

AS DROGAS E O ALCOOLISMO*

Relações entre a polícia e os serviços sociais ou culturais¹

FRANCIS CABALLERO

Professor da Faculdade de Direito da Universidade de Paris

Tradução: Oscar Vieira da Silva

Professor da APM

Resumo: O artigo aborda o uso de drogas, especialmente morfina, heroína e álcool, no Ocidente, a partir do século XIX, enfatizando seu emprego inicial como medicamento. Aborda a mudança da visão sobre seu uso, diante de seus efeitos maléficos, e o combate que se passou a fazer a seu consumo. Analisa a participação da medicina e da polícia nesse combate.

Quando o Centro Internacional de Pesquisas e Estudos Sociológicos, Penais e Penitenciários concedeu-me a honra de proferir uma palestra sobre drogas e alcoolismo para um grupo de policiais de diferentes países, não cheguei a ficar surpreso. Nada há de estranho em que a polícia seja a primeira a tratar da toxicomania e do alcoolismo, já que, atualmente, é também a primeira a enfrentar o problema. A sociedade atribuiu-lhe a responsabilidade da luta contra as drogas legais (álcool) ou ilegais (estupefacientes).

No entanto, nem sempre foi assim. Para compreender como se chegou a isso, é necessário fazer uma retrospectiva sobre a história da intervenção policial nessa área, antes de examinar seu papel atual e seu posicionamento futuro.

* Publicado nos Anais do XII Curso Internacional de Alta Especialización para las Fuerzas de Policía. Policía en siglo XXI: la interrelación con los servicios sociales, culturales, de seguridad privada. Centro Internacional de Investigaciones y Estudios Sociológicos, Penales y Penitenciarios. INTERCENTER. Messina, Roma 3, 14 de Octubre de 1989.

De acordo com alguns autores², a história das ambíguas relações entre o Ocidente e as drogas pode dividir-se em duas fases: a do século XIX, ou século dos médicos, e a do século XX, ou século dos policiais. Essa divisão parece um tanto simplista, se considerarmos que a evolução dessas relações não foi uniforme nem linear. Regra geral, toda divisão da História em períodos é pouco precisa, principalmente num campo em que intervêm tantas variáveis (geográficas, culturais ou farmacológicas). Elas se alteram, tanto de um país para outro, quanto de uma droga para outra. No entanto, historicamente podemos apontar três grandes tendências no que diz respeito à resposta da sociedade ao problema da toxicomania: uma resposta de caráter unicamente terapêutico que vai até o final da Primeira Guerra Mundial; uma outra essencialmente policial, entre 1920 e 1960, e, finalmente, uma resposta semiterapêutica e semipolicial que se inicia a partir dos anos 60, mas que ainda busca seu ponto de equilíbrio e seu desenvolvimento.

1. Durante o século XIX e princípios do século XX, os médicos desempenham um papel fundamental e surpreendente em relação à toxicomania. Nesse período, os opiáceos fazem parte do rol de medicamentos normalmente prescritos e ministrados pelos médicos. Nos Estados Unidos, o ópio puro ou em preparados pode ser conseguido facilmente. Os médicos receitam-nos a seus pacientes, e as "farmácias" vendem-nos sem receita médica, bem como os armazéns e as lojas de produtos importados. Um estudo realizado em 1885, no Estado de Iowa, aponta a existência de mais de 3.000 locais de venda de produtos à base de ópio. O mesmo acontece na Europa, e a papoula e seus derivados, além de serem produtos básicos para a indústria farmacêutica, têm grande saída nas drogas. Na Inglaterra são encontrados, além do láudano, cordiais, elixires, refrigerantes e outros calmantes vendidos sob denominações tão estranhas quanto numerosas. Na França, os medicamentos à base de ópio têm cinquenta e sete denominações diferentes; na Alemanha, há em torno de duzentos. O ópio é ministrado, inclusive, como calmante para recém-nascidos (v. Karl Marx, *O Capital*, 1867).

Além disso, não é o único produto que a classe médica receita descuidadamente. O uso da morfina atinge seu auge em 1820. Diz um especialista: "*Não há remédio, na medicina, que tenha conhecido tão rápida popularidade, e nenhum medicamento alivia a dor de maneira tão duradoura.*" O que é verdade, principalmente nos campos de batalha. É daí que se origina uma morfinomania em massa, de origem médica, que se conhece como "doença de soldado".

Da mesma forma, a mais poderosa das drogas, a heroína, surge como analgésico. A partir de 1898, a firma alemã Bayer começa a difundir-la intensamente como sedativo para a tosse, juntamente com a aspirina e o

licetol.⁴ Ao mesmo tempo, propaga-se a estranha crença de que ela cura a morfinomania, o que não deixa de ser verdade, pois na medida em que os morfinômanos experimentam a heroína trocam por ela a morfina. Nada há de estranho nisso, já que a mais forte das drogas é também a que causa mais dependência, ainda que só se tenha descoberto isso depois de vários anos.

A cocaína segue caminho semelhante. Desde sua descoberta, em 1860, desperta o entusiasmo da comunidade médica. Um de seus ilustres defensores é Freud, que a qualifica de "mágica" e se torna seu divulgador através de um célebre artigo publicado em 1884.⁵ Além de ter, ele próprio, usado a substância, chega a conclusões positivas sobre seus efeitos estimulantes e euforizantes; além disso, está convencido de que a cocaína é capaz de combater o alcoolismo e a toxicomania. Chega mesmo a recomendá-la a um amigo morfinômano, o barão Von Fleischl, dizendo-lhe que *"use a cocaína através de injeções subcutâneas e que não hesite em aumentar as doses"*⁶. O barão acabará dependente da cocaína.

No final do século, no entanto, já não há a mesma unanimidade na comunidade médica. Em 1866, um neuropsiquiatra vienense, Erlenmayer, acusa Freud de contribuir para a propagação do terceiro flagelo da humanidade, depois do álcool e dos opiáceos. A mudança de opinião sobre as drogas vai chegar a todas elas, uma depois da outra. A alteração de rumos varia de acordo com as circunstâncias e as drogas. São necessários 50 anos, de 1820 a 1870, de utilização regular da morfina para que sejam descobertos os danos que causa. Quinze anos de uso médico da cocaína (de 1870 a 1885) mostram seus perigos. Esse período é menor em relação à heroína, cuja utilização se inicia em 1898, descobrindo-se seus efeitos danosos em 1906. Em 25 anos, entre 1890 e a Primeira Guerra Mundial, a controvérsia está resolvida. A Medicina deu-se conta do perigo do uso dessas substâncias e começa a qualificá-las de "drogas perniciosas." Em certas ocasiões, chega mesmo a fazer uma comparação entre a toxicomania e o alcoolismo, outro mal que conhece muito bem.

A partir daí, os médicos exigem e conseguem a aprovação de leis de proteção à população. Primeiro, leis internacionais, a partir da Conferência de Shangai de 1908, sobre o ópio (esboçadas em Haia e Genebra, em 1912 e em 1925, respectivamente), e logo depois leis nacionais que surgem aqui e ali. Em relação aos estupefacientes, podemos citar o *Harrison Act* de 1914, a lei de 12 de julho de 1916, na França, o *Dangerous Drug Act* de 1920, na Grã-Bretanha... Em relação ao álcool, conhecemos o *Volstead Act* (Lei Seca) americano de 1920 e temos notícia de leis semelhantes na Finlândia, Noruega e Rússia (vodka), assim como da lei francesa de 1915 que proibia o absinto...

No entanto, quando se diz lei proibicionista, diz-se, implicitamente, intervenção policial. Com efeito, não basta proibir, sobretudo num campo tão complexo e em que se encontra tanta resistência como o das drogas e do álcool: é necessário fazer respeitar a proibição. É dentro desse contexto que começa o "século dos policiais".

2. O período que se inicia com a Primeira Guerra Mundial marca o acentuado crescimento do poder da polícia diante do poder da medicina. A relação entre os dois poderes varia segundo os países envolvidos. Tomemos três exemplos característicos dessas diferentes relações: o da França, o da Inglaterra e o dos Estados Unidos.

Na França, a maioria dos médicos pede que se vote a lei de 1916; todos aprovam seu texto e desejam uma forte repressão. Conseguirá a polícia realizar essa tarefa? Que se lhe dêem os meios para agir! Especialmente contra esses "tristes indivíduos que exploram a degradação" alheia, ou seja, contra os traficantes. O corpo médico, que não deseja essa clientela "tão insolvente quanto incômoda"⁷, considera os toxicômanos e os alcoólatras seres fracos, incapazes de enfrentar o mundo, isto é, degenerados e depravados. O médico, a opinião pública e o judiciário estão de acordo: "Afastemos o viciado."

A partir desse momento, a polícia entra na linha de frente. Em 1914, cria-se a *mondaine*, que antecede o atual Grupo Antidrogas, e já em 1920, em Paris, conta com oito inspetores dentre os encarregados "*da busca e apreensão de estupefacientes*". Como o número é pequeno, começa a ladainha de justificativas da falta de recursos para enfrentar os traficantes, ao lado de um corolário ainda menos justificável: para remediar essa impotência relativa, são pouco cuidadosos em relação aos meios. Dizem que o fim justifica os meios. Assim, o representante da *mondaine*, um "sujeito duro", reconhece, entre outras coisas, que se relaciona com diversas mulheres dependentes de cocaína, as quais lhe fazem confidências, que usa delatores e provas forjadas⁸ e que se disfarça em comprador de drogas para prender os vendedores... Esses métodos prenunciam os atuais, embora os resultados sejam modestos: 133 detenções na França em 1925, 142 em 1926, 257 em 1927...

Na Inglaterra, o panorama é diferente. As relações entre medicina e polícia estão suspensas provisoriamente. De fato, os médicos ingleses

* Policiais civis encarregados especialmente dos crimes e infrações contra os costumes e da vigilância de determinados logradouros públicos.

interpretam de forma bastante livre o *Dangerous Drug Act* de 1920. Consideram o toxicômano não como um ser amoral e depravado, mas como um doente, e como tal pode receber estupefacentes de seu médico em certos casos: quando corre o risco de sofrer problemas graves em decorrência do abandono da droga, quando está em tratamento ou quando tem necessidade da droga para levar uma vida útil e normal. Este último critério é bastante flexível e próximo de uma distribuição controlada, com finalidade recreativa ou para sustentar o vício. Esse fato motiva a crítica dos americanos, que consideram essa atitude "imoral e derrotista". O sistema inglês persiste de 1920 a 1967, quando, devido à oposição internacional, é obrigado a unir-se ao modelo americano (*Dangerous Drug Act* de 1967).

Com efeito, nos Estados Unidos encontramos os campeões de todas as categorias de proibição e repressão. A relação entre medicina e polícia é de confronto. O *Harrison Act* de 1914 desencadeia as hostilidades judiciais contra os médicos. Depois de processos famosos, como os casos Webb (1919) e Lerhman (1920), os tribunais condenam a prática de os médicos ministrarem opióides a seus pacientes toxicômanos. Em consequência, entre 1914 e 1938, 25.000 médicos são acusados nos tribunais por distribuição de narcóticos, 3.000 são presos e outros tantos são expulsos de associações médicas ou proibidos de exercer a medicina...

Reina, no mesmo período, severa repressão que deixará marca indelével na história: a proibição do consumo de álcool. Entre 1920 e 1933, o sistema policial recebe a tarefa de fazer respeitar o *Volkstead Act* que proíbe totalmente a venda e o consumo de bebidas alcoólicas com mais de 0,5°. Devem-se atribuir a essa lei alguns efeitos positivos no plano da saúde (diminuição, em torno de 50%, das cirroses e psicoses alcoólicas...), mas, por outro lado, vão-se verificar efeitos terrivelmente negativos no plano social. Em 1930, 500.000 americanos são detidos por transgressão à lei, dos quais 230.000 cumprem um total de 33.000 anos de prisão. Além disso, os delitos por dirigir embriagado aumentam em torno de 476%, e as mortes provocadas por bebidas alcoólicas adulteradas se multiplicam... No plano estritamente policial, os efeitos da lei são devastadores: baixas na luta contra o crime organizado que se fortalece, ineficácia da prevenção diante da enorme quantidade de bebidas clandestinas, perda da confiança na lei por milhões de cidadãos, risco de corrupção, etc. Esta última se multiplica de tal forma que é necessário criar um grupo especial de agentes federais, os famosos "Intocáveis".

O fim da proibição do álcool, em 1933, não significou o fim dos Intocáveis; ao contrário, mudaram-se apenas os objetivos do "exército" federal. Por exemplo, um dos agentes encarregados da luta contra os

bootlegers, Harry Anslinger, foi nomeado chefe do grupo antidroga e permaneceu nesse posto durante mais de trinta anos. O papel que desempenhou no desenrolar do enfoque político do problema das toxicomanias é fundamental. Tanto no plano nacional norte-americano, como no plano internacional, reclamou e conseguiu reforços na luta contra as drogas.

No plano interno, Anslinger começa por criar uma imagem atraente da ação dos policiais: a do "cruzado moderno" que luta contra os traficantes, colocando em risco a própria vida. A América tenta, inclusive, prepará-los em grande número, em centros especializados. Policiais de elite fazem treinamento nesses centros; precisam conhecer os elementos que combatem e seus ardis, demonstrar sangue frio a toda prova e um grande talento de ator, para infiltrar-se nos grupos de traficantes. Precisam, igualmente, conhecer seus segredos administrativos e políticos... Em 1936, Anslinger, especialista na matéria e proibicionista convicto, obtém do Congresso Americano a aprovação do *Marihuana Tax Act*, que marca o início da proibição americana ao uso da maconha.

No plano internacional, sua ação é ainda mais significativa; é o principal artífice da Convenção de Genebra, de 1936, que continua, ainda hoje, o texto mais repressivo da história internacional dos estupefacientes. A finalidade básica da Convenção é facilitar a extradição de traficantes - já naquela época - e iniciar uma cooperação policial internacional. Encabeça, também, a delegação norte-americana quando das negociações da Convenção Única de 1961 que proíbe, mundialmente, o uso e o comércio de estupefacientes, a não ser para fins terapêuticos. Essa Convenção, inclusive, deixa-o insatisfeito devido à resistência de certos países fronteiriços às limitações desejadas pelos Estados Unidos. E, fato único nos anais do controle internacional de drogas, publica no *Bulletin des Stupéfacients*⁹, publicação oficial da ONU, uma crítica ao novo texto, julgado muito condescendente pelo seu governo. Reclama uma Convenção mais rigorosa, mas só ficará parcialmente satisfeito com a adoção do Protocolo de Genebra de 1972.

3. Com efeito, a Polícia deve chegar a um acordo com a comunidade médica no que diz respeito à toxicomania. Entre 1960 e 1970, as relações entre médicos e policiais se modificam. A repressão deve retroceder diante do tratamento. É o que se deduz da comparação entre os termos do Convênio Único e do Protocolo Adicional. O Convênio dedica aos

⁹ Contrabandista de bebidas. Em inglês, no original francês e na tradução espanhola.

toxicômanos apenas um artigo (Art. 38), segundo o qual

"se a toxicomania constitui um problema grave para uma das Partes, e se os recursos o permitirem, seria desejável que esta criasse serviços adequados para o tratamento adequado dos toxicômanos."

O mínimo que se pode dizer do texto é que não prima nem por seu vigor, nem por sua perspicácia. Não é possível conceber obrigações mais vagas, seja no campo da saúde, seja no social. O tratamento social da questão fica deliberadamente em segundo plano. Esse estado de coisas, no entanto, muda com o Protocolo de 1972 que prevê obrigações mais amplas:

"As Partes estudarão atentamente o abuso de estupefacientes e tomarão todas as medidas possíveis para proceder ao diagnóstico precoce, tratamento, educação, período posterior à cura, reabilitação e reinserção social dos viciados, coordenando seus esforços com essa finalidade."

As Partes providenciarão, tanto quanto possível, a formação de pessoal para garantir o tratamento, o período posterior à cura, a reabilitação e a reinserção social das pessoas que abusam dos estupefacientes."

As Partes adotarão todas as medidas possíveis para auxiliar as pessoas que, em seu exercício profissional, necessitem adquirir conhecimentos sobre os problemas acarretados pelo abuso de estupefacientes e para sua prevenção, assim como levarão esse conhecimento à opinião pública, se houver risco de que o abuso de estupefacientes se difunda de forma ampla."

Essas diretrizes internacionais impõem aos Estados signatários certo número de obrigações: formação de pessoal das áreas médica e social, informação à polícia e ao público.

Finalmente, reconhece-se a complementaridade entre os serviços médicos e os médico-sociais. Apesar disso, sua aplicação nos diferentes ordenamentos nacionais é muito diferente, o que pode ser comprovado tomando-se como exemplo o caso francês e o norte-americano.

Nos Estados Unidos, vence a opção médica. A doutrina médico-psiquiátrica reclama novas formas de controle social das drogas e pede que se faça distinção entre drogas fortes e fracas e ainda que não se tratem os toxicômanos como delinquentes, mas como doentes; quer dizer que a proibição deve ser flexível, para possibilitar uma distribuição controlada de

estupefacientes. O alerta é ouvido em nível oficial. As verbas de fundos federais dedicadas a programas de estupefacientes passam de 81 milhões de dólares, em 1969, para 760 milhões, em 1974¹⁰. Esse aumento está motivado, na maior parte, pelo início de programas de tratamento e prevenção. Os fundos para esses programas passam de 43 para 66 milhões, o que permite iniciar, por exemplo, experiências com a distribuição de metadona. No entanto, na trilha do discurso de Nixon, declarando "guerra às drogas", há uma retomada das medidas repressivas. A partir de 1975, 45% do orçamento federal de 680 milhões de dólares são destinados aos programas de repressão.

No princípio dos anos 80, a opinião pública deseja que essa repressão aumente. Por instâncias do Presidente Reagan, o orçamento federal para a luta contra as drogas destina mais de 84% dos fundos para a repressão, enquanto o tratamento recebe apenas 8%, a pesquisa 4% e a prevenção, 4%¹¹. Esses números são bastante eloqüentes.

Está claro que a ação policial é prioritária em relação à ação nos campos da saúde e social. Essa prioridade repercute também nas relações entre polícia e médicos. A relação se modifica por causa das atitudes antiproibicionistas de inúmeros psiquiatras e toma rapidamente matiz de desconfiança mútua. De um lado, os psiquiatras liberais afirmam que não se pode tratar de alguém contra sua vontade e que, nessas condições, toda intervenção da força pública é inadequada. Por outro lado, os agentes do Narcotics Bureau recebem curiosas informações sobre a relação com os médicos. De fato, o Manual que os orienta¹² prevê os meios pelos quais um agente deve conseguir droga de um médico:

"Na primeira visita, o inspetor deve recusar todo diálogo que possa ser considerado como início de uma relação médico-paciente. Para obter uma receita de medicamentos controlados, o investigador poderá apresentar as seguintes razões:

- é estudante e precisa delas para se manter atento em épocas de exames;*
- necessita da droga para sentir-se bem;*
- precisa da droga para sua amante ou para suas "pupilas";*
- precisa de medicamentos para um amigo que está engajado;*
- precisa de qualidade, não de quantidade, e não quer usar o que se vende nas ruas.*

Quando o inspetor tiver demonstrado que é confiável e solvente, pode apresentar um novo cliente ou conseguir uma receita para paciente inexistente. É importante ressaltar que aquilo que mais importa para apanhar um médico é estabelecer a inexistência de

relação médico-paciente."

A relação entre medicina e polícia transforma-se numa relação capciosa em que se permitem todos os golpes. Tais práticas, em geral, desonram a polícia e, principalmente, a Drug Enforcement Administration. A primeira não precisa percorrer os caminhos da delinqüência para realizar seu trabalho. Está autorizada pela jurisprudência a praticar a "compra e detenção", na qual o agente passa por um comprador de droga para prender o vendedor. Uma prática aprovada também pela justiça francesa, segundo a qual

*"o fato de um policial fazer-se passar por comprador não determina em nada as ações delitivas e tem como objeto apenas permitir a comprovação de infrações já cometidas e impedir sua continuação."*¹³

Apesar disso, a França não pratica os excessos americanos e quase sempre trilha o caminho inverso, passando de uma quase total ausência de operações entre médicos e policiais nos anos 70 a uma colaboração quase exemplar nos anos 80. É certo que se deve aplicar a lei de 31 de dezembro de 1970 que prevê uma complementariedade forçada entre polícia e medicina: a prioridade do tratamento. Trata-se de um procedimento durante o qual se oferece ao toxicômano opção entre a continuação das diligências ou o tratamento. Esse procedimento está minuciosamente explicado no Código de Saúde que prevê duas alternativas, dependendo de o tratamento ser facultativo ou obrigatório. O tratamento voluntário não acarreta problemas, na medida em que as opiniões são unânimes em reconhecer que constitui o caminho ideal para a cura. De acordo com a doutrina psiquiátrica francesa é, inclusive, a única válida. Afirma-se, por exemplo, que

*"a cura precisa da coexistência de três fatores: o desejo certo e firme de uma psicoterapia e não de uma vaga cura mais ou menos medicamentosa, a aquiescência responsável de um terapeuta especializado, se necessário disponível durante vários anos, e o estabelecimento de uma relação afetiva bastante condescendente"*¹⁴.

Disso deriva uma reação à colaboração de psiquiatras ligados às autoridades judiciárias. A prioridade do tratamento previsto pela lei de 1970 é mais ou menos letra morta. A relação entre os serviços sociais e a polícia reduz-se ao imprescindível.

No final dos anos 80, as coisas mudam. Para alguns especialistas, o tratamento dos toxicômanos implica um aspecto coercitivo, acarretado pelo caráter do próprio indivíduo. Consideram que as diferenças entre a justiça e

a medicina podem ser resolvidos através de maior colaboração, nessa área, entre os dois segmentos, o que é, inclusive, objeto de uma circular de 12 de maio de 1987, inspirada na prática de certas fiscalizações sobre o uso terapêutico de drogas. A circular faz referência especialmente à prática dessa fiscalização em Paris, onde a brigada de drogas e proxenetismo (B.S.P.) desempenha o papel principal. Graças a uma comunicação permanente, relaciona e centraliza todas as pessoas interrogadas, em Paris, por consumo ilegal (aproximadamente 6.000 pessoas por ano). O consumidor é, então, apresentado à fiscalização que lhe oferece quatro alternativas: o arquivamento do processo, a advertência, o tratamento ou o início das diligências. Se o consumidor é "principiante" ou se usa maconha, fica livre de qualquer tratamento e é posto em liberdade. Se é reincidente e necessita tratamento, é encarregada dele a Direção de Ação Sanitária e Social (DASS). O juiz propõe-lhe o tratamento e, se ele o aceita, é encaminhado a um médico do DASS que dispõe de instalações **no próprio Palácio da Justiça**. O médico sugere, dependendo de cada caso, o tratamento mais adequado (ambulatorial, psiquiátrico, centro de tratamento ao ar livre, etc.). Caso o tratamento seja recusado, iniciam-se imediatamente as diligências.

O papel da B.S.P. não se limita apenas ao estrito cumprimento da lei de 1970. Além do grupo especialmente dedicado aos viciados, dispõe de um grupo de "formação-documentação-estatística" que desempenha funções peculiares. No que diz respeito à formação, está voltada não apenas para as atividades policiais, mas também para outras atividades, como serviços sociais ou educacionais. Assim, os policiais fazem inúmeras conferências nas escolas. Assinale-se que, de acordo com a prática corrente na B.S.P., essas conferências dirigem-se aos educadores e aos pais, **não diretamente aos alunos**. Essa precaução permite evitar as dificuldades de comunicação entre o policial e as crianças, que não o conhecem, propiciando a certas pessoas-chaves um ponto de partida indispensável.

Em relação à documentação, a B.S.P. dispõe de um arquivo regional sobre toxicomania que constitui incomparável fonte de informações. Trata-se de um arquivo informatizado, não nominal, informado regularmente à Comissão Nacional de Informática e Liberdades (C.N.I.L.). Dispõe de vinte indicadores (idade, escolaridade, nacionalidade, produto e quantidade apreendida, profissão dos pais...) que permite aos pesquisadores efetuarem estudos sobre uma amostra representativa de toxicômanos. De fato, o arquivo é consultado pela Comissão Interministerial de Luta Contra a Toxicomania (M.I.L.T.) e pelo Instituto Nacional de Ciência e Pesquisa Médica (I.N.S.E.R.M.).

4 Podemos nos satisfazer apenas com esses indiscutíveis

progressos? Os resultados da ação policial são positivos? Podemos melhorá-los para o século XXI?

Com efeito, convém revitalizar os resultados dessas atividades à luz de algumas observações fundamentais. Primeiramente, deve-se assinalar que entre os 6.000 interrogatórios feitos pela B.S.P., a metade refere-se a viciados em maconha. Regra geral, não são submetidos a tratamento, de modo que a intervenção de médicos é totalmente inadequada nesses casos. O motivo reside no fato de o direito à droga estar mal concebido, ao separar o regime de drogas fracas do de drogas fortes¹⁵. Em relação às últimas, deve-se reconhecer que os resultados do tratamento médico são muito mais decepcionantes. De acordo com a B.S.P., os toxicômanos submetidos ao tratamento médico dividem-se em três categorias: um terço não comparece aos centros de tratamento, um terço não conclui o tratamento e apenas um terço submete-se ao tratamento de boa fé. Nessas condições, não se estranha que a solução reclamada por grande parte da opinião pública seja submeter os recalcitrantes a um reforço da repressão, principalmente quando aumenta a periculosidade social dos toxicômanos.

Apesar de tudo, abre-se outra perspectiva que poderia modificar radicalmente os dados do problema: a legalização controlada das drogas. Não surpreende que médicos, juristas, economistas e sociólogos reclamem essa via. O que é mais significativo, no entanto, é ver que policiais americanos, italianos, espanhóis somem suas vozes aos primeiros. Por exemplo, Sánchez García¹⁶, especialista espanhol na luta antidroga, afirma que a *"a toxicomania não é um problema policial e não pode ser tratado através da repressão."* Acredita que apenas a legalização sob vigilância médica permitiria à polícia trabalhar com órgãos e especialistas de saúde pública. Assim, o abuso das drogas seria um problema apenas de saúde, como o alcoolismo e o tabagismo.

Na realidade, a legalização não suprimiria a intervenção policial, mas modificaria seus parâmetros. Não sendo reprimido o consumo (a não ser em lugares públicos, tendo em vista seu caráter de incitação), seria punido apenas o abuso que pudesse causar prejuízo a terceiros. Por exemplo, dirigir sob efeito de maconha, cocaína ou morfina receberia o mesmo tratamento que dirigir embriagado. A polícia desempenharia então seu papel tradicional de proteção aos bens e pessoas diante dos excessos decorrentes da embriaguez. Liberada da missão impossível de lutar contra o tráfico, pelo quase desaparecimento dos traficantes, poderia dedicar-se a tarefas muito úteis, como *"ajudar velhinhas a atravessar ruas"*, segundo ácido comentário do *New Economist*. Sem chegar a ser tão sarcástico, poder-se-ia desejar que o direito à droga dê mostras de ser alguma coisa mais que humanismo, o que

redundaria em melhores relações entre a polícia e a população.

NOTAS

1. O tema inclui o estudo das relações entre os serviços policiais e a segurança privada. Apesar disso, não se tratará desse aspecto da questão, já que, de um lado, será abordado em especial na II Parte deste Colóquio, e, de outro, as relações entre a polícia e a segurança privada reduzem-se ao mínimo no que diz respeito a drogas. Pode-se, quando muito, citar o papel da segurança privada na organização de concertos de *rock*, durante os quais se ocupam da segurança no local, no lugar da polícia e, durante os quais, no mínimo, deixam as drogas circularem livremente.
2. BACHMAN e COPPEL. *Le dragon domestique*. Albin Michel, 1989.
3. KANE, citado por BACHMAN e COPPEL. Op cit. p. 101.
4. TREBACH. *The heroin solution*. Yale Univ. Press, 1982, p. 43.
5. FREUD, *De la cocaine*. Ed. Complete, 1975.
6. FREUD. Op. cit. p. 129.
7. BACHMAN e COPPEL. Op. cit, p. 280.
8. BACHMAN e COPPEL, op. cit. p. 389, relatam a técnica utilizada pelas prostitutas, informantes da polícia: "pegar um 'pato' interiorano em um bar, suplicar-lhe que compre cocaína para aliviar seus sofrimentos e fazer com que seja preso pelo policial, que foi avisado com antecedência."
9. ANSLINGER. Punto de vista de los Estados Unidos en materia de estupefacientes, B.S., vol. XV, 1963, n° 2, p. 3.
10. REUTER. La política de los Estados Unidos en materia de estupefacientes, un triste pasado, un futuro dudoso. *Psychotropes*, vol V. 1989, p. 111.
11. America's habitat: drug abuse trafficking and organized crime. Report to the President, 1986, p. 441.
12. *Manuel des agents du Narcotics Bureau*. Techniques d'enquête et

opérations spéciales, Barroult, 1987, p. 357.

13. Crim. 2 Mars 1971, B. Crim. n° 71, p. 183.

14. CURTET, El encarcelamiento de los toxicómanos. *La nouvelle presses médicale*. 1978, n° 24, 2.138.

15. CABALLERO, *Droit de la drogue*, Dalloz, 1989.

16. SANCHEZ GARCÍA. La despenalización del tráfico y el consumo de drogas y la función policial. *Psychotropes*, vol. V, n° 1 y 2, 1989, p. 93.

Abstract: Drugs and alcoholism: relationships between the police and cultural services. This paper focuses on the use of drugs, mainly morphine, heroin and alcohol, in the western world from the 19th century on putting emphasis on their initial use as medicine. It also considers changes in viewpoint concerning their use, given their maleficent effects, and subsequent restrictions as to their consumption. The participation of medicine and of the police in those restrictions is also analyzed.