Comissão deram origem a um relatório denominado

¹⁴⁵ *Ibidem*, p. 22 e 24.

"Entorpecentes e Drogas Afins", que pretendia ser um "documento básico sobre entorpecentes no País, focalizando, social e cientificamente, os aspectos mais importantes da matéria"¹⁴⁷.

Esse relatório foi publicado no Diário do Congresso Nacional no dia 24 de setembro de 1974, como anexo do Projeto de Resolução nº 116¹⁴⁸, do mesmo ano.

O relatório aborda:

- Avaliação do problema;
- Histórico do uso das drogas;
- Características das principais drogas (maconha, LSD-25, narcóticos, psicotrópicos);
- Evolução da legislação no país;
- Pesquisas realizadas (nos estados de Minas Gerais, Guanabara e São Paulo);
- Levantamento das prováveis causas e motivações para o uso indevido dos tóxicos;
- Classificação e terminologia das drogas que provocam dependência física e/ou psíquica;
- Considerações sobre a implantação de um programa educacional de esclarecimento da população;
- A necessidade da criação de clínicas especializadas no tratamento e recuperação de toxicômanos;
- Sugestões para alteração da legislação referente ao tráfico, à atuação policial e à cooperação internacional;
- Criação do Instituto de Estudos e Pesquisas Antitóxicos (IEPAN);
- Mudanças na Lei nº 5.726/71, com sugestões de inclusões, exclusões e alterações no texto em vigor¹⁴⁹.

Na apresentação do Projeto de Resolução nº 116/74, o relator informa que um dos objetivos da CPI era

¹⁴⁶ Projeto de Resolução nº 116, de 29/08/1974. Diário do Congresso Nacional. Seção I, p. 7396.

¹⁴⁷ *ibidem*, p. 7397.

¹⁴⁸ *Ibidem*, pp. 7417-7421.

¹⁴⁹ *ibidem*, pp. 7397-7421.

"Colher subsídios para o aperfeiçoamento de correspondente instrumental legislativo, adequado ao momento e em consonância com as exigências do progresso científico, social, cultural, político, educacional e jurídico."¹⁵⁰.

Ou seja, os membros da CPI pretendiam fundamentar as sugestões para modificação da Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971, que estava em vigor, nas pesquisas das ciências que então se realizavam. Por esse motivo, convidaram especialistas atuantes em diferentes áreas para compor a Comissão de Assessoramento ou dar depoimentos.

Além disso, os deputados procuraram embasamento científico para suas conclusões em livros, relatórios e trabalhos publicados sobre o assunto, tanto nacionais como estrangeiros. A relação da bibliografia consultada é composta por 56 itens e foi transcrita no final do Projeto de Resolução nº 116/74¹⁵¹.

A CPI concluiu que o fenômeno da "toxicomania" não se restringia ao Brasil nem se tratava de problema recente, admitindo que em nosso país "ainda não constituía um problema social de aspectos alarmantes"¹⁵².

Dentre as causas e motivações levantadas para a toxicomania, foram citadas:

- a) Dependência física ou psíquica: "há seres humanos que trazem dentro de si, por temperamento ou por inclinação, uma predisposição congênita para o uso de drogas.";
- b) Curiosidade: "em a natureza humana há um desejo de experimentar sensações novas e exóticas [...] Ao lado de uma curiosidade inerente à própria natureza humana, coloca-se uma publicidade que incita, [...] impulsionada por interesses econômicos de grupos de pressão.";
- c) Fuga de problemas: "de ordem material, moral, psicológica. Situação financeira difícil. [...] Sofrimentos de ordem moral e espiritual no ambiente familiar. [...] Ociosidade. Liberdade individual excessiva. [...] Educação frouxa.";
- d) Imitação e modismo: "o espírito de imitação está presente no homem. Procuram os jovens imitar o que vêem na televisão, nos jornais, no cinema, através de filmes, em que se divulgam os tóxicos.";
- e) Inconformidade da juventude: "ante o contexto amplo da sociedade

¹⁵⁰ *ibidem*, p. 7396.

¹⁵¹ *Ibidem*, p. 7421.

moderna de após guerra e pós-industrial, [...] registra-se também um outro tipo de reação: a 'escapista'. Essa reação é a dos hippies, da contracultura, dos que protestam contra a tecnologia moderna."

- f) Tráfico: "uma grande parte de viciados é também traficante de drogas, dadas as injunções de caráter financeiro"¹⁵³.

Considerando os aspectos médico-farmacológicos, o relatório ressalta as diferenças de conceitos e nomenclaturas utilizados comumente quando se refere ao assunto. Para melhor compreensão, descreve as seguintes definições, retiradas da bibliografia adotada e dos depoimentos colhidos:

- Droga: "toda a substância ou produto que, administrado ao organismo vivo, produz modificações em uma ou mais de suas funções".
- Fármaco: "toda substância natural ou sintética capaz de dar origem ao medicamento. É o produto fundamental, em estado puro ou quase."
- Tóxico: "tudo aquilo que pertence a, devido a, ou da natureza de um veneno."¹⁵⁴

Diante do exposto, o relatório houve por bem adotar a terminologia "cientificamente exata e universalmente aceita", conforme utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS): drogas que provocam dependência¹⁵⁵.

A partir dessa denominação, o relatório define a dependência às drogas ou farmacodependência como sendo "um estado de necessidade física e/ou psicológica, de uma ou mais drogas e que resulta do seu uso contínuo ou periódico."¹⁵⁶ Neste conceito já se introduz a diferença entre dependência física e dependência psicológica.

A dependência psicológica, também denominada errôneamente de "hábito", caracteriza-se por:

- a) afetar o indivíduo, trazendo também prejuízos à coletividade ou sociedade onde ele vive;
- b) não causar tolerância orgânica, isto é, não obrigar o usuário a aumentar a

¹⁵² *ibidem*, p. 7397.

¹⁵³ *ibidem*, pp. 7401-7403.

¹⁵⁴ *ibidem*, p. 7403.

¹⁵⁵ *ibidem*.

dose;

- c) causar o desejo psicológico mas não há compulsão para seu uso;
- d) não produzir síndrome de abstinência ou de privação quando é feita a retirada brusca da substância¹⁵⁷.

Já a dependência física, teria por características, segundo o relatório:

- a) afetar o indivíduo, com prejuízos à sociedade ou à coletividade;
- b) produzir tolerância, obrigando o usuário a aumentar progressivamente a dose;
- c) levar à compulsão pelo uso;
- d) provocar crise de abstinência ou de privação.

Outra recomendação do relatório, seguindo mais uma vez as indicações da OMS, é a substituição do termo "vício" por "dependência física".

Apesar das distinções apresentadas entre ambos os tipos de dependência, o relator lembra que não há a dependência física pura, já que esta é precedida da dependência psicológica. Também afirma, concordando com os especialistas, que, em alguns casos, a distinção do tipo de dependência causada por cada tipo de droga é relativamente difícil, tornando o problema complexo.

Utilizando-se dos dados coletados, o relatório denomina de "drogas psicodislépticas" ou "alucinógenas" a maconha, o LSD-25, os narcóticos (ópio, heroína, morfina e cocaína) e os psicotrópicos (tranqüilizantes, barbitúricos e anfetaminas).

Para exemplificar, o relatório faz uma descrição das drogas que provocam dependência, bem como de seus derivados, agrupando-as segundo os conceitos levantados:

- Entorpecentes (analgésicos e hipnóticos): ópio e seus alcalóides, semi-sintéticos (heroína), de síntese pura (meperidina ou petidina, metadona);
- Barbitúricos (hipnóticos): Luminal e Gardenal (ação longa), Butabarbital e Dial (ação média), Seconal e Nembutal (ação curta), Tio-nembutal (ação ultracurta);

¹⁵⁶ *ibidem*

¹⁵⁷ *ibidem*, p. 7403-4.

- Tranqüilizantes menores (sedativos): Cordiazepóxido (Librium e psicossedium), Diazepan (Diempax e Valium), Oxazepan (Adumbran), Lorazepan (Lorax), Meprobamato (Equanil e Lepenil);
- Anfetaminas (estimulantes do sistema nervoso central): Benzedrina, Dexedrina, Pervitim, Moderex, etc.;
- Cocaína (alcalóide extraído da folha de coca);
- Maconha (*Cannabis sativa*): também conhecida por marijuana ou cânhamo;
- LSD e outros (alucinógenos): LSD (*Lysergic Soure Diethylamide* - Dietilamida do Ácido Lisérgico), Mescalina (alcalóide extraído do peiote, cacto de origem mexicana), Psicocibina (extraído de certos cogumelos);
- Inalantes (depressores do Sistema Nervoso Central): cola de sapateiro, fluido de isqueiro, removedores de tintas e vernizes, substâncias à base de benzeno, tolueno, xileno, clorofórmio, acetona, etc¹⁵⁸;

As conclusões acima foram resumidas no quadro a seguir:

QUADRO DAS FARMACODEPENDÊNCIAS				
Tipo de droga	Dependênci a Física	Dependênci a Psíquica	Tolerância	Psicose Tóxica (dose alta)
Entorpecentes	***	***	***	
Barbitúricos	**	**	**	
Tranqüilizantes menores	(?)	*	*	
Anfetaminas	(?)	*	*	**
Cocaína		*	*	**
Maconha		*	*	*
LSD e outros		*	*	*
Inalantes			*	*

Fonte: Projeto de Resolução nº 116, de 29/08/1974. Diário do Congresso Nacional. Seção I, p. 7407.

Foram relatadas ainda contribuições de cunho educacional, tratamento e recuperação e sugestões para modificações legislativas a serem feitas no texto da Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971.

O Anteprojeto de Lei, contendo as conclusões da CPI, consta do Anexo I. Nele foram redigidas novas disposições a respeito da prevenção ao uso de

substâncias entorpecentes, tratamento e recuperação dos viciados e mudanças no procedimento judicial. O texto final da Lei nº 6.368/76 incorporou a maior parte dessas sugestões (ver Anexo II).

Como pode ser visto, não foi feita nenhuma referência ao álcool nem a seus efeitos dentro da relação das substâncias consideradas tóxicas ou causadoras de dependência física e/ou psíquica, ainda que, como será discutido mais adiante, tendo em vista os mesmos aspectos da ciência discutidos na CPI, ele deveria fazer parte desse grupo.

¹⁵⁸ *Ibidem*, pp. 7404-7407.

Capítulo 3 - Estudos sobre o Consumo de Bebidas Alcoólicas e a Legislação

Com o propósito de melhor compreender os subsídios científicos disponíveis à época das discussões da Comissão Parlamentar de Inquérito, procuramos fazer um levantamento da literatura publicada até então, principalmente com relação a pesquisadores e instituições dedicados ao assunto, em relação ao estudo de causas e efeitos do consumo excessivo de álcool.

3.1. Conceituação e Terminologia

A palavra álcool vem do árabe "*kuhl*" ou "*kohl*", cujo significado original era "pó muito fino", passou posteriormente a designar um cosmético usado para escurecer as pálpebras, o "*alkohl*". Somente no século XVI, Paracelso utilizou-se desse termo com o sentido de "essência", se referindo à parte mais sutil do vinho¹⁵⁹.

Na Química, os alcoóis compõem uma classe de compostos orgânicos genéricos, sendo o álcool etílico um dos mais conhecidos e utilizados pelo homem¹⁶⁰.

O método mais simples de obtenção do álcool etílico é através da fermentação de substâncias que contêm açúcares, tais como frutas, raízes e cereais, na presença de microorganismos ou leveduras. Quando a concentração de álcool atinge 14% do total do líquido fermentado, os microorganismos morrem intoxicados, encerrando o processo¹⁶¹.

Após a fermentação, o álcool etílico pode ser separado do material original através da destilação simples, uma vez que seu ponto de evaporação é bastante baixo¹⁶².

Em geral, as bebidas alcoólicas são obtidas através da fermentação, ou da fermentação e posterior destilação, de sucos e extratos vegetais. A quantidade de álcool no produto final é expressa em porcentagem ou graduação Gay Lussac (°GL),

¹⁵⁹ C. F. Alvim. Aspectos Antropológicos do Alcoolismo, pp. 137-149.

¹⁶⁰ *Ibidem*.

¹⁶¹ *Ibidem*.

¹⁶² *Ibidem*.

valor que define o teor por volume¹⁶³.

O Decreto nº 73.267, de 06 de dezembro de 1973, que regulamentou a Lei nº 5.823, de 14 de novembro de 1972, considerava como bebida alcoólica aquela que contivesse mais de 0,5° GL de álcool etílico e classificava as bebidas em três grupos:

- Fermentadas: aquelas obtidas somente através do processo de fermentação, tais como a cerveja, o vinho, etc.
- Fermento-destiladas: aquelas obtidas através da fermentação e posterior destilação, tais como a aguardente de cana, rum, uísque, etc.;
- Mistas: as obtidas através de mistura dos componentes acima com outros ingredientes. Como exemplos foram citados o licor, a aguardente composta, et..

O consumo continuado de bebidas alcoólicas pode levar ao que se convencionou chamar de "alcooolismo".

Segundo o Dicionário Houaiss, o alcooolismo é uma psicopatologia caracterizada pelo "consumo de álcool periódico, permanente, habitual ou condicionado por uma dependência psicofísica"¹⁶⁴

Pesquisadores que se dedicam ao estudo dos efeitos do álcool, porém, não concordam com essa definição. O psiquiatra Carol Sonenreich, por exemplo, afirma que as definições de alcooolismo são diversas, dependendo do enfoque que se pretenda dar ao problema e cita, como exemplos, "qualquer ingestão de bebidas alcoólicas que provoque algum prejuízo ao indivíduo ou à sociedade ou a ambos" (E. M. Jelinek, médico norte-americano) e "o alcooolista é aquele que bebe mais do que pode suportar" (Raoul Lecoq, médico francês)¹⁶⁵. A autora, entretanto, prefere a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que diz que os alcooolistas são

"Os bebedores excessivos cuja dependência perante o álcool é tal, que eles apresentam distúrbios mentais definidos, ou manifestações afetando sua saúde física ou mental, as suas relações com os outros e seu comportamento social e econômico, ou pródromos de distúrbios deste gênero, devendo ser submetidos a tratamento."¹⁶⁶

¹⁶³ *Ibidem*.

¹⁶⁴ A. Houaiss & M. S. Villar. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*, p. 143.

¹⁶⁵ C. Sonenreich, *Contribuição para o Estudo da Etiologia do Alcooolismo*, p. 7.

Albuquerque Fortes define os alcoolistas como sendo os "bebedores excessivos ou compulsivos", cuja dependência do álcool acarreta perturbações em sua saúde física e/ou mental, nas relações interpessoais ou em sua conduta¹⁶⁷.

3.2 A Caracterização do Alcoolismo como Doença

Historiadores e antropólogos afirmam que as bebidas fermentadas provavelmente já eram conhecidas desde o período neolítico e durante séculos fizeram parte não só dos hábitos sociais e familiares como também de rituais religiosos e de iniciação em todo o mundo¹⁶⁸.

Apesar disso, as sociedades antigas praticamente não conheciam o alcoolismo. Segundo Clóvis de Faria Alvim, diversos fatores podem explicar esse fenômeno¹⁶⁹:

- Somente eram conhecidas as bebidas fermentadas, de baixo teor alcoólico.
- A expectativa de vida era baixa em função das inúmeras doenças e da rudeza dos hábitos de vida. Dificilmente alguém vivia tempo suficiente para se tornar alcoólatra.
- A sazonalidade das colheitas e as técnicas rudimentares da agricultura somente permitiam a produção em baixa escala e em determinados períodos do ano. Além disso, os métodos de armazenamento não permitiam que seu consumo se prolongasse por maiores períodos.

Por todos esses motivos, somente a partir do século XVIII ouve-se falar no consumo excessivo de álcool como problema médico e social, coincidindo com o advento da Revolução Industrial e com a crescente urbanização da população européia¹⁷⁰.

Os trabalhos de Thomaz Trotter (1760-1832), em fins do século XVIII, apontavam a "*ebriedade*" como uma das causas da loucura, dando início à

¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 8

¹⁶⁷ J. R. A. Fortes. *Alcoolismo: Problema Médico-Social*, pp. 97-103.

¹⁶⁸ C. F. Alvim, op. cit., pp. 137-138.

¹⁶⁹ *Ibid.*, p. 140

abordagem do alcoolismo como doença. Esses estudos influenciaram outros pesquisadores na Europa e EUA. Na Alemanha, Carl Von Bruhl-Cramer, em 1819, descreve os bebedores excessivos como doentes que "experimentam um desejo tirânico, anormal, elementar pelas bebidas alcoólicas", introduzindo o termo "dipsomania" para denominá-los¹⁷¹.

Os estudos prosseguem e, em 1849, o médico sueco Magnus Huss (1807-1890) publicou o livro *Alcoolismo crônico ou doença alcoólica crônica - Contribuição ao conhecimento das discrasias, segundo minha experiência pessoal e dos outros baseado em estudos mais aprofundados em seu país, na França e na Alemanha*, sobre numerosos casos de complicações somáticas e psíquicas associadas ao consumo de bebidas alcoólicas. Seu trabalho abrangeu observações clínicas e necrópsias, descrevendo os efeitos do alcoolismo em diversos órgãos do corpo humano. Apesar de não possuir formação psiquiátrica, as conclusões de Huss descartavam a influência da herança na etiologia do alcoolismo, mas ofereciam subsídios para estudos posteriores de outros autores¹⁷².

A partir do século XIX, duas correntes predominaram entre as entidades voltadas para o estudo do problema do consumo excessivo de álcool. A primeira, formada por médicos e hospitais para etilistas, apresentavam a questão como exclusivamente médica, baseada em motivos clínicos e financeiros. O tratamento ambulatorial ou em regime de internação oferecia ganhos expressivos tanto para os médicos quanto para as instituições. A segunda, formada por sociedades de cunho religioso ou filosófico, preferiam tratar o problema como uma questão de ordem moral, um vício, atribuindo aos médicos interesses exclusivamente pecuniários¹⁷³.

Nos Estados Unidos, a corrente filosófica e religiosa, formada principalmente por pessoas não ligadas à classe científica, influenciavam a classe política, pressionando pela adoção de medidas rígidas de combate e repressão à produção e comercialização de bebidas alcoólicas de qualquer natureza. Enquanto os estudos médicos aprofundavam-se sobre o assunto, a pressão da opinião pública conseguiu fazer aprovar, em 1919, uma lei de autoria de Andrew Volstead, proibindo a fabricação, transporte e venda de qualquer bebida com teor alcoólico superior a

¹⁷⁰ *Ibidem*.

¹⁷¹ J. R. Fortes, "Conceito e Definição de Alcoolismo" in J. R. A. Fortes & W. N. Cardo, op. cit., p. 13.

¹⁷² *ibidem*, p. 15.

¹⁷³ *ibidem*, p. 16.

0,5%. Essa lei ficou conhecida como "Lei Seca" e vigorou até 1933, quando o aumento da criminalidade, causado pelo surgimento das quadrilhas organizadas, dedicadas à venda ilegal e ao tráfico de bebidas alcoólicas, demonstrou a ineficácia da medida¹⁷⁴.

No período de sua vigência, a Lei Seca reduziu as discussões sobre o caráter patológico do alcoolismo, fazendo com que cientistas de todo o mundo perdessem o interesse direto pelo assunto, passando a prestar maior atenção aos efeitos da lei nos índices de morbidade e mortalidade. Após sua revogação, houve um aumento significativo na busca de explicações científicas que pudessem embasar principalmente os trabalhos sociais e jurídicos voltados para o tratamento do problema. O alcoolismo volta a ter como hipótese a concepção de doença. A intensidade da disseminação do alcoolismo após a revogação da Lei Seca, fez com que, em 1935, fosse fundada a Associação de Alcoólicos Anônimos, entidade que até os dias de hoje dedica-se ao apoio e tratamento de alcoólatras em todo o mundo¹⁷⁵.

Entre o final do século XIX e início do século XX, alguns psiquiatras buscam na hereditariedade as causas para os problemas mentais e comportamentais de seus pacientes. Benedict Morel (1809-1873) e Valentin Magnan (1835-1916), psiquiatras franceses, afirmavam que as doenças mentais eram uma evidência da degeneração hereditária, que poderia levar à extinção da raça humana. Na Alemanha, Kraft-Ebing (1840-1902) e Auguste Forel (1848-1931) consideravam que fatores como sexo, masturbação, álcool, industrialização e progresso social teriam influência direta sobre a personalidade¹⁷⁶.

Em 1865, o matemático Francis Galton (1822-1911), primo de Charles Darwin (autor de *A Origem das Espécies*), publicou o livro *Hereditary Talent and Genius*, defendendo a idéia de que a inteligência é predominantemente herdada e não influenciada por fatores ambientais. Em 1883, Galton criou o termo "Eugenia" para denominar o estudo dos fatores que poderiam melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações. As idéias eugenistas tiveram grande aceitação entre os psiquiatras que, à época, conviviam em asilos lotados de

¹⁷⁴ *ibidem*, p. 17.

¹⁷⁵ J. R. Fortes, "Conceito e Definição de Alcoolismo" in J. R. A. Fortes & W. N. Cardo, op. cit., p. 18.; S. C. Oliveira, op. cit., p.77.

¹⁷⁶ W. J. Piccinini. "Eugenia e Higiene Mental". *Psychiatry On-Line Brazil*, 6 (set 2001).

pacientes que apresentavam pouca alteração diante dos métodos terapêuticos que lhes eram aplicados¹⁷⁷.

Os eugenistas defendiam a criação de leis que evitassem a miscigenação entre diferentes grupos étnicos, restringindo a imigração de indesejados, controlando casamentos e esterilizando os incapacitados. Essas idéias foram utilizadas posteriormente como base para o nazismo na Alemanha¹⁷⁸.

No Brasil, a instabilidade política e social do início do século XX facilitou a disseminação da teoria eugenista. Em 1918, foi criada em São Paulo a Sociedade Eugênica de São Paulo, que atuou nas décadas de 20 e 30, defendendo ações que pudessem influenciar positivamente a saúde física e mental dos trabalhadores. Dentre as idéias propostas pelos eugenistas, havia a preocupação com a influência de fatores externos, como as doenças ou o alcoolismo, na degeneração da raça.¹⁷⁹

Em 1922, foi fundada no Rio de Janeiro a Liga Brasileira de Hygiene Mental, com a participação de profissionais de diversas áreas, tais como médicos, psicólogos, advogados, políticos, etc. Os principais objetivos da Liga era a atuação junto aos órgãos públicos visando disseminar as idéias de prevenção das doenças mentais, através de programas de assistência aos deficientes e propagação da higiene mental e da eugénica nos âmbitos escolares, sociais e profissionais¹⁸⁰.

Três anos após sua fundação, a Liga publicou um manifesto denominado "Contra o Alcoolismo: em Favor da Hygidez Mental", onde defende medidas que visem reduzir os efeitos nocivos causados pelo alcoolismo. Nesse sentido, o manifesto destaca o "notável" trabalho produzido pelo Dr. Carlos Penafiel, publicado no *Jornal do Commercio* de 16 de dezembro de 1923, e destaca os tópicos que considera mais importantes.

"Poder-se-hia, entretanto, com ou sem o auxílio dos poderes públicos, atenuar uma parte dos efeitos do mal. Primeiro retirando os filhos dos pais notoriamente ébrios contumazes, tal qual propoz Henri Monod. Fundar-se-hiam, para esse fim, sociedades ou ligas com o intuito de entregar as crianças a famílias honestas, sobrias e laboriosas. É uma das iniciativas mais urgentes. Conviria, outrossim, como medida conveniente, a criação de asylos para os bebedores incorrigíveis [...]"¹⁸¹

¹⁷⁷ *Ibidem*.

¹⁷⁸ *Ibidem*.

¹⁷⁹ M. V. Silva. *Detritos da civilização: eugenia e as cidades no Brasil*. Disponível em <<http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arc000/esp235.asp>>. Acesso em 20 mar. 2005.

¹⁸⁰ Piccinini, E. J. "Higiene Mental e a Imigração". *Psychiatry On-Line Brazil*, 9 (dez. 2004). Disponível em <<http://www.polbr.med.br/arquivo/wal1204.htm>>. Acesso em 20 mar. 2005.

¹⁸¹ Liga Brasileira de Hygiene Mental. "Contra o Alcoolismo: em favor da hygidez mental", *Archivos*

O médico norte-americano E. M. Jellinek, no prefácio de seu livro "*The disease concept of alcoholism*", publicado em 1960, chamou a atenção para um dos aspectos abstratos do problema: "falando de maneira estrita, alcoolismo é um conceito; da mesma forma, doença também é um conceito. Mas considerar o alcoolismo uma doença é um ponto de vista e, portanto, uma concepção". O objetivo de Jellinek era ressaltar que a definição de alcoolismo é muito ampla, necessitando a subdivisão em espécies, como será visto mais adiante¹⁸².

Manfred Bleuler (1903-1994), psiquiatra suíço, utilizava como distinção critérios distintos. Segundo ele, "quando o bebedor é claramente prejudicado pelo seu vício, no que se refere ao seu estado somático, psíquico ou sua posição social, qualificamo-lo de alcoólico"¹⁸³. Neste conceito há a introdução da palavra "vício", que posteriormente foi abandonada por indicar uma conotação moral, tendo sido substituída por "abuso de álcool".

Outro fator conflitivo é o posicionamento da OMS em relação à caracterização do alcoolismo como um problema de saúde pública. Em reunião realizada em Genebra, entre 8 e 13 de outubro de 1973, a instituição reconhecia que há uma associação entre os níveis de consumo de álcool e certas formas de prejuízos à saúde que resultam num "aumento da morbidade e da mortalidade". Em contrapartida, defende que "os problemas a resolver não são todos de ordem médica. Há fatores sociais, culturais, jurídicos, econômicos, que desempenham igualmente um papel na etiologia, no tratamento, na prevenção e no controle"¹⁸⁴.

Em seu artigo de 1968, anteriormente referido, Albuquerque Fortes considera que as conclusões da OMS são suficientes para que o alcoolista seja encarado como doente. Ao elencar as causas do alcoolismo, destaca que um levantamento feito entre alcoólatras crônicos, internados repetidas vezes em manicômios, apontou na sua quase totalidade "portadores de defeitos, mais ou menos graves, de personalidade". Não descarta, entretanto, fatores fisiológicos, psicológicos e sociais como causas secundárias¹⁸⁵.

Brasileiros, 1 (1925). pp. 147-152.

¹⁸² *apud* H. Elkis, "Definições e Critérios no Diagnóstico do Alcoolismo" in J. R. A. Fortes & W. N. Cardo, op. cit., pp. 43-44.

¹⁸³ *ibidem*, p. 44.

¹⁸⁴ WHO. *WHA28.81 Health statistics related to alcohol*.

¹⁸⁵ J. R. A. Fortes. op. cit.

Sonnenreich ratifica a afirmação de que o alcoolismo seria um distúrbio de personalidade e cita inúmeros estudiosos cujas pesquisas corroboram esta conclusão, em especial psiquiatras de linha freudiana. Com mesmo destaque evoca outro grupo de pesquisadores que preferem apontar como causa primária fatores exógenos, em especial fatores sociais, culturais e históricos. Sua conclusão, entretanto, é que "o alcoólatra é uma realidade clínica que se impõe da maneira mais obrigatória"¹⁸⁶.

George E. Vaillant, em seu livro *A História Natural do Alcoolismo Revisitada*, levanta alguns questionamentos sobre essas caracterizações. Considerando o alcoolismo sob o ponto de vista estritamente médico, Vaillant argumenta que:

- Não existe uma etiologia específica para o alcoolismo, podendo este ser causado por inúmeros fatores, inclusive situacionais e psicológicos.
- Outra observação do autor é que, como doença, o alcoolismo estaria sujeito a um diagnóstico dependente de sinais e sintomas e não de um julgamento de valores, como habitualmente acontece, onde os limites entre o beber excessivo e o alcoólatra são relativos e variáveis, quantitativa e qualitativamente.
- A ingestão mal-adaptada e incontrolável de álcool não é uma doença no sentido de distúrbio biológico, podendo ser melhor caracterizada como distúrbio de comportamento¹⁸⁷.

Tentando estabelecer critérios que possam diferenciar as pessoas que consomem bebidas alcoólicas, sem estigmatizar todas, Artur Guerra de Andrade afirma que existem três categorias de consumidores:

- a) o bebedor social ou moderado, que consomem álcool sem apresentar problemas nem dependência, podendo eventualmente ter episódios de embriaguês;
- b) o bebedor problema, aquele que começa a apresentar dificuldades pelo uso da bebida, sobretudo no campo das atividades interpessoais, não apresentando, contudo, a síndrome de abstinência alcoólica; e,
- c) o alcoolista, aquele que já não consegue ficar sem o álcool, apresentando síndrome de abstinência e dependência¹⁸⁸.

¹⁸⁶ C. Sonnenreich. op. cit., pp. 10-26.

¹⁸⁷ *Ibidem*, p. 27-28.

¹⁸⁸ A. G. Andrade, "Conceitos Básicos no Diagnóstico e Tratamento do Alcoolismo", *1º Congresso Brasileiro de*

Se à primeira vista o fato de se ter estabelecido uma categorização dos consumidores de bebidas alcoólicas parece ter resolvido a questão, o aprofundamento do estudo mostra que há muito que fazer. Andrade ressalta que não há um limite quantitativo de ingestão de álcool que distinga as três categorias, sendo que esta distinção se prende mais às conseqüências do consumo. Afirma ainda que 5% da população adulta pode ser caracterizada como de bebedores problemas e outros 5% como alcoolistas¹⁸⁹.

3.3. Dependência Física e Psicológica

Se há divergências quanto à conceituação ou à caracterização do alcoolismo, o mesmo não ocorre em relação às suas conseqüências e se o abuso do álcool causa ou não dependência física e/ou psíquica.

Para a Organização Mundial de Saúde, a dependência psíquica "é a condição na qual uma droga produz um sentimento de satisfação e um impulso psicológico que requer o uso periódico ou contínuo da droga para produzir prazer ou evitar desconforto". Em contrapartida, a dependência física é "um estado de adaptação do corpo, manifestado por distúrbios físicos, quando o uso da droga é interrompido. Na dependência física, a droga é necessária para que o indivíduo funcione normalmente". Os distúrbios físicos causados pela retirada da droga são chamados de "síndrome de retirada ou síndrome de abstinência"¹⁹⁰.

Um estudo exemplar das conseqüências do uso do álcool é a pesquisa efetuada por Carol Sonnenreich com 250 pacientes internados na Casa de Saúde Tremembé e no Hospital Mairiporã de Psiquiatria, ambos em São Paulo, no período de 1966 a 1967¹⁹¹. Em todos os casos, os pacientes tinham sido rotulados como alcoolismo, caracterizados pela dependência ao álcool e pela incapacidade de abandonar a bebida. Em 222 pacientes a sintomatologia psiquiátrica apresentada estava sempre ligada ao uso do álcool, não comportando qualquer outro diagnóstico. Os principais sintomas descritos foram:

Psiquiatria e Medicina Interna. Anais., p. 194.

¹⁸⁹ *ibidem*, p. 195.

¹⁹⁰ J. B. Milby. *A Dependência de Drogas e seu Tratamento*, p.3.

¹⁹¹ C. Sonnenreich, *op. cit.*, p.56.

- Distúrbios psíquicos: redução na capacidade intelectual e de concentração, ansiedade, alucinações e delírios, interpretação paranóide, pesadelos, agitação;
- Distúrbios comportamentais: irritabilidade, hiperemotividade, egocentrismo, instabilidade, dificuldade de relacionamento familiar e social, agressividade, pouco interesse pela atividade sexual.
- Alterações neurológicas: polineurite, convulsões, *delirium tremis*.
- Alterações somáticas: perda de apetite, diminuição da libido e da potência sexual, gastrite crônica.

Outras conclusões desse estudo que merecem destaque nos mostram que: 66,2% dos pacientes do sexo masculino começaram a utilizar o álcool na faixa etária de 16 a 20 anos, sendo que 36,7% se tornou dependente após um período de 10 a 20 anos de consumo. Entretanto, 35,7% dos pacientes se tornaram dependentes do álcool com menos de 10 anos de consumo.

Se é possível apontar diferenças quanto aos sintomas dos que apresentam dependência do álcool e quanto ao período decorrido até que essa dependência ganhe forma, não há dúvida que o alcoolismo se manifesta como farmacodependência, que seria, para a OMS em 1970:

"Um estado psíquico e algumas vezes também físico, resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por um comportamento e outras reações que incluem sempre compulsão para ingerir a droga, de forma contínua ou periódica, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e, às vezes, para evitar o desconforto de sua abstinência. A tolerância pode existir ou faltar e o indivíduo pode ser dependente de mais de uma droga."¹⁹²

Para Albuquerque Fortes, a farmacodependência alcoólica se justifica por apresentar as seguintes características: dependência psíquica em grau variável, dependência física bem definida, certo grau de tolerância (irregular e incompleta), complicações somáticas e psíquicas muito graves¹⁹³.

Apesar das definições claras e dos exemplos que deveriam facilitar o estabelecimento de critérios para avaliar o efeito do álcool, um documento publicado pelo Ministério das Relações Exteriores, em 1969, e baseado em recomendações da

¹⁹² op. cit., p. 11.

OMS (Relatório nº 363), prefere não classificar o álcool entre as drogas que provocam toxicomanias, preferindo incluí-lo numa categoria distinta, entre essas e as que justificam o hábito, mesmo considerando que "o álcool produz um conjunto de efeitos farmacodinâmicos suficientemente uniformes que permite definir o gênero de dependência com precisão"¹⁹⁴.

A complexidade do problema pode ser observada nos estudos de E. M. Jellinek¹⁹⁵ que, em 1960, criou "espécies de alcoolismo" com a finalidade de sistematizar os critérios de diagnóstico. Utilizando-se das letras gregas, Jellinek classificou os seguintes tipos:

- Alcoolismo ALFA - dependência psicológica, sem "perda do controle" ou "impossibilidade de abster-se". Os danos restringem-se às relações sociais e de trabalho, tais como problemas econômicos e diminuição da produtividade. Em outras palavras, seria o caso do "bebedor problema".
- Alcoolismo BETA - caracterizado por complicações físicas (gastrite, cirrose hepática, polineuropatia, etc.), sem necessariamente haver dependência física ou psíquica.
- Alcoolismo GAMA - caracterizado por tolerância tecidual em função do uso contínuo, sintomas de abstinência, "compulsão para beber" e perda de controle. Uma vez iniciada a ingestão de álcool, o bebedor não consegue parar. Seria o tipo mais comum encontrado.
- Alcoolismo DELTA - semelhante ao GAMA nos aspectos de tolerância e sintomas de abstinência. Porém, neste tipo, ao invés da "perda de controle" há a "impossibilidade de abster-se".
- Alcoolismo EPSILON - caracterizado por periodicidade ou então por episódios de dipsomania.

Esse trabalho de Jellinek, citado por Elkis, demonstra que há variações conceituais do alcoolismo, partindo-se do princípio de que todas são caracterizadas pelo consumo excessivo e abusivo do álcool, podendo haver ou não dependência física e/ou psicológica, mas sempre apresentando alguma forma de prejuízo

¹⁹³ J. R. Fortes, "Conceito e Definição de Alcoolismo" in J. R. A. Fortes & W. N. Cardo, op. cit., p. 13.

¹⁹⁴ MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES (Brasil). *Tratamento e Prevenção do Alcoolismo em 1967. Como pensa a Organização Mundial de Saúde. Cartilha de Orientação*. Rio de Janeiro, 1967, p. 6.

¹⁹⁵ H. Elkis. Definições e Critérios no Diagnóstico do Alcoolismo. In: J. R. A. Fortes & W. N. Cardo. *Alcoolismo*

somático, social ou psíquico¹⁹⁶.

O relatório nº 363 da OMS, destaca que há uma grande semelhança entre a dependência do álcool e a dependência dos barbitúricos e de outros agentes depressores do sistema nervoso central. O comitê afirma ainda que "há numerosas similitudes na etiologia e no tratamento" de ambas as formas de dependência, apesar de sua natureza e amplitude poderem variar de um país para outro¹⁹⁷.

3.4. A Legislação Brasileira e o Consumo de Álcool

Após abordarmos a discussão - que ainda se mantém - sobre o consumo de álcool e algumas de suas conseqüências médicas e sociais, passamos a apresentar aspectos da legislação relativa a nosso país, ressaltando os pontos que falam da embriaguez e ações a ela associadas, juntamente com as penalidades prescritas. Nosso objetivo é verificar em que se diferenciam o tratamento e as penalidades relativos ao álcool daqueles referentes às substâncias consideradas tóxicas e que causam igualmente dependência de diferentes tipos, como vimos anteriormente.

Na época do Descobrimento do Brasil já havia na Europa divergências quanto ao grau de culpabilidade dos indivíduos que praticassem crimes sob o efeito de bebidas alcoólicas. Por um lado os juizes tendiam a ser benevolentes com a embriaguez, enquanto os governantes procuravam baixar normas rigorosas para esses casos¹⁹⁸. As Ordenações Filipinas, que vigoravam em nosso país na época, em seu capítulo V que trata dos crimes, nada diz a esse respeito¹⁹⁹.

Em 16 de dezembro de 1830 foi promulgado o Código Criminal do Império²⁰⁰, conforme o previsto na Constituição de 1824. A embriaguez é tratada no artigo 18, porém dentro de situações condicionais:

"São circunstâncias atenuantes dos crimes:

[...]

§ 9º. Ter o delinquente cometido o crime no estado de embriaguez. Para que a embriaguez se considere circunstância atenuante, deverão intervir conjuntamente os seguintes requisitos:

- *Diagnóstico e Tratamento*, p. 45.

¹⁹⁶ *Ibidem*.

¹⁹⁷ MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES (Brasil). *Tratamento e Prevenção do Alcoolismo em 1967. Como pensa a Organização Mundial de Saúde. Cartilha de Orientação*. Rio de Janeiro, 1967, p. 6.

¹⁹⁸ O. O. Andrade. *A Embriaguez no Direito Penal Brasileiro*. pp. 36-37.

¹⁹⁹ Ordenações Filipinas. Disponível em <<http://www.uc.pt/ihti/proj/filipinas/ordenacoes.htm>>.

²⁰⁰ Nessa época as leis e decretos ainda não eram numeradas.

1º que o delinquente não estivesse antes dela formado o projeto do crime;
 2º que a embriaguez não fosse procurada pelo delinquente como meio de animar à perpetração do crime;
 3º que o delinquente não seja costumado em tal estado a cometer crimes."²⁰¹

Além disso, em hipótese alguma a embriaguez era tomada como circunstância agravante do crime.

O Código Penal de 1890 (Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890), continuou tratando a embriaguez como atenuante do crime. Modificou, porém, as circunstâncias condicionais para que isso ocorresse. O art. 42 determina que,

"São circunstancias attenuantes:

[...]

§ 10. Ter o delinquente commettido o crime em estado de embriaguez incompleta, e não procurada com meio de o animar á perpetração do crime, não sendo acostumado a commetter crimes nesse estado;"²⁰²

Aparece a distinção entre a embriaguez completa e incompleta, sendo a primeira tratada da mesma forma que a demência. Deixava de ser atenuante e retirava do acusado a culpa pelo crime cometido. Desta forma, estando o praticante do delito embriagado, ou era considerado em estado de privação de sentidos e absolvido, ou sua embriaguez incompleta era tratada como atenuante para o crime praticado²⁰³.

O mesmo Código, em seu Livro III - Das contravenções em espécie, trata em seu Capítulo XII dos "mendigos e ébrios". Os artigos 396 a 398 decretam como penas,

"Art. 396. Embriagar-se por habito, ou apresentar-se em publico em estado de embriaguez manifesta:

Pena – de prisão celllular por quinze a trinta dias.

Art. 397. Fornecer a alguem, em logar frequentado pelo publico, bebidas com o fim de embriagal-o, ou de augmentar-lhe a embriaguez:

Pena – de prisão celllular por quinze a trinta dias.

Parapho unico. Si o facto for praticado com alguma pessoa menor, ou que se ache manifestamente em estado anormal por fraqueza ou alteração da intelligencia:

Pena – de prisão celllular por dous a quatro mezes.

²⁰¹ O. O. Andrade. op. cit., p. 37.

²⁰² Senado Federal. Texto completo do Decreto disponível em <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=50260>>

²⁰³ O. O. Andrade. op. cit., p. 37.

Art. 398. Si o infractor for dono de casa de vender bebidas, ou substancias inebriantes:
 Penas – de prisão celular por um a quatro mezes e multa de 50\$ a 100\$000."²⁰⁴

O atual Código Penal de 1940 ainda vigente²⁰⁵, em sua redação original, tratava a embriaguez em diversos dispositivos.

"Art. 24. Não excluem a responsabilidade penal:

[...]

II - a embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos.

§ 1º É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

§ 2º A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, por embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força maior, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento."²⁰⁶

O artigo 44 do Código Penal determinava que seria circunstância agravante da pena o estado proposital de embriaguez com a intenção de cometimento do crime²⁰⁷.

Outros dois artigos do mesmo dispositivo legal tratavam da embriaguez:

"Art. 78. Presumem-se perigosos:

[...]

III - os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez;

Art. 92. São internados em casa de custódia e tratamento, não se lhes aplicando outra medida detentiva:

[...]

IV - durante seis meses, pelo menos, ainda que a pena aplicada seja por tempo menor, o condenado a pena privativa de liberdade por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez."²⁰⁸

²⁰⁴ Senado Federal. Texto completo do Decreto disponível em

<<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=50260>>

²⁰⁵ Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Texto completo disponível em <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=75524>>

²⁰⁶ Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Texto completo disponível em <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=75524>>. Este artigo foi posteriormente alterado pela Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984.

²⁰⁷ *Ibidem*.

²⁰⁸ *Ibidem*.

Apesar de determinar que a embriaguez não isenta de responsabilidade penal o acusado, o artigo 24 apresenta ressalvas:

- a) A embriaguez deve ser completa, eventual e por motivo de força maior;
- b) Caso o acusado esteja inteiramente incapaz de compreender o ato praticado, estará isento de pena;
- c) Sendo essa compreensão relativa, a embriaguez completa é considerada como atenuante do crime.

Essa regra é reforçada pelo artigo 44 que determina como agravante a embriaguez voluntária e proposital, com o intuito de cometer o crime.

Já o artigo 78 refere-se à aplicabilidade de medidas de segurança, presumindo como perigosos os indivíduos que forem condenados por crimes cometidos em estado de embriaguez, se esta for habitual.

Finalmente o artigo 92 determina que o condenado a pena privativa de liberdade por ter cometido crime em estado de embriaguez habitual seja internado por pelo menos seis meses em instituição de tratamento.

Em 1938, foi publicado o primeiro instrumento legal que faz referência ao tráfico de substâncias entorpecentes. O Decreto nº 2.994, de 17 de agosto de 1938, promulga a Convenção para a repressão do tráfico ilícito das drogas nocivas, Protocolo de Assinatura e Ato final, firmado entre o Brasil e diversos países, em Genebra, a 26 de junho de 1936, por ocasião da Conferência para a repressão do tráfico ilícito das drogas nocivas. Nessa convenção, essas substâncias são chamadas de "estupefacientes", de acordo com as disposições da Convenção da Haia, de 23 de janeiro de 1912, e das Convenções de Genebra, de 19 de fevereiro de 1925, e 13 de julho de 1931²⁰⁹.

As contravenções penais²¹⁰ foram tratadas separadamente, no Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, também conhecido por Lei das Contravenções Penais²¹¹. Em seu artigo 14, é reforçada a definição de periculosidade para os

²⁰⁹ Decreto nº 2.994, de 17 de agosto de 1938. Texto integral disponível em <<http://www.mj.gov.br/drci/cooperacao/Acordos%20Internacionais/Conven%E7%E3o%20para%20a%20repress%E3o%20do%20tr%E1fico%20il%E9dito%20das%20drogas%20n%85.pdf>>. Acesso em 13 fev. 2005.

²¹⁰ Infrações às quais a lei estabelece pena de prisão simples ou de multa, ou ambas. Ver Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, disponível em <http://www.tj.rs.gov.br/institu/je/cartilha_je.html>. Acesso em 15 mar. 2005.

²¹¹ Texto completo do Decreto disponível em <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=86434>>.

condenados que tenham cometido a contravenção por embriaguez habitual.

"Art. 14. Presumem-se perigosos, além dos indivíduos a que se referem os ns. I e II do art. 78 do Código Penal:

I – o condenado por motivo de contravenção cometido, em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, quando habitual a embriaguez;

[...]"²¹²

Também o artigo 62 determina como contravenção "apresentar-se publicamente em estado de embriaguez, de modo que cause escândalo ou ponha em perigo a segurança própria ou alheia" com pena de prisão simples de quinze dias a três meses ou "ou multa, de duzentos mil réis a dois contos de réis." O parágrafo único acrescenta que o contraventor deverá ser internado em casa de custódia e tratamento no caso da embriaguez ser habitual.

O artigo 63 dispõe, especificamente, sobre a penalidade a quem:

"Art. 63. Servir bebidas alcoólicas:

I – a menor de dezoito anos;

II – a quem se acha em estado de embriaguez;

III – a pessoa que o agente sabe sofrer das faculdades mentais;

IV – a pessoa que o agente sabe estar judicialmente proibida de frequentar lugares onde se consome bebida de tal natureza:

Pena – prisão simples, de dois meses a um ano, ou multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis."

Ambos os artigos estão enquadrados no capítulo das contravenções relativas à polícia de costumes.

Algumas esferas da vida dos cidadãos, como o trabalho e o trânsito, receberam instrumentos legislativos em que o consumo de bebidas alcoólicas e suas conseqüências ganharam artigos específicos que contemplam ainda as penalidades.

Em 1º de maio de 1943, o Decreto-Lei nº 5.452 aprovou a Consolidação das Leis do Trabalho, procurando criar novas regras de convivência entre empregados e patrões. Em seu artigo 482, alínea (f), a embriaguez habitual ou em serviço é considerada como justa causa para a rescisão do contrato de trabalho pelo empregador²¹³.

Quanto à legislação de trânsito, a referência à embriaguez aparece já em sua primeira regulamentação, o Decreto nº 18.323, de 24 de julho de 1928. Em seu

²¹² *Ibidem*.

artigo 87, item (c), determina,

"Art. 87. Para os casos abaixo enumerados ficam estabelecidas as seguintes penas:

[...]

c) aos que forem encontrados em estado de embriaguez na direcção de vehiculos de qualquer natureza, será imposta multa de 100\$000 (cem mil réis), independentemente do processo a que fiquem sujeitos;"²¹⁴

O Decreto-Lei nº 2.994, de 28 de janeiro de 1941, substituiu a legislação anterior. Neste, a embriaguez é tratada com mais severidade, sendo considerada infração do condutor (art. 127, item 55), sujeita a multa de 200 réis. Além disso, o artigo 130, item 5, determina a apreensão da carteira "quando o condutor tiver vício de embriaguez ou entorpecentes"²¹⁵.

Esse decreto esteve em vigor até 21 de setembro de 1966, quando foi aprovada a Lei nº 5.108, instituindo o novo Código Nacional de Trânsito. Esta lei, em seu artigo 89, alínea III, determinava,

"Art 89. É proibido a todo o condutor de veículo:

[...]

III - Dirigir em estado de embriaguez alcoólica ou sob o efeito de substância tóxica de qualquer natureza.

Penalidade: Grupo 1 e apreensão da Carteira de Habilitação e do veículo."

Além disso, o artigo 97 estabelece a cassação do documento de habilitação "quando a autoridade comprovar que o condutor dirigia em estado de embriaguez ou sob o domínio de tóxico, após duas apreensões pelo mesmo motivo"²¹⁶. Este código esteve em vigor por 30 anos.

Nas legislações acima descritas, pode-se perceber que o uso abusivo de bebidas alcoólicas é igualado, na maioria das vezes, ao uso de substâncias psicotrópicas em seus efeitos e nas conseqüências que pode causar. Nos casos em que isso não ocorre, a embriaguez é considerada motivo de privação de sentidos ou de estado de incapacidade do uso normal das faculdades mentais, chegando a considerar o usuário como irresponsável pelos atos praticados. Isso ocorreu

²¹³ Texto completo disponível em <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=75526>>

²¹⁴ *Ibidem*.

²¹⁵ Texto completo do disponível em

<<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=8511>>.

²¹⁶ *Ibidem*.

principalmente nas normas jurídicas do século XIX e início do século XX, quando ainda não havia uma caracterização dos efeitos nocivos das substâncias psicotrópicas no ser humano e em seu comportamento social.

A Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971, em seu artigo 1º, determinava que "É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar no combate ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica". Este dispositivo, entretanto, não especificava quais seriam essas substâncias. Havia, no artigo 4º, referência a proibição do plantio, cultura, colheita e exploração por particulares "da dormideira, da coca, do cânhamo '*cannabis sativa*". As demais substâncias psicoativas foram tratadas genericamente de "substâncias entorpecentes".

Mais uma vez observamos que o álcool não foi incluído nesta lei, apesar de já haver, na época, estudos que confirmavam que o consumo abusivo causava dependência física e/ou psíquica, conforme mostramos anteriormente.

3.5 Tratamento Diferenciado dado às Bebidas Alcoólicas em Relação às Demais Substâncias Psicoativas

A analogia entre o álcool e as substâncias psicotrópicas consideradas pela Lei nº 6.368/76 é clara, considerando-se o histórico, causas, efeitos e conseqüências para o ser humano e para a sociedade. Acompanha o homem através de toda a sua história, faz parte de rituais sociais, causa perturbações físicas e mentais, interfere nos relacionamentos familiares, causa dependência física e psicológica, etc. Segundo J. R. Fortes, "o alcoolismo é hoje reconhecido como o carro-chefe do grupo das farmacodependências, prestando-se o seu estudo de modelo para o reconhecimento das demais toxicomanias"²¹⁷

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas já foi considerado como grave problema de saúde pública pelo Subcomitê do Alcoolismo, da Organização Mundial de Saúde, em 1950²¹⁸.

Alguns estudos consideram as conseqüências do alcoolismo ainda piores do

²¹⁷ J. R. Fortes. *Conceito e Definição de Alcoolismo*, p. 12.

que as causadas pelas drogas consideradas "ilícitas", principalmente quando são levados em conta os dados quantitativos. Em 1988, cerca de 20% da população brasileira ou eram alcoólatras ou apresentavam sérios problemas relacionados ao uso do álcool. Estudos norte-americanos apontavam que o álcool estava relacionado com metade de todos os acidentes automobilísticos, metade de todos os homicídios e um quarto dos suicídios cometidos naquele país²¹⁹.

Esses dados já eram apresentados em estudos anteriores. Em 1971, cerca de 65 milhões de norte-americanos bebiam, consumindo cerca de 1/7 da renda familiar com bebidas alcoólicas. No mesmo ano, as estatísticas apontavam que 800 mil acidentes de trânsito eram imputados ao álcool e 17 mil pessoas por ano morriam naquele país em decorrência do alcoolismo²²⁰.

A prevalência do álcool em relação às demais drogas também foi verificada em estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, em 1999. Os resultados da pesquisa apontaram que, enquanto 11,6% da população já experimentou algum tipo de substância psicotrópica pelo menos uma vez na vida, esse índice sobe para 53,0% quando se trata de bebidas alcoólicas²²¹.

Apesar de comprovadamente relevante, o consumo do álcool é tolerado em quase todos os países do mundo²²² e as legislações restritivas limitam-se a casos específicos. No Brasil, por exemplo, é proibida a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos²²³.

O principal problema apontado para a inclusão do álcool entre as substâncias psicoativas é seu caráter legal. Ao contrário das demais drogas, a embriaguez não é ilegal. A embriaguez é condenada quando puser em risco a sociedade ou quando for provocada com o objetivo de facilitar um ato criminoso²²⁴. Ou seja, enquanto o usuário de drogas consideradas ilícitas, dependente ou não, é considerado criminoso, o alcoólatra não o é.

Historicamente, a legislação brasileira sempre tratou o álcool e o fumo como

²¹⁸ P. R. C. Lipke. *Alcoolismo na Sociedade*, p. 87.

²¹⁹ A. G. Andrade. *Conceitos Básicos no Diagnóstico e Tratamento do Alcoolismo.*, p. 194.

²²⁰ P. R. C. Lipke, op. cit. p.87.

²²¹ FAPESP. *Drogas - Mitos Desfeitos*. p.16-17.

²²² As principais exceções são encontradas nos países muçulmanos, onde a proibição legal do consumo de bebidas alcoólicas deve-se a questões religiosas.

²²³ Lei Federal nº 8.069/90, art. 81, Inciso II.

²²⁴ M. Segre & C. Cohen. *Aspectos Éticos e Médico-Legais do Alcoolismo*, p. 311.

substâncias à parte das demais drogas psicoativas. A comunidade científica também costuma tratar separadamente as drogas "lícitas" e as "ilícitas" em separado, apesar de alguns estudos considerarem a interação entre elas. Também é interessante notar que os trabalhos sobre os efeitos do álcool e das drogas vêm sendo feitos praticamente em paralelo, o mesmo acontecendo com a legislação.

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótropas (CEBRID), da Escola Paulista de Medicina, possui um catálogo de publicações científicas a respeito das drogas. A consulta a esse catálogo mostra que a preocupação com o uso abusivo de substâncias psicoativas, inclusive o álcool, tem sido tema de estudo desde o início do século XX. Mas as publicações sempre tratam o álcool separadamente das demais substâncias²²⁵.

O portal do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) possui informações especificamente sobre as drogas consideradas lícitas, afirmando, entretanto, que

"Não é pelo fato do álcool, o tabaco, as anfetaminas, os solventes serem comercializados e estarem disponíveis à população com facilidade que não são considerados drogas. Essas drogas prejudicam a saúde e oneram o sistema público de saúde."

Há, portanto a consciência oficial da analogia existente entre as drogas "legais" e "ilegais". Não há, entretanto, uma explicação baseada em pesquisas, sejam médicas, farmacológicas, sociais, etc., sobre a razão dessa distinção.

O editorial publicado no Pesquisa Fapesp de abril de 2000, procura resumir o pensamento da comunidade científica, diante dos dados obtidos em diversas pesquisas realizadas em nosso país:

"Existe hoje uma impressão generalizada de que o consumo de drogas ilegais no país, especialmente entre as faixas mais jovens da população, atinge índices de um dramático flagelo social. Mas, ainda que seja justa a preocupação com o consumo, dados os pesados dramas individuais e as mazelas sociais que ele aciona, e ainda que se conclua que o Estado deveria enfrentar o tráfico de drogas ilegais com ações muito mais efetivas do que aquelas de que tem se valido, dado seu efeito devastador sobre o tecido social e mesmo para a economia, é necessário registrar que: considerando-se parâmetros internacionais, e extrapolando para o país a situação de São Paulo, é baixo o consumo das drogas ilegais no Brasil. É bem menor que o consumo dessas drogas nos Estados Unidos, por exemplo. Já, de fato, alarmantes, são os índices de consumo de drogas legais, como o álcool e o fumo."²²⁶

²²⁵ Ver maiores informações em <http://www.cebrid.epm.br/catalogo/index.php3>.

²²⁶ Pesquisa FAPESP, Editorial, abril 2000, p. 5

Parece, no entanto, difícil combater o uso socialmente aceito do álcool, por fazer parte dos rituais da maioria dos povos e países através do mundo. "O beber em nossa sociedade é inseparável da vida social e do prazer conseqüente de um contato mais íntimo com outras pessoas."²²⁷

Além do aspecto histórico que aponta para a tradição, a difusão do uso de bebidas de maneira moderada pode ter sido uma forma mais suave de estabelecer restrições ao abuso.

"A associação do consumo do álcool com festivais religiosos, o costume da participação comunitária desde a preparação da bebida até a sua consumação final no festim teria sido, sem dúvida, uma forma de regulamentá-lo."²²⁸

Outra hipótese apontada para a diferenciação no tratamento do álcool em relação às drogas indica a influência de fatores econômicos, que atuariam com influência contrária a uma regulamentação mais severa.

A luta antialcoólica, como a do fumo, esbarra sempre com a força do poder econômico. Não nos esqueçamos de que o álcool e o fumo são duas fontes de riqueza. Assim, vemos a complexidade do problema, se atendermos para a realidade de que, na produção, venda e consumo do álcool e sua propaganda estão em jogo fortes interesses político-econômicos²²⁹.

De fato, a indústria de bebidas alcoólicas é responsável por um volume considerável do recolhimento de impostos, representando importante fonte de renda para os governos. Segundo pesquisa realizada pelo IBGE em 1980, a produção de bebidas era a terceira na geração do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI)²³⁰, contribuindo sozinha com 10% de toda a arrecadação desse imposto²³¹.

Da mesma forma, artigos e editoriais de periódicos de grande circulação continuaram a denunciar o poder econômico na manutenção do status de droga "lícita" para o álcool. Assim, no ano seguinte à publicação do IBGE, um artigo

²²⁷ S. C. Oliveira, op. cit., p. 90.

²²⁸ M. C. C. A. Martins. *Álcool, Alcoolismo e Alcoologia: Dados Históricos*, p. 22.

²²⁹ P. R. C. Lipke, op. cit., p.96.

²³⁰ J. Mansur & M. R. Jorge. *Dados relacionados a bebidas alcoólicas e alcoolismo no Brasil: uma revisão*. p. 157. As duas primeiras eram as indústrias de cigarro e a automobilística.

²³¹ J. Mansur & M. R. Jorge. *Dados relacionados a bebidas alcoólicas e alcoolismo no Brasil: uma revisão*. p. 157.

publicado pelo delegado Octacílio de Oliveira Andrade, ressaltava essa influência: "Dentre os produtos cujo consumo é violentamente incentivado está a bebida alcoólica. Os governos, por sua vez, têm na sua produção e comercialização poderosa fonte de receita"²³².

A tônica é a mesma no editorial recentemente publicado no jornal *Folha de São Paulo*:

"Lamentavelmente, sucessivos governos brasileiros têm cedido ao lobby dos produtores e deixado de tomar as medidas necessárias contra a publicidade de álcool. Incorrem no velho erro de fazer as contas pela metade. Ficam com os empregos e as receitas de impostos hoje gerados e fecham os olhos para os prejuízos de amanhã, que recairão sobre outras administrações. O problema com esse tipo de conta é que quem sai perdendo é a sociedade como um todo."²³³

Por seu lado, o defensor público Fabiano Majorana demonstra conhecer as pesquisas realizadas sobre os efeitos do consumo de álcool, afirmando que,

"[...] injusta e injurídica a discriminação realizada pelo Estado ao imputar pena criminal a condutas de porte, consumo e comercialização de algumas drogas, [...] e permitir o uso e comercialização de outras, com as quais auferem receitas gigantescas. O consumo do álcool e do cigarro, cientificamente considerados drogas tóxicas, com potencialidade lesiva à saúde pública, causadores de dependência física, vício, e danos dos mais variados, começam a receber algumas restrições legais. Todavia, não há interesse estatal na proibição do consumo, embora os considere droga tóxica publicamente, especialmente em campanhas publicitárias."²³⁴

Se os depoimentos anteriores falam de maneira genérica em "grandes receitas", os dados oficiais, disponibilizados pelo Banco Central²³⁵ confirmam a importância da arrecadação de IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados) sobre bebidas alcoólicas para a receita federal. Os dados da Tabela 1 foram retirados das séries históricas de arrecadação do Governo Federal.

Tabela 1 - Valores arrecadados em impostos pelo Governo Federal, de 1994 a 2003.

Ano	Arrecadação	IPI Total	IPI Bebidas	% sobre	% sobre
-----	-------------	-----------	-------------	---------	---------

²³² O. O. Andrade. *A Embriaguez no Direito Penal Brasileiro*, p. 39.

²³³ Folha de São Paulo. Editorial. 19 maio 2004, p.3

²³⁴ F. B. Majorana. *Considerações sobre álcool, fumígenos e drogas*. In: *Âmbito Jurídico*.

²³⁵ As séries históricas de arrecadação de impostos estão disponíveis no site <http://www4.bcb.gov.br/pec/series/port/>.

	Total (R\$ milhões)	(R\$ milhões)	(R\$ milhões)	Total	IPI Total
1994	46.289	7.721	710	1,53	9,20
1995	83.859	13.637	1.385	1,65	10,15
1996	95.099	15.516	1.777	1,86	11,45
1997	112.674	16.833	1.993	1,76	11,83
1998	133.147	16.307	2.269	1,70	13,91
1999	151.514	16.504	1.909	1,26	11,57
2000	176.815	18.841	1.942	1,09	10,30
2001	196.759	19.458	2.008	1,02	10,32
2002	243.008	19.799	1.796	0,73	9,07
2003	273.363	19.673	1.899	0,69	9,65

Fonte: Banco Central do Brasil.

Cabe ressaltar entre as bebidas alcoólicas o lugar especial ocupado pela cerveja, seja em termos da fatia que lhe corresponde no total da produção, seja quanto á importância que representa para outros setores da atividade econômica, como a publicidade, como veremos a seguir.

A cerveja corresponde a 85% de todas as bebidas alcoólicas vendidas no Brasil²³⁶. Dados de 1996 demonstram que o setor era responsável por 37 mil empregos diretos, além de outros 100 mil indiretos²³⁷. Segundo Sindicato Nacional da Indústria da Cerveja, em 2003, o faturamento bruto de suas associadas totalizou R\$ 16,5 bilhões. Destes, cerca de R\$ 7,0 bilhões foram destinados ao pagamento de tributos, sendo R\$ 1,5 bilhão de Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), R\$ 5,0 bilhões de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e R\$ 800 milhões para pagamento do Programa de Integração Social (PIS) e Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins)²³⁸.

Além disso, a indústria cervejeira representa uma importante fatia do mercado publicitário. Segundo o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE), no 1º semestre de 2004, esse ramo investiu cerca de R\$ 278 milhões em publicidade, ocupando o 9º lugar entre todos os ramos pesquisados nas diversas mídias. No mesmo período, entre os 30 maiores anunciantes do país, três eram fabricantes de cerveja²³⁹.

²³⁶ I. Pinsky. A Propaganda de Bebidas Alcoólicas no Brasil. 2004.

²³⁷ M. H. Oliveira. Cerveja: Um Mercado em Expansão, p.8

²³⁸ Dados do Sindicato Nacional da Indústria da Cerveja. Disponível em <http://www.sindicerv.com.br/tributacao/txt_tributacao.htm>

²³⁹ Estas seriam Schincariol (18º lugar), Brahma (26º lugar) e Skol (29º lugar). Dados do Ibope Monitor. Disponíveis em <[javascript:fu_exibir_html\(-1, '952', 'ANUNCIANTES - 30 MAIORES - 1 SEMESTRE 2004'](http://www.tributacao.com.br/tributacao/txt_tributacao.htm)

A mídia destaca constantemente a influência da indústria cervejeira na tentativa de impedir que sejam implantadas restrições quanto à publicidade ou limitação de venda de seus produtos. Assim, em matéria relatando a não conclusão de grupo interministerial formado pelo Governo Federal para estudo de novas medidas de restrição à publicidade e venda de bebidas alcoólicas, Fabiane Leite afirma que,

"A restrição total de anúncios de álcool das 6h às 22h era a proposta original do grupo, iniciado em maio de 2003. Foi estabelecido depois que o governo, pressionado pelas cervejarias, decidiu retirar de votação na Câmara uma emenda que estendia à cerveja a restrição de propaganda."²⁴⁰

Mesmo o cigarro, outro produto tolerado socialmente, já é tratado com mais severidade que o álcool, pois em 2003, foi aprovada na Câmara Federal a Medida Provisória nº 118, que ampliava as restrições à publicidade de cigarros. Uma emenda do deputado Valdemar Costa Neto (PL/SP) previa a inclusão das bebidas alcoólicas entre os produtos com publicidade restrita. Essa emenda foi rejeitada pela base de apoio ao Governo Federal. Segundo o jornal Folha de São Paulo, "o governo temia que a aprovação, sem discussão com sociedade e produtores, gerasse uma crise tanto no mercado de bebidas alcoólicas, principalmente de cervejas, como no publicitário"²⁴¹.

O desinteresse de alguns setores da administração federal também foi destacada à mesma época em editorial de Gilberto Dimenstein publicado na *Folha de São Paulo*:

"O ministro da Saúde, Humberto Costa, está articulando a restrição de propaganda de bebidas alcoólicas na TV. Começou a divulgar documentos feitos por técnicos de saúde sobre a relação entre acidentes de trânsito e violência com o consumo de álcool. A guerra, entretanto, parece perdida. Há fortes indícios de que a proposta não emplacou nem no PT, a começar da cúpula do governo. O partido está sensibilizado para os argumentos econômicos - o gasto feito pelas cervejarias em

'Fonte: Monitor Plus- Meios: TV Aberta (29 mercados), Revista, Jornal, Rádio, Outdoor e TV por Assinatura. Banco utilizado: 2 remessa de Jun/2004 - Dados em R\$ (000). Valores base em tabela de preços dos veículos.Desconsiderados anunciantes governamentais', 'ANUNCIANTES_1 SEM_2004X2003.XLS', ', 'ANUNCIANTE', 'PERÍODO', 'R\$ (000)', 'RANKING', ', '02/mar/2005', '01/jan/2004 à 30/jun/2004', 'A evolução histórica de dados de Investimento Publicitário têm como base as informações contidas e geradas a partir do Monitor, um serviço do IBOPE que possibilita o acompanhamento das verbas investidas por meios, veículos, praças, setores e anunciantes')>

²⁴⁰ F. Leite. "Governo não conclui projeto sobre álcool", p. 23

²⁴¹ L. Constantino. "MP que libera comercial de cigarros é aprovada", p.34.

publicidade - e se mostra disposto a derrubar projeto em tramitação da Câmara, com restrições ao horário da propaganda, que deveria ocorrer depois das 22 horas - exatamente a posição defendida pelo ministro."²⁴²

Proibir a produção e a comercialização de bebidas alcoólicas, como é determinado para as drogas consideradas "ilícitas", não parece ser medida eficiente. A experiência norte-americana com a Lei Seca, como apresentamos anteriormente, demonstrou que os efeitos sobre a criminalidade podem ser negativos. Além disso, a produção de bebidas é um processo relativamente simples, seja por fermentação, seja por destilação, podendo ser realizado em instalações rústicas e até em instalações domésticas. Somente como exemplo dessa situação, podemos citar a tradição histórica da produção de licores caseiros, ou a fabricação artesanal de vinho nas colônias de descendentes de imigrantes europeus da região sul do país.

Há ainda aspectos mais complexos envolvidos nas políticas oficiais que envolvem as bebidas alcoólicas. Recentemente, os Ministérios do Desenvolvimento e Agricultura deram início ao processo de certificação da cachaça como denominação de origem, junto à Organização Mundial da Agricultura. A intenção é que essa denominação seja dada apenas às aguardentes de cana produzidas no Brasil, como acontece com o *champagne*, por exemplo, em relação à região francesa homônima. Em setembro de 2004 foi criada a Câmara Setorial da Cadeia Produtiva da Cachaça, com a determinação de criar políticas que impulsionem o desenvolvimento do setor²⁴³.

²⁴² G. Dimenstein. "Ministério da Saúde perde guerra das cervejas", p. 28.

²⁴³ G. Barros. *Folha de São Paulo*, 02 nov. 2004. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u90380.shtml>>.

CONCLUSÃO

As substâncias psicoativas acompanham o homem através de toda a sua história. Inicialmente eram utilizadas principalmente em rituais religiosos ou com finalidades terapêuticas. Com o passar do tempo, o abuso dessas substâncias começou a tornar-se um problema social, ocasionando sérios prejuízos individuais e sociais.

Apesar das medidas gradativas tomadas pelas autoridades visando a restrição e até mesmo a proibição do uso das drogas, o consumo continuou crescendo tornando-se uma das primeiras preocupações dos países e instituições internacionais. O Brasil acompanhou essa tendência, tendo a legislação procurado acompanhar as decisões dos organismos multilaterais no que se refere à ratificação de seus tratados e à adoção de medidas internas de combate e controle da produção, comercialização e consumo dessas substâncias.

A Comissão Parlamentar de Inquérito instaurada em 1973 com a finalidade de ampliar o conhecimento dos legisladores quanto às drogas, visando apresentar sugestões e modificações na legislação e nas políticas públicas, aprimorando sua efetividade, resultou na aprovação da Lei nº 6.368/76, também conhecida como Lei Anti-Tóxicos.

O estudo efetuado pelos deputados baseou-se em documentos originados de diversos órgãos governamentais ligados ao assunto, bem como relatórios enviados por entidades da sociedade civil e depoimentos de autoridades médicas, policiais e jurídicas envolvidas com o problema. O relatório final da CPI foi abrangente e procurou atualizar a legislação com base nos conceitos científicos vigentes à época.

Dois dos critérios importantes para a inclusão de uma substância no rol de drogas proibidas é seu efeito modificador no comportamento do usuário e a geração de dependência física ou psíquica, conforme foi constantemente destacado no Anteprojeto resultante da CPI (ver Anexo I).

As questões relativas ao uso abusivo de bebidas alcoólicas, apesar de amplamente divulgadas e de serem alvo de pesquisas desde o início do século XX não foram levadas em conta durante a CPI, tendo sido relegadas a segundo plano quanto à sua importância diante das demais substâncias.

Os efeitos nocivos do uso abusivo de bebidas alcoólicas são uma

unanimidade entre a comunidade científica. O álcool é inquestionavelmente apontado como substância psicoativa e que causa dependência, sem levar em conta os prejuízos causados ao indivíduo e à sociedade. Quantitativamente, o alcoolismo representa um problema de saúde pública em escala superior ao das demais substâncias psicotrópicas consideradas ilegais.

No entanto, o relatório final não menciona o álcool como fazendo parte das substâncias psicoativas nem daquelas causadoras de dependência física e/ou psíquica. Diversas causas são apontadas pelos estudiosos para essa omissão, uma vez que o mesmo ocorre em praticamente todas as legislações do mundo ocidental. Duas dessas causas são as principais: a aceitação social do álcool, como elemento agregador e componente da vida em comunidade; e a importância econômica representada pela indústria de bebidas, tanto em relação aos empregos gerados quanto aos impostos recolhidos para os cofres oficiais.

Em 1967, somente faturamento da indústria da cerveja representava cerca de 0,36% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional²⁴⁴. A título de comparação, o valor desse faturamento (Cr\$ 289 milhões) equivalia a quase à metade do orçamento do Ministério da Educação e Cultura para todo o país (Cr\$ 580 milhões)²⁴⁵.

A importância econômica da indústria de bebidas alcoólicas no país não se restringe somente à arrecadação de impostos. Há influência na geração de empregos indiretos (em bares, restaurantes, eventos patrocinados, etc), mercado de comunicação (publicidade e patrocínios), embalagem, transporte, e inúmeros outros setores afetados indiretamente.

As pesquisas relativas à etiologia do alcoolismo ainda não conseguiram determinar com segurança todas as causas do problema, mas já apontam para algumas conclusões que podem servir de base para estudos mais aprofundados das medidas públicas de prevenção e redução dos danos causados ao indivíduo e à sociedade.

As mesmas pesquisas, entretanto, demonstram uma analogia entre o alcoolismo e as demais dependências farmacológicas, reforçando a necessidade de medidas que visem uma aproximação entre as legislações relativas às substâncias que lhes dão origem, objetivando, sobretudo, procurar soluções conjuntas no tratamento dado às drogas e ao álcool.

²⁴⁴ F. Cavalcanti. Brasil em Dados, pp. 18/99.

As autoridades reconhecem a impossibilidade da erradicação do consumo de substâncias psicotrópicas. Atualmente procura-se avançar em políticas que visem a redução de danos, através de projetos educacionais que aumentem o conhecimento da população quanto aos problemas causados por essas substâncias. Esses projetos, entretanto, dão maior ênfase às drogas consideradas ilegais, ignorando que o abuso do álcool é, quantitativamente, muito maior.

Estudos apontam que medidas repressivas tem eficácia relativa, baseados em experiências já testadas em outras épocas e países, como foi o caso da Lei Seca, implantada nos EUA entre 1920 e 1933, que além de não ter efeitos positivos na redução do consumo, ainda propiciou o surgimento do crime organizado, ligado à produção e à distribuição ilegal de bebidas alcoólicas.

Desde a época da publicação da Lei nº 6.368/76 houve avanços importantes da legislação na tentativa de restringir a divulgação e o acesso às bebidas alcoólicas, como é o caso da proibição da publicidade entre as 6 e as 21 horas, ou a inclusão de advertências quanto ao consumo abusivo.

Houve também um aumento considerável nos impostos cobrados direta e indiretamente sobre as bebidas alcoólicas nesse período. Segundo cálculos do Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário (IBPT), somente sobre a cachaça, bebida considerada "popular", a tributação é de 83,07% sobre o preço final²⁴⁶.

Apesar disso, a produção de bebidas vem mantendo-se praticamente inalterada nos últimos anos, sendo afetada mais pela conjuntura econômica do país do que por campanhas ou políticas de restrição. De acordo com o Sindicato Nacional da Indústria Cervejeira, em 1995 a produção nacional foi de 8,0 bilhões de litros. Em 2003 essa produção alcançou 8,2 bilhões. O consumo *per capita* também sofreu pouca alteração: passou de 50,0 litros para 46,8 litros no mesmo período, com uma queda inferior a 10%, sendo essa redução atribuída à correspondente redução do poder aquisitivo da população²⁴⁷.

Em janeiro deste ano, em Genebra, na Suíça, a OMS realizou encontro visando debater os efeitos do álcool sobre a saúde. Uma das propostas apresentadas pelos países escandinavos foi o aumento de impostos com a intenção

²⁴⁵ *Ibidem*, p. 111.

²⁴⁶ David, A. Com impostos, cachaça e cigarro ficam intragáveis.

²⁴⁷ Sindicato Nacional da Indústria Cervejeira. Disponível em <http://www.sindicerv.com.br/mercado/txt_mercado.htm>

de restringir ainda mais o acesso às bebidas alcoólicas. O presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Paulo Marciori Busso, representante oficial do Brasil nesta reunião, posicionou-se contra a proposta, alegando "que o governo chegou à conclusão de que tornar a bebida mais cara não resolveria o problema."²⁴⁸ Não apresentou, entretanto, qualquer outra sugestão que pudesse ser útil no combate ao alcoolismo, comprovadamente um problema de saúde pública mundial, e que cada vez mais exige a participação de toda a sociedade em seu combate.

²⁴⁸ J. Chade. Brasil não apoia proposta de aumento de impostos para bebidas alcoólicas. p. 32.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, L. M. & E. S. F. Coutinho. "Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil". *Rev. Saúde Pública*, 27 (1, 1993): 23-29

ALMEIDA JÚNIOR, A. F. de & J. B. Costa Júnior. *O. Lições de Medicina Legal*. 19ª ed. São Paulo, Editora Nacional, 1987

ALVIM, C. F. "Aspectos Antropológicos do Alcoolismo". *Revista da Associação Médica de Minas Gerais*, (set. 1972): 137-149.

XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e outras dependências. *Anais*. Belo Horizonte, 1995.

ANDRADE, A. G. "Conceitos Básicos no Diagnóstico e Tratamento do Alcoolismo". *1º Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Medicina Interna. Anais*. São Paulo, Astúrias, 1988.

ANDRADE, O. M. Mocidade e psicoestimulantes. *Boletim n. 4*, Centro Est. do Ministério da Justiça, 1971.

ANDRADE, O. M. *O jovem deve saber tudo sobre os tóxicos*. Rio de Janeiro, [s.ed.], 1971.

ANDRADE, O. M. & W. V. L. C. Paula. Potentiating action of barbiturates on the stimulating effects of anphetamines upon mice. *5th International Congress on Pharmacology. Abstracts of Volunteer papers*. (974). São Francisco (EUA), 1972.

ANDRADE, O. O. "A Embriaguez no Direito Penal Brasileiro". *Revista do IMESC*, 9 (1981): 35-41.

BARRETO, J. D. L. M. *O desafio das drogas e o direito*. Rio de Janeiro, [s.ed.], 1971.

BARROS, G. "Brasil lança programa de certificação da cachaça no mundo". *Folha de São Paulo*, 02 nov. 2004. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u90380.shtml>>. Acesso em 05 jan. 2005.

BATISTA, L. O. "O Velho da Montanha e o Setembro Negro". *Panorama de Conjuntura Internacional*, USP, São Paulo, 11 (3, set./nov. 2001).

BAU, C. H. D. "Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo". *Ciênc. saúde coletiva*, 7 (1, 2002).

BENTO, C. M. "Município de Canguçu-RS: Formação Histórica". *Academia de História Militar Terrestre do Brasil*. Disponível em <<http://www.resenet.com.br/users/ahimtb/cangformhist.htm>>. Acesso em 12 dez. 2004.

BERGERET, J. & J. Leblanc. *Toxicomanias*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1994.

BERRIDGE, V. "Illicit Drugs and Internationalism: The Forgotten Dimension". *Medical History*, 45 (2, abril 2001): 282-288.

BORGES FILHO, A. "Utopia e realidade - o desafio da nova Lei de Tóxicos". *Ciência Hoje*, 31 (181, abr. 2002): 42-44.

BUCHER, R. "Visão Histórica e Antropológica das Drogas". in R. M. M. D. Figueiredo (org). *Prevenção ao Abuso de Drogas em Ações de Saúde e Educação*. São Paulo, NEPAIDS/USP, 2002.

CARLINI, E. L. A. Acute and chronic behavioral effects of Cannabis. In: *Proceeding of the 15h Int. Cong. Of. Pharm. Pharmacology of the Future of Man*. Drug Abuse and Contraception. Basel O.S. Karger, 1973.

CARLINI, E. L. A. "Uso ilícito de drogas lícitas pela nossa juventude: é um problema

solúvel?". *Rev. Bras. Cresc. Des. Human*, II (1, 1992): 129-143.

CAVALCANTI, F. *Brasil em Dados*. Rio de Janeiro, Índice, 1971.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS.
"Medicamentos Psicotrópicos: Efeitos Adversos". *Boletim CEBRID*, 24 (mar. 1996):
5.

CHADE, J. "Brasil não apoia proposta de aumento de impostos para bebidas
alcoólicas". São Paulo, *O Estado de São Paulo* (18 jan. 2005), p. 32.

CONGRESSO NACIONAL. Câmara dos Deputados. Departamento de Taquigrafia,
Revisão e Redação. Divisão de Registro Taquigráfico de Debates. Seção de
Controle dos Registros em Comissão. C.P.I. Tóxicos. *Prof. Celso Barroso Leite e
Gen. Olívio Vieira Filho*, n. 95/73, 30 nov. 1973.

_____. *Décio dos Santos Vives*, n. 99/73, 07 dez. 1973.

_____. *Celso Telles e Newton Espírito Santo*, n. 20/74, 29 mar. 1974.

_____. *João de Deus Lacerda Mena Barreto*, n. 23/74, 01 abr. 1974.

_____. *Elisaldo Luiz de Araújo Carlini e Dom Emílio Jordan*, n. 30/74, 04 abr. 1974.

_____. *Alyrio Cavaliere e José Elias Murad*, n. 50/74, 16 maio 1974.

_____. *Oswald Moraes Andrade*, n. 52/74, 20 maio 1974.

CONSTANTINO, L. "MP que libera comercial de cigarros é aprovada". São Paulo,
Folha de São Paulo (04 jun. 2003), p. 34.

DAVID, A. "Com impostos, cachaça e cigarro ficam intragáveis". São Paulo, *Diário
do Comércio* (23 jul. 2004), p. 12.

- DIMENSTEIN, G. "Ministro da Saúde perde guerra da cerveja". São Paulo, *Folha de São Paulo* (02 jun 2003), p. 28.
- DONATO, A. F. *Alguns Aspectos Educacionais do Problema da Toxicomânia*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1970.
- DUMANS, A. M. & V. M. Batista. "Nada de novo no front". *Ciência Hoje*, 31 (181, abr. 2002): 36-38.
- ELKIS, H. "Definições e critérios para o diagnóstico de alcoolismo" in J. R. Fortes & W. N. Cardo. *Alcoolismo - Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo, Sarvier, 1991.
- ELKIS, H. "O Diagnóstico do alcoolismo e o alcoolismo como mimetizador de outras doenças". *1º Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Medicina Interna. Anais*. São Paulo, Astúrias, 1988.
- FERNANDES, P. L. F. & G. Ramos Jr. *Tóxicos*. São Paulo. Sugestões Literárias S/A. 1972.
- FOCCHI, G. R. A. "Dependência de drogas: uma abordagem para leigos". *Psychiatry on line*, 9 (9, set. 2004).
- FOCCHI, G. R. A; M. C. Leite; R. Laranjeira & A. G. Andrade. *Dependência Química: novos modelos de tratamento*. São Paulo, Roca, 2001.
- FONSECA, G. *O Submundo dos Tóxicos em São Paulo (séculos XVIII, XIX e XX)*. São Paulo, Resenha Tributária, 1994.
- FORTES, J. R. A. "Alcoolismo: Problema Médico-Social". *Revista de Medicina*, 52 (1968): 97-103.
- FORTES, J. R. A. & W. N. Cardo. *Alcoolismo: Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo, Sarvier, 1991.

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO (FAPESP). *Drogas, mitos desfeitos*. Pesquisa FAPESP, abr. 2000.

GAHLINGER, Paul M. *Illegal Drugs: A Complete Guide to Their History, Chemistry, Use and Abuse*. Sagebrush Press (EUA), 2001.

GALVÃO, L. C. C. *Estudos Médicos Legais*. Porto Alegre, Sagra, 1996.

GARCIA, I. E. *Procedimentos Especiais*. Goiânia, AB, 2001.

GONZAGA, J. B. *Entorpecentes: Aspectos criminológicos e jurídicos-penais*. São Paulo, Max Limonad, 1963.

GRECO FILHO, V. *Tóxicos: prevenção-repressão*. São Paulo, Saraiva, 1977.

GUANABARA. Juizado de Menores. *Delinqüência Juvenil na Guanabara – uma introdução sociológica*. Rio de Janeiro, 1973.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Programa Álcool e Drogas (PAD). Site Álcool e Drogas sem Distorção, http://200.152.193.254/novosite/drogas_conceito.htm, 07 julho 2004.

HOUAISS, A. & M. S. Villar. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, Objetiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Anuário Estatístico do Brasil*, 1973.

INSTITUTO SOCIAL MORUMBI. *Entorpecentes: Estudos sobre os tóxicos e toxicomania*. São Paulo, Edições Loyola, 1971.

IVANISEVICH, A. "Reflexões sobre uma indústria altamente rentável." *Ciência Hoje*, 31 (181, abr. 2002): 30-31.

JESUS, D. E. *Lei Antitóxicos Comentada*. São Paulo, Saraiva, 2001.

LARANJEIRA, R. & I. Pinsky. *O Alcoolismo*. São Paulo, Contexto, 2000.

LEITE, F. "Governo não conclui projeto sobre álcool". São Paulo, *Folha de São Paulo* (5 abr. 2004), p. 23.

LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL. Contra o Alcoolismo: em favor da higiene mental, *Archivos Brasileiros*, 1 (1925): 147-152.

LIPKE, P. R. C. "Alcoolismo na Sociedade". *Anais do Hospital Central do Exército*, Rio de Janeiro, 17 (1971): 87-98.

LONGENECKER, G. L. *Drogas - ações e reações*. São Paulo, Market Books, 2002.

MAJORANA, F. B. Considerações sobre álcool, fumígenos e drogas. In: *Âmbito Jurídico*, mai/2001. <<http://www.ambito-juridico.com.br/aj/dconst0031.htm>. Acesso em 31/08/2004.

MARTINS, M. C. C. A. "Álcool, alcoolismo e alcoologia: dados históricos". *Neurobiologia*, Recife, 45 (1, 1982): 19-30.

MASUR, J. & J. A. Del Porto. "Alcoolismo". *Ciência Hoje*, 1 (2): 56-60.

MASUR, J. & M. R. Jorge. "Dados relacionados a bebidas alcoólicas e alcoolismo no Brasil: uma revisão". *Revista ABP-APAL*, 8 (4, 1986): 157-165.

MENNA BARRETO, J. D. L. *Lei de Tóxicos - Comentários por artigo*, 5ª ed. Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1996.

MILBY, J. B. *A dependência das drogas e seu tratamento*. São Paulo, Pioneira, 1988.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES (Brasil). *Textos da Legislação*

Brasileira Vigente sobre Entorpecentes. Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes. Rio de Janeiro, 1959.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES (Brasil). *Tratamento e Prevenção do Alcoolismo em 1967: como pensa a Organização Mundial de Saúde*. Cartilha de Orientação. Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes. Subcomissão Nacional de Alcoolismo, Rio de Janeiro, 1967.

MORAES, E. *Embriaguez e Alcoolismo*. Rio de Janeiro, Livraria Jacintho, [s.d].

MORGADO, A. F. & T. Iguchi. "Quimeras e verdades: o consumo de drogas no Brasil". *A Saúde no Brasil*, 1 (3, jul./set. 1983): 178-187.

MOSS, B. "O alcool sob o ponto de vista medico-legal, civil e criminal". *Revista Medica de S. Paulo*, 10 (1914): 159-164, 177-181.

MURAD, J. E. O. "Psicomamérficos: Farmacologia dos psicotrópicos e suas relações com a clínica". *Revista. Ass. Médica*, 20 (1969): 267-306.

MURAD, J. E. "O que você deve saber sobre os psicotrópicos. A viagem sem bilhete de volta". *CFF. CRF-6*, Ass. Min. Farm. Belo Horizonte, 1972.

MURAD, J. E.; L. M. Oliveira; O. Costa Filho & J. A. D. Moreira *O abuso de drogas em Minas Gerais*. Levantamento estatístico. Belo Horizonte, [s.ed.], 1973.

NÓBREGA, A. F. *A Justiça na repressão ao Alcoolismo*. Recife, [s.ed.], 1956.

NOTO, A. R. & M. L. O. S. Formigioni. "A Política de Saúde Pública no Brasil". *Ciência Hoje*, 31 (181, abril 2002): 45-47.

OLIVEIRA, A. "Álcool e Alcoolismo". *JBM*, II (4, abr. 1960): 24-28.

OLIVEIRA, L. C. "O Poder Legislativo e a Comissão Parlamentar de Inquérito". *Jus Navegandi*, 5 (48, dez. 2000)

OLIVEIRA, M. H. "Cerveja: Um Mercado em Expansão". In: *BNDES Setorial*, 4 (set. 1996)

OLIVEIRA, S. C. *Conversando sobre as drogas*. Rio de Janeiro, Irradiação Cultural, 1997.

ORDENAÇÕES FILIPINAS. Universidade de Coimbra, Instituto de História e Teoria das Idéias. Disponível em < <http://www.uc.pt/ihti/proj/filipinas/>>. Acesso em 05 mar. 2005.

PACHECO, J. E. C. *Tóxicos*. 5ª ed. Curitiba, Juruá, 1982.

PASSALACQUA, P. M. *O alcoolismo e seus males*. São Paulo, [s.ed.] 1942.

PERNAMBUCO FILHO. "Alcoolismo e Saúde Pública". *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, 139 (1967/1969): 73-75.

PICCININI, W. J. "Eugenia e Higiene Mental". *Psychiatry On-Line Brazil*, 6 (set. 2001). Disponível em <<http://www.polbr.med.br/arquivo/wal0901.htm>>. Acesso em 20 mar. 2005.

_____. "Higiene Mental e a Imigração". *Psychiatry On-Line Brazil*, 9 (dez. 2004). Disponível em <<http://www.polbr.med.br/arquivo/wal1204.htm>>. Acesso em 20 mar. 2005.

PINSKY, I. *A Propaganda de Bebidas Alcoólicas no Brasil*. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Disponível em <<http://www.propagandasembebida.org.br/artigos/integra.php?id=12>>. Acesso em 07 jul. 2004.

PORTÃO, R. G. "No Brasil, tudo favorece o tráfico". São Paulo, *O Estado de São Paulo* (15 jan 1973): 19.

POSTERLI, R. *Tóxicos e Comportamento Delituoso*. Belo Horizonte, Del Rey, 1997.

RODRIGO, P. M. *Toxicomanias, meios para combatê-las*. Rio de Janeiro, [s.ed.], 1931.

RON, M. "Dano cerebral no alcoolismo". *1º Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Medicina Interna. Anais*. São Paulo, Astúrias, 1988.

SABBATINI, R. M. E. "A Descoberta das Drogas para Tratamento de Doenças Mentais". *Revista Científica*. Academia de Letras do Brasil, 3 (jan./fev. 2003)

SANTARCANGELO, M. C. V. *A realidade dos tóxicos*. São Paulo. Lance, 1974.

SANTOS, J. W. S. *Lei Antitóxicos Comentada*. Leme (SP), Livraria de Direito, 1994.

SCARBOROUGH, J. "The opium poppy in Hellenistic and Roman medicine". In: PORTER, R. & MIKULÁS, T. *Drugs and Narcotics in History*. Cambridge (England), Cambridge University Press, 1996.

SCHUCKI, M. *Abuso de álcool e drogas: uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.

SILVA, M. V. *Detritos da civilização: eugenia e as cidades no Brasil*. Vitruvius. Arqutextos, maio 2004. Disponível em <<http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp235.asp>>. Acesso em 20 mar 2005.

SILVA FRANCO, A.. *Código Penal e sua interpretação jurisprudencial*. São Paulo, RT, 1987.

SINDICATO NACIONAL DA INDÚSTRIA DA CERVEJA. *Tributação*. Disponível em <http://www.sindicerv.com.br/tributacao/txt_tributacao.htm>. Acesso em 10 ago. 2004.

SOARES, B. M. & F. Rohden. *As melhores intenções*. Rio de Janeiro, ISER, 1994.

SONENREICH, C. *Contribuição para o estudo da etiologia do alcoolismo*. São Paulo, [s.ed.], 1971.

TEIXEIRA, I. "A idade da desordem". *Ciência Hoje*, 31 (181, abr. 2002): 39-41.

TEIXEIRA, J. R. F. *Alcoolismo: Doença no mundo do direito*. Curitiba, Juruá. 1999.

VALLIANT, G. E. *A História Natural do Alcoolismo Revisitada*. Porto Alegre, Artmed, 1999.

VESPUCCI, E. F. & R. Vespucci. *Alcoolismo: o livro das respostas*. São Paulo: Casa Amarela, 2000.

VESPUCCI, E. F. & R. Vespucci. *O revólver que sempre dispara*. São Paulo, Casa Amarela, 1999.

WOLF, M. & J. C. Galperin. "Alcoolismo e Legislação Brasileira". *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 4 (2, 1982): 130-135.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, As amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961*. <http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf>, 10 ago. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Assembly Resolutions. Geneva, oct. 1973. *WHA28.81 Health statistics related to alcohol*; <http://w3.who.sea.org/EN/Section1174/Section1199/Section1629_6738.htm>, 10 ago. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. <http://www.who.int/entity/substance_abuse/terminology/who_ladt/en>, 10 ago. 2004.

ZALUAR, A. "Um panorama no Brasil e no Mundo". *Ciência Hoje*, 31 (181, abr. 2002): 32-35.

ANEXO I**Projeto de Resolução nº 116, de 29 de agosto de 1974 (Fac-Símile)**

ANEXO II

LEI Nº 6.368, DE 21 DE OUTUBRO DE 1976

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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

Da prevenção

Art. 1º É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

Parágrafo único. As pessoas jurídicas que, quando solicitadas, não prestarem colaboração nos planos governamentais de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica perderão, a juízo do órgão ou do poder competente, auxílios ou subvenções que venham recebendo da União, dos Estados, do Distrito Federal, Territórios e Municípios, bem como de suas autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações.

Art. 2º Ficam proibidos em todo o território brasileiro o plantio, a cultura, a colheita e a exploração, por particulares, de todas as plantas das quais possa ser extraída substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

§ 1º As plantas dessa natureza, nativas ou cultivadas, existentes no território nacional, serão destruídas pelas autoridades policiais, ressalvados os casos previstos no parágrafo seguinte.

§ 2º A cultura dessas plantas com fins terapêuticos ou científicos só será permitida mediante prévia autorização das autoridades competentes.

§ 3º Para extrair, produzir, fabricar, transformar, preparar, possuir, importar,

exportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir para qualquer fim substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, ou matéria-prima destinada à sua preparação, é indispensável licença da autoridade sanitária competente, observadas as demais exigências legais.

§ 4º Fica dispensada da exigência prevista no parágrafo anterior aquisição de medicamentos mediante prescrição médica, de acordo com os preceitos legais ou regulamentares.

Art. 3º As atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica serão integradas num Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão, constituído pelo conjunto de órgãos que exerçam essas atribuições nos âmbitos federal, estadual e municipal.

Parágrafo único. O sistema de que trata este artigo será formalmente estruturado por decreto do Poder Executivo, que disporá sobre os mecanismos de coordenação e controle globais de atividades, e sobre os mecanismos de coordenação e controle incluídos especificamente nas áreas de atuação dos governos federal, estaduais e municipais.

Art. 4º Os dirigentes de estabelecimentos de ensino ou hospitalares, ou de entidade sociais, culturais, recreativas, esportivas ou beneficentes, adotarão, de comum acordo e sob a orientação técnica de autoridades especializadas todas as medidas necessárias à prevenção do tráfico ilícito e do uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, nos recintos ou imediações de suas atividades.

Parágrafo único. A não observância do disposto neste artigo implicará na responsabilidade penal e administrativa dos referidos dirigentes.

Art. 5º Nos programas dos cursos de formação de professores serão incluídos ensinamentos referentes a substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, a fim de que possam ser transmitidos com observância dos seus princípios científicos.

Parágrafo único. Dos programas das disciplinas da área de ciências naturais, integrantes dos currículos dos cursos de 1º grau, constarão obrigatoriamente pontos que tenham por objetivo o esclarecimento sobre a natureza e efeitos das substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

Art. 6º Compete privativamente ao Ministério da Saúde, através de seus órgãos especializados, baixar instruções de caráter geral ou especial sobre proibição, limitação, fiscalização e controle da produção, do comércio e do uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e de especialidades farmacêuticas que as contenham.

Parágrafo único. A competência fixada neste artigo, no que diz respeito à fiscalização e ao controle, poderá ser delegada a Órgãos congêneres dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios.

Art. 7º A União poderá celebrar convênios com os Estados visando à prevenção e repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

CAPÍTULO II

Do tratamento e da recuperação

Art. 8º Os dependentes de substâncias entorpecentes, ou que determinem dependência física ou psíquica, ficarão sujeitos às medidas previstas neste capítulo.

Art. 9º As redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente Lei.

§ 1º Enquanto não se criarem os estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptados, na rede já existente, unidades para aquela finalidade.

§ 2º O Ministério da Previdência e Assistência Social providenciará no sentido de que as normas previstas neste artigo e seu § 1º sejam também observadas pela sua rede de serviços de saúde.

Art. 10. O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem.

§ 1º Quando verificada a desnecessidade de internação, o dependente será submetido a tratamento em regime extra-hospitalar, com assistência do serviço social competente.

§ 2º Os estabelecimentos hospitalares e clínicas, oficiais ou particulares, que receberem dependentes para tratamento, encaminharão à repartição competente,

até o dia 10 de cada mês, mapa estatístico dos casos atendidos durante o mês anterior, com a indicação do código da doença, segundo a classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde, dispensada a menção do nome do paciente.

Art. 11. Ao dependente que, em razão da prática de qualquer infração penal, for imposta pena privativa de liberdade ou medida de segurança detentiva será dispensado tratamento em ambulatório interno do sistema penitenciário onde estiver cumprindo a sanção respectiva.

CAPÍTULO III

Dos crimes e das penas

Art. 12. Importar ou exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar;

Pena - Reclusão, de 3 (três) a 15 (quinze) anos, e pagamento de 50 (cinquenta) a 360 (trezentos e sessenta) dias-multa.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem, indevidamente:

I - importa ou exporta, remete, produz, fabrica, adquire, vende, expõe à venda ou oferece, fornece ainda que gratuitamente, tem em depósito, transporta, traz consigo ou guarda matéria-prima destinada a preparação de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica;

II - semeia, cultiva ou faz a colheita de plantas destinadas à preparação de entorpecente ou de substância que determine dependência física ou psíquica.

§ 2º Nas mesmas penas incorre, ainda, quem:

I - induz, instiga ou auxilia alguém a usar entorpecente ou substância que determine dependência física ou psíquica;

II - utiliza local de que tem a propriedade, posse, administração, guarda ou vigilância, ou consente que outrem dele se utilize, ainda que gratuitamente, para uso indevido ou tráfico ilícito de entorpecente ou de substância que determine dependência física ou psíquica;

III - contribui de qualquer forma para incentivar ou difundir o uso indevido ou o

tráfico ilícito de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

Art. 13. Fabricar, adquirir, vender, fornecer ainda que gratuitamente, possuir ou guardar maquinismo, aparelho, instrumento ou qualquer objeto destinado à fabricação, preparação, produção ou transformação de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - Reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos, e pagamento de 50 (cinquenta) a 360 (trezentos e sessenta) dias-multa.

Art. 14. Associarem-se 2 (duas) ou mais pessoas para o fim de praticar, reiteradamente ou não, qualquer dos crimes previstos nos Arts. 12 ou 13 desta Lei:

Pena - Reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos, e pagamento de 50 (cinquenta) a 360 (trezentos e sessenta) dias-multa.

Art. 15. Prescrever ou ministrar culposamente, o médico, dentista, farmacêutico ou profissional de enfermagem substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, em dose evidentemente maior que a necessária ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - Detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e pagamento de 30 (trinta) a 100 (cem) dias-multa.

Art. 16. Adquirir, guardar ou trazer consigo, para o uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - Detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e pagamento de (vinte) a 50 (cinquenta) dias-multa.

Art. 17. Violar de qualquer forma o sigilo de que trata o Art. 26 desta Lei:

Pena - Detenção, de 2 (dois) a 6 (seis) meses, ou pagamento de 20 (vinte) a 50 (cinquenta) dias-multa, sem prejuízo das sanções administrativas a que estiver sujeito o infrator.

Art. 18. As penas dos crimes definidos nesta Lei serão aumentadas de 1/3 (um terço) a 2/3 (dois terços):

I - no caso de tráfico com o exterior ou de extra-territorialidade da lei penal;

II - quando o agente tiver praticado o crime prevalecendo-se de função pública relacionada com a repressão à criminalidade ou quando, muito embora não titular de função pública, tenha missão de guarda e vigilância;

III - se qualquer deles decorrer de associação ou visar a menores de 21 (vinte e um) anos ou a quem tenha, por qualquer causa, diminuída ou suprimida a capacidade de discernimento ou de autodeterminação;

IV - se qualquer dos atos de preparação, execução ou consumação ocorrer nas imediações ou no interior de estabelecimento de ensino ou hospitalar, de sedes de entidades estudantis, sociais, culturais, recreativas, esportivas ou beneficentes, de locais de trabalho coletivo de estabelecimentos penais, ou de recintos onde se realizem espetáculos ou diversões de qualquer natureza, sem prejuízo da interdição do estabelecimento ou do local.

Art. 19. É isento de pena o agente que em razão da dependência, ou sob o feito de substância, entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica proveniente de caso fortuito ou força maior era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de 1/3 (um terço) a 2/3 (dois terços) se, por qualquer das circunstâncias previstas neste artigo, o agente não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

CAPÍTULO IV

Do procedimento criminal

Art. 20. O procedimento dos crimes definidos nesta Lei reger-se-á pelo disposto neste capítulo, aplicando-se subsidiariamente o Código de Processo Penal.

Art. 21. Ocorrendo prisão em flagrante, a autoridade policial dela fará comunicação imediata ao juiz competente, remetendo-lhe juntamente uma cópia de auto lavrado e o respectivo auto nos 5 (cinco) dias seguintes.

§ 1º Nos casos em que não ocorrer prisão em flagrante, o prazo para remessa dos autos do inquérito a juízo será de 30 (trinta) dias.

§ 2º Nas comarcas onde houver mais de uma vara competente, a remessa far-se-á na forma prevista na Lei de Organização Judiciária local.

Art. 22. Recebidos os autos em Juízo será vista ao Ministério Público para, no prazo de 3 (três) dias, oferecer denúncia, arrolar testemunhas até o máximo de 5

(cinco) e requerer as diligências que entender necessárias.

§ 1º Para efeito da lavratura do auto de prisão em flagrante e do oferecimento da denúncia, no que tange à materialidade do delito, bastará laudo de constatação da natureza da substância firmado por perito oficial ou, na falta deste, por pessoa idônea escolhida de preferência entre as que tiverem habilitação técnica.

§ 2º Quando o laudo a que se refere o parágrafo anterior for subscrito por perito oficial, não ficará este impedido de participar da elaboração do laudo definitivo.

§ 3º Recebida a denúncia, o juiz, em 24 (vinte e quatro) horas, ordenará a citação ou requisição do réu e designará dia e hora para o interrogatório, que se realizará dentro dos 5 (cinco) dias seguintes.

§ 4º Se o réu não for encontrado nos endereços constantes dos autos, o juiz ordenará sua citação por edital, com prazo de 5 (cinco) dias, após o qual decretará sua revelia. Neste caso, os prazos correrão independentemente de intimação.

§ 5º No interrogatório, o juiz indagará do réu sobre eventual dependência, advertindo-o das conseqüências de suas declarações.

§ 6º Interrogado o réu, será aberta vista à defesa para, no prazo de 3 (três) dias, oferecer alegações preliminares, arrolar testemunhas até o máximo de 5 (cinco) e requer as diligências que entender necessárias. Havendo mais de um réu, o prazo será comum e correrá em cartório.

Art. 23. Findo o prazo do § 6º do artigo anterior, o juiz proferirá despacho saneador, em 48 (quarenta e oito) horas, no qual ordenará as diligências indispensáveis ao julgamento do feito e designará, para um dos 8 (oitos) dias seguintes, audiência de instrução e julgamento, notificando-se o réu e as testemunhas que nela devam prestar depoimento, intimando-se o defensor e o Ministério Público, bem como cientificando-se a autoridade policial e os órgãos dos quais dependa a remessa de peças ainda não constantes dos autos.

§ 1º Na hipótese de ter sido determinado exame de dependência, o prazo para a realização da audiência será de 30 (trinta) dias.

§ 2º Na audiência, após a inquirição das testemunhas, será dada a palavra, sucessivamente, ao órgão do Ministério Público e ao defensor do réu, pelo tempo de 20 (vinte) minutos para cada um, prorrogável por mais 10 (dez) a critério do juiz que, em seguida, proferirá sentença.

§ 3º Se o Juiz não se sentir habilitado a julgar de imediato a causa, ordenará que os autos lhe sejam conclusos para, no prazo de 5 (cinco) dias, proferir sentença.

Art. 24. Nos casos em que couber fiança, sendo o agente menor de 21 (vinte e um) anos, a autoridade policial, verificando não ter o mesmo condições de prestá-la, poderá determinar o seu recolhimento domiciliar na residência dos pais, parentes ou de pessoa idônea, que assinarão termo de responsabilidade.

§ 1º O recolhimento domiciliar será determinado sempre ad referendum do juiz competente que poderá mantê-lo, revogá-lo ou ainda conceder liberdade provisória.

§ 2º Na hipótese de revogação de qualquer dos benefícios previstos neste artigo o juiz mandará expedir mandado de prisão contra o indiciado ou réu, aplicando-se, no que couber, o disposto no § 4º do artigo 22.

Art. 25. A remessa dos autos de flagrante ou de inquérito a juízo far-se-á sem prejuízo das diligências destinadas ao esclarecimento do fato, inclusive a elaboração do laudo de exame toxicológico e, se necessário, de dependência, que serão juntados ao processo até a audiência de instrução e julgamento.

Art. 26. Os registros, documentos ou peças de informação, bem como os autos de prisão em flagrante e os de inquérito policial para a apuração dos crimes definidos nesta lei serão mantidos sob sigilo, ressalvadas, para efeito exclusivo de atuação profissional, as prerrogativas do juiz, do Ministério Público, da autoridade policial e do advogado na forma da legislação específica.

Parágrafo único. Instaurada a ação penal, ficará a critério do juiz a manutenção do sigilo a que se refere este artigo.

Art. 27. O processo e o julgamento do crime de tráfico com exterior caberão à justiça estadual com interveniência do Ministério Público respectivo, se o lugar em que tiver sido praticado, for município que não seja sede de vara da Justiça Federal, com recurso para o Tribunal Federal de Recursos.

Art. 28. Nos casos de conexão e continência entre os crimes definidos nesta Lei o outras infrações penais, o processo será o previsto para a infração mais grave, ressalvados os da competência do júri e das jurisdições especiais.

Art. 29. Quando o juiz absolver o agente, reconhecendo por força de perícia oficial, que ele, em razão de dependência, era, ao tempo de ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, ordenará seja o mesmo submetido a tratamento médico.

§ 1º Verificada a recuperação, será esta comunicada ao juiz que, após comprovação por perícia oficial, e ouvido o Ministério Público, determinará o

encerramento do processo.

§ 2º Não havendo peritos oficiais, os exames serão feitos por médicos, nomeados pelo Juiz que prestarão compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo.

§ 3º No caso de o agente frustrar, de algum modo, tratamento ambulatorial ou vir a ser novamente processado nas mesmas condições do caput deste artigo, o juiz poderá determinar que o tratamento seja feito em regime de internação hospitalar.

Art. 30. Nos casos em que couber fiança, deverá a autoridade, que a conceder ou negar, fundamentar a decisão.

§ 1º O valor da fiança será fixado pela autoridade que a conceder, entre o mínimo de Cr\$500,00 (quinhentos cruzeiros) e o máximo de Cr\$5.000,00 (cinco mil cruzeiros).

§ 2º Aos valores estabelecidos no parágrafo anterior, aplicar-se-á o coeficiente e atualização monetária referido no parágrafo único do artigo 2º da Lei número 6.205, de 29 de abril de 1975.

Art. 31. No caso de processo instaurado contra mais de um réu, se houver necessidade de realizar-se exame de dependência, far-se-á sua separação no tocante ao réu a quem interesse o exame, processando-se este em apartado, e fixando o juiz prazo até 30 (trinta) dias para sua conclusão.

Art. 32. Para os réus condenados à pena de detenção, pela prática de crime previsto nesta lei, o prazo para requerimento da reabilitação será de 2 (dois) anos.

Art. 33. Sob pena de responsabilidade penal e administrativa, os dirigentes, funcionários e empregados dos órgãos da administração pública direta e autárquica, das empresas públicas, sociedades de economia mista, ou fundações instituídas pelo poder público, observarão absoluta precedência nos exames, periciais e na confecção e expedição de peças, publicação de editais, bem como no atendimento de informações e esclarecimentos solicitados por autoridades judiciárias, policiais ou administrativas com o objetivo de instruir processos destinados à apuração de quaisquer crimes definidos nesta lei.

Art. 34. Os veículos, embarcações, aeronaves e quaisquer outros meios de transporte, assim como os maquinismos, utensílios, instrumentos e objetos de qualquer natureza, utilizados para a prática dos crimes definidos nesta Lei, após a sua regular apreensão, ficarão sob custódia da autoridade competente.

§ 1º Havendo possibilidade ou necessidade da utilização dos bens

mencionados neste artigo para sua conservação, poderá a autoridade deles fazer uso.

§ 2º Transitada em julgado sentença que declare a perda de qualquer dos bens referidos, passarão eles à propriedade do Estado.

Art. 35. O réu condenado por infração dos artigos 12 ou 13 desta Lei não poderá apelar sem recolher-se à prisão.

Parágrafo único. Os prazos procedimentais deste capítulo serão contados em dobro quando se tratar dos crimes previstos nos arts. 12, 13 e 14.

CAPÍTULO V

Disposições Gerais

Art. 36. Para os fins desta Lei serão consideradas substâncias entorpecentes ou capazes de determinar dependência física ou psíquica aquelas que assim forem especificados em lei ou relacionadas pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia deverá rever, sempre que as circunstâncias assim o exigirem, as relações a que se refere este artigo, para o fim de exclusão ou inclusão de novas substâncias.

Art. 37. Para efeito de caracterização do crimes definidos nesta lei, a autoridade atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação criminosa, as circunstâncias da prisão, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

Parágrafo único. A autoridade deverá justificar em despacho fundamentado, as razões que a levaram a classificação legal do fato, mencionando concretamente as circunstâncias referidas neste artigo, sem prejuízo de posterior alteração da classificação pelo Ministério Público ou pelo juiz.

Art. 38. A pena de multa consiste no pagamento ao Tesouro Nacional, de uma soma em dinheiro que é fixada em dias-multa.

§ 1º O montante do dia-multa será fixado segundo o prudente arbítrio do Juiz, entre o mínimo de Cr\$25,00 (vinte e cinco cruzeiros) e o máximo de Cr\$250,00 (duzentos e cinquenta cruzeiros).

§ 2º Aos valores estabelecidos no parágrafo anterior, aplicar-se-á o coeficiente de atualização monetária referido no parágrafo único do artigo 2º da Lei número

6.205, de 29 de abril de 1975.

§ 3º A pena pecuniária terá como referência os valores do dia-multa que vigorarem à época do fato.

Art. 39. As autoridades sanitárias, policiais e alfandegárias organizarão e manterão estatísticas, registros e demais informes, inerentes às suas atividades relacionadas com a prevenção e repressão de que trata esta Lei, deles fazendo remessa ao órgão competente com as observações e sugestões que julgarem pertinentes à elaboração do relatório que será enviado anualmente ao Órgão Internacional da Fiscalização de Entorpecentes.

Art. 40. Todas as substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, apreendidas por infração a qualquer dos dispositivos desta Lei, serão obrigatoriamente remetidas, após o trânsito em julgado da sentença, ao órgão competente do Ministério da Saúde ou congênere estadual, cabendo-lhes providenciar o seu registro e decidir do seu destino.

§ 1º Ficarão sob a guarda e responsabilidade das autoridades policiais, até o trânsito em julgado da sentença, as substâncias referidas neste artigo.

§ 2º Quando se tratar de plantaçoão ou quantidade que torne difícil o transporte ou apreensão da substância na sua totalidade, a autoridade policial recolherá quantidade suficiente para exame pericial destruindo o restante, de tudo lavrando auto circunstanciado.

Art. 41. As autoridades judiciárias, o Ministério Público e as autoridades policiais poderão requisitar às autoridades sanitárias competentes independentemente de qualquer procedimento judicial, a realização de inspeções nas empresas industriais ou comerciais, nos estabelecimentos hospitalares, de pesquisa, ensino e congêneres, assim como nos serviços médicos que produzirem, venderem, comprarem, consumirem ou fornecerem substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, ou especialidades farmacêuticas que as contenham, sendo facilitada a assistência da autoridade requisitante.

§ 1º Nos casos de falência ou de liquidação judicial das empresas ou estabelecimentos referidos neste artigo, ou de qualquer outro em que existiam tais produtos, cumpre ao juízo por onde correr o feito oficial às autoridades sanitárias competentes, para que promovam, desde logo, as medidas necessárias ao recebimento, em depósito, das substâncias arrecadadas.

§ 2º As vendas em hasta pública de substâncias ou especialidades a que se

refere este artigo serão realizadas com a presença de 1 (um) representante da autoridade sanitária competente, só podendo participar da licitação pessoa física ou jurídica regularmente habilitada.

Art. 42. É passível de expulsão, na forma da legislação específica, o estrangeiro que praticar qualquer dos crimes definidos nesta Lei, desde que cumprida a condenação imposta, salvo se ocorrer interesse nacional que recomende sua expulsão imediata.

Art. 43. Os Tribunais de Justiça deverão, sempre que necessário e possível, observado o disposto no artigo 144, § 5º, da Constituição Federal, instituir juízos especializados para o processo e julgamento dos crimes definidos nesta Lei.

Art. 44. Nos setores de repressão a entorpecentes do Departamento de Polícia Federal, só poderão ter exercício policiais que possuam especialização adequada.

Parágrafo único. O Poder Executivo disciplinará a especialização dos integrantes das Categorias Funcionais da Polícia Federal para atendimento ao disposto neste artigo.

Art. 45. O Poder Executivo regulamentará a presente Lei dentro de 60 (sessenta) dias, contados da sua publicação.

Art. 46. Regavam-se as disposições em contrário, em especial o artigo 311 do Decreto-lei número 1.004, de 21 de outubro de 1969, com as alterações da Lei número 6.016, de 31 de dezembro de 1973, e a Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971, com exceção do seu artigo 22.

Art. 47. Esta Lei entrará em vigor 30 (trinta) dias após a sua publicação.

Brasília, 21 de outubro de 1976; 155º da Independência e 88º da República.

ERNESTO GEISEL

Armando Falcão

Ney Braga

Paulo de Almeida Machado

L. G. do Nascimento e Silva