



SENADO FEDERAL
Consultoria Legislativa

NOTA INFORMATIVA Nº 3.595, DE 2020

Referente à STC nº 2020-06797, do Senador Jayme Campos, sobre a produção legislativa brasileira relativa a drogas ilícitas, a partir da publicação da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Lei de Drogas).

1. Introdução

O Senador Jayme Campos requer estudo sobre a produção legislativa brasileira referente a drogas ilícitas, a partir da publicação da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Lei de Drogas), que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Solicita, também, análise dos efeitos da referida lei no controle de drogas ilícitas no País, bem como informações a respeito de outras leis e proposições legislativas relativas ao tema.

2. A atual Lei de Drogas e suas modificações

A **Lei nº 11.343, de 2006**, instituiu o Sisnad, com a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de entorpecentes. Embora tenha deixado de prever pena

privativa de liberdade para o porte de droga para consumo pessoal, essa lei especializada aumentou a pena do crime de tráfico, bem como criou outros tipos penais, como o de financiar ou custear o comércio ilícito de drogas.

As modificações promovidas na atual Lei de Drogas, desde a sua edição, são apresentadas na sequência.

Em 31 de março de **2010**, foi publicada a **Lei nº 12.219**, que previu a possibilidade de a União estabelecer convênios com os estados e o Distrito Federal para a prevenção e a repressão do tráfico e do uso indevido de drogas, e com os municípios, para a prevenção do uso e para a atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

Já em 4 de abril de **2014**, foi editada a **Lei nº 12.961**, que tratou da destruição imediata das drogas apreendidas.

Em **2019**, houve alterações mais significativas, com a promulgação das **Leis nºs 13.840**, de 5 de junho; **13.886**, de 17 de outubro; e **13.964**, de 24 de dezembro, sendo a primeira delas a mais abrangente.

A Lei nº 13.840, de 2019, dedicou mais atenção ao tratamento do usuário ou dependente de drogas, incorporando uma seção específica a esse respeito. Nela estão previstas a articulação da atenção à saúde dessas pessoas, com o estabelecimento de ações preventivas que alcancem a população como um todo; a orientação do tratamento por protocolos técnicos predefinidos, baseados em evidências científicas; a preparação para a reinserção social e econômica do paciente; e o acompanhamento dos resultados da terapêutica pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e pelo Sisnad, de forma articulada.

A Lei nº 13.886, de 2019, por sua vez, disciplinou a conversão em moeda nacional de moeda estrangeira, títulos, valores mobiliários ou cheques emitidos como ordem de pagamento e sua destinação. Além disso, tratou da destinação de veículos, embarcações e aeronaves apreendidos, bem como do depósito dos valores arrecadados com a alienação desses bens. Atribuiu, ainda, competência à Senad para destinar bens apreendidos à alienação, à incorporação ao patrimônio de órgão da Administração Pública, à destruição ou à inutilização e, por fim, previu que o Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) regulamentasse os procedimentos acerca dos recursos provenientes de atos ilícitos.

Por fim, foi sancionada a Lei nº 13.964, de 2019, que integrou o chamado pacote anticrime e, em relação à Lei de Drogas, passou a criminalizar a conduta daquele que *vende ou entrega drogas ou matéria-prima, insumo ou produto químico destinado à preparação de drogas, sem autorização ou em desacordo com a determinação legal ou regulamentar, a agente policial disfarçado, quando presentes elementos probatórios razoáveis de conduta criminal preexistente.*

Importante lembrar que, como se verá adiante, inúmeros assuntos relacionados à saúde, especificamente (i) ao tratamento de dependentes químicos e à orientação e reeducação de usuários de drogas, tais como a atenção aos usuários e dependentes propriamente ditos; (ii) aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); (iii) à redução de danos; (iv) à Política Nacional sobre Drogas; e (v) ao uso medicinal da maconha, **estão regulamentados por meio de normas infralegais, editadas após a vigência da atual Lei de Drogas.**

3. Efeitos da Lei de Drogas e dos atos normativos infralegais no controle de drogas ilícitas no País

a. Aspectos penais

A atual Lei de Drogas foi idealizada, sobretudo, para reprimir o tráfico de substâncias ilícitas no País. As penas por esse delito foram aumentadas e, como assinalado acima, também foram criados novos tipos penais, o que contribuiu para o maior número de prisões e condenações e, conseqüentemente, para a superlotação do nosso sistema prisional.

Atualmente, o Brasil possui a terceira maior população carcerária do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos da América (EUA) e da China. Segundo o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN)¹, órgão vinculado ao MJSP, a população carcerária brasileira é de 755.274 presos. Isso evidencia a saturação do sistema, que dispõe apenas de 442.349 vagas. Por conseguinte, o déficit atual é de 312.925 vagas.

Os condenados pelo crime de tráfico de drogas, por sua vez, representam parte significativa do contingente de encarcerados. De acordo com o Depen, são 183 mil homens e 9 mil mulheres presos por esse delito. Os números representam, respectivamente, 19,17% da população carcerária masculina – sendo que apenas os crimes contra o patrimônio têm maior incidência –, e 50,94% da população carcerária feminina, ou seja, mais da metade das mulheres presas respondem ou foram condenadas por tráfico de drogas.

¹ Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZTlkZGJjODQtNmJiMi00OTJhLWFIMDktNzRlNmFkNTM0MwI3IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 27 jun. 2020.

Deve-se observar, ainda, que o atual sistema prisional não favorece a reinserção social dos condenados. A superlotação, aliada à falta de infraestrutura e à deficiente disponibilização de trabalho e educação, inviabiliza a recuperação dos detentos. Ademais, para que possam ser criadas as vagas necessárias e sanados os demais problemas existentes, seria necessário um investimento de dezenas de bilhões de reais, por quase duas décadas. Essa foi a conclusão do Relatório de Auditoria nº TC 018.047/2018-1², julgado pelo Plenário do Tribunal de Contas da União (TCU), em 3 de julho de 2019:

3.1. O sistema penitenciário nacional demandaria valor estimado de R\$ 97,84 bilhões para, no prazo de dezoito anos (R\$ 5,44 bilhões anuais), extinguir o déficit de vagas prisionais, reformar unidades prisionais precárias e viabilizar seu pleno funcionamento

53. Segundo estimativas, a adequação do sistema penitenciário nacional, suprimindo-se suas principais deficiências estruturais, requereria R\$ 97,84 bilhões (ref. 2), oriundos das UFs e/ou da União.

54. No cenário proposto neste trabalho, a União assumiria, conforme já descrito no subtítulo anterior, o financiamento integral de investimentos na infraestrutura (construção e reforma) e uma parcela do custeio, resultando na monta de R\$ 49 bilhões em dezoito anos (ou R\$ 2,7 bilhões anuais).

55. Nesse quadro, as UFs arcariam com o restante do custeio do sistema, que totalizaria, ao longo do período de dezoito anos, o valor de R\$ 48,84 bilhões, ou o valor anual médio de R\$ 2,7 bilhões, conforme mostrado na Tabela 5.

b. Aspectos sanitários

i) Da atenção aos usuários e dependentes de drogas

Sobre o assunto, sobreveio, recentemente, uma modificação legislativa extensa. Trata-se da já referida Lei nº 13.840, de 2019, que dispõe

² Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/TC%2520018.047%252F2018-1/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAPOINT%2520desc/2/%2520?uuid=b68d6cc0-a5ca-11ea-88d1-afd5b6133493>. Acesso em: 27 jun. 2020.

sobre o Sisnad, notadamente com relação à atenção aos usuários e dependentes de drogas e à formulação e ao financiamento de políticas públicas sobre o tema. Dada a recenticidade da norma, ainda não é possível analisar os seus efeitos.

ii) Da Rede de Atenção Psicossocial

No que se refere à estrutura já existente para o tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, a exemplo do que ocorre com os demais transtornos mentais, o sistema de saúde brasileiro prioriza a atenção ambulatorial, calcada no modelo dos Caps, que podem ser especializados no atendimento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A Raps, por sua vez, é a rede de serviços de saúde que atende os pacientes com transtornos mentais no âmbito do SUS, sendo constituída por serviços com diferentes níveis de complexidade, que trabalham de forma integrada e articulada, a saber:

1. Caps, em suas diferentes modalidades:

1.1. Caps AD – serviços de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do abuso e dependência de substâncias psicoativas. Oferecem atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico e orientação), atendimento em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e condições para repouso e desintoxicação ambulatorial.

- 1.2. Caps AD III – proporcionam atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, *crack* e outras drogas, com funcionamento contínuo e ininterrupto. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno desse serviço é limitada a catorze dias, no período de trinta dias. Caso seja necessária uma permanência maior, o usuário será encaminhado para uma unidade de acolhimento.

 - 1.3. Caps AD IV – se destinam a proporcionar atenção integral e continuada às pessoas com quadro de dependência de substâncias psicoativas, inclusive álcool, em locais que existem cenas de uso aberto de drogas, especialmente de crack (as chamadas “cracolândias”). Funcionam nas 24 horas do dia, inclusive finais de semana e feriados. Atendem adultos, crianças e adolescentes por meio de equipes multiprofissionais. Podem ser criados nas capitais estaduais e municípios com população acima de 500.000 habitantes, atuando junto aos consultórios na rua, integrados a outros pontos de atenção da Raps, e de forma intersetorial, com a assistência social e outras áreas.
2. Serviço residencial terapêutico: acolhe preferencialmente pacientes egressos de internações prolongadas, mas também pacientes com transtornos mentais graves moradores de rua e egressos de unidades prisionais.

3. Unidade de acolhimento: para adultos e para o público infanto-juvenil.
4. Enfermarias especializadas: situadas em hospitais gerais.
5. Hospital psiquiátrico.
6. Hospital-dia: promove a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, por um período máximo de doze horas.
7. Atenção básica de urgência e emergência.
8. Comunidades terapêuticas.
9. Ambulatório multiprofissional de saúde mental: nessas unidades, a equipe multiprofissional é composta por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social, que ficam lotados em ambulatórios gerais e especializados, policlínicas e ambulatórios de hospitais gerais e de hospitais psiquiátricos, atendendo as necessidades de complexidade intermediária entre a atenção básica e os Caps.

Cabe ressaltar que, atualmente, o Ministério da Saúde entende que a oferta de vagas em unidades para assistência de quadros clínicos agudizados, tais como crises e surtos, e para procedimentos psiquiátricos de alta complexidade está baixa e pretende aumentá-las.

Também foi dado maior destaque à internação hospitalar, inclusive à involuntária, e ao trabalho das comunidades terapêuticas, que são

entidades privadas, geralmente vinculadas a grupos religiosos. O caráter religioso dessas instituições, cujo principal instrumento terapêutico deveria ser a convivência entre “pares”, em regime de residência, muitas vezes confere à abstinência de drogas o *status* de objetivo único do acolhimento, proposta que tem um caráter mais moral do que pragmático.

No que tange às internações involuntárias, foram elas, durante muitos anos, a única alternativa de tratamento do dependente químico no País. No entanto, os resultados obtidos são, no mínimo, discutíveis. O fato de passar por repetidas internações psiquiátricas parece ser ineficaz, a não ser no prolongamento da abstinência, que ainda assim é interrompida pela descontinuidade da assistência extramuros.

A respeito das comunidades terapêuticas, a normatização que regulamenta o seu funcionamento é de base infralegal, composta das seguintes normas principais:

- **Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)**, que *regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.*
- **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29, de 30 de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**, que *dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições*

*que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.*³

Cumprе ressaltar, contudo, que inspeções realizadas em comunidades terapêuticas pelo Ministério Público Federal, pelo Conselho Federal de Psicologia e pelo Ministério dos Direitos Humanos, em outubro de 2017, revelaram uma série de violações: trabalho forçado e situações análogas à escravidão, punições e indícios de tortura e tratamento cruel ou degradante, sequestro e cárcere privado, entre outras.⁴

A despeito disso, foram publicados, nos últimos anos, vários editais de chamamento público voltados para o financiamento de vagas em comunidades terapêuticas.

iii) Da redução de danos

Presentemente, as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, estão normatizadas pelos **arts. 89 a 97, da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 (Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde), do Gabinete do Ministério da Saúde.**

³ Revogou a RDC nº 101, de 31 de maio de 200, da Anvisa, que anteriormente normatizava a matéria.

⁴ Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 27 jul. 2020.

O conceito de “redução de danos” – ou “redução de riscos” – parte do princípio de que se alguém não consegue ou não quer renunciar ao consumo de drogas, deve-se ajudá-lo a reduzir os danos que causa a si mesmo e aos outros.⁵ Nesse sentido, é uma política de saúde que objetiva minimizar os prejuízos de natureza biológica, sanitária, social e econômica associados ao uso de drogas, mas que se pauta no respeito ao indivíduo, à família e à sociedade, bem como aos direitos humanos.

As estratégias pioneiras de redução de danos datam do começo do século passado. Da maneira que conhecemos hoje, surgiram na Holanda, Suíça e Inglaterra, no início dos anos 1980, como uma resposta para a disseminação de hepatites virais e aids entre pessoas que faziam uso de drogas injetáveis. Em termos mundiais, medidas de redução de danos foram introduzidas na maior parte dos Estados que constituem a UE e também na Austrália e nos EUA, onde contribuíram decisivamente para controlar a transmissão do HIV e reduzir a prevalência das hepatites do tipo B e C.

No Brasil, a primeira iniciativa de redução de danos – fornecimento de seringas e agulhas descartáveis para dependentes químicos – aconteceu em Santos (SP), em 1989, mas enfrentou questionamentos jurídicos. Somente em 1994, após intervenção do Ministério Público, a prática foi oficialmente admitida no País. Nesse novo contexto, o primeiro

⁵ VAN BRUSSEL, G. E BUNING, E. **Public Health Management of aids and drug in Amsterdam.** In Problems of Drug Dependence, 1988: Proceedings of the 50th Annual Scientific Meeting. Committee on Problems of Drug Dependence (U.S.). Scientific Meeting. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute on Drug Abuse, Office of Science, 1988. p. 295. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=3h6a5lZcDvsC&pg=PA295&dq=E.+Buning+e+G.+Van+Brussel&hl=pt-BR&source=gbs_toc_r&cad=3. Acesso em: 27 jun. 2020.

projeto de redução de danos foi implementado em 1995, no Município de Salvador (BA).

iv) Da Política Nacional sobre Drogas

A **Resolução nº 1, de 9 de março de 2018, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)**, implicou mudança significativa na condução da política sobre drogas do País: de uma abordagem diversificada de atenção psicossocial, norteadada pela estratégia de redução de danos, para a ênfase na abstinência.^{6, 7, 8}

A partir das conclusões de um grupo técnico interministerial, instituído pela mencionada resolução, foi publicado, na sequência, o **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, que instituiu a nova “Política Nacional sobre Drogas” (PNAD)**.

A nova Pnad, apoiada pela Associação Brasileira de Psiquiatria, promove a abstinência. Além disso, estimula e apoia, inclusive mediante incentivos financeiros, as comunidades terapêuticas. De outro lado, posiciona-se contrariamente às iniciativas de legalização de drogas, por considerar que essa é a posição majoritária da população brasileira. Nesse sentido, deixa claro em seu texto que não se admite plantio, cultivo,

⁶ CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Em meio a polêmica, Conad aprova resolução sobre drogas**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/em-meio-a-polemica-conad-aprova-resolucao-sobre-drogas_60884.html. Acesso em: 27 jun. 2020.

⁷ MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Política sobre drogas dará guinada rumo à abstinência**. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/politicas-sobre-drogas-dara-guinada-rumo-a-abstinencia>. Acesso em: 27 jun. 2020.

⁸ **Nota técnica sobre a Resolução 01/2018 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), de 01/03/2018, sobre a política sobre drogas no Brasil**. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/lagir/2018/03/06/nota-tecnica-sobre-a-resolucao-012018-do-conselho-nacional-de-politicas-sobre-drogas-conad-de-01032018-sobre-a-politica-sobre-drogas-no-brasil/>. Acesso em: 27 jun. 2020.

importação e exportação, não autorizados pela União, de plantas de drogas ilícitas, tais como a canábis.

É importante destacar, ainda, que apenas os Ministérios da Justiça e Segurança Pública e da Cidadania possuem, em suas estruturas, secretarias específicas para cuidar da questão das drogas; a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e a Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, respectivamente. Paradoxalmente, o Ministério da Saúde não conta com esse tipo de órgão.

v) Do uso medicinal da canábis

Inicialmente, é importante frisar que a lista de nações que permitem o uso medicinal da canábis e seus derivados é extensa, composta majoritariamente por países europeus e do continente americano.

No Brasil, embora o parágrafo único do art. 2º da Lei nº 11.343, de 2006, estabeleça que a União pode autorizar o plantio, a cultura e a colheita de plantas das quais se obtêm drogas ilegais, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados e mediante fiscalização, a legislação vigente ainda carece de conformação.

Trata-se de tema sensível, especialmente quando consideramos as dificuldades enfrentadas por pacientes e pesquisadores na obtenção de drogas ilícitas para fins medicinais e de pesquisa.

Hoje em dia, a permissão para a aquisição e o uso medicinal da canábis apoia-se em normativos infralegais. **A regulamentação é recente (iniciou em 2014) e advém do Conselho Federal de Medicina (CFM), no que se refere à atuação profissional do médico (uso compassivo do**

canabidiol – CDB)⁹, e, principalmente, da Anvisa, no que tange à normatização para fins de pesquisa e produção de medicamentos e à utilização da canábis com finalidade terapêutica.

No final do ano passado, a Anvisa aprovou a criação de uma nova categoria – produtos de canábis para fins medicinais de uso humano – por meio da **Resolução nº 327, de 9 de dezembro de 2019, que entrou em vigor no dia 10 de março de 2020.**

O mencionado regulamento prevê que o comércio desses produtos será feito exclusivamente mediante receita médica de controle especial. As regras variam de acordo com a concentração de tetraidrocannabinol (THC). Aqueles com concentração de THC superior a 0,2% só poderão ser prescritos a pacientes terminais ou que tenham sido esgotadas as alternativas terapêuticas de tratamento. A publicidade, a distribuição de amostras grátis e o uso de nomes comerciais são vedados. Os produtos estarão disponíveis somente em farmácias sem manipulação e em drogarias. Não haverá cultivo no Brasil, nem será permitida a importação da planta ou partes da planta de *Cannabis* spp. Para fins da fabricação e comercialização de produto de canábis, em território nacional, a empresa deve importar o insumo farmacêutico nas formas de derivado vegetal, fitofármaco, a granel, ou produto industrializado.

⁹ Resolução CFM nº 2.113, de 16 de dezembro de 2014, que *aprova o uso compassivo do CDB para o tratamento de epilepsias da criança e do adolescente refratárias aos tratamentos convencionais*. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2014/2113_2014.pdf. Acesso em: 27 jun. 2020.

Todavia, no Brasil, a despeito da existência de novas normas sobre a matéria, persiste a dificuldade dos pacientes para a obtenção de medicamentos à base de canábis.

De fato, o único medicamento registrado no Brasil é o Mevatyl[®] – indicado para tratar pacientes adultos com esclerose múltipla que apresentam espasmos moderados ou graves –, que contém substâncias extraídas da canábis, mas não a planta em si.¹⁰

No final de abril do ano corrente, com base nas novas normas da Anvisa, foi registrado o primeiro produto à base de maconha fabricado no País, pela empresa Prati-Donnaduzzi. É um fitofármaco¹¹ que possui canabidiol, mas tem concentração de THC inferior a 0,2%. O produto pode ser vendido em farmácias, mediante prescrição médica. As indicações clínicas desse produto não constam do folheto informativo do Canabidiol Prati-Donaduzzi 200 mg/mL¹², que faz as vezes de bula:

O uso do produto de *Cannabis* é admitido quando há uma condição clínica definida em que outras opções de tratamentos estiverem esgotadas e que dados científicos sugerem que a *Cannabis* pode ser eficaz.

¹⁰ Em alguns países da Europa, tem o nome comercial de Sativex[®]. É obtido da planta *Cannabis sativa L.*, e possui as substâncias CDB e THC em sua composição. O medicamento foi registrado em novembro de 2019, sendo o primeiro dessa categoria no País, e é produzido pela Beaufour Ipsen Farmacêutica Ltda. A bula está disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=950732017&pIdAnexo=4676126.

¹¹ Fitofármaco, de acordo com a Resolução nº 24, de 14 de junho de 2011, da Anvisa, que *dispõe sobre o registro de medicamentos específicos*, é a substância purificada e isolada a partir de matéria-prima vegetal com estrutura química definida e atividade farmacológica. É utilizado como ativo em medicamentos com propriedade profilática, paliativa ou curativa. Não são considerados fitofármacos compostos isolados que sofram qualquer etapa de semi-síntese ou modificação de sua estrutura química.

¹² Disponível em: https://www.pratidonaduzzi.com.br/produtos/produtos-cannabis?task=download&file=bula_medicamento&id=6072. Acesso em: 27 jul. 2020.

Essas dificuldades afetam diretamente os pacientes, que acabam sendo obrigados a adquirir medicamentos de custo elevado, desenvolvidos e produzidos no exterior, quando não se arriscam a os adquirir no mercado ilegal, o que tem levado muitos deles a solicitarem autorização judicial para cultivo caseiro da planta com fins medicinais.¹³

Também persistem as dificuldades para pesquisa, o que tem ocasionado, inclusive, o abandono de projetos já iniciados, bem como trazido empecilhos para o desenvolvimento da indústria nacional, notadamente em função do impedimento do cultivo em território brasileiro. Tudo isso prejudica sobremaneira o desenvolvimento científico e tecnológico do País.

4. Dos projetos em tramitação no Senado Federal

Conforme levantamento realizado pelo Setor de Pesquisa de informações desta Consultoria, encontram-se em tramitação no Senado Federal os seguintes projetos de lei que buscam alterar a Lei de Drogas:

Tabela – Proposições legislativas em tramitação no Senado Federal que visam a alterar a Lei de Drogas. Julho de 2020.

Matéria	Ementa	Autor
PL 5745/2019	Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), Lei nº 9.934, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação), e Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Lei Antidrogas), para ampliar as políticas de prevenção ao uso de drogas e álcool por crianças e adolescentes.	Senador Angelo Coronel
PL 5652/2019	Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, a fim de prever um intervalo para o valor mínimo a ser estipulado em sentença condenatória para reparação de danos causados à saúde pública.	Câmara dos Deputados

¹³ Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/pb/sala-de-imprensa/docs/parecer-0800333-82-2017-4-05-8200-abrace-cannabis-tratamento-canabidiol.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

Matéria	Ementa	Autor
PL 4214/2019	Altera os arts. 50 e 50-A da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para diminuir os prazos para a destruição de drogas apreendidas.	Senador Siqueira Campos, Senador Lasier Martins
PL 3160/2019	Altera a redação do inciso I do §1º do art. 33, da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para incluir a semente de planta que, cultivada, possa produzir matéria-prima à produção de droga.	Senador Lucas Barreto
PL 1864/2019	Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, a Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 - Lei de Execução Penal, a Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, a Lei nº 9.296, de 24 de julho de 1996, a Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998, a Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003, a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, a Lei nº 11.671, de 8 de maio de 2008, a Lei nº 12.037, de 1º de outubro de 2009, a Lei nº 12.850, de 2 de agosto de 2013, e a Lei nº 13.608, de 10 de janeiro de 2018, para estabelecer medidas contra a corrupção, o crime organizado e os crimes praticados com grave violência a pessoa.	Vários autores ¹⁴
PLS 447/2018	Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Lei de Drogas), para regulamentar a internação compulsória para reincidentes em situação de rua que representem uma ameaça à integridade física de qualquer pessoa.	Senadora Rose de Freitas
PLS 285/2018	Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para prever a internação compulsória do infrator reincidente no crime de porte de drogas para consumo pessoal.	Senadora Rose de Freitas
PLS 244/2018	Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para estabelecer a possibilidade da internação compulsória e estimular o tratamento especializado do dependente químico incurso nas penas previstas na referida lei.	Senador Ricardo Ferraço
PLS 38/2018	Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para possibilitar ao magistrado aplicar a substituição da pena privativa de liberdade por uma restritiva de direitos, que, dadas a peculiaridades do caso, deverá consistir em internação compulsória para tratamento de dependentes químicos.	Senador Vicentinho Alves

¹⁴ Senadora Eliziane Gama (PPS/MA), Senador Rodrigo Cunha (PSDB/AL), Senador Alvaro Dias (PODE/PR), Senador Major Olimpio (PSL/SP), Senador Eduardo Girão (PODE/CE), Senador Elmano Férrer (PODE/PI), Senador Alessandro Vieira (PPS/SE), Senadora Soraya Thronicke (PSL/MS), Senador Styvenson Valentim (PODE/RN), Senador Jorge Kajuru (PSB/GO), Senador Randolfe Rodrigues (REDE/AP), Senador Fabiano Contarato (REDE/ES), Senador Lasier Martins (PODE/RS).

Matéria	Ementa	Autor
PLS 2/2018	Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; as Leis nº 9.613, de 3 de março de 1998, e nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, e a Lei Complementar nº 29, de 7 de janeiro de 1994, e revoga dispositivos da Lei nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986, para destinar ao Fundo Nacional de Saúde o produto do perdimento de bens e valores em decorrência de condenação por crime contra a Administração Pública ou tráfico ilícito de drogas.	Senador Cássio Cunha Lima
PLC 47/2018	Altera dispositivo da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre a destinação dos valores apreendidos em decorrência dos crimes nela tipificados.	Câmara dos Deputados
PLS 514/2017	Altera o art. 28 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para descriminalização do cultivo da cannabis sativa para uso pessoal terapêutico	Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa
PLS 257/2017	Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre a divulgação de informações de prevenção do uso indevido de drogas.	Senador Magno Malta
PLS 216/2017	Acrescenta artigo na Lei nº 11.343, de 2006, para tipificar a conduta de corromper menores para prática de delitos relacionados ao tráfico de drogas, e adequa a redação do inciso VI do art. 40 do mesmo diploma à tipificação do novo crime.	Senador Ronaldo Caiado
PLS 671/2015	Altera o art. 28 e revoga os arts. 27, 29 e 30 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tipificar o crime de porte de drogas para consumo pessoal.	Senador Ciro Nogueira
PLS 53/2015	Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para revogar o § 4º do art. 33.	Senador Otto Alencar
PLC 178/2015	Estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas sintéticas, alterando a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.	Câmara dos Deputados
PLS 137/2014	Insero o § 1º-A no art. 33 da Lei nº 11.343, de 26 de agosto de 2006, para agravar as penas relacionadas ao tráfico de crack.	Senador Ciro Nogueira
PLS 706/2011	Altera o art. 32 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para determinar a incineração de drogas no prazo de 24 horas.	Senadora Kátia Abreu

Fonte: Setor de Pesquisa da Consultoria Legislativa do Senado Federal.

Ainda há diversas outras proposições em tramitação na Câmara dos Deputados, cuja relação encaminharemos anexa à presente Nota Informativa.

5. Discussão

Apenas retirar do meio social situações e atores com os quais a maioria da sociedade não quer ter de lidar¹⁵ – como é o caso das pessoas com dependência química – não é solução para a complexa questão das drogas.

Assim, em relação às políticas públicas direcionadas à diminuição do uso indevido de drogas ilícitas, algumas ações podem contribuir para reduzir tais comportamentos:

a) **Deve haver um esforço para que as políticas públicas sobre drogas sejam voltadas para estratégias de prevenção, sob a égide da saúde pública e do respeito aos direitos humanos.** Não podem ser pautadas apenas por ações de cunho policial ou penal, estratégia conhecida como “guerra às drogas”, que já demonstrou ser ineficaz ao longo dos quase cinquenta anos de sua existência¹⁶. Desse modo, na intervenção preventiva, devem ser privilegiados os vínculos entre pessoas e as redes sociais construídas naturalmente na comunidade.¹⁷ A droga não pode ser vista isoladamente, apenas como um produto, mas sim entendida em sua relação com o tempo e com o ambiente, especialmente o contexto social e cultural.

¹⁵ PÁDUA, João Pedro. **O problema de pressuposto das internações compulsórias: o que existe embaixo do tapete?** Publicado em 16 de junho de 2011. Disponível em: <http://era.org.br/2011/06/o-problema-de-pessuposto-das-internacoes-compulsorias-o-que-existe-embaixo-do-tapete/>. Acesso em: 27 jul. 2020.

¹⁶ A controversa estratégia de combate às drogas, popularmente conhecida como “Guerra às Drogas” (*War on Drugs*, em inglês), foi iniciada na década de 70 do século passado, pelo então presidente dos EUA, Richard Nixon.

¹⁷ SUDBRACK, M. F. O., JACOBINA, O. M. P. e COSTA, L. F. **Redes sociais como estratégia de prevenção do uso indevido de drogas no contexto da escola.** In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2., 2005, São Paulo. Proceedings online. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000200084&lng=en&nrm=abn. Acesso em: 27 jul. 2020.

b) Pesquisas demonstram que a grande maioria dos indivíduos que apresenta uso problemático de drogas deseja tratamento. Note-se, no entanto, que os serviços mais procurados pelos usuários de drogas foram aqueles de cunho social, além dos serviços de atenção à saúde, não necessariamente voltados ao tratamento da dependência química. É o que observou o estudo “Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil” (2013)¹⁸. Essa também é uma das conclusões da “Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack” (2014)¹⁹, de que mais de três quartos dos usuários da droga desejam se tratar. De acordo com os estudos, contudo, é baixo o acesso dessas pessoas aos serviços disponíveis, bem como a oferta desses serviços. Esse fato reforça a necessidade de ampliação desses equipamentos no âmbito da rede pública de saúde.

c) Mostra-se necessário conferir especial atenção às pessoas que usam drogas. Por envolver um problema essencialmente de saúde pública, as opções de política criminal deveriam caminhar no sentido da descriminalização do porte de substâncias ilícitas para uso próprio, até porque, ponderando-se os custos e os benefícios decorrentes da manutenção da criminalização, os primeiros são bem mais elevados. A atual Lei de Drogas não comina pena privativa de liberdade ao usuário. As penas são de advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade, medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. Não obstante, é preciso considerar o efeito estigmatizante que recai sobre o

¹⁸ Disponível em:

http://www.mpdf.mp.br/saude/images/saude_mental/Perfil_usuarios_crack.pdf. Acesso em: 27 jul. 2020.

¹⁹ BASTOS, F. I. e BERTONI, N. (Org.) **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Organizadores: Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

Disponível em:

<https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

indivíduo que responde a um processo penal, bem como os conflitos familiares e sociais que advém disso e a consequente dificuldade em obter emprego.

d) É preciso retomar a discussão sobre a criação de critérios objetivos para a diferenciar traficante de usuário de drogas e, também, a diferenciação legal entre o tráfico de grande e de pequeno porte. A Lei de Drogas – art. 28, § 2º – deixa a critério do juiz decidir se a droga se destina a consumo pessoal, atendendo

(...) à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

Diante da falta de objetividade da fórmula estabelecida em Lei, abriu-se espaço para as mais distintas avaliações judiciais. A subjetividade prevalece, não havendo consenso entre juízes e tribunais sobre a quantidade que configura tráfico e a que é indicativa de uso. Demais disso, o critério adotado acaba servindo para reforçar estereótipos e preconceitos com usuários de camadas sociais mais pobres. A experiência de outros países mostra a possibilidade de estabelecer regras objetivas sobre a destinação da droga. O estudo “Levantamento sobre legislação de drogas nas Américas e Europa e análise comparativa de prevalência de uso de drogas”, realizado em 2015, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do então Ministério da Justiça, informa que 52% dos países nas Américas e na Europa têm legislação com critérios objetivos.²⁰

²⁰ Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/senad-divulga-levantamento-sobre-legislacao-de-drogas-nas-americas-e-europa/leis-e-preva-final-sem-acordao.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

Por conseguinte, para dar contornos mais claros à norma que diferencia traficante de usuário, configurando uma “presunção de usuário”, poder-se-ia estabelecer a quantidade destinada ao consumo pessoal, levando-se em conta o número de doses suficientes para atender à necessidade do usuário por determinado período de tempo, de acordo com cada tipo de droga. Essa estimativa seria definida em norma infralegal pelo Poder Executivo. Nessa linha é a legislação de Portugal²¹, onde o parâmetro é a quantidade de droga equivalente a dez doses diárias, sendo considerados o peso e natureza da substância, de acordo com a Lei n° 30, de 2000, art. 2º, item 2, a saber:

2 - Para efeitos da presente lei, a aquisição e a detenção para consumo próprio das substâncias referidas no número anterior não poderão exceder a quantidade necessária para o consumo médio individual durante o período de 10 dias.

Lembramos que o estabelecimento de critérios objetivos para a referida diferenciação já foi objeto de discussão nesta Casa por mais de uma vez. O Projeto de Lei do Senado (PLS) n° 236, de 2012, que trata da Reforma do Código Penal, propõe em sua redação original, no art. 212, § 4º, que

(...) salvo prova em contrário, presume-se a destinação da droga para uso pessoal quando a quantidade apreendida for suficiente para o consumo médio individual por cinco dias, conforme definido pela autoridade administrativa de saúde.

No mesmo sentido foi o critério proposto durante a análise, discussão e votação do PLS n° 37, de 2013, que deu origem à Lei n° 13.840, de 2019. Na oportunidade, quando da aprovação do parecer da Comissão de

²¹ Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/599720/details/maximized>. Acesso em: 27 jun. 2020.

Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), foi proposto no substitutivo apresentado o acréscimo de um § 2º-A ao art. 28, com a seguinte redação:

(...) salvo prova em contrário, presume-se a destinação da droga para uso pessoal quando a quantidade apreendida for suficiente para o consumo médio individual por cinco dias, conforme limites definidos pelo Poder Executivo da União.

Ao final, todavia, a redação proposta pela CCJ não foi acolhida.

Da mesma forma, a diferenciação legal entre o tráfico de grande e de pequeno porte poderia ser aprimorada e, eventualmente, tornada mais objetiva. É sabido que a rede do tráfico de drogas opera de forma organizada e hierarquizada, envolvendo diferentes graus de participação, comando e importância. Há envolvimento absolutamente engajados e com domínio do fato final, mas também há envolvimento marginais e até insignificantes, de pessoas facilmente substituíveis em caso de morte ou prisão, e que nada interferem na estrutura final da organização criminosa.

A lei penal deve ser capaz de propiciar respostas em diversos níveis de intensidade, conforme o risco social causado pelas variadas condutas criminosas. A resposta penal deve ser proporcional e adequada, e isso não é diferente quando se trata da complexidade das estruturas do tráfico. Punição desproporcional à gravidade da conduta pode surtir efeitos opostos ao desejado. Atualmente, verifica-se que a repressão concentrada no varejo do tráfico não incomoda a estrutura dessas organizações. Ao contrário, parecem fortalecê-las, ao submeter pequenos traficantes, geralmente jovens, a longos períodos nas prisões brasileiras, notoriamente conhecidas como “escolas do crime”. A exposição dessa juventude ao ambiente penitenciário não nos traz qualquer perspectiva de produzir bons resultados no combate ao crime organizado.

e) **É admissível discutir a pertinência de estabelecer uma regulação ampla das diversas utilizações da canábis, inclusive do uso social, a exemplo do que já ocorre no Uruguai, Canadá, Holanda e determinados estados dos EUA, e, em menor extensão, em inúmeros outros países.** Na legislação vigente, a canábis é considerada proscrita, exceto para fins médicos e científicos, mediante uso controlado e supervisionado. No entanto, outras estratégias de abordar essa questão são possíveis, e poderiam dar resultados, a exemplo das iniciativas exitosas de controle de tabaco no Brasil, ocorridas nas últimas décadas, com queda acentuada e contínua do percentual de fumantes, sem que houvesse proibição do produto em si. No mínimo, é razoável promover o acesso facilitado aos pacientes que necessitam a canábis, mediante a flexibilização das restrições apostas ao uso medicinal e ao cultivo da planta no País.

f) **Em face dos problemas existentes nas comunidades terapêuticas, é necessário aprofundar o debate sobre esse modelo de instituição,** bem como fomentar a elaboração de normas de referência para o funcionamento desses serviços, notadamente em razão das ofertas de financiamento público.

g) **Não é pragmático considerar a abstinência como o único objetivo válido das políticas públicas sobre drogas. As estratégias de redução de danos são ações de saúde pública efetivas, reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde²²,** com potencial para reduzir a morbimortalidade associada ao uso de drogas, inclusive prevenir a infecção por HIV e outras doenças transmissíveis, além de promover a inclusão social das pessoas que usam drogas. Nesse sentido, seria recomendável aprofundar

²² Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-areas-of-intervention/harm-reduction>. Acesso em: 27 jul. 2020.

a discussão dessas estratégias, com vistas a desenvolver e implementar novas medidas de redução de riscos e danos sociais e à saúde.

6. Considerações finais

Quaisquer novas medidas propostas no campo das políticas sobre drogas devem ser embasadas cientificamente, bem como ter seus resultados avaliados.

As abordagens devem ser pragmáticas e sem preconceitos.

Não podem ser instituídos procedimentos discriminatórios ou estigmatizantes, nem que violem os direitos fundamentais da pessoa, notadamente os direitos à intimidade e à vida privada, protegidos pelo inciso X do art. 5º da Constituição Federal, ou que afrontem o princípio da dignidade da pessoa humana inscrito no art. 1º, inciso III, da Carta Magna.

Feitas essas considerações, permanecemos à disposição para outros esclarecimentos.

Consultoria Legislativa, 27 de julho de 2020.

Denis Murahovschi
Consultor Legislativo

Ernesto Freitas Azambuja
Consultor Legislativo