

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Mariana Inácio Porfírio Silva

Usuário de drogas ou traficante? Uma análise dos determinantes que (des)conformam essa diferenciação no sistema de justiça criminal no estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro

2017

Mariana Inácio Porfírio Silva

Usuário de drogas ou traficante? Uma análise dos determinantes que (des)conformam essa diferenciação no sistema de justiça criminal no estado do Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco I. P. M. Bastos

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S586u Silva, Mariana Inácio Porfírio.
Usuário de drogas ou traficante? Uma análise dos
determinantes que (des)conformam essa diferenciação no
sistema de justiça criminal no estado do Rio de Janeiro /
Mariana Inácio Porfírio Silva. -- 2017.
121 f. ; tab. ; graf.

Orientador: Francisco Inácio P. M. Bastos.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Tráfico de Drogas. 2. Usuários de Drogas. 3. Legislação
de Medicamentos. 4. Direito Penal. 5. Saúde Pública. I. Título.

CDD – 22.ed. – 363.45098153

Mariana Inácio Porfírio Silva

Usuário de drogas ou traficante? Uma análise dos determinantes que (des)conformam essa diferenciação no sistema de justiça criminal no estado do Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Aprovada em: 13 de junho de 2017.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Lidiane da Silveira Gouvea Toledo
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. Francisco Inácio P. M. Bastos (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Rio de Janeiro

2017

AGRADECIMENTOS

À Deus, pois sei que Sua mão me fez chegar aonde estou.

À minha família, em especial a minha mãe Vanda, sempre me apoiando e incentivando.

Ao meu grande companheiro Luiz Antonio, que entre encontros e desencontros, esteve pacientemente ao meu lado.

Ao meu companheiro de caminhada e das longas horas de estudo, Jeremias.

As pessoas que apareceram pontualmente nesta jornada chamada Mestrado, mas que foram essenciais para que eu a iniciasse e concluísse: Evelyn, minha grande companheira de campos de residência e principal incentivadora para que eu me candidatasse ao Mestrado; Eduardo Vieira, um cara que nunca conheci pessoalmente, mas que, com uma pequena gentileza, me permitiu alcançar o que tanto almejei; Carolina Haber, Defensora Pública do Estado do Rio de Janeiro, que gentilmente me esclareceu o passo a passo para realização de pesquisas na Seap; Alef, que me socorreu com seu notebook na reta final desta jornada.

Às minhas grandes companheiras de pós-graduação, que comigo dividiram as alegrias e dificuldades de ser uma mestranda, e que tornaram esta trajetória mais doce: Adriana, Bia, Claudia, Fabi, Helena, Jorgi, Juliana, Lu, Nádia e Tati.

Aos meus colegas da S/SUBGERAL/CGCCA, sempre me apoiando e torcendo pelo meu sucesso: Aline Costa, André Paes, Eliane Waik, Fabiana França, Flávia Pestana, Karine Ribeiro, Karoline Costa, Jorge Thiago, Marcia Faria, Marcia Gameiro, Mariana Pinto, Rosangela Moraes, Sérgio Aquino.

À equipe do Instituto de Perícias Heitor Carrilho (IPHC), especialmente à Dra Monica Tostes, a quem agradeço a autorização para minha inserção no Instituto e a disponibilização do material analisado; e a técnica do setor Arquivo Médico do IPHC, Alcione da Cruz Vidal, que gentilmente permitiu a minha inserção no seu local de trabalho, dipondo seu tempo e atenção para esclarecimento das minhas dúvidas.

Aos professores Luciana Boiteux e Sérgio Alarcon, que amavelmente se disponibilizaram a contribuir para mais uma etapa da minha formação acadêmica e profissional, compondo minha banca de qualificação, e comigo compartilharam suas reflexões e experiência profissional, essenciais para a elaboração deste trabalho. E aos participantes da minha banca de defesa - Prof. José Mendes, Prof. Marcelo Rasga, Dra. Lidiane Toledo, Prof. Luciana Boiteux - agradeço a disponibilidade e atenção concedida à minha pesquisa.

Ao Prof. Francisco Inácio P. M. Bastos, sempre gentil e disposto a me orientar na construção deste trabalho.

Os estereótipos servem para organizar e dar sentido ao discurso em termos dos interesses das ideologias dominantes; por isso, no caso das drogas se oculta o político e o econômico, dissolvendo-o no psiquiátrico e individual.

OLMO, 1990, p. 25.

RESUMO

A pesquisa desenvolvida apresenta análise do tratamento penal dado à usuários de drogas e traficantes no contexto do marco jurídico brasileiro de controle de substâncias toxicológicas ilícitas consubstanciado na Lei Federal nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Nova Lei de Drogas). Para tanto, foram coletados dados clínicos e sociais em 110 laudos médicos emitidos no estado do Rio de Janeiro no ano de 2014 pelos médicos peritos vinculados ao Instituto de Perícias Heitor Carrilho (IPHC). Também foram coletados dados de caráter jurídico nas respectivas sentenças emitidas para estes acusados (86 sentenças disponíveis e 1 decisão de suspensão condicionada do processo). A análise descritiva dos dados coletados na documentação citada foi realizada através do software Excel. Através de tabulações simples, esta pesquisa apresenta o perfil desta população, que é composta por pessoas presas por porte ilegal de drogas sob a acusação de tráfico de drogas, e que solicitaram laudos médico-periciais no decorrer do processo criminal para comprovação da sua dependência em drogas. A pesquisa desenvolvida possibilitou, ainda, o mapeamento da aplicação da Nova Lei de Drogas na realidade social do estado do Rio de Janeiro. Concluimos que, conforme amplamente discutido no meio político e acadêmico, a não definição clara e precisa de quem é usuário de drogas e quem é traficante na atual legislação criminal brasileira, além de reforçar o poder discricionário da autoridade policial, responsável pelos flagrantes que embasam as denúncias processuais, terminam por reforçar mecanismos de controle social e repressão da população mais pobre. Ademais, demonstramos que as informações provenientes dos laudos médico-periciais são pouco utilizadas nas sentenças judiciais, sendo exceção a avaliação de imputabilidade/inimputabilidade do acusado.

Palavras-chave: Tráfico de Drogas, Usuários de Drogas, Nova Lei de Drogas, Direito Penal, Saúde Pública

ABSTRACT

The research carried out presents an analysis of the criminal treatment given to drug users and traffickers in the context of the Brazilian legal framework for the control of illicit toxicological substances, embodied in Federal Law No. 11,343, of August 23, 2006 (New Drug Law). For that, clinical and social data were collected in 110 medical reports issued in the state of Rio de Janeiro in the year 2014 by expert physicians linked to the Heitor Carrilho Institute of Expertise (IPHC). Also legal data were collected in the respective sentences issued to these accused (86 available sentences and 1 decision of conditioned suspension of the process). The descriptive analysis of the data collected in the cited documentation was performed through Excel software. Through simple tabulations, this research presents the profile of this population, which is composed of people arrested for illegal possession of drugs on the charge of drug trafficking, and who requested medical-expert reports in the course of the criminal process to prove their dependence on Drugs. The research developed also allowed the mapping of the application of the New Drug Law in the social reality of the state of Rio de Janeiro. We conclude that, as widely discussed in the political and academic circles, the lack of clear and precise definition of who is a drug user and who is a trafficker in the current Brazilian criminal law, besides reinforcing the discretionary power of the police authority, responsible for the blatant Procedural denunciations, end up reinforcing mechanisms of social control and repression of the poorest population. In addition, we have shown that the information from the medical-expert reports is little used in the judicial sentences, except for the evaluation of imputability / imputability of the accused.

Keywords: Drug Trafficking, Drug Users, New Drug Law, Criminal Law, Public Health

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Classificação Dos Laudos Médicos Emitidos No Ano De 2014 Pelo IPHC.....	47
Quadro 2 -	Classificação Das Sentenças Coletadas Nos Sites Do TJRJ E JFRJ.....	49
Quadro 3 -	Variáveis Que Compõem Os Laudos Médico-Periciais Emitidos Pelo IPHC.....	53
Quadro 4 -	Transtornos Mentais E Comportamentais Decorrentes Do Uso De Substância Psicoativa Classificados Na CID-10.....	54
Quadro 5 -	Classificação Dos Tipos De Transtornos Mentais Decorrentes Do Uso De Substância Psicoativa Na CID-10.....	54
Quadro 6 -	Casos Em Que As Companheiras Dos Acusados Foram Presas Por Transportar Drogas Para O Interior De Presídios, Rio de Janeiro, 2014.....	58
Quadro 7 -	Critérios Adotados Pela CID-10 Para Diagnóstico De Uso Nocivo E De Dependência Em Drogas.....	69
Quadro 8 -	Distribuição Dos Tipos De Drogas Apreendidas No Momento Da Prisão Segundo Denúncia Que Embasa o Processo Criminal.....	76

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição Dos Acusados Por Raça/Cor Da Pele, Rio De Janeiro, 2014.....	59
Gráfico 2 -	Distribuição Dos Acusados Por Nível De Escolaridade, Rio De Janeiro, 2014.....	60
Gráfico 3 -	Distribuição Dos Acusados Por Situação Laborativa, Rio De Janeiro, 2014.....	62
Gráfico 4 -	Distribuição Dos Acusados Por Situação de Saúde, Rio De Janeiro, 2014.....	63
Gráfico 5 -	Distribuição Dos Acusados Por Tipo De Estabelecimento Onde Realizou Tratamento Na Vida Para Uso De Drogas, Rio De Janeiro, 2014.....	67
Gráfico 6 -	Distribuição Dos Acusados Por Diagnóstico Final nos Laudos Médico-Periciais, Rio De Janeiro, 2014.....	68
Gráfico 7 -	Distribuição Dos Acusados Por Modalidade De Tratamento Para Uso De Droga Indicada Nos Laudos Médico-Periciais, Rio De Janeiro, 2014.....	71
Gráfico 8 -	Representantes Dos Acusados Nos Processos Criminais, Rio De Janeiro, 2017.....	73
Gráfico 9 -	Distribuição Dos Acusados Por Antecedentes Criminais, Rio De Janeiro, 2017.....	78
Gráfico 10 -	Distribuição dos Acusados Por Tipo de Sentença Coletada, Rio de Janeiro, 2017.....	80
Gráfico 11 -	Distribuição Da Quantidade De Pena De Prisão Para O Crime Previsto No Art. 33 Da Nova Lei De Drogas Nas Sentenças Acusatórias, Rio de Janeiro, 2017.....	83
Gráfico 12 -	Distribuição Dos Tipos de Penalidades Aplicadas Para o Crime Previsto No Art. 33 da Nova Lei De Drogas Nas Sentenças Acusatórias, Rio de Janeiro, 2017.....	83
Gráfico 13 -	Distribuição Das Modalidades De Cumprimento Das Penalidades Aplicadas Para o Crime Previsto No Art. 33 da Nova Lei De Drogas Nas Sentenças Acusatórias, Rio de Janeiro, 2017.....	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição Dos Acusados Segundo Variável Autodeclarada Aos Médicos Peritos, Rio De Janeiro, 2014.....	56
Tabela 2 -	Distribuição Dos Acusados Por Faixa Etária, Rio de Janeiro, 2014.....	56
Tabela 3 -	Distribuição Dos Acusados Por Sexo, Rio De Janeiro, 2014.....	57
Tabela 4 -	Distribuição Dos Acusados Por Situação Conjugal, Rio De Janeiro, 2014.....	60
Tabela 5 -	Distribuição Dos Acusados Por Quantidade de Filhos.....	61
Tabela 6 -	Distribuição Dos Acusados Por Padrão De Uso De Cigarros (Tabaco), Rio De Janeiro, 2014.....	64
Tabela 7 -	Distribuição Dos Acusados Por Padrão De Uso De Bebidas Alcoólicas, Rio De Janeiro, 2014.....	64
Tabela 8 -	Distribuição Dos Acusados Por Uso De Drogas Ilícitas, Rio De Janeiro, 2014.....	65
Tabela 9 -	Distribuição Dos Acusados Por Uso De Outras Drogas, Rio De Janeiro, 2014.....	66
Tabela 10 -	Distribuição Dos Acusados Por Necessidade de Tratamento Informada Nos Laudos Médico-Periciais, Rio De Janeiro, 2014.....	70
Tabela 11 -	Distribuição Dos Acusados Por Diagnóstico Definidor De Imputabilidade/Inimputabilidade, Rio De Janeiro, 2014.....	72
Tabela 12 -	Distribuição Dos Acusados Por Locais Onde Ocorreram As Prisões, Rio De Janeiro, 2017.....	74
Tabela 13 -	Quantidade De Pessoas Denunciadas Por Sentença, Rio de Janeiro, 2017.....	75
Tabela 14 -	Distribuição Dos Acusados Por Denúncia, Rio de Janeiro, 2017.....	75
Tabela 15 -	Distribuição Do Tipo E Quantidade De Droga Ilícita Apreendida No Momento Da Prisão, Rio De Janeiro, 2017.....	77
Tabela 16 -	Distribuição De Materiais Apreendidos Com Os Acusados No Momento Da Prisão, Rio De Janeiro, 2017.....	78
Tabela 17 -	Distribuição Da Utilização Dos Laudos Médico-Periciais Nas Sentenças Segundo Variável Ressaltada Pelos Juízes, Rio De Janeiro, 2017.....	79

Tabela 18 -	Infração Imputada Nas Sentenças Classificadas Como Condenatórias E Medida De Segurança Por Acusado, Rio de Janeiro, 2017	81
Tabela 19 -	Motivos Para Aumento Da Penalidade A Ser Aplicada, Rio De Janeiro, 2017.....	82
Tabela 20 -	Motivos Para Redução Da Penalidade A Ser Aplicada, Rio De Janeiro, 2017.....	82
Tabela 21 -	Medidas Restritivas De Direitos Aplicadas Nas Sentenças Acusatórias Dos Crimes Previstos No Art. 33 Da Nova Lei De Drogas, Rio De Janeiro, 2017.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ABORDA	Associação Brasileira de Redução de Danos
Art.	Artigo
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CETAD	Centro de Estudos do Abuso de Drogas e Terapia
CID	Classificação Internacional de Doenças
CPP	Código de Processo Penal
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IPHC	Instituto de Perícias Heitor Carrilho
JEC	Juizado Especial Criminal
JECRIM	Juizado Especial Criminal
JFRJ	Justiça Federal – Seção Judiciária do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PTS	Programa de Troca de Seringas
RD	Redução de Danos
Seap	Secretaria de Administração Penitenciária
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
Senad	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
Sisnad	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
TJRJ	Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	PRINCIPAIS MARCOS DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL	17
2.1	A CONSTRUÇÃO DO DISCURSO ANTIDROGAS.....	18
2.2	CENAS DE MUDANÇA? A EMERGÊNCIA DE UM MODELO ALTERNATIVO.....	26
2.3	NOVA LEI DE DROGAS: A CONSOLIDAÇÃO DO PROIBICIONISMO MODERADO NO BRASIL.....	38
3	OBJETIVOS	45
3.1	GERAL.....	45
3.1.1	Específicos	45
4	METODOLOGIA	46
4.1	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	49
4.2	QUESTÕES ÉTICAS.....	50
5	RESULTADOS DA PESQUISA E DISCUSSÃO	51
5.1	PRINCIPAIS CRITÉRIOS UTILIZADOS NA ELABORAÇÃO DOS LAUDOS MÉDICO-PERICIAIS.....	51
5.2	CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DOS ACUSADOS DE TRÁFICO DE DROGAS SEGUNDO OS LAUDOS MÉDICO-PERICIAIS.....	55
5.3	CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DOS ACUSADOS DE TRÁFICO DE DROGAS SEGUNDO OS LAUDOS MÉDICO-PERICIAIS.....	63
5.4	USUÁRIOS DE DROGAS OU TRAFICANTES? O QUE DIZEM AS SENTENÇAS JUDICIAIS.....	72
5.5	DISCUSSÃO.....	86
6	CONCLUSÃO	91
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NOS LAUDOS MÉDICO-PERICIAIS	99
	APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NAS SENTENÇAS	104
	ANEXO – LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006	107

1 – INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca contribuir para a análise do tratamento penal dado ao usuário de drogas no contexto do marco jurídico brasileiro de controle de substâncias toxicológicas ilícitas consubstanciado na Lei Federal nº 11.343/2006, de 23 de agosto de 2006 (Nova Lei de Drogas) - Anexo.

Como é de conhecimento público, a referida lei instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), definindo medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção dos usuários e dependentes de drogas, assim como estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico de drogas.

A Nova Lei de Drogas reflete, ao menos em sua formulação teórica – tendo em vista que não vem se traduzindo em ações práticas consonantes com o que é proposto, como será visto em detalhe mais adiante –, a posição progressista do Brasil frente ao cenário internacional, definindo como principais marcos da atual política oficial a redução de danos e a “descarcerização” do usuário – sendo esta, talvez, a principal deficiência prática da proposta, haja vista a expansão acelerada do número de usuários de drogas no sistema carcerário brasileiro na última década –, consolidando o paradigma proibicionista moderado que vigora hoje no país.

Ao substituir as normas penais por sanções de outra natureza, a Nova Lei de Drogas promoveria, em tese, uma redução, progressiva, da população carcerária no sistema prisional brasileiro. Contudo, conforme vasta produção científica tem demonstrado (BOITEUX, 2009; GRILLO, POLICARPO & VERÍSSIMO, 2011; JESUS, 2011), isso não se verificou empiricamente. Segundo Boiteux e Pádua (2014), o aumento na população carcerária do Brasil foi de cerca de 111% desde que a Nova Lei de Drogas entrou em vigor (BOITEUX & PÁDUA, 2014), um fenômeno social tão expressivo que vem sendo amplamente noticiado em diversos canais de comunicação¹.

Como principais fatores geradores deste fenômeno, podemos citar o aumento da pena para o crime tráfico de drogas ilícitas, que passa a ser equiparado a crimes ditos hediondos (SILVA & ARRUDA, 2014), cuja pena mínima é de cinco anos de reclusão, e a

¹ De que são exemplos as reportagens “População carcerária cresce 7% ao ano e soma hoje 607 mil pessoas”, *Folha de São Paulo*, 23 de junho de 2015 (Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/06/1646639-com-607-mil-presos-brasil-tem-a-4-maior-populacao-carceraria-do-mundo.shtml>), e “Um em cada três presos do país responde por tráfico de drogas”, Portal de Notícias G1, 03 de fevereiro de 2017 (Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/um-em-cada-tres-presos-do-pais-responde-por-trafico-de-drogas.ghtml>).

ausência de uma definição legal clara que permita a diferenciação entre usuários de drogas e traficantes.

Cabe pontuar que a equiparação do tráfico aos assim denominados crimes hediondos foi recentemente (junho de 2016) contestada pelo STF². Contudo, a sua aplicação na prática é recente demais para que possa ser avaliada.

Tendo em vista a similaridade entre os núcleos verbais e a ausência de critérios objetivos que diferenciem as infrações previstas nos artigos 28 e 33 da Nova Lei de Drogas³, o Capítulo III, Artigo 28, da Lei Federal nº 11.343/2006 dispõe que:

§2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá 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 (BRASIL, 2006).

Ou seja, apesar de despenalizar a posse para uso próprio de drogas ilícitas, a atual Lei de Drogas perpetua problemática já observada na lei anterior (Lei Federal nº 6.368/1976), haja vista que a diferenciação entre as figuras do usuário e do traficante permanece sob a competência, a princípio, exclusiva dos agentes de segurança pública, especialmente aqueles que atuam diretamente na interface com a população e que deslançam os procedimentos que conduzirão à detenção de determinados indivíduos e à eventual instauração de um processo criminal (BOITEUX, 2009; GRILLO, POLICARPO & VERÍSSIMO, 2011; JESUS, 2011).

Isto porque *“ainda que a lei, no art. 28, §2.º, fale em juiz, é certo que quem realiza o primeiro julgamento é o delegado de polícia que assina os autos, e que pode requerer a prisão processual do suspeito”* (MORAIS, LEITE & VALENTE, 2014, p. 220).

A ainda tímida implementação das audiências de custódia em alguns locais do país ainda não determinou um impacto mensurável sobre o conjunto da população carcerária, seja pela sua pequena amplitude geográfica, no presente momento, seja pelo seu caráter extremamente novo, e frequentemente experimental. Supõe-se que, em médio prazo, este programa, uma vez solidamente implantado em diversas localidades se mostre associado a

² “STF muda jurisprudência e decide que o tráfico privilegiado de drogas não é crime hediondo”. *Jota*, 23 de junho de 2016. Disponível em: <https://jota.info/justica/stf-muda-jurisprudencia-e-decide-que-trafico-privilegiado-de-drogas-nao-e-crime-hediondo-23062016>.

³ O texto da Lei nº 11.343/2006 tem a seguinte redação para o artigo 28, que define a infração de porte de drogas ilícitas para uso próprio: *“Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar (...)”* (BRASIL, 2006). Já o Art. 33 da mesma Lei dispõe que: *“Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar”* (BRASIL, 2006).

um impacto relevante sobre o almejado processo de descarceirização dos usuários de drogas⁴.

No decorrer deste trabalho, partilhamos do entendimento sobre a questão aduzido por Valois (2014), que, assim como Boiteux (2009), Jesus (2011) e Grillo, Policarpo & Veríssimo (2011), ao analisar a discricionariedade do poder punitivo dos agentes do Estado sob a égide da Nova Lei de Drogas, ressalta que compete ao policial a seleção do que denomina como “*futuro flagranteado, indiciado e réu do processo criminal*” e conclui:

selecionado, o flagranteado segue para a delegacia de polícia, onde o delegado, que deveria ser a autoridade superior a avaliar a prisão efetuada, sem muito mais elementos, a não ser os que foram trazidos pela *autoridade da rua*, acaba ratificando a prisão (VALOIS, 2014, p. 110).

Nesta seara, compete a defesa do acusado carrear aos autos provas que afastem a ilicitude ou culpabilidade do réu, ou ainda que permitam a redução da pena a ser aplicada, tendo em vista o princípio jurídico do livre convencimento⁵, conforme estabelecido no Art. 155 do Código de Processo Penal (CPP).

Ante os fatos observados no cotidiano do Judiciário brasileiro, na tentativa de fazer prova negativa do envolvimento do acusado com o crime de tráfico de drogas ilícitas⁶, um dos principais mecanismos utilizados pela defesa são os laudos médicos emitidos por peritos oficiais que verificam a existência de nexos causais entre a doença mental ou dependência química e o delito praticado. Ou seja, tais profissionais da saúde avaliam a capacidade de entendimento pelo acusado do caráter ilícito do fato e a capacidade de determinação de acordo com esse entendimento à época do delito em julgamento, conforme previsto na legislação em vigor⁷.

Frente a isso, propõe-se aqui, através da focalização na análise da Lei nº 11.343/2006 como objeto de estudo, cotejar, contrastar e confrontar normativa jurídica e

⁴ Ver: <http://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario-e-execucao-penal/audiencia-de-custodia>.

⁵ Segundo o *Código de Processo Penal* (CPP), no Art. 155, “O juiz formará sua convicção pela livre apreciação da prova produzida em contraditório judicial, não podendo fundamentar sua decisão exclusivamente nos elementos informativos colhidos na investigação, ressalvadas as provas cautelares, não repetíveis e antecipadas”.

⁶ São os crimes previstos no Capítulo II da Lei Federal 11.343/2006.

⁷ A Lei Federal 11.343/2006 estabelece que “É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, 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” (Art. 45, Capítulo II) e “As penas podem ser reduzidas de 1/3 a 2/3 se, por força das circunstâncias previstas no Art. 45 desta Lei, 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” (Art. 46, Capítulo II).

práticas sociais de sua aplicação a casos concretos, com foco nos determinantes sociais e os rebatimentos de tais práticas no campo da saúde pública – e, em menor escala, no âmbito deste trabalho, da segurança pública e do campo jurídico, que vêm sendo objetos de diversos trabalhos, como mencionado.

Parte-se, para tanto, do pressuposto de que decisões não são abstrações puras, mas sim processos e procedimentos hermenêuticos, em que está presente a dimensão subjetiva, embora haja sempre marcos de referência.

Ou seja, percepções, crenças e valores dos operadores do sistema de justiça e segurança pública revelam padrões fundamentais para reflexão e discussão dos obstáculos que ainda encontram lugar quando se pensa nas formas de superar os problemas suscitados pelo tráfico de drogas.

Considerando a problemática aqui apresentada, pretende-se, ao término da pesquisa, responder as seguintes questões:

- Qual o perfil dos indivíduos que respondem a processos criminais sob a acusação de tráfico de drogas no estado do Rio de Janeiro que solicitam a instauração do exame de dependência toxicológica?
- Que critérios são utilizados pelos profissionais de saúde responsáveis pela elaboração dos laudos médicos de dependência de drogas na elaboração do parecer técnico?
- Há encaminhamento para quais dispositivos da rede de atenção à Saúde Mental no estado do Rio de Janeiro nos casos em que é diagnosticada a necessidade de tratamento de saúde?
- Em que medida os laudos de dependência toxicológica contribuem para o julgamento da ação e definição da sentença em primeira instância?
- Como vem sendo aplicada a Nova Lei de Drogas na prática social?

Para tanto, no percurso metodológico da pesquisa desenvolvida, o primeiro passo dado foi o estudo bibliográfico, buscando compreender como a política de drogas se estruturou no Brasil. Posteriormente, apresentamos uma síntese dos objetivos propostos, assim como da metodologia de pesquisa utilizada para o alcance dos mesmos. Em seguida, temos os resultados alcançados e breve discussão dos dados apresentados, onde apresentamos através de gráficos/tabulações simples os principais achados da pesquisa desenvolvida. Por último, a conclusão ressalta os principais achados da pesquisa, que,

espero, tenham alcançado seu objetivo, que é contribuir para o debate acerca do tratamento penal dado ao usuário de drogas e traficantes no contexto do marco jurídico brasileiro.

2 – PRINCIPAIS MARCOS DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL

O presente capítulo busca discutir como a política de drogas se estruturou no Brasil a partir da interface saúde-justiça. Parte-se do entendimento de que se consolidou no país uma política de caráter repressivo, ainda que sob um guarda-chuva jurídico e político liberal, imbricada com um posicionamento antidrogas hegemônico no cenário internacional, materializado nos tratados internacionais e no fracasso da proposta reformista que inicialmente subsidiou a UNGASS 2016 (a Assembleia Geral da ONU sobre o tema)⁸.

Contudo, modelos alternativos, mais pragmáticos e humanistas, vêm ganhando legitimidade junto a especialistas e a um conjunto crescente de pessoas que apoiam a reforma da legislação e das práticas, além de crescente repercussão social e nos meios de comunicação e, contraditoriamente, inserem-se, no decorrer dos anos 1990 enquanto uma das respostas estatais à questão das drogas: há como que uma tentativa de conciliação do inconciliável nas políticas públicas de drogas no Brasil. E é esta “solução de compromisso” que permite a implementação da Nova Lei de Drogas, que tem limites e avanços, entre os quais se destacam a hipotética “descarcerização” do usuário de drogas, mas não a sua descriminalização. Assim sendo, a análise realizada divide-se em três momentos do percurso histórico da política de drogas no Brasil – a construção de um modelo proibicionista; a emergência de um modelo alternativo de política pública, a redução de danos; e a conformação no Brasil de uma política de caráter proibicionista moderado. Antes, porém, procuramos evidenciar que o consumo de drogas não é algo recente, pois sempre esteve presente na história da humanidade. Iniciamos, assim, com uma breve reflexão sobre como as drogas, de prática social comum, tornou-se um “mal contemporâneo” (ALARCON, 2012) sob a lógica proibicionista.

⁸ Ver análise crítica em: <https://www.msuilr.org/msuilr-legalforum-blogs/2016/4/25/the-outcome-of-ungass-2016-perpetuating-failure>

2.1 – A CONSTRUÇÃO DO DISCURSO ANTIDROGAS

O consumo de substâncias psicoativas é uma prática usual entre os grupos humanos desde as civilizações mais remotas. Aparentemente, a se julgar pelos povos indígenas contemporâneos à nossa própria sociedade, este consumo precede mesmo o advento das primeiras civilizações ditas clássicas – Babilônia, Egípcia, entre outros. Conforme diversos autores têm analisado, o consumo e a circulação de substâncias hoje definidas legalmente como proibidas, ou ilícitas, eram livremente utilizadas até o início do século XX. Exemplos disso são o consumo de ópio pelos egípcios, gregos e romanos com fins religiosos e recreativos, ou ainda a utilização da cocaína e do ópio com finalidade medicinal (FONSECA & BASTOS, 2012). Outro exemplo bastante conhecido é utilização da folha de coca, mascada ou em infusões, pelos povos da região andina da América do Sul, hábito cultural ainda presente nos dias atuais.

Conforme salientado por Boiteux (2006), o uso de substâncias psicoativas até o início do século XX ocorria, principalmente, a partir de duas diferentes motivações: o uso médico, frente às descobertas acerca das propriedades curativas e/ou medicinais de tais substâncias – por exemplo, a descoberta, que marcou época, do uso da cocaína como anestésico local por Karl Kohler [1857-1944], em 1884 (FONSECA & BASTOS, 2012), e o uso religioso ou recreacional, tendo em vista a capacidade destas mesmas substâncias de proporcionarem estados de alteração da consciência e de prazer.

Diante desse quadro, com a ampliação do consumo, as drogas tornaram-se um dos principais produtos comercializados internacionalmente no período.

É amplamente relatado na literatura a relevância do ópio para a Inglaterra no século XIX, um dos principais produtos do comércio externo do Império Inglês, assim como o chá e diversas especiarias, tendo como principal importador a China.

A relevância político-econômica do ópio era tamanha que, ao proibir a importação e a produção de ópio em território chinês, e estabelecer-se diversas medidas repressivas para evitar o tráfico, como a apreensão da carga de ópio de navios ingleses que passaram a fornecer ópio clandestinamente, o Império Chinês deu início a primeira guerra entre China e Inglaterra pelo comércio internacional de drogas, historicamente conhecida como Guerra do Ópio.

Este conflito armado internacional desenvolveu-se em duas etapas: 1834-1843 e 1856-1860, sendo imposto um tratado entre China e Inglaterra, que beneficiava esta última no comércio de drogas com o Oriente.

Como salientam Fonseca & Bastos (2012), um dos principais desdobramentos deste conflito para as demais nações foram as negociações entre os diferentes países com o objetivo de regular a produção, comercialização e consumo do ópio e de outras substâncias psicoativas.

Merece destaque neste contexto a Conferência de Xangai (1909), que, segundo Boiteux (2006), teve como principais desfechos: 1) a criação de um esboço de um sistema de cooperação internacional no campo das drogas; 2) a organização da Primeira Convenção sobre o Ópio (1912) em Haia, Holanda, onde o posicionamento proibicionista em assuntos de drogas dos Estados Unidos da América, que já havia se destacado na Conferência de Xangai, se consolidou internacionalmente.

Como bem sinaliza Fiore,

(...) é preciso ressaltar que não se “explica” o empreendimento proibicionista por uma única motivação histórica. Sua realização se deu numa conjunção de fatores, que incluem a radicalização política do puritanismo norte-americano, o interesse da nascente indústria médico-farmacêutica pela monopolização da produção de drogas, os novos conflitos geopolíticos do século XX e o clamor as elites assustadas com a desordem urbana. Além disso, sem desconhecer a importância histórica do pioneirismo e do empenho dos EUA para torna-la universal, é preciso notar que somente convergências locais na mesma direção puderam fazer da proibição uma realidade global (2012, p. 09).

Um exemplo, neste sentido, é o Brasil. As intervenções do Estado brasileiro no campo das drogas, desde o princípio, estiveram influenciadas diretamente pela política norte-americana antidrogas e pelos tratados internacionais, com destaque para a promulgação dos seguintes decretos e leis (ALVES, 2009; BOITEUX, 2006; MEDINA, FILHO & FLACH, 2014):

- Decreto 14.969, de 1921, que instituiu o “Sanatório para Toxicômanos” para tratamento compulsório de usuários de drogas;
- Decreto 20.930, de 1932, que criminalizou a posse de drogas então consideradas ilícitas;
- Decreto-Lei 891, de 1938, que, num contexto de ditadura (Estado Novo), estabeleceu restrições a produção de drogas e ao tráfico de entorpecentes;

- Código Penal de 1940, que previa como crime o comércio clandestino e a facilitação de uso de entorpecentes⁹.

Uma curiosidade apontada por Boiteux (2015) é o destaque que o Brasil teve, no cenário internacional, em dois momentos distintos: na inédita legislação da Câmara Municipal em 1830, que criminalizou a posse e venda de *Cannabis* no Rio de Janeiro, antes mesmo da sua inclusão na lista internacional de substâncias proscritas; e no apoio dado pelo delegado brasileiro à proibição da *Cannabis* na II Conferência Internacional sobre o Ópio, realizada em Genebra em 1924 (BOITEUX, 2015).

Conforme concluem Alves (2009) e Medina, Filho & Flach (2014), no Brasil, a emergência de intervenções no campo das drogas consideradas ilícitas se deu a partir do campo jurídico-normativo, sob a égide dos aparatos de segurança.

Boiteux (2006) faz referência ainda ao poder médico-sanitário, vinculando a origem do uso social e da criminalização das drogas no Brasil à consolidação da atividade médica profissional. Isto porque os médicos detinham a exclusividade na formulação e fiscalização das políticas públicas de saúde. Soma-se a isso o pensamento médico-científico, que associava o álcool e as drogas ilícitas ao atraso social do país e a ameaças à ordem pública, o que justificaria o controle médico e criminal de tais substâncias.

Observa-se, assim, que, a partir da percepção das drogas como problema social e de saúde pública, estas tornaram-se passíveis de intervenção por parte dos estados nacionais e dos seus respectivos sistemas jurídico e de saúde, sendo, assim, passíveis também de regulação a partir de organizações supranacionais.

Desde as primeiras conferências para discussão ao nível internacional sobre as drogas, o debate internacional, progressivamente, ampliou e reforçou o controle sobre tais substâncias, sobretudo com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), após o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945, que consolidou o modelo antidrogas como política internacional.

Cabe lembrar que o programa da ONU para combate as drogas tem como alicerce ideológico o paradigma proibicionista, base ideológica da política de enfrentamento as drogas nos Estados Unidos e outros países que, ao longo dos anos, alinharam-se a este modelo – com destaque para as políticas marcadamente repressivas vigentes na Suécia

⁹ Cabe pontuar que, conforme esclarece Boiteux (2006), o Supremo Tribunal Federal, à época, decidiu, após discussões doutrinárias e jurisprudenciais acerca da responsabilização do usuário, por descriminalizar o uso de drogas ilícitas.

(MURKIN, 2014) e Japão (HASHI, 2011; KANSAI GAIDAI UNIVERSITY, s/d) e embasaram as principais ações estatais nesta área.

De acordo com Alves (2009), o paradigma proibicionista estrutura-se em torno de dois modelos explicativos para o consumo de drogas:

- Modelo moral/criminal, sendo o encarceramento o principal mecanismo de enfrentamento visando à redução na demanda por drogas;
- Modelo de doença, onde o mero consumo e/ou o suposto abuso ou dependência é entendido como uma patologia, cuja principal estratégia de suposto enfrentamento é a oferta de tratamento/reabilitação e o principal objetivo a ser alcançado é a abstinência total.

Ou ainda, como conclui Alarcon,

(...) é justo supor que o proibicionismo se sustenta por seu duplo elo, constituído, de um lado, pelo discurso sanitário, e, de outro, pelo discurso criminológico. Em outras palavras: o proibicionismo sustenta-se, ao mesmo tempo, pela busca 'moralizada' de saúde (a saúde a qualquer preço), pela 'desmoralização' jurídico-policia do usuário de drogas e, com maior intensidade ainda, pela 'demonização' da substância em si (termo médio que faz a ligação lógica entre um elo e outro) (2012, p. 48).

Associando um discurso médico-sanitário a um discurso jurídico-moral, o modelo proibicionista tem suas raízes no movimento político proibicionista que se estruturou nos Estados Unidos da América. Tal movimento ganhou força no século XIX nos Estados Unidos da América sob o dogma do puritanismo cristão, que pregava a proibição de todos os tipos de vício, o que inclui o uso de álcool e outras substâncias psicoativas. A fundamentação deste movimento reside, basicamente, em dois pilares: jurídico-moral e sanitário-social (BOITEUX, 2006).

A fundamentação jurídico-moral é perpassada pela fundamentação sanitário-social. O discurso punitivo defende a supressão da oferta e a criminalização do uso, produção e comércio de toda substância considerada imprópria como principais estratégias para lidar com os malefícios sociais e de saúde que tais substâncias acarretariam, sendo a abstinência de todos os vícios uma virtude a ser, supostamente, alcançada.

Como resultado esperado ter-se-ia o advento de uma sociedade ideal, uma nação forte e competitiva economicamente construída por trabalhadores padrão: profissionais capacitados, devotados à família e ao emprego, sem vícios, capazes de se mostrarem “temperantes”, na definição norte-americana, e tementes a Deus.

É interessante notar que, como afirma Boiteux (2006), este movimento vinculava-se não somente a elementos econômicos e políticos, mas também a elementos sociais e raciais:

essa associação entre controle de drogas e minorias nos EUA sempre esteve presente na percepção social das drogas: fazia-se uma ligação entre um determinado tipo de droga e um grupo específico temido ou rejeitado dentro da sociedade, normalmente com conotações racistas. Assim, originalmente, a cocaína e a heroína eram associadas aos negros, a maconha aos mexicanos, o ópio aos chineses, o álcool aos irlandeses, o que leva à suposição que a opção criminalizadora do modelo proibicionista norte-americano baseava-se no preconceito racial e social, e visava a impor maior controle social às minorias, e a manter a dominação do grupo social hegemônico: os brancos puritanos. (2006, p. 65).

Endossado pela ONU, o modelo proibicionista congrega um conjunto de leis e políticas que objetivam o controle da produção, da oferta e do consumo de substâncias definidas como ilícitas, tendo como principal meta “um mundo livre de drogas”, tema da Convenção da ONU de 1988. No campo da saúde, possui como objetivos a prevenção e a abstinência total, tendo em vista que, neste modelo, nenhum padrão de consumo pode ser tolerado (ALVES, 2009).

Ao analisar o papel do Estado na política antidrogas, Fiore aponta duas premissas basilares do paradigma proibicionista: “(...) 1) *o uso dessas drogas é prescindível e intrinsecamente danoso, portanto não pode ser permitido*; 2) *a melhor forma de o Estado fazer isso é perseguir e punir seus produtores, vendedores e consumidores*” (2012, p. 10).

É sob esta lógica que se fundamenta o protocolo de controle e combate às drogas proposto pela ONU e ratificado pelos países-membros, nas assim denominadas “Convenções-Irmãs”, quais sejam:

- **Convenção Única sobre Entorpecentes (1961)** – instituiu um amplo sistema internacional de controle, cabendo aos Estados signatários a responsabilidade pela incorporação das medidas propostas nas suas respectivas legislações nacionais. Nesta convenção delimitou-se o que é lícito e ilícito no campo das substâncias psicoativas com base no que foi definido como o grau de perigo/abuso, potencial de dependência e uso médico das substâncias. Contudo, reavaliações atualizadas

desses riscos e danos potenciais associados às diferentes substâncias *não* referendaram as conclusões dos *experts*, atuantes em 1961 (NUTT et al., 2007). Contudo, até o momento, tais reavaliações não levaram a uma reformulação da fundamentação biomédica desses tratados (WERB et al., 2016);

- **Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971)** – incluiu as drogas sintéticas na lista de substâncias proscritas, segundo seu grau de perigo/abuso e uso médico;
- **Protocolo emendando a Convenção de 1961 (1972)** – pontua a necessidade de provisão de acesso a tratamento e reabilitação dos usuários de drogas em conjunto, ou em substituição, ao encarceramento. E define como crime a posse ou o cultivo de drogas definidas como ilícitas para consumo pessoal, assim como o ato de estimular o seu consumo.

Como analisam Bastos e Fonseca, “*essas convenções foram uma resposta a questões sociais e políticas relacionadas ao uso de drogas em momentos determinados da história*” (2012, p. 21), subjugando as políticas de drogas nacionais às convenções internacionais através de imposições políticas e socioculturais, e mesmo morais, no que tange ao comércio e consumo de drogas nos países signatários através de sanções econômicas aos países.

Cabe pontuar que a distinção entre drogas lícitas e ilícitas prevista no modelo proibicionista está apoiada em uma linha tênue, além de móvel, ao longo de contextos e momentos históricos. Tal distinção não se baseia em estudos empíricos médico-farmacológicos que avaliem gradações ou riscos concretos à saúde dos usuários dos diferentes tipos de drogas, mas sim em critérios políticos-legislativos influenciados por interesses econômicos (ALARCON, 2012; BOITEUX, 2015), com o estabelecimento de limites arbitrários entre drogas legais/ilegais (FIORE, 2012; RUI, 2014). Parte-se do pressuposto falacioso de que as drogas ilícitas oferecem não apenas riscos à saúde, mas, necessariamente, danos (ALARCON, 2012). Pressuposto falacioso porque, como esclarece Karam,

certamente, não há qualquer peculiaridade ou qualquer diferença relevante entre as arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas e as demais drogas que permanecem lícitas. Todas são substâncias que provocam alterações no psiquismo, podendo gerar dependência e causar doenças físicas e mentais. Todas são potencialmente perigosas e viciantes. Todas são drogas. Seus efeitos mais ou menos danosos dependem, muito mais, da forma como quem as usa se relaciona com elas do que de sua própria composição. Uma droga mais potente consumida com moderação pode ter efeitos menos danosos do que uma droga menos potente consumida abusivamente (2015, p. 19. Grifo nosso).

O fracasso do modelo proibicionista é amplamente discutido na literatura nacional e internacional, sobretudo quando se observa o crescimento do tráfico ilícito e do consumo de drogas definidas como ilícitas em várias partes do mundo. Soma-se a isso a sobrecarga e superlotação do sistema judiciário e penitenciário enquanto resultado direto da militarização das ações de combate às drogas como estratégia para redução da oferta de drogas, numa lógica de combate às drogas que possui como consequência esperada a redução do consumo.

Contudo, apesar dos evidentes sinais de contínuo fracasso das políticas antidrogas, as respostas estatais continuaram sendo predominantemente punitivas e restritivas, com o aprofundamento dos mecanismos de controle do uso e comércio de drogas.

Um marco neste sentido é a política norte-americana de “guerra às drogas”, com a radicalização no Governo Nixon da política antidrogas, sendo as drogas ilícitas elevadas ao status de “inimigo número 1 da América” (BOITEUX, 2006), o que se expandiu para um expressivo conjunto dos demais países.

No Brasil, este é um período de restrições políticas, culturais, sociais e econômicas com a instauração da Ditadura Militar, sendo mantida a política de drogas alinhada, de forma acrítica, às convenções internacionais já citadas, das quais o Brasil é signatário.

Neste contexto, o discurso médico-sanitário e o modelo jurídico-policial de controle das drogas ganham relevância no discurso oficial sobre as drogas e constroem os estereótipos sociais, que serão objeto de intervenção do Estado através da política de combate às drogas: o usuário, entendido como doente, e o traficante de drogas, percebido como criminoso e, por isso, inimigo da sociedade.

O incremento do controle penal das drogas no Brasil na década de 1970 pode ser medido pela promulgação do Decreto-Lei 385, de 26 de dezembro de 1968, treze dias após a promulgação do Ato Institucional Nº 05, que institucionalizou o Regime Ditatorial, estando o Congresso Nacional fechado e os direitos e garantias individuais suspensos.

Segundo Boiteux (2006), o Decreto-Lei 385/1968 não apenas criminalizou o uso de drogas, como equiparou este delito ao crime de tráfico, rompendo com a diferenciação, presente até então, ao menos nos discursos oficiais, entre os sujeitos sociais tipificados como usuários e como traficantes. Após três anos de vigência, a promulgação da Lei nº 5.726/1971 manteve a criminalização do usuário.

Segundo Boiteux (2006), a única mudança observada nesta legislação foi a previsão de medida de segurança – internação hospitalar para tratamento psiquiátrico – nos casos julgados necessários mediante a incapacidade de entendimento da ilicitude do uso de

drogas, numa clara associação entre usuário de drogas e doente mental.

Como pontua Alves, “*com esta medida, o que prevalecia não era o direito à saúde, com a garantia de tratamento à dependência de drogas, mas sim a ‘reabilitação criminal do viciado’ (art. 13)*” (2009, p. 2314).

No final da década de 1970, num contexto de abertura “lenta e gradual” do regime político ditatorial, foi promulgada a “Lei de Tóxicos” (Lei nº 6.368/1976), que tinha como pressupostos básicos:

(...) i) o uso e o tráfico de substâncias entorpecentes devem ser combatidos mediante prevenção e repressão e representam um perigo abstrato para a saúde pública; ii) o combate às drogas ilícitas representa um apelo eugênico-moralista na luta do bem contra o mal; iii) implementação no Brasil do modelo internacional da guerra contra as drogas, nos moldes norte-americanos (BOITEUX, 2006, p. 147)

Ainda segundo Boiteux (2006), o principal marco desta nova legislação foi a criação do delito autônomo de uso de entorpecentes, cuja penalidade foi diferenciada da penalidade prevista para o crime de tráfico de drogas.

No campo da saúde pública, a nova lei previa a criação de estabelecimentos públicos de saúde especializados, sendo o tratamento medida obrigatória, e as ações de prevenção voltadas para todos os segmentos populacionais por meio, sobretudo, da ampla divulgação dos malefícios biológicos e sociais do uso das drogas.

Note-se que houve uma ampliação na abordagem sobre tratamento e recuperação de usuários de drogas. Antes prevista apenas para “viciados infratores”, agora a assistência à saúde se estendia aos “dependentes de substâncias entorpecentes” (ALVES, 2009).

Outro fato interessante é que a legislação de então previa a utilização da rede de serviços de saúde para tratamento, sendo os serviços ambulatoriais indicados para os casos em que o tratamento sob regime de internação hospitalar não fosse obrigatório.

Contudo, como informa Alves (2009), os primeiros serviços extra-hospitalares especializados na assistência aos usuários de drogas foram criados somente na segunda metade da década de 1980, tornando a internação em hospitais psiquiátricos um dos poucos recursos terapêuticos voltados para os usuários de álcool e outras drogas. Desta forma, as legislações promulgadas nos anos 1970 promoveram o reconhecimento do usuário enquanto doente e do hospital psiquiátrico como principal *locus* de tratamento.

Considerando que até os anos 1980 o Brasil não possuía uma base de dados epidemiológica que permitisse uma análise empírica da situação do consumo de drogas no país e embasasse as ações no campo das políticas públicas¹⁰, é imperioso destacar que institucionalizou-se nacionalmente um aparato médico, jurídico e legal pautado no discurso político então hegemônico no cenário internacional, o modelo proibicionista, com escassa ou nenhuma base empírica.

Assim sendo, as políticas estatais no campo das drogas assumiram quase que exclusivamente um caráter repressivo até o início dos anos 1980, período em que emergiram no país e no mundo, especialmente na Europa, experiências alternativas na esfera da “advocacy”, prevenção e atenção à saúde dos usuários de drogas, que, em parte, retomavam os pressupostos presentes em iniciativas pioneiras como o Relatório Rolleston, de 1925/1926 (JOHNSON, 2001), praticamente esquecido nos anos 1980, sob a hegemonia da Guerra às Drogas.

2.2 – CENAS DE MUDANÇA? A EMERGÊNCIA DE UM MODELO ALTERNATIVO

No início dos anos 1980 a política de drogas no Brasil é marcada pela consolidação do direito penal como estratégia oficial, resultante do incremento do controle penal ocorrido no final dos anos 1970. No campo da saúde pública, teve início, no Brasil, o desenvolvimento de experiências precursoras do modelo de atenção à saúde dos usuários de drogas pautado pela redução de danos. Cabe lembrar que o país vivenciava um período de redemocratização, marcado pela relevância, organicidade e expressão no cenário político do movimento sanitário e, conjuntamente, do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, que questionava as políticas repressoras e a abordagem medicalizante dos portadores de sofrimento mental.

Ainda que a Reforma Psiquiátrica tenha tematizado muito pouco a questão do álcool e drogas, o esforço abrangente em reformar o modelo hospitalocêntrico, implementar serviços alternativos e redes de atenção, embriões da atual Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em sintonia com as especificidades dos territórios e comunidades, contribuem, ainda que inicialmente de forma indireta, para a reformulação da assistência em álcool e drogas (DIAS, 2014).

¹⁰ Segundo Medina, Filho & Flach (2014), as informações referentes ao consumo de drogas no Brasil disponíveis até então tinham como fonte as apreensões e prisões relativas a tráfico de drogas.

No processo de transição para o regime democrático, poucas alterações ocorreram na legislação de drogas. Contudo, como sinaliza Boiteux (2006), algumas reformas na legislação brasileira merecem destaque pelo caráter positivo, posto que não apenas beneficiaram os usuários de drogas que respondiam a processos criminais, como humanizaram o sistema penal brasileiro, ainda que timidamente. São elas:

- Lei nº 6.416, de 1977 – estabeleceu os atuais regimes penitenciários – fechado, semiaberto, aberto – e a possibilidade de suspensão condicional da pena que não for superior a dois anos;
- Reforma Penal de 1984, que alterou o Código Penal de 1940 e editou a Lei nº 7.210, de 1984 (Lei de Execuções Penais) – introduziu na legislação brasileira medidas substitutivas da pena privativa de liberdade, e antecipou a concessão da progressão do regime, aplicada para o delito de tráfico de drogas até 1990, e do livramento condicional.

Tais inovações na política criminal brasileira ocorreram num quadro mais amplo de contundentes críticas à política internacional de “guerra às drogas”, devido, sobretudo, ao evidente aumento do consumo de drogas e do encarceramento maciço e com forte viés racial/étnico de usuários de drogas nos países cujas políticas seguiam o modelo proibicionista (KARAM, 2015). Análises em tudo similares vêm sendo publicadas nos EUA, com grande impacto social (Loury, 2008).

Soma-se a isso um quadro, à época, de expansão e agravamento da epidemia de AIDS entre os usuários de drogas injetáveis (FONSECA & BASTOS, 2012). Como se sabe, a proporção de infectados pelo HIV entre os usuários de drogas injetáveis aumentou substancialmente no final dos anos 1980 e atingiu seu pico nos anos 1990. Esta dinâmica foi substancialmente infletida nas duas últimas décadas no Brasil (SHOPTAW et al., 2013), no Brasil e em diversos países ocidentais.

Frente ao aumento exponencial de casos entre os usuários de drogas injetáveis, especialmente no Leste Europeu, após o colapso da então União Soviética e demais regimes socialistas naqueles países (BASTOS, 2006; MATIC, LAZARUS & DONOGHOE, 2006), além do agravamento da situação no sudeste da Ásia (UNAIDS, 2014), organizações não governamentais (ONGs) e, posteriormente, governos locais deram início aos denominados Programas de Troca de Seringas (PTS), inspirados no modelo

holandês de redução de danos, dando o passo inicial para o fortalecimento, a nível nacional, do movimento de redução de danos¹¹.

Cabe registrar que a primeira tentativa de implementação de um programa de troca de seringas no Brasil ocorreu em 1989, na cidade de Santos, São Paulo. Tal programa, formulado pela Secretaria Municipal de Saúde, tinha como objetivo reduzir a transmissão de doenças infecciosas entre os usuários de drogas injetáveis num quadro de crescimento exponencial dos casos de HIV/AIDS. Como sinalizam Lindner e Siqueira,

naquele momento histórico, em que a inovação vinha para crescer e que o preço disto seria cobrado logo adiante, nascia aí a redução de danos brasileira, tendo como primeira ação emblemática o fornecimento e a troca de seringas, que acabou por tornar-se um carimbo de qualquer estratégia do tipo e hoje, décadas depois, ainda corre o risco de reduzir sua amplitude (2016, p. 61).

Após um início conflituoso devido à legislação então em vigor – a chamada Lei de Entorpecentes (Lei nº 6.368/1976) permitia a interpretação reducionista da distribuição de seringas e agulhas estéreis como auxílio e fomento ao uso de drogas, o que a lei tipificava como crime – o primeiro programa de troca de seringas e agulhas brasileiro foi implementado apenas em 1995, na cidade de Salvador, Bahia, pelo Centro de Estudos do Abuso de Drogas e Terapia (CETAD) da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, com o apoio dos Governos Estadual e Municipal (FONSECA et al., 2006).

A maioria das ações de saúde pública desenvolvidas no Brasil no campo das drogas foram, inicialmente, de “advocacy” e redução de danos (RD), e, somente depois, de tratamento.

Como se sabe, a estruturação dos primeiros centros de referência para atendimento, pesquisa e prevenção no campo das substâncias psicoativas ocorreu em parceria com as universidades públicas e organizações não governamentais, tendo ainda o apoio de governos locais.

Tais centros estruturavam seu atendimento em torno de novos modelos de atenção à saúde inspirados nos modelos europeus de redução de danos (ALVES, 2009; MEDINA, FILHO & FLACH, 2014).

Por sua vez, os programas de redução de danos ganharam impulso nacional após o primeiro empréstimo ao Programa Nacional de DST e AIDS, Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (Coordenação Nacional de DST/AIDS) do

¹¹ A situação se mantém grave até o presente momento em determinadas regiões do Leste Europeu e Ásia Central (EL-BASSEL, STRATHDEE, EL SADR, 2013).

Ministério da Saúde, junto ao Banco Mundial, somada à pressão de ativistas da área que defendiam a implantação da estratégia discutida internacionalmente de *harm reduction* no país, possibilitou a ampliação das ações de prevenção da epidemia de HIV/AIDS entre os UDI¹² (RUI, 2014).

Contudo, nenhuma proposta de articulação entre os diferentes órgãos responsáveis pela política de drogas no Brasil foi de fato implementada, mantendo-se a segmentação setorial e sobreposições de responsabilidades na política de drogas brasileira (MEDINA, FILHO & FLACH, 2014).

Ganhava relevo então o caráter dicotômico da política brasileira de drogas. Isto porque o país se alinha às convenções internacionais para repressão ao tráfico e consumo de drogas ilícitas ao mesmo tempo em que se mostra permeável ao enfoque da redução de danos na implantação dos modelos de atenção à saúde dos usuários.

Exemplo desta dubiedade no campo das políticas públicas de drogas foi o posicionamento favorável do CONFEN¹³ a experiências de redução de danos por meio da troca de seringas entre usuários de drogas injetáveis (UDI) em 1994 (ALVES, 2009), associado à distribuição de preservativos, aconselhamento e consulta médica num contexto de disseminação da epidemia de AIDS no país, com uma participação, então relevante, dos UDI e seus parceiros sexuais (HACKER et al., 2006).

Cabe aqui lembrar que o CONFEN era o órgão central do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, criado na década de 1980 com a atribuição de elaborar a Política Nacional de Entorpecentes e que, como pontua Alves (2009), privilegiou as atividades repressão a produção, consumo e tráfico de drogas.

Paralelamente, e também contraditoriamente, é neste período que a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988 aprova o sistema internacional de controle sobre produção, distribuição e comércio de drogas atingiu seu ápice. Segundo Boiteux (2009), esta Convenção propiciou a internacionalização definitiva da política norte-americana (e seus aliados políticos) de

¹² Ainda hoje, ainda que substancialmente esvaziados com a crise econômica e política, estes programas mantêm seu caráter vertical, sendo extremamente dependentes de incentivos e recursos provenientes do Governo Federal, apresentando vulnerabilidades em termos de sustentabilidade e cobertura das ações desenvolvidas (FONSECA et al., 2006). Exemplo dessa dependência financeira foi a importante redução no quantitativo de programas de redução de danos a partir de 2004, quando o Governo Federal descentralizou o financiamento destes para estados e municípios (ANDRADE, 2016).

¹³ Através do Decreto nº 85.110, de 02 de setembro de 1980, foi criado o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), órgão responsável por importantes iniciativas, como o apoio à criação dos centros de referência em tratamento, pesquisa e prevenção na área de álcool e outras drogas, e pelo primeiro estudo epidemiológico sobre o consumo de drogas no país.

“guerra às drogas”.

Sendo o Brasil signatário desta como das Convenções anteriores, a Convenção das Nações Unidas de 1988 obrigava os Estados-membro a adotarem medidas para tipificação como crime nas legislações nacionais de qualquer atividade vinculada à produção, venda, transporte e distribuição das substâncias listadas nas Convenções das Nações Unidas de 1961 e 1971.

Com grande influência nas legislações nacionais dos países latino-americanos, a referida Convenção incluía nas atividades a serem tipificadas como crime pelos Estados signatários a incitação pública do uso e consumo de drogas, assim como a posse, a compra ou o cultivo para uso pessoal da mesma.

Por sua vez, a Constituição Federal de 1988, já num contexto de retorno à democracia, endureceu as penas para tráfico de drogas, estando incluído no novo texto constitucional o conceito de crime hediondo¹⁴. Como se sabe, a Lei nº 8.072, de 1990 (Lei dos Crimes Hediondos) equiparou o crime de tráfico de drogas à crimes como estupro e homicídio.

A consequência desta equiparação foi o aumento expressivo do número de pessoas presas por tráfico de drogas, frente à obrigatoriedade da prisão cautelar, a proibição de fiança, de liberdade provisória, o recurso do acusado em liberdade ou ainda a progressão do regime prisional (BOITEUX, 2006).

O texto constitucional de 1988 previu ainda a criação de Juizados Especiais Criminais (JECs), posteriormente regulamentados pela Lei nº 9.099, de 1995, permitindo a implementação de institutos despenalizadores aplicáveis a delitos de menor importância, ou seja, que não eram passíveis de aplicação de pena de prisão.

¹⁴ Crimes hediondos são aqueles de extremo potencial ofensivo e que, pela extrema gravidade do delito, merecem maior reprovção pelo Estado. Atualmente, os crimes hediondos previstos na legislação penal brasileira são: a) homicídio quando praticado em atividade típica de grupo de extermínio, ainda que cometida por um só agente, e homicídio qualificado; b) lesão corporal dolosa de natureza gravíssima e lesão corporal seguida de morte, quando praticadas contra autoridade ou agente descrito nos arts. 142 e 144 da Constituição Federal, integrantes do sistema prisional e da Força Nacional de Segurança Pública, no exercício da função ou em decorrência dela, ou contra seu cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo até terceiro grau, em razão dessa condição; c) latrocínio; d) extorsão qualificada pela morte; e) extorsão mediante sequestro e na forma qualificada; f) estupro; g) estupro de vulnerável; h) epidemia com resultado morte; i) falsificação, corrupção, adulteração ou alteração de produto destinado a fins terapêuticos ou medicinais; j) favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável; l) genocídio, tentado ou consumado. Estão equiparados aos crimes hediondos os seguintes delitos: a) prática de tortura; b) tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins; c) terrorismo (BRASIL, 1990). Ressalta-se que, como informado anteriormente, em 2016 o plenário do Supremo Tribunal Federal decidiu por não considerar crime hediondo o chamado “tráfico privilegiado” de drogas, que é aquele praticado por agentes primários, que não se dediquem a atividades criminosas, nem integrem organizações criminosas.

É importante ressaltar que, conforme esclarece Boiteux (2006), a efetiva descarcerização do usuário de drogas só ocorreu através da interpretação jurisprudencial da Lei nº 10.259, de 2001, que criou os Juizados Especiais Federais e ampliou o rol dos delitos sujeitos à jurisdição dos JECs, despenalizando o delito de porte de entorpecentes para uso próprio.

Outros dispositivos que merecem ser destacados na Lei nº 9.099/1995 são: a introdução da antecipação de penas alternativas, onde num acordo a ser estabelecido entre acusado e Ministério Público define-se a transação penal não geradora de antecedentes criminais para crimes com penalidade de até um ano. Existe ainda o *sursis* processual, que é a possibilidade de suspensão do processo por prazo determinado, mediante condições estipuladas pelo juiz, com posterior extinção da punibilidade sem a caracterização da reincidência para delitos com pena mínima de um ano (BOITEUX, 2006).

Apesar de constituir um avanço, ainda que pequeno, no sentido da descarcerização do uso de drogas no Brasil, Boiteux (2006) afirma que, para o usuário dependente, seriam soluções apenas parciais. Conforme esclarece a pesquisadora, ao aceitar a suspensão do processo, o dependente químico permaneceria durante um período sob controle judicial. Neste período determinado, o acusado não poderia ser preso novamente, sob pena de suspensão do benefício. Considerando a realidade cotidiana, é de se supor que a nova legislação não tinha aplicação prática para usuários abusivos de drogas ilícitas e dependentes. Assim sendo, para Boiteux (2006), a Lei nº 9.099/1995, apesar da aparente liberalidade, manteve o controle penal sobre o usuário.

Outra Lei importante promulgada após a Constituição de 1988 foi a Lei nº 9.714, de 1998 (Lei das Penas Alternativas), que alterou o Código Penal, aumentando a aplicação de medidas alternativas para crimes praticados sem violência ou grave ameaça à pessoa, e para os delitos culposos.

Contudo, tal Lei não obteve os resultados esperados, como a redução da população carcerária, visto que seu público alvo já não cumpria penalidades em regime fechado ou semiaberto, e por não atingir os pequenos traficantes, grupo social com alta representação na população prisional¹⁵.

Ao analisar a política criminal implementada até então no Brasil, Boiteux conclui que:

¹⁵ Segundo Boiteux, por ser equiparado a crime hediondo, a jurisprudência brasileira negou a aplicação da supracitada lei para os crimes que envolvessem entorpecentes. Apenas a partir de 2005 a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal passou a admitir a substituição de pena de tráfico de drogas por penas alternativas (BOITEUX, 2006).

a legislação de drogas brasileira acabou por reforçar o grande fosso existente entre as camadas mais altas e mais baixas da população. Para os traficantes, mesmo os de pequeno porte ou viciados, pertencentes aos estratos mais desfavorecidos da sociedade, a resposta penal é a prisão fechada, de no mínimo três anos, agravando ainda mais as terríveis condições das superlotadas e infectas prisões brasileiras. Aos usuários de drogas sem antecedentes, não-viciados, que possuem condições de comprar droga sem traficar, a descarcerização (2006, p. 163).

Desta forma, os anos 1990 foram marcados, no Brasil, por um paradoxo na política de drogas na sua interface saúde/justiça. Se no seu viés político-criminal observou-se uma intensificação do seu caráter punitivo, no campo da saúde pública ganhava relevância e organicidade o modelo de redução de danos na atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

Mas apenas nos anos 2000, com a promulgação da Portaria MS nº 1.028, de 2005, que se reconheceu oficialmente a política de redução de danos no Brasil enquanto política de saúde pública. Como ações de redução de danos, a portaria previa ações informativas sobre os riscos relacionados a drogas que causam dependência e sobre compartilhamento de objetos para uso de drogas, assim como informações sobre outras formas de contágio de doenças transmissíveis, troca de seringas, orientação sobre prevenção da intoxicação aguda, e a distribuição de preservativos e insumos para aplicação das injeções.

No que tange ao tratamento, este é definido pela Portaria como um direito do dependente, sendo mais uma das possibilidades de atenção à saúde dentro de uma estratégia maior de prevenção. A Portaria prevê ainda a implementação da redução de danos em estabelecimentos prisionais e em unidades de internação de adolescentes em cumprimento de medida restritiva de liberdade.

O conceito e as ações de redução de danos no uso de drogas têm sua gênese em duas principais vertentes (ALARCON, 2012).

Uma vertente emergiu na Grã-Bretanha na década de 1920 onde, devido a problemas de saúde pública decorrentes do uso de heroína, é constituída, pelo Parlamento, uma Comissão de Notáveis, que dá lugar ao estudo conhecido como Relatório Rolleston, o *expert* que coordenava o Comitê responsável.

Entre as recomendações deste Relatório, tem-se a indicação de prescrição médica do uso regular de opiáceos aos usuários dependentes da heroína (SODELLI, 2010) com o objetivo de reduzir os danos à saúde causados pelo uso habitual da droga.

A outra vertente possui sua gênese na Holanda, na década de 1970, onde o governo nacional, frente ao fracasso da política de “guerra às drogas” em diversos países, deu início a uma série de ações pautadas em estratégias de redução de danos, como a criação de legislação específica para diferenciar drogas leves e pesadas, tornando possível, por exemplo, a posse e venda de *Cannabis* definida como uma droga leve (ALARCON, 2012).

Cabe pontuar que, a despeito da vigência, desde a década de 1970, dos tratados internacionais antidrogas, a Holanda, país signatário desses tratados, se valeu de certa margem interpretativa, para reformular, parcialmente, suas políticas nacionais de drogas (BASTOS, 2006). De forma inteiramente independente, ao menos no seu momento inicial, das instâncias estatais, as próprias associações de usuários (*Jukiebonden*) implementaram ações de prevenção por conta própria e financiadas pelas próprias comunidades afetadas (BASTOS, 2006).

Num contexto de uma lógica ampliada de redução de danos, ambos os países adotaram abordagens diferentes, mas em boa medida, complementares, no que concerne ao uso de drogas: enquanto na Grã-Bretanha o principal objetivo era reduzir os danos causados pelo uso de heroína, na Holanda o objetivo principal da política pública implementada era afastar os usuários habituais do *Cannabis* dos riscos inerentes ao mercado negro do comércio de drogas definidas como leves, porém, ainda consideradas ilícitas (ALARCON, 2012). Já quanto às ações das *Junkiebonden*, as iniciativas holandesas eram absolutamente confluentes com as britânicas, também com foco no uso injetável de opiáceos.

Pouco depois, na década de 1980, a sociedade civil holandesa, por meio especialmente das *Junkiebonden*, lançou os primeiros programas de redução de danos envolvendo troca de seringas, distribuição de preservativos, entre outras ações, tendo como foco a prevenção da hepatite B e do HIV/AIDS (BASTOS, 2006; SODELLI, 2010).

As *Junkiebonden* dispunham, mesmo antes da década de 1980, de informações, mais ou menos sistematizadas, que descreviam as práticas de injeção dos usuários de diferentes drogas injetáveis (havendo mesmo alguns relatórios relativamente sistemáticos, como aqueles coordenados pelo ativista Nico Adriaans, infelizmente apenas disponíveis no original em holandês¹⁶ ou, indiretamente, nos trabalhos do etnógrafo Jean-Paul Grund¹⁷).

¹⁶ Ver em: <http://rjb.x-cago.com/GARJB/1996/12/19961231/GARJB-19961231-0127/story.pdf>

¹⁷ Ver em: <http://drugresearch.academia.edu/JeanPaulGrund>

Sob a ameaça da epidemia de hepatite B entre os usuários de drogas intravenosas¹⁸, as associações de usuários de drogas propuseram, e o sistema de saúde holandês adotou posteriormente como programa oficial, a distribuição/troca de seringas estéreis para evitar o compartilhamento das mesmas e, assim, reduzir a transmissão de infecções/doenças entre os usuários de drogas injetáveis (UDI) (BASTOS, 2006).

O enfoque político alternativo da redução de danos parte do pressuposto de que o consumo de drogas é intrínseco à vida humana. Ou seja, o consumo de substâncias psicoativas pela humanidade sempre existiu e sempre existirá, não havendo sentido na busca por uma sociedade livre de drogas.

Assim sendo, a redução de danos apoia-se na ideia de que o consumo de substância psicoativas pode ser administrado de acordo com a possibilidade de cada indivíduo, considerando a escala de prioridade dos usuários naquele momento. Desta forma, o foco está na pessoa e não na substância (LINDNER & SIQUEIRA, 2016).

Conforme informa Alves, “*o foco desta abordagem está na adoção de estratégias para minimizar os danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de drogas, mesmo que a intervenção não produza uma diminuição imediata do consumo*” (2009, p. 2313). Ou seja, a abstinência não é uma condição *a priori* como no modelo proibicionista, mas sim uma meta que pode ser buscada a médio ou longo prazo, respeitando a vontade e as opções do usuário enquanto sujeito que dispõe do direito de decidir sobre seu próprio corpo.

Assim sendo, a redução de danos emergiu como estratégia de saúde pública com o intuito de reduzir os danos à saúde decorrentes do uso de drogas e de práticas de risco associadas a esse uso, além de propor como estratégia o tratamento voluntário através de programas de substituição de drogas – substitui-se o uso de drogas com maior potencial de causar danos à saúde por drogas com menor potencial de determinar danos e riscos, assim como substituição de vias e modalidades, sempre das mais danosas para as menos danosas.

E ampliou-se, caracterizando-se, atualmente, por um conjunto de ações que envolvem tanto os usuários quanto a coletividade com o objetivo de minimizar os efeitos e riscos em geral decorrentes do uso de drogas.

Para Moraes, Leite e Valente, a redução de danos

¹⁸ Posteriormente, o acrônimo se amplia, substituindo-se intravenosas por injetáveis, ou seja, incorporando os danos e riscos associados à injeção intramuscular e subcutânea.

parece ser, modernamente, a maneira mais racional e mais coerente com uma ideia de Estado Democrático de Direito de lidar com o problema, não só como política pública, com efeito benéfico à estrutura penal-carcerária, mas também com o intuito de apartar o Estado do foco hoje sancionador, direcionando-o à sua vocação de provedor de assistência à saúde, como prevê a Constituição (2014, p. 183).

Por sua vez, Trino, Machado e Rodrigues (2015) defendem que o enfoque da redução de danos pode potencializar/reforçar importantes princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo os princípios da universalidade, fomentando um atendimento sem barreiras, ou ao menos, barreiras superáveis, e viabilizando condições para que o cuidado se estabeleça; da equidade, através da oferta de diferentes ações e serviços voltadas as diferentes situações de saúde, sempre a partir e em conjunto com o usuário; e da resolutividade, devido à potencialização do cuidado com o estabelecimento de uma lógica assistencial que torne o usuário protagonista do seu cuidado (ANDRADE, 2016).

Três anos após a implementação do primeiro programa brasileiro de redução de danos, o Brasil sediou a 9ª Conferência Internacional sobre Redução dos Prejuízos Relacionados às Drogas (1998), que culminou na criação da Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA).

Neste mesmo ano foi aprovada a Lei Estadual nº 9.758/1997, que autorizava a Secretaria Estadual de Saúde São Paulo a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas enquanto medida de promoção da saúde (FONSECA et al., 2006). Posteriormente, outros estados implementaram legislações semelhantes, como o estado do Rio Grande do Sul, que adotou a redução de danos enquanto uma concepção de saúde pública a partir da Lei Estadual 11.562, de 2000 (LINDNER & SIQUEIRA, 2016).

Ainda em 1998, no Governo Fernando Henrique Cardoso, o CONFEN foi extinto, sendo substituído por uma nova estrutura, o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). E, por meio do Decreto nº 3.696/1998, foi instituído o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) em substituição ao antigo Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, cujos objetivos foram mantidos no novo sistema. Criou-se ainda a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), órgão executivo do SISNAD.

Tais organismos foram subordinados ao Gabinete Militar da Presidência da República, numa clara demonstração do entendimento da política de drogas por parte do novo governo: tratar-se-ia de uma questão de segurança nacional (MEDINA, FILHO & FLACH, 2014).

Nesse rearranjo organizacional, competia à SENAD a elaboração da Política Nacional Antidrogas, que deveria ser aprovada, atualizada e acompanhada pelo CONAD, órgão normativo e de deliberação coletiva. Era através deste órgão que o Ministério da Saúde, através de seu representante no colegiado, participava da construção da política nacional de drogas (ALVES, 2009).

Ainda que alinhada ao discurso proibicionista, a Lei nº 10.409, de 2002¹⁹, que instituiu o Política Nacional Antidrogas, representou um avanço, ainda que tímido, ao dar maior relevância à atenção à saúde do usuário de drogas, distinguindo ações antidrogas, de redução da oferta, das ações voltadas para prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social.

A política de drogas adotada tinha como meta a redução da oferta de drogas e como prioridade a prevenção, mas também previa a estratégia de redução de danos, ainda que associada a estratégias de redução da demanda.

Tem-se, então, uma clara dubiedade na política nacional antidrogas: o modelo proibicionista coexiste com medidas de redução de danos, cabendo ao Ministério da Saúde a regulamentação das ações nesta área programática. Contudo, conforme informado anteriormente, apenas em 2005 este dispositivo foi regulamentado pelo Governo Federal, através da Portaria MS nº 1.028, de 2005, que normatiza a política de redução de danos no Brasil.

Cabe pontuar que em 2002 o Ministério da Saúde editou uma portaria implantando o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, em resposta às diversas críticas a histórica ausência de respostas estatais no campo da saúde aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas no Brasil, condensadas no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (SOUTO, 2013)²⁰.

¹⁹ Tendo o capítulo que tratava dos crimes e penas, Capítulo III, sido vetado pelo então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso; Boiteux (2006) informa que a jurisprudência se posicionou pela aplicação apenas da parte processual da nova lei. Desta forma, foram mantidos os crimes e penas previstos na Lei nº 6.368, de 1976.

²⁰ Até então, a assistência pública aos usuários de álcool e outras drogas era realizada apenas em casos extremos, como intoxicação aguda, sendo o atendimento realizado através de internações em hospitais psiquiátricos e emergências. Frente à escassez de dispositivos públicos de atenção psicossocial, multiplicaram-se pelo Brasil iniciativas privadas, de caráter voluntário, filantrópico e religioso, como os grupos de Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), clínicas particulares e comunidades terapêuticas. Cabe assinalar que, com a ausência de uma política pública específica, tais instituições atuavam sem nenhum tipo de regulamentação no que tange aos princípios e diretrizes para oferta de serviços de atenção à saúde.

Posteriormente, em 2003, o Ministério da Saúde editou a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, que afirmava a responsabilidade do SUS em garantir atenção especializada aos usuários de álcool e outras drogas, cuja oferta de serviços vinha sendo realizada, até então, por organizações não governamentais, através de comunidades terapêuticas e grupos de auto-ajuda e de ajuda mútua (ALVES, 2009; SOUTO, 2013). Nas suas diretrizes estava prevista a implementação de uma rede de atenção psicossocial, sendo os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) dispositivos estratégicos e ordenadores da rede de atenção especializada no seu território de atuação.

Em 2005 foi elaborada pela Senad, posteriormente denominada Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, a Política Nacional sobre Drogas do Governo Lula. Tal política mantinha, em essência, a matriz proibicionista no que concerne ao uso de drogas, orientando-se pela redução da oferta e da demanda de drogas, mas reconhecendo as práticas de redução de danos como importantes estratégias de saúde.

Como pontos positivos desta nova política, Boiteux (2006) destaca a não imposição de tratamento forçado como estratégia e o não enfoque na repressão, colocada em segundo plano.

Alves destaca ainda a importante mudança discursiva na política de drogas brasileira: *“o discurso quanto ao ideal de uma ‘sociedade livre de drogas’ dá lugar ao ideal de uma ‘sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas’”* (2009, p. 2316). Há um esforço de conciliação com a política de saúde proposta pelo Ministério da Saúde, cujo modelo orienta-se pela lógica da redução de danos, ao reiterar o objetivo de implantar uma rede de atenção a usuários de drogas, ainda que admitindo a existência de distintos modelos de atenção à saúde a indivíduos com transtornos ocasionados pelo consumo de substâncias psicoativas.

Junto ao realinhamento discursivo, teve início um realinhamento organizacional: o Sistema Nacional Antidrogas tornou-se o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas; o Conselho Nacional Antidrogas foi renomeado como Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas; e a Secretaria Nacional Antidrogas passou a ser denominada Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Como salienta Alves (2009), a nova Política Nacional de Drogas (2005) manteve a estrutura e os objetivos da política anterior, mas alterou, substancialmente, a compreensão da problemática das drogas pelo Estado brasileiro e, conseqüentemente, suas respostas a este problema.

2.3 – NOVA LEI DE DROGAS: A CONSOLIDAÇÃO DO PROIBICIONISMO MODERADO NO BRASIL

A política de drogas no Brasil, atualmente, pode ser definida como um tipo de proibicionismo moderado, haja vista que promove a distinção entre usuários de drogas, cuja conduta criminal foi despenalizada, e o traficante de drogas, que teve reforçadas as penas e as condições de encarceramento, sendo resultado direto disto a superlotação das prisões. Neste quadro, ao mesmo tempo que mantém o modelo repressivo de combate às drogas, incorpora oficialmente a estratégia de redução de danos.

Conforme informa Brites (2015), a atual Política de Drogas brasileira resulta, programaticamente, da articulação de três instrumentos normativos: a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde; a Política de Drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, atualmente vinculada ao Ministério da Justiça; e Lei Federal nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.

Contraditoriamente, estes três instrumentos compõem o marco legal da atual Política de Drogas, resultando, como afirma Brites (2015), na “convivência inconciliável” de duas perspectivas antagônicas de política pública: a saúde coletiva, que defende o modelo de atenção à saúde pautado na lógica da redução de danos, e o modelo antidrogas, estruturado sob a lógica do proibicionismo. Para a autora,

a chamada Política de Drogas no Brasil resulta da convivência inconciliável entre duas perspectivas: a proibicionista, de caráter dominante, e a da saúde coletiva, que se subordina à primeira em termos de financiamento, de planejamento e de resultados. Subordinação expressa, entre outros elementos, no fato de que o proibicionismo se cristaliza exatamente no cerne do marco legal, submetendo as políticas ministeriais aos seus tentáculos (BRITES, 2015, p. 125)

Como, ao menos por ora, essas duas perspectivas, de natureza contraditória, estão destinadas a conviver, cabe chegar-se a uma solução de compromisso que seja a menos danosa possível.

Na ausência de perspectivas de conciliação, ainda que parcial e transitória, como já ocorreu, com sucesso em determinados contextos, como a região de Mersey, no Reino Unido²¹, o Brasil estaria destinado a vivenciar as características adversas da contradição e conflito, como é discutido a seguir.

²¹ Ver https://www.merseyside.police.uk/media/12822/substance_misuse_policy_procedure_2014-05-21.pdf

Conforme Bokany (2015) e Brites (2015) apontam, a convivência contraditória entre dois paradigmas antagônicos na Política de Drogas do Brasil – redução de danos e proibicionismo – tem resultado na dupla penalização do usuário: a social e a legal, pois “*além da arbitrariedade dos limites entre tráfico e uso, o proibicionismo relega à ilegalidade uma prática socialmente determinada, exilando-a da atenção integral preconizada pela perspectiva da saúde coletiva*” (2015, p. 131).

Assim, ao tratar a questão das drogas ilícitas como “caso de polícia” reitera-se veladamente os processos de exclusão social e reproduz-se a dinâmica de discriminação de classe e racial que estruturam historicamente as relações de poder no Brasil.

A atual Lei de Drogas – Lei Federal nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Nova Lei de Drogas), que revogou a Lei nº 6.368/1976 e a Lei nº 10.409/2002 – expressa este caráter dubio da política de drogas brasileira: preconiza a prevenção e o estabelecimento de tratamento ambulatorial especializado em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), o que, em certa medida, coincide com um primeiro esforço de expansão, e integração), ainda modesta, da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Mas agrava a repressão ao tráfico de drogas aumentando a pena de prisão – pena de cinco a quinze anos de reclusão – e criando novas figuras típicas, como o financiador e o colaborador informante (BRASIL, 2006).

Para Maronna, “*a nova lei transita no fio da navalha, entre a cruz e a caldeirinha, tentando equilibrar os pratos da prevenção e da repressão*” (2006, p. 04). E conclui:

no que tem de essencial, portanto, a Lei nº 11.343/06 é draconiana. O alardeado abrandamento do tratamento dado ao porte para consumo pessoal é, na verdade, uma cortina de fumaça com o objetivo de contrabalançar o agravamento da punição ao tráfico (MARONNA, 2006, p. 05)

A Nova Lei consolida avanços históricos na política de drogas, como a abolição da pena de prisão para o porte de drogas ilícitas para uso próprio²² e a possibilidade de redução de pena para réus primários que não possuam envolvimento com o tráfico de drogas. Mas mantém a proibição do consumo de drogas ilícitas e o tratamento enquanto medida impositiva para os casos de ocorrência de prática criminal do dependente químico, numa clara distinção entre usuário e dependente.

²² Note-se que a Nova Lei de Drogas despenaliza a posse de drogas para uso próprio, ou seja, exclui a aplicação de pena privativa de liberdade para este delito, podendo ser atribuída alguma medida restritiva de direito. Despenalizar não significa descriminalizar o uso de drogas, haja vista que o porte de drogas para uso próprio continua a integrar o rol de crimes presentes na legislação brasileira.

Ademais, não existem parâmetros claros que diferenciem o usuário do traficante de drogas, dada a variabilidade das interpretações acerca de “conduta” e “antecedentes”, além da óbvia imprecisão de “circunstâncias”, e as figuras, superponíveis, do usuário e do pequeno, médio e grande traficante. Como se sabe, o texto da Lei Federal nº 11.343/2006 traz uma definição não muito clara dos crimes de porte de drogas para uso próprio (artigo 28) e tráfico de drogas (artigo 33), cabendo aos operadores do sistema de justiça esta definição (artigo 28, §2º).

Esta imprecisão, juntamente com o aumento da pena mínima para o crime de tráfico de drogas e a equiparação do crime de tráfico a crime hediondo²³, tem resultado no encarceramento de um número crescente de indivíduos, com penas elevadas de reclusão, de pessoas flagradas sem porte de armas, com pequenas quantidades de substâncias ilícitas e com papel irrelevante (por exemplo, distribuidores eventuais) na estrutura organizacional do tráfico de drogas (BOITEUX, 2009). Conforme sinalizam Boiteux e Pádua, “*una posibilidad que se destaca es que muchos usuarios ahora son encarcelados como traficantes*” (2014, p. 04).

Em parte, graças ao aumento absoluto e proporcional do encarceramento de indivíduos com este perfil, a população carcerária nacional vem aumentando de forma contínua nos últimos anos no Brasil. Diversos estudos documentam que o Brasil já ocupa a quarta posição entre os países com maior contingente penitenciário no mundo (BOITEUX, 2014; KARAM, 2015), via de regra, atrás de países em que a população geral é substancialmente maior, como os EUA, que conta com mais de 320 milhões de habitantes, para 207 milhões de brasileiros, tendo triplicado o número de pessoas presas entre 1992 e 2012 (BOITEUX & PÁDUA, 2014).

Diversos estudos têm demonstrado ainda que o tráfico de drogas é atualmente o segundo crime com maior representatividade carcerária, estando atrás somente do crime de roubo, e aquele que conta com os maiores percentuais anuais de crescimento. Salienta-se que, com a implantação da Nova Lei de Drogas, o número de presos condenados por tráfico de drogas dobrou (BOITEUX, 2014). Numa análise pelo viés do gênero, Boiteux (2014) ressalta ainda que o tráfico de drogas ilícitas é hoje a modalidade de crime que mais encarcera mulheres no Brasil.

²³ Como visto anteriormente, a equiparação do crime de tráfico ao crime hediondo resulta em maior rigidez do Estado na penalização do delito, o que inclui aumentando o tempo de cumprimento da pena necessário para transferência de regime e livramento condicional.

Através de pesquisa realizada por meio de coleta de dados em sentenças judiciais e acórdãos de condenações por tráfico na cidade do Rio de Janeiro e no Distrito Federal entre 2006 e 2008, Boiteux evidenciou que a Nova Lei de Drogas não impactou significativamente o combate ao tráfico de drogas, visto que se perpetua a seletividade do sistema criminal, que não logrou obter êxito em acessar os grandes traficantes de drogas, penalizando e encarcerando massivamente os segmentos mais vulneráveis do comércio de drogas ilícitas – usuários e pequenos traficantes (BOITEUX, 2009).

Ao investigar os efeitos práticos da Nova Lei de Drogas na cidade do Rio de Janeiro, Grillo, Policarpo e Veríssimo (2011) observaram uma redução no número de casos registrados como flagrante de uso de drogas, que entram no sistema penal através dos Juizados Especiais Criminais, e um aumento nos casos registrados como tráfico de drogas.

Para os pesquisadores, esta redução seria resultante do descaso dos Juizados Especiais Criminais em tratar a questão, por considerarem que, após a promulgação da Nova Lei de Drogas, tais casos estariam fora da sua competência. Concomitantemente, os autores argumentam que outra hipótese explicativa reside no amplo poder decisório que a Nova Lei de Drogas indiretamente proporcionou aos policiais, agentes de segurança que atuam na ponta do sistema de justiça criminal, e que podem negociar o encaminhamento, ou não, do usuário para a delegacia.

Sabe-se que este tipo de negociação, ainda que arbitrária, sempre existiu. Contudo, para os autores, a Nova Lei de Drogas agrava este tipo de negociação informal, pois “(...) a mercadoria política em jogo não é a apenas o registro ou não do flagrante, mas também o tipo criminal em que a situação de porte ilegal de drogas vai ser classificada, se uso ou tráfico” (GRILLO, POLICARPO & VERÍSSIMO, 2011).

Isto porque, no cotidiano, os delegados e policiais civis de plantão fazem a tipificação criminal com base no relato do “condutor” do acusado, invariavelmente policiais militares. Compete a eles explicitar a dinâmica dos fatos e, desta forma, definir em qual crime o acusado incorreu.

Pesquisa desenvolvida em São Paulo com o intuito de compreender o uso da prisão provisória nos casos de tráfico de drogas demonstrou que a diferenciação entre usuário e traficante de drogas permanece atrelada a elementos subjetivos e sob a competência dos agentes de segurança pública, especialmente aqueles que atuam diretamente na interface com a população, os policiais, cabendo a estes, na prática, iniciar os procedimentos que poderão conduzir à detenção de determinado indivíduos e à eventual instauração de um processo judicial (JESUS, 2011).

Considerando a subjetividade dos critérios para a diferenciação entre os sujeitos sociais tipificados na Lei Federal nº 11.343/2006, cria-se um espaço livre para reificação das preconceções dos operadores do sistema de justiça.

Ao analisar a prática dos agentes de segurança na “cracolândia” localizada no Centro da cidade de São Paulo, Souza (2015) analisou alguns dos discursos produzidos nas reuniões que subsidiaram a formulação do programa “De Braços Abertos”²⁴, sendo interessante reproduzir um dos diálogos registrados pela autora entre um representante da sociedade civil, identificado como “B” e a inspetora da Guarda Civil Metropolitana, órgão responsável junto com a Polícia Militar pela segurança pública na região da “cracolândia”, identificada pela letra “I”:

B: Na sua fala não tem repressão às cenas de uso, o que é um avanço, mas a minha questão, eu que trabalho na região da Luz, é que essa separação entre usuário e traficante que está na lei, quando a gente vai pra realidade concreta, é muito mais difusa e nebulosa. Na região da cracolândia, é muito difícil identificar o que é a boca, o que é o traficante. Dá pra ver uns bem vestidos, mas de resto é tudo muito confuso e os usuários têm esse costume de vender um pedacinho da pedra dele. A pedra vira moeda, você compra cigarro, pedaço de bolo, cachaça, tudo com a pedra. Ele é pago pelo trabalho com pedra. Se for olhar pela lei, ele está traficando. Como vocês vão lidar com essa questão?

I: Tráfico é tráfico e usuário é usuário. **É o tirocínio policial.** Tráfico é tráfico e usuário é usuário.

B: Não tem critério de quantidade?

I: Sim, tem quantidade. Mas é o tirocínio policial.

B: Mas tem a ver com o contexto e não só a quantidade...

I: Sim, exatamente. É o tirocínio policial.

B: E o que é tirocínio?

I: É aquele olhar, é o olhar que você sabe que é diferenciado da saúde, da assistência social. É o ângulo da segurança. (SOUZA, 2015, p. 216)

O diálogo acima apenas ilustra o que diversas pesquisas recentes têm demonstrado: a crença ainda hoje prevalente, e mesmo hegemônica, no sistema criminal da capacidade de discernimento dos agentes de segurança pública adquirida na experiência do trabalho cotidiano, de natureza empírica e intuitiva, portanto, intrinsecamente sujeita a erros de avaliação, que não são sequer percebidos²⁵.

Para Souza (2015), não haveria descompasso entre o texto da Lei e a discricionariedade da atuação dos agentes de segurança, mas sim a aplicação da norma jurídica a partir da própria interpretação dos agentes de segurança que, como se sabe, é permeada por elementos jurídicos, mas também por concepções, crenças e valores.

²⁴ Criado em 2014 pelo então prefeito da cidade de São Paulo, Fernando Haddad, em consonância com a Política Ministerial “Crack: é possível vencer”, o programa intersetorial “De Abraços Abertos” preconiza a redução de danos e tem como eixo de atuação o tripé prevenção, cuidado e autoridade.

²⁵ Uma análise abrangente dessas e outras contradições está disponível em Kahneman, 2012.

Assim sendo, segundo Souza, “*não há uma discricionariedade dos agentes de segurança ao ‘aplicar’ a lei, ao contrário, a ação do agente representa a própria produção da norma jurídica*” (2015, p. 222).

Contudo, para Valois (2014), a discricionariedade dos agentes de segurança é enorme e se reflete no dia-a-dia quando compete ao policial a avaliação da conduta de qualquer cidadão. Para o autor,

neste campo, as concepções do policial têm campo livre, pois, no ambiente de guerra às drogas criado, as autoridades policiais podem parar qualquer um, revistar quem entender por suspeito. Diferentemente dos demais crimes, em que o suspeito é quem age ou pratica conduta relacionada ao delito do qual se suspeita, no tráfico de drogas qualquer um pode ser suspeito (2014, p. 109)

Esta discricionariedade termina por reforçar a seletividade do sistema penal. Conforme mencionado anteriormente, Boiteux (2009), através da análise de sentenças e acórdãos judiciais, confirmou esta seletividade e evidenciou que são os policiais que detêm, na prática cotidiana, o poder de julgar e aplicar a pena, visto que são estes os responsáveis pela apresentação das provas analisadas nos processos, provas essas, via de regra, não questionadas pelo Judiciário, posto que

Nem sempre fica claro para os operadores da justiça criminal, ou estes preferem ignorar, que os juízes só julgam os raros casos que chegam até a justiça, após a amostragem prévia feita pela polícia, razão pela qual o sistema penal, seletivo em todas as esferas, se torna ainda mais seletivo no caso do tráfico (BOITEUX, 2009, p. 44)

Desta forma, a Nova Lei perpetua a estigmatização a que são submetidos usuários de drogas frente aos registros de passagem pela polícia. Isto porque, como a Nova Lei de Drogas mantém a criminalização do consumo de drogas, mantém igualmente os procedimentos legais para seu tratamento.

Desta forma, usuários de drogas apreendidos em flagrante são direcionados à delegacia mais próxima para assinatura de Termo Circunstanciado, comprometendo-se a comparecer em audiências judiciais nos Juizados Especiais Criminais (JECRIM), onde o acusado poderá, ou não, responder a um processo – é possível a suspensão do processo criminal se o acusado aceitar as condições impostas pelo juiz (JESUS, 2011; RUI, 2014).

Correa, Corda e Boiteux (2015) salientam que, inevitavelmente, todo consumo implica posse de drogas e, necessariamente, ainda que equivocadamente, em criminalização dos consumidores.

Assim sendo, a não delimitação entre o que seria posse de drogas para uso próprio e posse de drogas para fins de traficância²⁶, submete ainda o usuário ao contínuo risco de não saber que quantidade de droga poderá portar para não ser confundido com traficantes, colocando os usuários em situação de vulnerabilidade, expostos a extorsão, violência, incluindo a policial, detenções arbitrárias, entre outras violações dos direitos humanos (CORREA, CORDA & BOITEUX, 2015; GRILLO, POLICARPO & VERÍSSIMO, 2011).

Frente ao exposto no decorrer do presente capítulo, buscamos, através da pesquisa empírica desenvolvida, exposta e discutida nos capítulos subsequentes, contribuir para o debate político, acadêmico e social sob o viés da saúde pública, campo contra-hegemônico na disputa pela direcionalidade da Política de Drogas vigente no Brasil hoje.

²⁶ Alguns países, como Uruguai e Equador, na América Latina, ou, a Espanha, na União Europeia, permitem legalmente a posse de drogas consideradas ilícitas até determinada quantidade, conforme esclarecem Correa, Corda e Boiteux: “*es frecuente que lá posesión sea tolerada bajo un esquema de umbrales máximos de portación de sustancias por encima de los cuales, en ocasiones, se presume que la portación tiene como finalidad su comercio o venta. En este esquema, los Estados predefinen una cantidad determinada de algunas sustancias ilícitas por debajo de las cuales se debe presumir la posesión para consumo personal*” (2015, p. 06)

3 – OBJETIVOS

3.1 – GERAL

Descrever e analisar o tratamento penal dado aos acusados de tráfico de drogas que integram uma amostra de 85 sentenças referentes ao estado do Rio de Janeiro, no contexto do marco jurídico brasileiro de controle de drogas ilícitas consubstanciado na Lei de Drogas (nº 11.343/2006).

3.1.1 – Específicos

- Traçar o perfil dos indivíduos que respondem a processos criminais sob a acusação de tráfico de drogas no estado do Rio de Janeiro e que tiveram laudos periciais para averiguação de dependência em drogas solicitados no decorrer do processo criminal;
- Analisar os laudos médicos de dependência de drogas, identificando os principais critérios utilizados na elaboração do parecer final pelo médico perito;
- Analisar em que medida os pareceres médicos são considerados pelos juízes na elaboração das sentenças de primeira instância nas comarcas do estado do Rio de Janeiro;
- Mapear a aplicação prática da Nova Lei de Drogas pelos juízes nos julgamentos de primeira instância nas comarcas do estado do Rio de Janeiro, sobretudo no que tange ao tratamento penal dados aos sujeitos sociais tipificados nos artigos 28 e 33 da referida Lei;
- Identificar quais dispositivos da rede de atenção à Saúde Mental no estado do Rio de Janeiro são acionados, ou não, nos casos em que é apontada a necessidade de tratamento de saúde.

4 – METODOLOGIA

O estudo é de natureza transversal, de desenho misto, o que, mais recentemente, passou a ser conhecido como “estudo multimétodos”, quali-quantitativo.

Para a consecução dos objetivos propostos, optou-se por, inicialmente, coletar dados presentes nos laudos periciais emitidos no ano de 2014 pelos profissionais médicos do Instituto de Perícias Heitor Carrilho (IPHC), órgão vinculado à Secretaria de Administração Penitenciária (Seap) do Governo do Estado do Rio de Janeiro.

Antes denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho²⁷, o Instituto, criado em 2013, atualmente é responsável pela realização de exames periciais de sanidade mental e dependência em drogas. E atende a todas as varas criminais localizadas no estado do Rio de Janeiro – Varas Estaduais e Federais, além das Varas de Execuções Penais e Auditoria da Justiça Militar localizadas no estado.

Protocolarmente, todos os exames realizados no IPhc contemplam duas etapas: análise pelo médico perito do processo criminal a que o acusado responde e entrevista com vista à verificação da existência, ou não, de nexos causais entre a doença mental ou dependência e o crime do qual o réu é acusado.

A seleção dos laudos periciais para início da coleta de dados não foi aleatória, mas esteve sujeita às conveniências decorrentes das condições operacionais de realização do estudo. Considerando o quantitativo de processos criminais referentes ao crime de tráfico de drogas que tramitam no estado do Rio de Janeiro, e, sobretudo, que para o acesso a tais

²⁷ Em 1921, objetivando propiciar os cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, assim como formar um centro de estudos científicos na área de Psiquiatria Forense, foi construído o primeiro manicômio judiciário da América Latina, o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (MJRJ). Em 1940, o Manicômio Judiciário foi definido como estabelecimento destinado àqueles que a Lei reconhece a irresponsabilidade, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado. Em 1955, o Manicômio Judiciário do Serviço Nacional de Doenças Mentais teve o seu nome alterado, passando a designar-se Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, primeiro diretor e idealizador do Manicômio Judiciário. A extinção oficial do Hospital Psiquiátrico Heitor Carrilho (HCTPHC) se deu em 2013, período em que o antigo Manicômio foi transformado no Instituto de Perícias Heitor Carrilho. Contudo, as atividades de assistência à saúde foram totalmente encerradas em 2016, com a transferência de todos os abrigados para unidades de residências terapêuticas, onde obteriam tratamento multidisciplinar e psicossocial adequado, em seus municípios de origem. Na atualidade, a SEAP-RJ possui respectivamente um HCTP e um Hospital Penal como “portas de entrada” da medida de segurança – o Henrique Roxo (HR em Niterói/RJ) e o Roberto Medeiros (RM em Bangu/RJ).

processos é necessário saber o nome completo de uma das partes envolvidas ou o número do processo judicial, iniciamos a coleta de dados pelos laudos do IPHC, o que possibilitou a triagem do quantitativo total de processos criminais referentes a tráfico de drogas que tiveram laudos periciais para diagnóstico de dependência em drogas solicitados no decorrer dos processos.

Da mesma forma, a escolha do ano de 2014 como referência para seleção dos laudos não foi casual. Optou-se pelos laudos emitidos neste ano tendo como pressuposto o prazo médio para julgamento nas varas criminais, e, conseqüentemente, emissão das sentenças a serem analisadas.

Frente à ausência inicial de informações acerca do quantitativo de laudos emitidos anualmente pelo Instituto nas características necessárias para o estudo proposto, realizamos análise exploratória nos 413 laudos periciais emitidos no ano de 2014, os quais classificamos por tipo de crime, como pode ser observado no quadro informativo a seguir:

Quadro 1 – Classificação Dos Laudos Médicos Emitidos No Ano De 2014 Pelo IPHC

Acusação	Quant. Laudos
Furto ou Roubo	181
Dano ao Patrimônio	11
Crimes Previstos no Código Penal Militar	29
Abuso Sexual/Estupro/Tentativa de Estupro	15
Homicídio	14
Ameaça/Agressão	31
Porte Ilegal de Arma	5
Dirigir Bêbado	1
Dirigir Drogado	1
Tráfico de Drogas	110
Ignorado	15
TOTAL	413

Fonte: Elaboração própria

Entre os meses de janeiro e fevereiro de 2017, foram coletados dados provenientes de 109 laudos periciais emitidos em 2014 pelo IPHC para diagnóstico de dependência em drogas ilícitas no decorrer de processos criminais deflagrados sob a acusação de tráfico de drogas e 01 laudo emitido no decorrer do processo criminal deflagrado sob a acusação de porte de drogas para consumo próprio.

O extenso tempo necessário para coleta dos dados no Instituto deve-se ao atual protocolo de segurança para pesquisa nas dependências da Seap, que teve como resultados diretos a autorização da entrada em campo para pesquisa por apenas 08 horas semanais, em média, e a transcrição dos dados coletados manualmente, para posterior digitação com vista à elaboração do banco de dados.

Soma-se a isso as péssimas condições de armazenamento dos documentos analisados: caixas *box* de papelão organizadas apenas pelo número do laudo emitido, empilhadas em uma sala abarrotada de prontuários médicos e laudos periciais arquivados, sem ventilação natural ou ar condicionado. É de se supor que, considerando as altas temperaturas do verão carioca, permanecer por longos períodos no Arquivo Médico da Instituição foi um desafio à parte no decorrer da pesquisa desenvolvida.

Posteriormente, procedeu-se à seleção das respectivas sentenças emitidas em primeira instância nas comarcas do estado Rio de Janeiro.

Ressalta-se que não foram objeto de estudo os autos dos processos na sua íntegra, mas exclusivamente as sentenças judiciais referentes aos laudos selecionados.

Tais sentenças foram coletadas através dos *sites* do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ) e da Justiça Federal – Seção Judiciária do Rio de Janeiro (JFRJ), que disponibilizam para consulta processos judiciais que se encontrem digitalizados.

A coleta de dados referentes às sentenças foi realizada em janeiro do corrente ano através do número processual coletado no decorrer da análise exploratória dos laudos periciais.

No mês de março/2017, foi realizada nova busca no *site* do Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de acessar os processos criminais inicialmente não localizados e verificar a existência de sentenças emitidas para os processos que ainda estavam em julgamento quando da primeira busca. Obtivemos êxito em localizar duas sentenças adicionais, emitidas nos primeiros meses de 2017.

Cabe informar que, apesar de não ser uma sentença, considerando o objetivo geral deste trabalho, optamos por incluir na análise dos dados uma decisão de suspensão do processo que teve como condicionante o tratamento do acusado para dependência em drogas.

Assim sendo, foram analisadas apenas as sentenças classificadas como “Disponíveis” e [sob] “*Sursis*”:

Quadro 2 – Classificação Das Sentenças Coletadas Nos Sites Do TJRJ E JFRJ

Situação	Quantidade
Sentença Disponível	85
Ainda não foi expedida sentença	07
Processo principal/Sentença não foi localizada	16
Sentença não digitalizada/Não consta no site	1
<i>Sursis</i>	1
TOTAL	110

Fonte: Elaboração própria.

4.1 – INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O acesso aos laudos periciais só foi autorizado após aprovação pela Seap para realização da pesquisa.

Desta forma, frente à ausência de informações acerca dos dados passíveis de serem coletados nos documentos, foi construído um instrumento com base nas variáveis sociodemográficas presentes no questionário utilizado no “III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira”, coordenado nacionalmente pelo pesquisador Francisco Inácio Bastos (BASTOS & BERTONI, 2014).

Após autorização da entrada no Instituto para desenvolvimento da pesquisa, utilizamos 10 (dez) laudos para diagnóstico de dependência em drogas, aleatoriamente selecionados, para análise da factibilidade e consistência simples do instrumento.

Realizadas as alterações necessárias, aplicamos o instrumento para coleta de dados sociodemográficos e clínicos nos 110 laudos médicos periciais acessados, cuja versão final encontra-se apensada às folhas 99/103 do presente trabalho.

Da mesma forma, elaboramos instrumento para coleta de dados nas sentenças, que encontra-se apensado às folhas 104/106, com base em pesquisas anteriormente realizadas e utilizadas como referencial técnico-teórico no decorrer desta pesquisa, quais sejam: “Relatório de Pesquisa Tráfico de Drogas e Constituição”, coordenada por Luciana Boiteux (BOITEUX, 2009), e “Prisão Provisória e Lei de Drogas: um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo”, coordenada por Maria Gorete Marques de Jesus (JESUS, 2011).

Todos os dados coletados foram digitados e tabulados com auxílio do *software* Excel 2016 para posterior análise descritiva dos achados (tabulações básicas).

4.2 – ASPECTOS ÉTICOS

Os dados foram coletados na documentação referente aos laudos periciais e nas sentenças judiciais pela própria pesquisadora.

Devido às características da população-alvo do estudo, a pesquisa se deparou com obstáculos operacionais intransponíveis (incluindo pacientes apenados e/ou com processo sob sigilo de justiça) para localização e acesso aos mesmos para solicitação de autorização da utilização dos dados individuais no estudo proposto. Desta forma, entendemos que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) torna-se dispensável no que tange à coleta de dados nos laudos médicos e sentenças. Ou seja, a pesquisa se limitou à coleta de dados secundários, que não foram complementadas por dados primários de nenhuma espécie, nem quaisquer interações com os indivíduos aos quais os laudos se referem.

Entretanto, todos os esforços foram feitos de modo a garantir a confidencialidade, preservação da identidade, e proteção dos dados coletados em todas as fases da pesquisa, conforme preconiza o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Centro de Estudos da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (Seap)²⁸ e pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ)²⁹.

²⁸ Aprovação em 22 de novembro de 2016 – Processo E-21/087/72/2016, sendo autorizada a coleta de dados no IPHC a partir de janeiro/2017.

²⁹ Aprovação em julho de 2016 – Número do Parecer: 1.629.958 (CAAE 57081116.9.0000.5240).

5 – RESULTADOS DA PESQUISA E DISCUSSÃO

Este capítulo tem como objetivo apresentar os principais resultados alcançados através da: 1) análise descritiva dos dados coletados nos laudos médico-periciais e nas sentenças judiciais; 2) análise dos dados à luz do debate político-acadêmico em curso, em nosso país e no mundo ocidental, acerca de alternativas às atuais políticas de drogas e do sistema penitenciário (uma referência central ao debate internacional é o livro de Johnson et al., 2016, já na sua 4ª edição).

Considerando os objetivos da pesquisa desenvolvida, estruturamos o presente capítulo em 5 eixos – 4 atinentes aos Resultados (critérios utilizados para elaboração dos laudos, características socioeconômicas e características de saúde dos acusados, análise das sentenças judiciais), além de uma breve Discussão –, que, por meio de tabulações/gráficos simples, apresentam uma amostra de conveniência³⁰ de laudos referentes as prisões ocorridas no estado do Rio de Janeiro, onde a diferenciação para fins de penalização criminal entre usuário de drogas e traficantes tem como um dos seus determinantes o campo da saúde.

5.1 – PRINCIPAIS CRITÉRIOS UTILIZADOS NA ELABORAÇÃO DOS LAUDOS MÉDICO-PERICIAIS

Conforme informado anteriormente, os laudos médicos emitidos pelos peritos do Instituto de Perícias Heitor Carrilho (IPHC), órgão vinculado à Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (Seap), constituem, no presente momento, os principais mecanismos utilizados pela defesa dos acusados que vão a julgamento pelo crime de tráfico de drogas. São, assim, um mecanismo (ao menos, em tese) que subsidiaria a diferenciação entre usuários e traficantes ocasionais, que comercializam drogas ilícitas para sustentar o próprio consumo e, portanto, apresentam sérias demandas de saúde, e traficantes de drogas.

³⁰ Infelizmente, não foi possível obter uma aleatória simples, uma vez que jamais tivemos acesso ao universo de laudos pesquisados, sequer aos quantitativos referentes a estes.

A solicitação de realização do exame de dependência em drogas é, via de regra, solicitada pela defesa do acusado e determinada pelo juiz responsável, sendo os autos do incidente encaminhados para o Instituto. Compete a estes médicos psiquiatras a verificação de nexos causal entre a doença mental ou dependência química e o delito praticado, e a emissão de parecer técnico que será juntado ao processo criminal.

Ou seja, os laudos médicos periciais, nos casos em análise, têm a finalidade de apresentar um diagnóstico médico claro e preciso que permita ao juiz analisar: 1) se o réu é imputável³¹ (ou inimputável); 2) se ao réu se aplica uma das causas especiais de redução de pena, como preveem os artigos 45 e 46 da Lei Federal nº 11.343/2006; 3) se há necessidade de encaminhamento do réu para tratamento.

Frente a isso, buscamos identificar quais os principais critérios utilizados por estes profissionais da saúde na realização do exame de dependência de drogas e emissão do parecer final.

É interessante notar que, apesar da nomenclatura “exame toxicológico” frequentemente utilizada nos processos criminais, exames laboratoriais não são solicitados e/ou analisados pelos médicos peritos do IPHC, ou seja, o termo “toxicológico” é aqui utilizado num sentido lato e não no sentido mais estrito da bioquímica/toxicologia. Além da leitura das peças dos autos encaminhadas ao Instituto pela Vara Criminal, compõe o processo de trabalho dos médicos peritos a realização de entrevistas, onde são coletados dados biográficos do acusado e é realizado o exame psíquico.

A estruturação dos laudos médicos varia conforme o profissional médico que realiza o exame. Isto porque os instrumentos utilizados para o diagnóstico clínico, os laudos médico-periciais, não apresentam padronização no que tange ao registro das principais informações utilizadas para o diagnóstico final. Como consequência direta, há laudos que reconstituem, aproximadamente, a biografia do acusado, e aqueles que apenas atribuem ao paciente um diagnóstico clínico.

Os laudos que apresentam informações sociais e clínicas mais detalhados contemplam as Variáveis “antecedentes”, “súmula psicopatológica” e “diagnóstico final”, detalhadas no quadro abaixo:

³¹ O conceito de imputabilidade pode ser assim definido: “[...] a imputabilidade é a possibilidade de atribuir a um indivíduo a responsabilidade por uma infração. Segundo prescreve o artigo 26, do Código Penal, podemos, também, definir a imputabilidade como a capacidade do agente entender o caráter ilícito do fato por ele perpetrado ou, de determinar-se de acordo com esse entendimento.” (DIREITO NET, 2016).

Quadro 3 – Variáveis Que Compõem Os Laudos Médico-Periciais Emitidos Pelo IPHC

	Elementos colhidos nos autos Versão do acusado aos peritos	Antecedentes Pessoais Antecedentes Familiares Antecedentes Psicossociais Exame Psíquico	Físico (ectoscopia) Complementares (se necessário)
	Considerações Psiquiátrico-Forenses		
	Diagnóstico Sindrômico e Nosológico		Questionamentos da Defesa Questionamentos do Ministério Público Questionamentos do Juiz

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

Por sua vez, os critérios utilizados para diagnóstico clínico nos laudos médico-periciais são aqueles previstos no quinto capítulo da Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10), por ser este o instrumento adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015). O capítulo da CID-10 referente aos “Transtornos Mentais e de Comportamento” inclui os transtornos provocados pelo uso de substâncias, como pode ser observado nos quadros informativos a seguir:

Quadro 4 – Transtornos Mentais E Comportamentais Decorrentes Do Uso De Substância Psicoativa Classificados Na CID-10

Código CID-10	Transtornos Mentais e Comportamentais
F10	Decorrentes do uso de álcool;
F11	Decorrentes do uso de opioides;
F12	Decorrentes do uso de canabinoides (maconha);
F13	Decorrentes do uso de sedativos e hipnóticos;
F14	Decorrentes do uso de cocaína;
F15	Decorrentes do uso de outros estimulantes, incluindo a cafeína;
F16	Decorrentes do uso de alucinógenos
F17	Decorrentes do uso de fumo (tabaco)
F18	Decorrentes do uso de solventes voláteis
F19	Decorrentes do uso de múltiplas drogas e do uso de outras substâncias psicoativas

Fonte: BRASIL, 2015.

Quadro 5 – Classificação Dos Tipos De Transtornos Decorrentes Do Uso De Substância Psicoativa Na CID-10

CÓDIGO CID-10	TIPO DE TRANSTORNO
0	Intoxicação aguda
1	Uso nocivo para saúde
2	Síndrome de dependência
3	Estado de abstinência
4	Estado de abstinência com delírio
5	Transtorno psicótico
6	Síndrome amnésica
7	Transtorno psicótico residual e de início tardio
8	Outros transtornos mentais e de comportamento
9	Transtorno mental e de comportamento não especificado

Fonte: BRASIL, 2015.

A pesquisa desenvolvida teve como fonte de informação as cópias dos laudos médico-periciais arquivados no Instituto. Devido à heterogeneidade na composição destes documentos, muitas informações referentes ao perfil social dos acusados não constam dos documentos analisados. Intencionou-se, através da análise das sentenças judiciais, recuperar, na medida do possível, os dados que não constam dos respectivos laudos. Contudo, tais sentenças não apresentam informações de caráter socioeconômico, como poderá ser observado nas próximas seções.

5.2 – CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DOS ACUSADOS DE TRÁFICO DE DROGAS SEGUNDO OS LAUDOS MÉDICO-PERICIAIS

Através da análise dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC, buscou-se traçar o perfil dos indivíduos que respondem a processos criminais sob a acusação de tráfico de drogas no estado do Rio de Janeiro e que tiveram instaurados processos para averiguação de dependência de drogas.

Tais exames são solicitados pelos acusados na tentativa de comprovar que não cometeram o crime de tráfico, ou ainda, que o crime previsto no Art. 33 da Lei Federal nº 11.343/2006 foi cometido devido à dependência de drogas.

No exame pericial, estas afirmações são reiteradas: em 110 laudos analisados, 95 dos acusados afirmaram ao médico perito serem usuários de drogas sem vinculação alguma com tráfico, ou atividades afins.

Já entre os que informaram atuar no tráfico de drogas, sobressaem os relatos de participação forçada nas atividades criminosas para saldar dívidas com traficantes de drogas e de atuação no tráfico local em troca de dinheiro e/ou drogas para uso próprio como informantes ou transportando drogas. Por sua vez, 3,6% dos acusados, incluídos na variável “Outros” na **Tabela 1**, afirmaram não fazer uso ou portar drogas ilícitas, tendo sido criminalmente acusados por estarem em companhia de usuários que portavam drogas no momento da prisão.

Tabela 1 – Distribuição Dos Acusados Segundo Variável Autodeclarada Aos Médicos peritos, Rio De Janeiro, 2014

Variável	N	%
Usuários	95	86,4
Traficantes	11	10,0
Outros	4	3,6
Total	110	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médicos-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

A maioria dos acusados são jovens adultos, com idade entre 18 e 29 anos (62,8%), como pode ser observado na **Tabela 2**, com uma média de idade de 29,4 anos.

Tabela 2 – Distribuição Dos Acusados Por Faixa Etária, Rio De Janeiro, 2014

Variável	N	%
18-24 anos	52	47,3
25-29 anos	17	15,5
30 a 34 anos	12	10,9
35 a 39 anos	6	5,5
40 a 44 anos	13	11,8
45 a 49 anos	5	4,5
50 anos ou mais	5	4,5
TOTAL	110	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

Cabe lembrar que, conforme preconiza a legislação brasileira, menores de 18 anos de idade são penalmente inimputáveis³², o que pode contribuir para uma média de idade relativamente elevada, já que a distribuição de valores está truncada à esquerda, ou seja, valores abaixo de 18 anos, necessariamente, não constam dos laudos e respectivas tabulações.

Acrescente-se a isso que a maior idade registrada nos laudos, 64 anos, valor discrepante do comumente observado, contribui para elevar o valor da média de idade, uma vez que a média constitui uma medida de tendência central bastante sensível a valores extremos.

Observa-se um amplo predomínio de pessoas do sexo masculino entre os acusados que tiveram laudos médico-periciais solicitados pela defesa no decorrer de 2014:

Tabela 3 – Distribuição Dos Acusados Por Sexo, Rio De Janeiro, 2014

Variável	N	%
Masculino	104	94,5
Feminino	6	5,5
TOTAL	110	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

É interessante notar que, entre os 110 laudos analisados, foram encontrados 03 laudos em que há relato de prisão das companheiras dos acusados devido ao transporte de drogas para o interior de presídios, conforme relatos coletados nos laudos e sistematizados no quadro a seguir:

³² Conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990), a prática de ato infracional por menor de 18 anos de idade é passível de aplicação de medida socioeducativa, cujas modalidades são discriminadas no Art. 112 da referida Lei.

Quadro 6 – Casos Em Que As Companheiras de Acusados Foram Presas Por Transportar Drogas Para o Interior De Presídios, Rio De Janeiro, 2014

N	Denúncia	Versão do Acusado
Caso 1	Solicitou que companheira entrasse na penitenciária no horário da visita levando, na vagina, 90,9g de maconha. O denunciado é o autor intelectual do crime, pois solicitou que a companheira levasse a droga.	“Ela veio me visitar trazendo maconha e trouxe maconha pra mim. Aí, ela foi presa”.
Caso 2	Sua companheira trazia no interior de sua bolsa, no Complexo Penitenciário de Gericinó, 5,98g de maconha e 66,94g de cocaína. O denunciado foi quem determinou que a denunciada trouxesse as drogas apreendidas para o interior do presídio, a fim de quitar uma dívida por ele contraída no valor de R\$560,00 possuindo, desta forma, completo domínio final do fato criminoso.	“Eu tava com um dívida alta de cocaína. Aí, pedi pra ela levar droga para que eu pudesse pagar a dívida, senão eu poderia até morrer”
Caso 3	Sua companheira tentou ingressar com drogas no Complexo Penitenciário de Gericinó.	“Fiquei preso uns 03 anos. Ela foi me visitar. Eu pedi pra ela levar uma droga. Foi a primeira vez que ela levou, mas infelizmente ela veio a rodar. Eram 48 papéis. Era pra mim usar. Ela nem queria levar, mas eu disse que terminaria com ela, se ela não levasse”

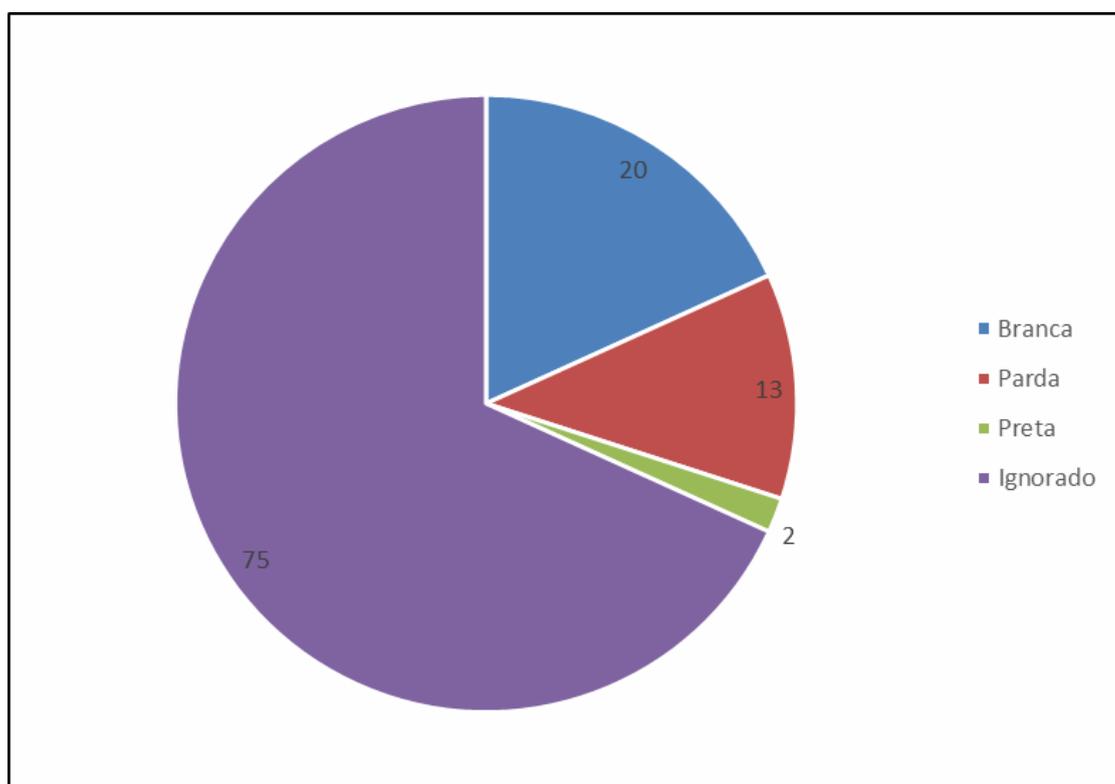
Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

Cabe informar que, na amostra de laudos acessada, não foram encontrados laudos médico-periciais solicitados para estas mulheres.

No que tange à variável “Raça/Cor”, poucas informações puderam ser coletadas, tendo em vista que em 75 laudos (68,2%) não há registro de dados referentes a esta variável.

Entre os 35 laudos que dispõem de informações referentes a esta variável, 20 acusados foram classificados pelos peritos (ou se autodeclararam, o que não é possível esclarecer a partir das informações disponíveis) como brancos, 13 acusados como pardos e 02 como pretos:

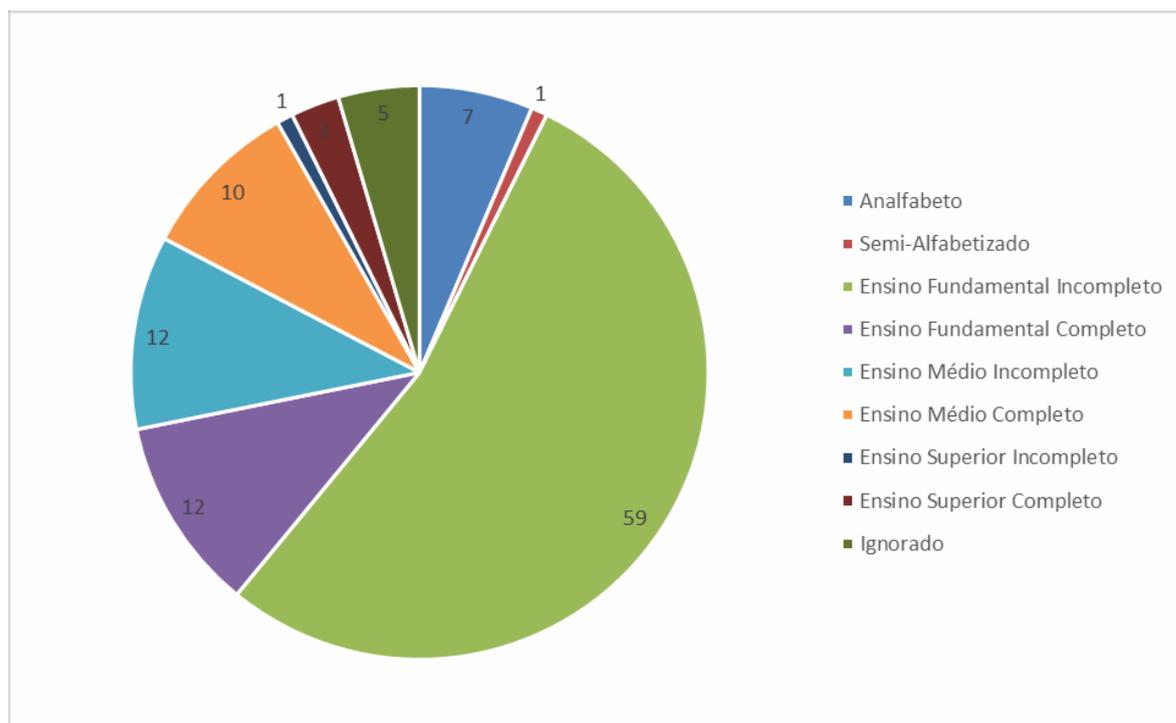
Gráfico 1 – Distribuição Dos Acusados Por Raça/Cor Da Pele, Rio De Janeiro, 2014



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

O nível de escolaridade entre os acusados é baixo: 7 (6,4%) são analfabetos e 59 (53,6%) possuem Ensino Fundamental Incompleto. Apenas 3 (2,7%) dos acusados possuem Ensino Superior Completo:

Gráfico 2 – Distribuição Dos Acusados Por Nível De Escolaridade, Rio De Janeiro, 2014



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

No que tange ao estado civil, a maioria dos acusados declarou ser solteiro (76,4%), como poder ser observado na **Tabela 4**.

Tabela 4 – Distribuição Dos Acusados Por Situação Conjugal, Rio De Janeiro, 2014

Variável	N	%
Solteiro	84	76,4
Casado/União Consensual	13	11,8
Separado/Desquitado	2	1,8
Divorciado	2	1,8
Ignorado	9	8,2
TOTAL	110	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

Já a informação referente ao quantitativo de filhos ficou prejudicada devido à elevada proporção de dados faltantes [27 ignorados] (24,5%). Entre os laudos que dispunham de informações sobre esta variável (83 laudos), 20,0% informavam que o acusado não possui filhos e 19,1% que possui apenas um filho. Apenas 10,9% dos laudos (ressalte-se aqui, mais uma vez, a expressiva proporção de dados faltantes) registra acusados com quatro ou mais.

Tabela 5 – Distribuição Dos Acusados Por Quantidade De Filhos, Rio de Janeiro, 2014

Variável	N	%
Nenhum	22	20,0
Um	21	19,1
Dois	18	16,4
Três	9	8,2
Quatro ou mais	12	10,9
Não sabe	1	0,9
Ignorado	27	24,5
TOTAL	110	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

Por fim, intencionou-se verificar a renda familiar dos acusados. Contudo, os laudos médico-periciais não dispõem de dados para tanto. Há, em alguns laudos, a variável “Profissão”, onde o médico perito registra a última ocupação profissional do acusado.

Considerando a diversidade de nomenclaturas e/ou profissões registradas nos laudos, buscamos coletar e categorizar os dados referentes à situação laborativa dos acusados, cujos resultados estão sistematizados no **Gráfico 3**.

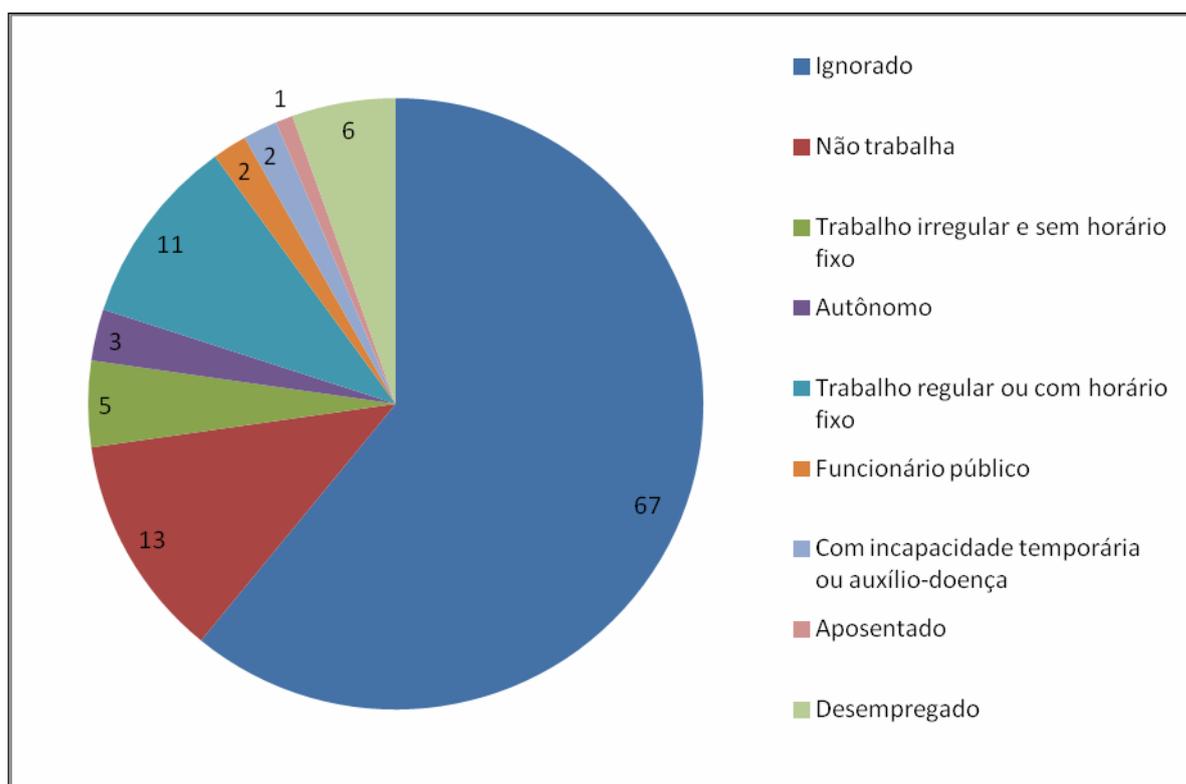
Em 67 laudos, 60,9% do total de documentos analisados, não há informações referentes à profissão e/ou situação laborativa dos acusados. Considerando que apenas 43 laudos possuem informação referente à variável “Profissão”, podemos inferir muito pouco sobre a fonte de renda e a renda percebida pelo grupo populacional sob análises, ainda que lançando mão de informações suplementares referentes ao ganho médio dos brasileiros por ocupação no contexto atual³³.

³³ Disponível, por exemplo, em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/tabela2.shtm>

A tabulação simples dos dados coletados referentes a esta variável permite afirmar apenas que há um grande número de acusados que desenvolvem atividades que demandam baixa instrução educacional.

Gráfico 3 – Distribuição Dos Acusados Por Situação Laborativa, Rio De Janeiro, 2014



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

Concluimos, frente ao exposto neste subcapítulo, que os acusados que solicitaram a realização do exame para comprovação da dependência química no decorrer do processo criminal são predominantemente adultos jovens do sexo masculino, solteiros e com poucos filhos, com baixa escolaridade, não brancos, que desenvolvem atividades laborativas que demandam pouca instrução, e que afirmam não possuir vinculação com o tráfico de drogas.

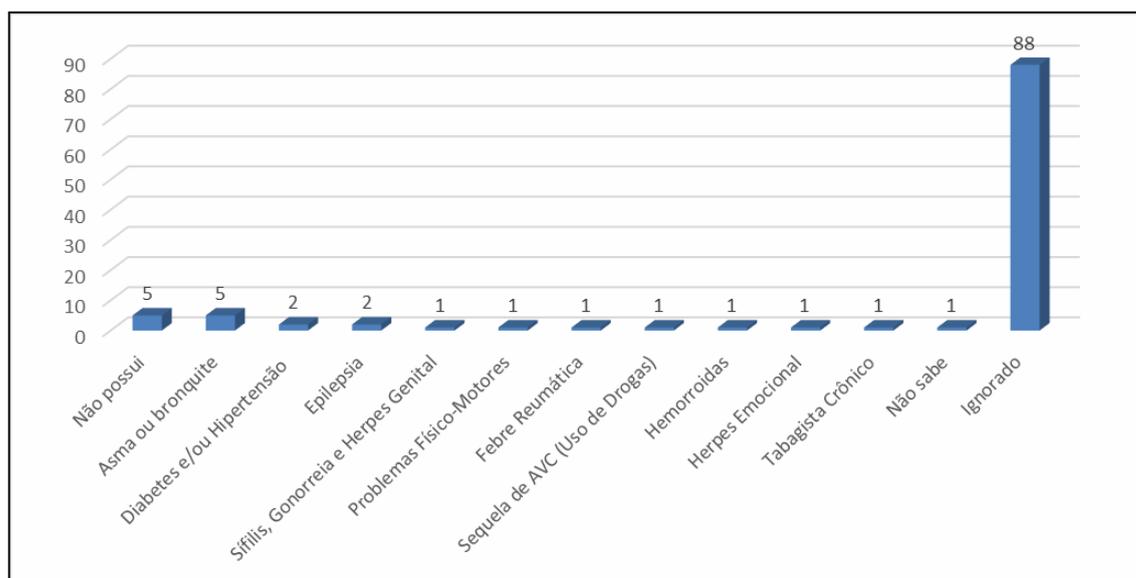
Passemos agora à análise das características desta população no que concerne ao consumo de drogas ilícitas.

5.3 – CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DOS ACUSADOS DE TRÁFICO DE DROGAS SEGUNDO OS LAUDOS MÉDICO-PERICIAIS

Os laudos médicos-periciais apresentam informações que permitem conhecer as principais drogas lícitas/ilícitas consumidas pela amostra referente ao grupo social em análise. Contudo, não dispõem de informações que permitam compreender as formas, padrões e frequências de uso, assim como as motivações alegadas para tanto.

Também são poucos os laudos periciais que informam sobre as condições de saúde dos acusados – dos 110 laudos analisados, 88 (80,0%) não apresentavam informação pertinente a este item:

Gráfico 4 – Distribuição Dos Acusados Por Situação De Saúde, Rio De Janeiro, 2014



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

Da mesma forma, 78 (70,9%) não dispunham de informações sobre o uso de cigarros (tabaco) e 24 laudos (21,8%) não dispunham de informações sobre o uso de bebidas alcólicas.

Entre os laudos que informam o uso de cigarros (tabaco) por parte dos acusados (32 laudos), 10 afirmam que o acusado não fuma, 08 informam que o acusado faz uso de cigarro, mas não informam o padrão de uso do mesmo, e 08 informam o uso de mais de 15 cigarros por dia (**Tabela 6**).

Já entre os laudos que informam o uso de bebidas alcólicas (86 laudos), não há referência detalhada ao padrão de uso do acusado. Isto porque o médico perito registra apenas a classificação de uso de álcool que considera mais apropriada, como pode ser observado na **Tabela 7**.

Tabela 6 – Distribuição Dos Acusados Por Padrão De Uso De Cigarros (Tabaco), Rio De Janeiro, 2014	
Variável	N
Não faz uso de cigarros	10
Menos de 01 cigarro/dia	1
Dois a cinco cigarros/dia	1
Seis a dez cigarros/dia	2
Onze a quinze cigarros/dia	2
Dezesseis a vinte cigarros/dia	4
Vinte e um a trinta cigarros/dia	2
Trinta e um a quarenta cigarros/dia	1
Quarenta e um ou mais cigarros/dia	1
Quantidade Ignorada	8
TOTAL	32

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

Tabela 7 - Distribuição Dos Acusados Por Padrão De Uso De Bebidas Alcoólicas, Rio De Janeiro, 2014	
Variável	N
Não faz uso de bebidas alcólicas	26
Uso Eventual	22
Uso Social	17
Uso Pesado	4
Alcoolista	3
Quantidade Ignorada	14
TOTAL	86

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

Álcool e tabaco constituem as duas drogas mais frequentemente consumidas pela população brasileira na atualidade. Pesquisa desenvolvida por Carlini et al. (2006) aponta que 73,9% dos entrevistados já tinham feito uso de álcool na vida, assim como 49,3% dos entrevistados já tinham feito uso na vida de tabaco, sendo os homens os maiores consumidores de ambas as drogas. Dados mais atuais, referentes a diversos estratos da população, basicamente corroboram as mesmas informações, como, por exemplo, o consumo predominante, e particularmente elevado, do álcool por parte de universitários (ANDRADE, DUARTE & OLIVEIRA, 2010).

No que tange ao uso de drogas ilícitas, as principais drogas utilizadas pelos acusados e mencionadas nos laudos são maconha (82,7%), cocaína (78,2%). Já o possível consumo de crack é informado em apenas 60 laudos do total de laudos analisados. Cabe observar que a soma dessas proporções (expressas em %) é bastante superior a 100%, ou seja, uma fração expressiva de indivíduos são poliusuários, ou seja, fazem uso de múltiplas drogas.

Tabela 8 – Distribuição dos Acusados Por Uso de Drogas Ilícitas, Rio de Janeiro, 2014

Variável	Sim	%	Não	%	Ignorado	%
Maconha	91	82,7	11	10,0	8	7,3
Cocaína	86	78,2	18	16,4	6	5,5
Crack	37	33,6	23	20,9	50	45,5

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

Apesar das poucas informações referentes aos padrões de consumo de drogas ilícitas, nota-se que em 05 laudos analisados há o relato explícito, por parte dos acusados, do consumo de crack em associação com outras drogas, quais sejam: maconha e cigarro (tabaco).

Há ainda alguns poucos relatos que evidenciam o uso de outras drogas lícitas/ilícitas, discriminadas na **Tabela 9**.

Tabela 9 – Distribuição Dos Acusados Por Uso De Outras Drogas, Rio De Janeiro, 2014

Variável	N
Benzodiazepínicos	3
Solvente ("Cheirinho da Loló")	3
Antipsicótico	1
Anticolinérgicos (Chá de Trombeta - <i>Brugmansia suaveolens</i>)	1
LSD	1
Chá de Ayahuasca (Chá do Santo Daime)	1
Haxixe	1
Ecstasy	1

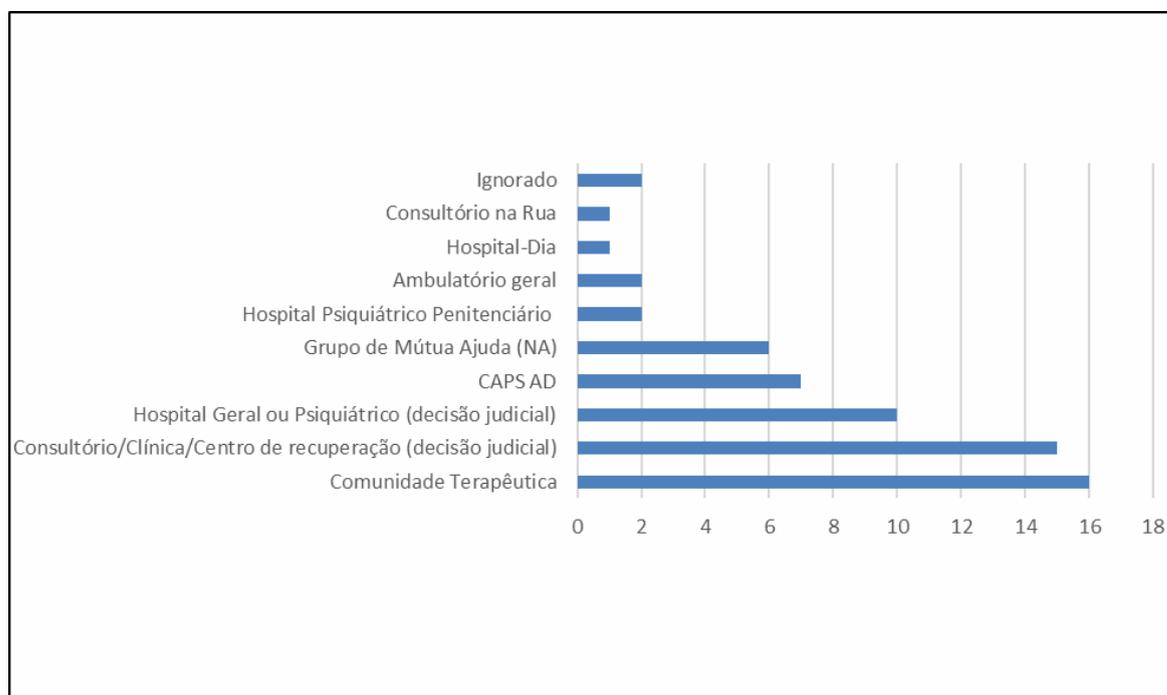
Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

Os benzodiazepínicos (citados sob os nomes comerciais Diazepam® e Rivotril®) são citados pelos acusados, que informam seu uso após o encarceramento na tentativa de minimizar os efeitos da ausência das drogas, rotineiramente consumidas quando fora do sistema carcerário, sobre o organismo, tendo em vista a dificuldade de acesso e de uso de drogas ilícitas nos presídios.

Não há, contudo, informações sobre o uso destes medicamentos sem prescrição médica em período anterior à prisão, o que não permite afirmar que tais drogas seriam ou não consumidas anteriormente. Registra-se ainda que um dos acusados referiu o uso de antipsicótico (Levozine®), mesmo sem prescrição médica, dado o efeito calmante/relaxante que a medicação lhe proporciona.

É interessante notar que, no que concerne a tratamentos no decorrer da vida para uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, apenas 86 laudos trazem informações pertinentes: 44 acusados informam nunca terem realizado tratamento para o uso prejudicial/abuso de drogas, 24 laudos não trazem este tipo de informação, e 42 acusados informam já ter feito tratamento anteriormente em diversos estabelecimentos, conforme discriminado no **Gráfico 5**.

Gráfico 5 – Distribuição Dos Acusados Por Tipo De Estabelecimento Onde Realizou Tratamento Na Vida Para Uso De Drogas, Rio De Janeiro, 2014



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

É importante esclarecer que o mesmo acusado poder referir inserção em diferentes tipos de serviços para tratamento do uso abusivo ou dependência em drogas – exemplo disso é o acusado que relata ao médico perito ter-se internado 22 vezes em diversas instituições para tratamento de dependência em drogas. Contudo, as eventuais barreiras frente à continuidade do tratamento médico não são relatadas nos laudos.

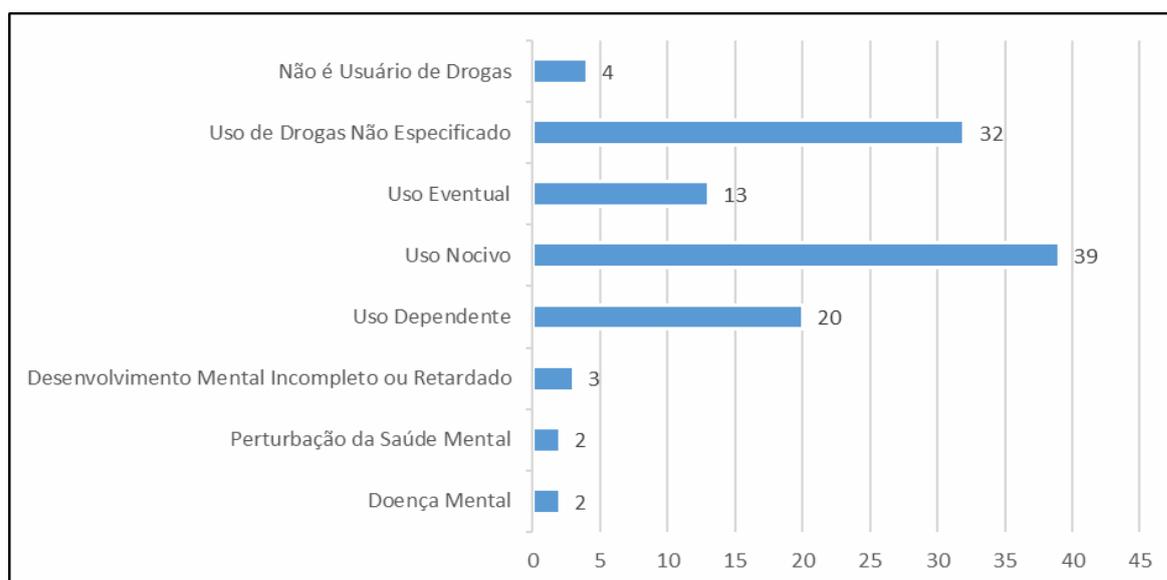
Ressalta-se ainda o predomínio das comunidades terapêuticas como locais amplamente utilizados pelos acusados para tratamento, sendo estas instituições criticadas por preconizar princípios que contrariam os pressupostos orientadores das políticas públicas de saúde no Brasil e pela recorrente violação dos direitos humanos dos internados em uma fração expressiva destas³⁴.

³⁴ O Conselho Federal de Psicologia realizou inspeção em 68 instituições presentes em 24 estados brasileiros e no Distrito Federal. Ver: Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas (BRASIL, 2011).

É relevante também o quantitativo de acusados (35) que já estiveram sob tratamento para uso de drogas devido a decisão judicial. São pessoas que em algum momento da sua vida responderam a processo criminal e tiveram evidenciados transtornos ocasionados pelo uso abusivo e/ou dependência em drogas. Contudo, em 24 laudos analisados não há qualquer menção a possíveis tratamentos realizados pelos acusados.

No que tange ao diagnóstico final nos laudos, dos 110 laudos analisados, 59 acusados foram diagnosticados como usuários nocivos ou dependentes em drogas ilícitas, e 32 acusados não tiveram o uso de drogas classificado clinicamente, conforme visualizado no **Gráfico 6**. É importante esclarecer que um mesmo acusado pode fazer uso de diferentes drogas e, assim, possuir diferentes classificações de consumo para as mesmas, de modo que a soma das proporções não corresponda a 100%.

Gráfico 6 – Distribuição Dos Acusados Por Diagnóstico Final Nos Laudos Médico-Periciais, Rio De Janeiro, 2014



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

Por sua vez, nos laudos, ao referir a classificação do uso de drogas, poucos médicos registraram as drogas utilizadas. Assim sendo, não foi possível proceder, com um mínimo de consistência metodológica, à eventual correlação entre classificação do uso e droga consumida.

Note-se ainda que a classificação de uso de drogas utilizada pelos médicos peritos do Instituto de Perícias Heitor Carrilho segue o disposto pela CID-10 sobre Uso Nocivo e Uso Dependente, qual seja:

Quadro 7 – Critérios Adotados Pela CID-10 Para Diagnóstico de Uso Nocivo e de Dependência em Drogas

<p align="center">Uso Nocivo</p>	<p>Padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos.</p>
<p align="center">Uso Dependente</p>	<p>Três ou mais dos seguintes critérios tiverem sido detalhados ou exibidos em algum momento dos últimos 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; 2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo; 3. Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência; 4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; 5. Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou ingerir a substância ou para se recuperar de seus efeitos; 6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas; estados de humor depressivos, consequentes a períodos de consumo excessivo da substância; ou comprometimento do funcionamento cognitivo, relacionado à droga. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.

Fonte: BRASIL, 2015.

Segundo Medina, Filho e Flach, o Uso Eventual, também denominado de Recreativo ou Social, “*caracteriza-se pelo uso circunstancial, integrado social e culturalmente, sem repercussões danosas para o trabalho, os estudos e a vida afetiva e familiar*” (2014; p. 481), não havendo indicação, nestes casos, para tratamento.

Apesar do quantitativo de acusados diagnosticados como usuários nocivos ou dependentes de drogas (59 acusados), apenas 16 laudos indicam a necessidade de tratamento para uso de drogas, enquanto 32 laudos informam que não necessidade de nenhum tipo de tratamento. Uma hipótese para tanto é que a indicação nos laudos periciais de tratamento para os acusados diagnosticados como usuário nocivo ou dependente é expressa pelos médicos peritos apenas quando há questionamento claro e preciso sobre a necessidade de tratamento encaminhada pelo Juiz ou pelas demais partes envolvidas no processo criminal (Defesa e Acusação). Há ainda 02 laudos que informam a necessidade de tratamento psiquiátrico devido a Doença Mental, como pode ser observado na **Tabela 10**.

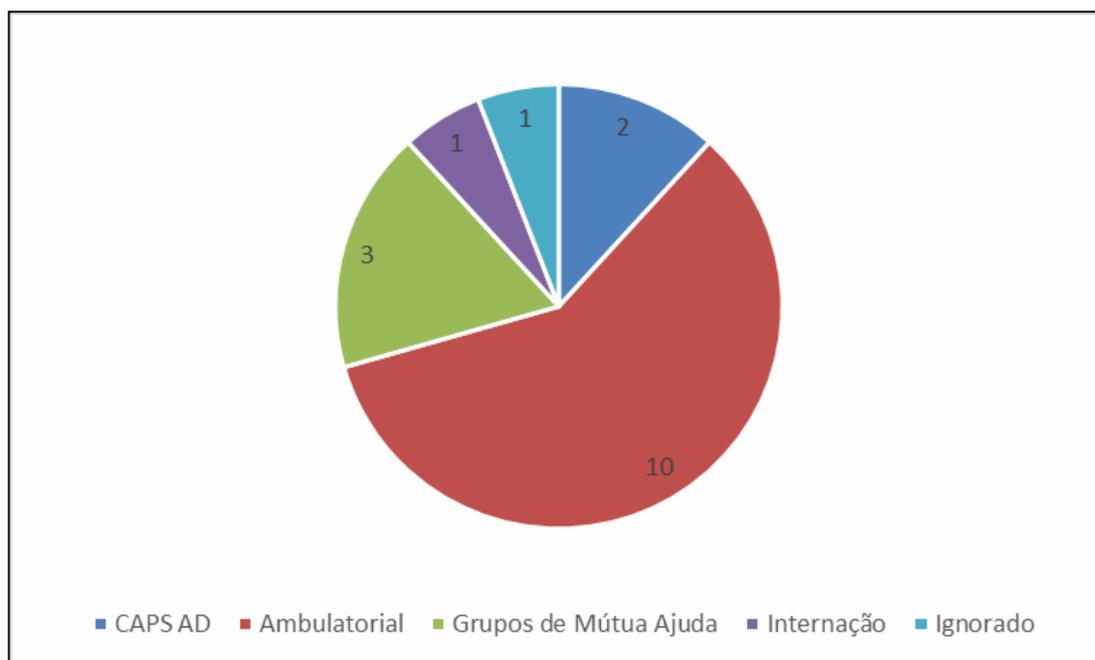
Tabela 10 - Distribuição Dos Acusados Por Necessidade De Tratamento Informada Nos Laudos Médico-Periciais, Rio De Janeiro, 2014

Variável	N
Uso de Drogas	16
Doença Mental	2
Não	32
Ignorado	56
Não se aplica	4
TOTAL	110

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

Por sua vez, as modalidades de tratamento indicadas nos laudos para os acusados diagnosticados como usuários nocivos e/ou com dependência em drogas informam a utilização de dispositivos previstos na atual política para pessoas que apresentem problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas como uma das suas estratégias mais relevantes, ao lado de, por exemplo, grupos de mútua ajuda (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011). Algumas distinções são muito pouco claras, como entre a frequência a CAPS-AD e o tratamento ambulatorial, uma vez que os CAPS oferecem basicamente tratamento ambulatorial, e, apenas residualmente, contam com um pequeno número de leitos de curta permanência.

Gráfico 7 – Distribuição Dos Acusados Por Modalidades de Tratamento Para Uso de Drogas Indicadas nos Laudos Médico-Periciais, Rio De Janeiro, 2014



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

No que concerne à isenção de pena (inimputabilidade), 94,5% tinham, à época dos fatos, segundo a conclusão dos peritos, capacidade de entendimento do caráter ilícito do ato praticado à época dos fatos, e 86,4% dos acusados teriam total capacidade de determinação também à época dos fatos, sendo, desta forma, passíveis de punição pela infração criminal cometida, conforme prevê a legislação penal brasileira³⁵ (Tabela 11).

³⁵ Conforme determina a Nova Lei de Drogas (Lei Federal nº 11343/2006) no Capítulo II, Art. 45, “é isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, 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” (BRASIL, 2006). Já o Art. 46 do mesmo capítulo estabelece que “as penas podem ser reduzidas de 1/3 a 2/3 se, por força das circunstâncias previstas no art. 45 desta Lei, 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” (BRASIL, 2006).

Tabela 11 – Distribuição Dos Acusados Por Diagnóstico Definidor De Imputabilidade/Inimputabilidade, Rio De Janeiro, 2014

Variável	Capacidade de entendimento à época do fato	%	Capacidade de determinação à época do fato	%
Sim	104	94,5	95	86,4
Não	0	0	13	11,8
Ignorado	6	5,5	2	1,8

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos dos laudos médico-periciais emitidos pelo IPHC em 2014

Dos 13 acusados que, segundo os laudos, não possuíam total capacidade de determinação à época do ato infracional, 05 (cinco) tinham a capacidade reduzida devido à dependência em drogas, 02 não possuíam nenhuma capacidade de determinação devido à Doença Mental, 01 possuía capacidade reduzida devido a Desenvolvimento Mental Incompleto/Retardo Mental, além de 05 laudos que não apresentavam justificativa e não definiam grau de incapacidade – se incapacidade total ou reduzida à época dos fatos.

Assim sendo, do total de laudos analisados (110), 94,5% dos acusados eram plenamente imputáveis, segundo os peritos. E 11,8% dos acusados teriam a possibilidade de redução da penalidade a ser aplicada frente à reduzida capacidade de determinação à época em que foi cometida a infração penal.

Passemos, então, a analisar as sentenças judiciais emitidas para a amostra coletada nos laudos, buscando avançar na compreensão dos determinantes que conformam a diferenciação entre usuários e traficantes de drogas.

5.4 – USUÁRIOS DE DROGAS OU TRAFICANTES? O QUE DIZEM AS SENTENÇAS JUDICIAIS

A análise das sentenças judiciais teve como objetivo principal mapear a aplicação prática da Nova Lei de Drogas pelos juízes nos julgamentos de primeira instância nas comarcas do estado do Rio de Janeiro, sobretudo no que tange ao tratamento penal dados aos sujeitos sociais tipificados na referida Lei.

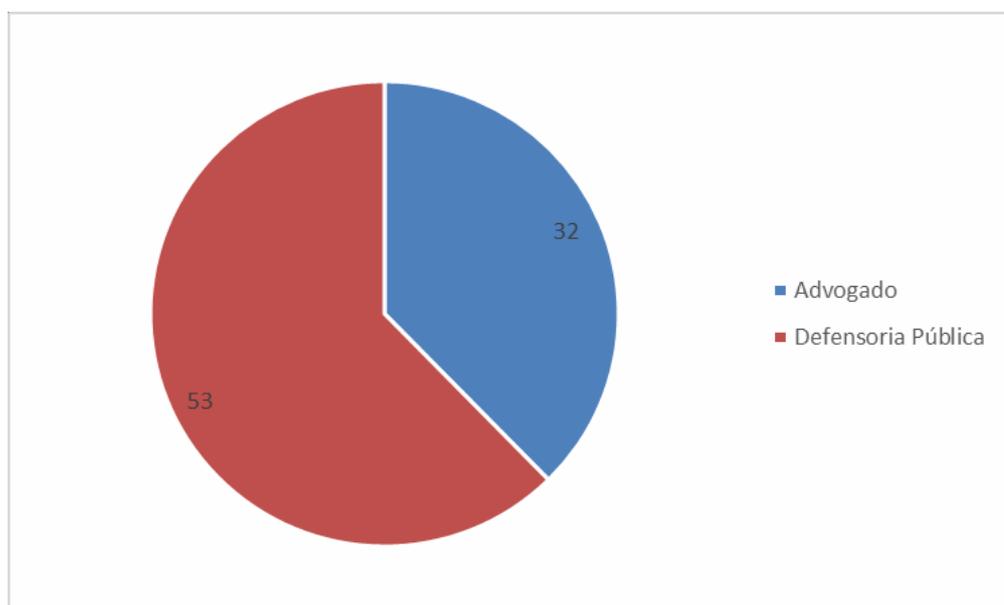
Buscou-se também analisar em que medida as informações de saúde, disponibilizadas nos laudos médico-periciais, influenciariam a determinação das sentenças de primeira instância nas comarcas do estado do Rio de Janeiro.

Como informado anteriormente, não foi possível acessar as sentenças para todos os acusados cujos laudos foram analisados neste devido a motivos diversos, detalhados no Item 4 – Metodologia.

Desta forma, a análise desenvolvida neste capítulo tem como fonte de informações as 84 sentenças e 01 (uma única) decisão de suspensão do processo³⁶, emitidas em primeira instância para os acusados que tiveram laudos médico-periciais solicitados em 2014 e que estão disponíveis para consulta nos *sites* do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro e do Tribunal Regional Federal da 2º Região – Seção Judiciária do Rio de Janeiro.

Cabe informar que apenas uma sentença foi emitida pela Vara Federal por envolver denúncia de tráfico internacional de drogas. As demais 84 sentenças foram emitidas pelas Varas Estaduais das Comarcas do estado do Rio de Janeiro. Do total de sentenças emitidas, observa-se que em 62,4% dos processos criminais o representante legal dos acusados foi a Defensoria Pública e em 37,6% dos processos foram advogados particulares que procederam à representação do réu e, assim sendo, utilizaram-se dos laudos médico-periciais para construir os argumentos de defesa.

Gráfico 08 – Representantes Dos Acusados Nos Processos Criminais, Rio De Janeiro, 2017



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

³⁶ Deste ponto em diante, ao apresentarmos e discutirmos os dados referentes às sentenças, estamos incluindo também os dados coletados referentes à decisão de suspensão do processo informada anteriormente.

Em todas as 85 sentenças analisadas a denúncia foi instruída com Autos de Prisão em Flagrante, sendo que 65,9% das prisões em flagrante ocorreram em vias públicas e 17,6% ocorreram em residências, conforme descrito na **Tabela 12**.

Ressalta-se que, das 15 sentenças em que a prisão em flagrante ocorreu na residência do acusado, apenas duas informam a existência de mandado de busca e apreensão que embasa tal ação (uma sentença informa emissão de mandado devido à suspeita de homicídio; e uma sentença informa mandado devido à denúncias de tráfico de drogas na residência).

As demais 13 prisões em residências ocorreram devido a denúncias por moradores da localidade ou patrulhamento de rotina em comunidades, situações em que, segundo os depoimentos dos policiais nas sentenças analisadas, os policiais entram em residências após autorização dos próprios acusados ou por outra pessoa responsável.

Tabela 12 – Distribuição Dos Acusados Por Locais Onde Ocorreram as Prisões, Rio De Janeiro, 2017

Variável	N	%
Via pública	56	65,9
Residência	15	17,6
Unidade prisional	4	4,7
Transporte Público	2	2,4
Ignorado	8	9,4
Total	85	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

Destaca-se ainda que, na maioria das sentenças analisadas (67,1%), o acusado foi preso sozinho em flagrante. Entre as prisões que informam mais de um acusado, o número de pessoas denunciadas é baixo, como mostra a **Tabela 13**, dizendo respeito antes a parcerias do que a uma facção no seu suposto conjunto. Obviamente, esse não é um efeito decorrente da composição das facções em si, mas de como as eventuais associações entre indivíduos são registradas pela polícia, e a seguir encaminhadas aos peritos.

**Tabela 13 – Quantitativo De Pessoas Denunciadas Por Sentença,
Rio De Janeiro, 2017**

Variável	N	%
Uma pessoa	57	67,1
Duas pessoas	14	16,5
Três pessoas	9	10,6
Quatro pessoas ou mais	4	4,7
Ignorado	1	1,2
Total	85	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

No que tange à denúncia apresentada ao juiz, 89,4% dos acusados foram denunciados pelo crime previsto no Art. 33 da Lei 11.343/06. Merece destaque um acusado denunciado pelo crime previsto no Art. 28 da mesma Lei.

Como se sabe, a infração prevista no artigo 28 da Lei Federal nº 11.343/2006 - posse de drogas para uso próprio - é julgada, inicialmente, pelo Juizado Especial Criminal (JECRIM), instância que determinará a instauração de processo caso o acusado não aceite as condições ali impostas pelo juiz.

**Tabela 14 – Distribuição Dos Acusados Por Denúncia,
Rio De Janeiro, 2017**

Variável	N	%
Porte De Drogas Para Uso Próprio (Art. 28 da Lei 11.343/06)	1	1,2
Tráfico De Drogas (Art. 33 da Lei 11.343/06)	76	89,4
(Associação Para Tráfico De Drogas) Art. 35 da Lei 11.343/06	3	3,5
Colaborar Como Informante Para Tráfico De Drogas (Art. 37 da Lei 11.343/06)	4	4,7
Ignorado	1	1,2
Total	85	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

Do total de sentenças analisadas, em 33 processos havia a denúncia da prática concomitante de mais de um crime para um mesmo acusado, situação juridicamente definida pelo Código Penal como concurso material, quais sejam: associação para o tráfico de drogas (26 denúncias), porte de arma de fogo (05 denúncias), posse de maquinário para produção/preparação de droga (01 denúncia), outros crimes não especificados (02 denúncias), corrupção de menor de 18 anos para prática de ato infracional (03 denúncias).

No que tange ao material apreendido com os acusados, há referência na denúncia que embasa o processo criminal às seguintes drogas ilícitas: maconha, cocaína, crack e haxixe (**Quadro 8**):

Quadro 8 – Distribuição dos Tipo de Drogas Apreendidas no Momento da Prisão Segundo A Denúncia Que Embasa O Processo Criminal

COCAÍNA	CRACK	HAXIXE	MACONHA	SOLVENTE	NÃO PORTAVA DROGAS	IGNORADO	N	%
x							16	18,8
x	x						4	4,7
	x						5	5,9
						x	8	9,4
			x				9	10,6
x			x				18	21,2
x	x		x				7	8,2
x	x	x	x				2	2,4
x	x	x	x	x			1	1,2
x	x		x	x			2	2,4
x		x	x				1	1,2
x			x	x			1	1,2
	x		x				3	3,5
					x		8	9,4
TOTAL							85	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

Entre os acusados que portavam drogas ilícitas no momento da prisão, 24,7% dispunham com eles de menos de 100g de maconha, 35,3% dispunham de menos de 100g de cocaína e 17,6% dispunham de menos de 100g de crack. Há ainda menção nas sentenças analisadas de apreensões de haxixe (dois acusados portavam até 01g da droga e 03 acusados portavam entre 10g e 50g da droga), conforme discriminado na **Tabela 15**.

Cabe informar que a variável “Ignorado” nesta tabela informa as sentenças que não trazem nenhuma informação sobre as drogas ou demais materiais apreendidos junto aos acusados.

Tabela 15 – Distribuição Do Tipo e Quantidade De Droga Ilícita Apreendida No Momento Da Prisão, Rio de Janeiro, 2017

Quantidade	Maconha		Cocaína		Crack		Haxixe	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 1g	1	1,2	1	1,2	3	3,5	0	0,0
1g a 10g	8	9,4	10	11,8	6	7,1	2	2,4
10g a 50g	7	8,2	13	15,3	6	7,1	2	2,4
50g a 100g	5	5,9	6	7,1	0	0,0	0	0,0
100g a 500g	8	9,4	8	9,4	3	3,5	0	0,0
500g a 1kg	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1kg a 5kg	4	4,7	2	2,4	1	1,2	0	0,0
Quantidade Ignorada	9	10,6	13	15,3	5	5,9	0	0,0
Não Portava Este Tipo de Droga	34	40,0	24	28,2	53	62,4	72	84,7
Ignorado	8	9,4	8	9,4	8	9,4	9	10,6
Total	85	100,0	85	100,0	85	100,0	85	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

Importa ressaltar que há menção, ainda que esporádica, de acusados que portavam solventes (em especial o “Cheirinho da Loló”) no momento da prisão, discriminados através do quantitativo de frascos com a substância (um acusado portava 1 frasco contendo a droga, dois acusados portavam 03 frascos e 1 acusado portava 12 frascos), não havendo informações mais detalhadas referentes ao quantitativo apreendido desta substância.

Por sua vez, em 35 sentenças há referência ainda a materiais apreendidos no momento da prisão em flagrante, conforme sistematização de informações apresentada na **Tabela 16**, apresentados na denúncia como materiais comumente utilizados por organizações criminosas voltadas para prática do crime de tráfico de drogas.

Tabela 16 – Distribuição de Materiais Apreendidos Com Os Acusados No Momento da Prisão, Rio de Janeiro, 2017

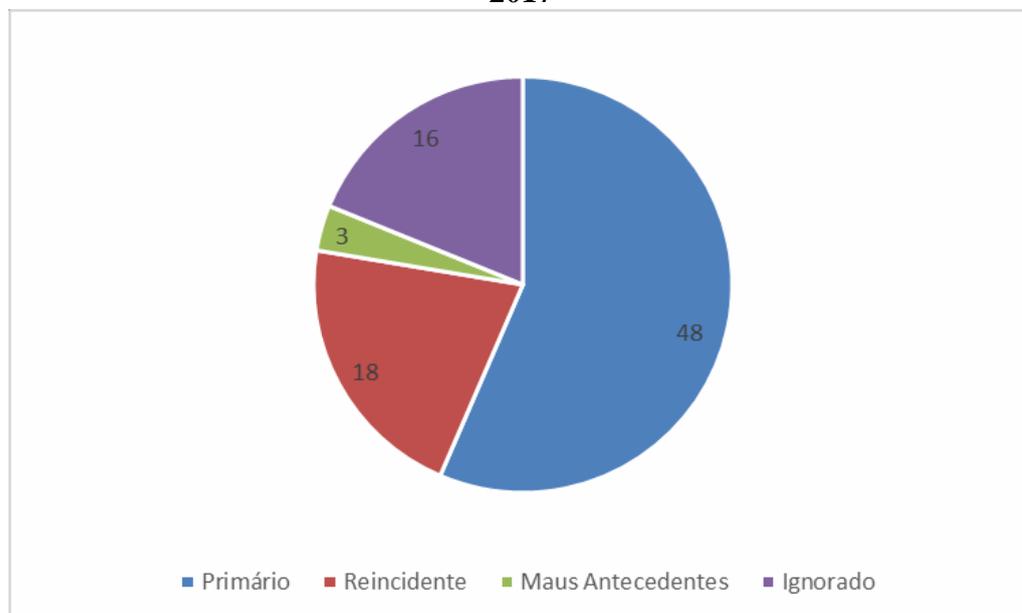
Variável	N
Rádio transmissor, baterias e carregadores	13
Arma de fogo, munição e/ou equipamento de proteção balística	9
Telefone celular	6
Anotações referentes a drogas e/ou dinheiro	3
Até R\$50,00 em espécie	6
De R\$50,00 a R\$100,00 em espécie	5
De R\$100,00 a R\$500,00 em espécie	4
Acima de R\$500,00 em espécie	2
Material para distribuição de drogas	2
Maquinário para produção de drogas	1
Ignorado	7

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

Causa espécie caracterizar enquanto tais (“materiais comumente utilizados por organizações criminosas”) celulares e pequenas quantias, pois isso faria com que fossem colocados sob suspeição a imensa maioria da população brasileira.

A análise dos dados demonstra ainda que 56,5% dos acusados eram réus primários:

Gráfico 09 – Distribuição dos Acusados Por Antecedentes Criminais, Rio De Janeiro, 2017



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

No que tange ao julgamento do processo criminal, em 62,4% das sentenças há referência aos laudos médico-periciais emitidos pelo Instituto de Perícias Heitor Carrilho para os acusados.

Nota-se que, em nenhuma das sentenças em que o juiz absolve o acusado da(s) denúncia(s) imputadas, os laudos médico-periciais foram mencionados.

Já entre as sentenças em que o juiz informa considerar o parecer médico para elaboração da sentença, é notória a menção aos disposto nos artigos 45 e 46 da Nova Lei de Drogas, que estabelecem a isenção de pena para quem, ao tempo da ação, era incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento devido à dependência em drogas ou estar sob o efeito da mesma, ou ainda a redução de pena para o agente que tinha reduzida sua capacidade de entendimento e determinação, segundo o laudo pericial.

Tabela 17 – Distribuição da Utilização dos Laudos Médico-Periciais Nas Sentenças Por Variável Ressaltada Pelos Juízes, Rio de Janeiro, 2017

Variável	N	%
Total Capacidade De Entendimento e De Determinação	35	41,2
Semi-Imputável Devido À Dependência Em Drogas	6	7,1
Semi-Imputável Devido À Retardo Mental Leve	1	1,2
Inimputável Devido À Doença Mental	2	2,4
Dependente Em Drogas	3	3,5
Não É Dependente Em Drogas	6	7,1
Não Menciona Laudos Médico-Periciais nas Sentenças	32	37,6
Total	85	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

Observa-se ainda que 81,2% das sentenças foram condenatórias e 5,9% das sentenças absolutórias, conforme discriminado no **Gráfico 10**. Em 7,1% (N = 6) das sentenças houve desclassificação da infração penal para a infração prevista no Art. 28 da Lei Federal nº 11.343/2006, sendo que em 04 sentenças além de desclassificação, houve a prescrição da penalidade, conforme prevê o Art. 30³⁷ da mesma Lei.

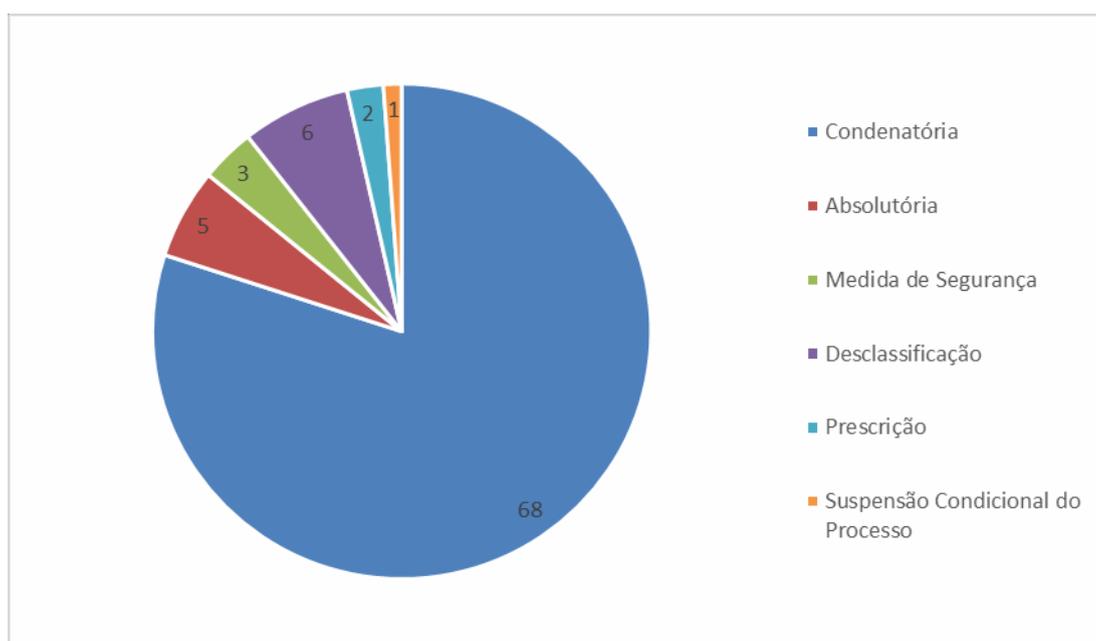
³⁷ O Art. 30 da Lei Federal nº 11.343/2006 dispõe que “*prescrevem em 2 (dois) anos a imposição e a execução das penas, observando, no tocante à interrupção do prazo, o disposto nos arts. 107 e seguintes do Código Penal*” (BRASIL, 2006).

Ou seja, em 12,9% das sentenças, a acusação de tráfico de drogas não foi comprovada, sendo o acusado considerado usuário de drogas pelo Poder Judiciário.

Destaca-se ainda um processo (1,2%) que foi suspenso provisoriamente por dois anos, sendo condição determinante para tal suspensão o tratamento compulsório de drogas da acusada em CAPS AD.

Por fim, cabe informar que nas três definições de Medida de Segurança, duas sentenças definem como modalidade a ser aplicada a internação hospitalar, por período de 01 a 02 anos, e uma sentença define como modalidade o tratamento ambulatorial por um ano. Contudo, não são definidas as unidades de saúde para início do cumprimento da medida. Tal definição caberia à Vara de Execuções Penais, conforme estabelecido pelos juízes.

Gráfico 10 – Tipos de Sentenças Coletadas, Rio De Janeiro, 2017



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

Observa-se que em 91,5% das sentenças classificadas como “Condenatórias” e “Medida de Segurança” imputou-se ao acusado o crime de tráfico de drogas previsto no Art. 33 da Nova Lei de Drogas, como pode ser observado na **Tabela 18**. Entre estes, 13 foram também acusados por associação para o tráfico de drogas, 01 por porte ilegal de arma de fogo, e 01 por desacato a funcionário público no exercício da função profissional.

Tabela 18 – Infração Imputada nas Sentenças Classificadas Como Condenatórias E Medida de Segurança Por Acusado, Rio de Janeiro, 2017

Variável	N	%
Porte de Arma de Fogo (Art. 14 da Lei 10.826/03)	1	1,4
Porte de Arma de Fogo de Uso Restrito ou Proibido (Art. 16 da Lei 10.826/03)	1	1,4
Tráfico de Drogas (Art. 33 da Lei 11.343/06)	65	91,5
Associação para Tráfico de Drogas (Art. 35 da Lei 11.343/06)	2	2,8
Colaborar como Informante para Tráfico de Drogas (Art. 37 da Lei 11.343/06)	2	2,8
Total	71	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

Observa-se que em apenas 54 sentenças, as denúncias imputadas aos acusados foram ratificadas pelos juízes, enquanto que em 16 sentenças os juízes consideraram que não foi comprovada a associação dos réus a organizações criminosas para prática do crime de tráfico de drogas. Ademais, entre os acusados cujas sentenças foram condenatórias, 61,8% apresentariam, segundo a decisão judicial, motivos adicionais para aumento da pena a ser aplicada e 52,9% teriam motivos que determinariam a redução da penalidade a ser imputada.

Entre as motivações para aumento das penas ressaltam-se a reincidência e os maus antecedentes do acusado (**Tabela 19**). Já entre os motivos para redução da pena, são prevalentes nas sentenças analisadas o disposto no Art. 33, §4º, da Nova Lei de Drogas. Ou seja, são agentes primários, com bons antecedentes, que não se dedicam a atividades criminosas nem integram organizações que se dediquem a isto (**Tabela 20**).

Cabe informar que um mesmo acusado pode ter diferentes fatores para redução e/ou aumento da penalidade a ser aplicada. Isto porque a legislação penal brasileira adota o critério trifásico para cálculo da quantidade de pena à ser aplicada, conforme dispõe o Código Penal brasileiro³⁸.

³⁸ O Art. 68 do Código Penal define que "a pena-base será fixada atendendo-se ao critério do art. 59 deste Código; em seguida serão consideradas as circunstâncias atenuantes e agravantes; por último, as causas de diminuição e de aumento".

Desta forma, cabe esclarecer que um mesmo acusado pode possuir causas de diminuição, como ser réu primário, e de aumento da pena, como utilização de arma de fogo no ato da infração.

Tabela 19 – Motivos Para Aumento da Penalidade a Ser Aplicada, Rio de Janeiro, 2017

Variável	N
Reincidência	24
Maus Antecedentes	10
Infração cometida com emprego de arma de fogo	6
Infração cometida no interior de unidade prisional	4
Envolvimento de criança ou adolescente	4
Infração cometida no interior de transporte público	1
Transnacionalidade do delito	1
Outros	1

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

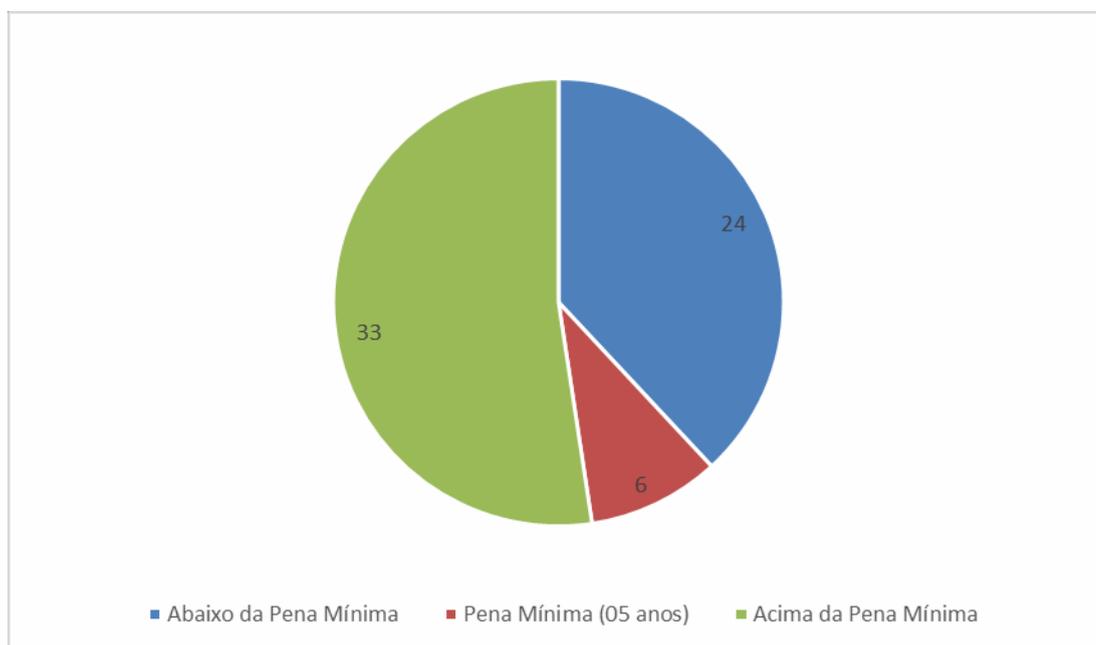
Tabela 20 – Motivos Para Redução da Penalidade a Ser Aplicada, Rio de Janeiro, 2017

Variável	N
Art. 33, §4º, da Lei 11.343/06	20
Confissão espontânea	8
Semi-Imputável (Reduzida Capacidade de Determinação)	5
Menor de 21 anos à época da infração	2
Outros	2

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

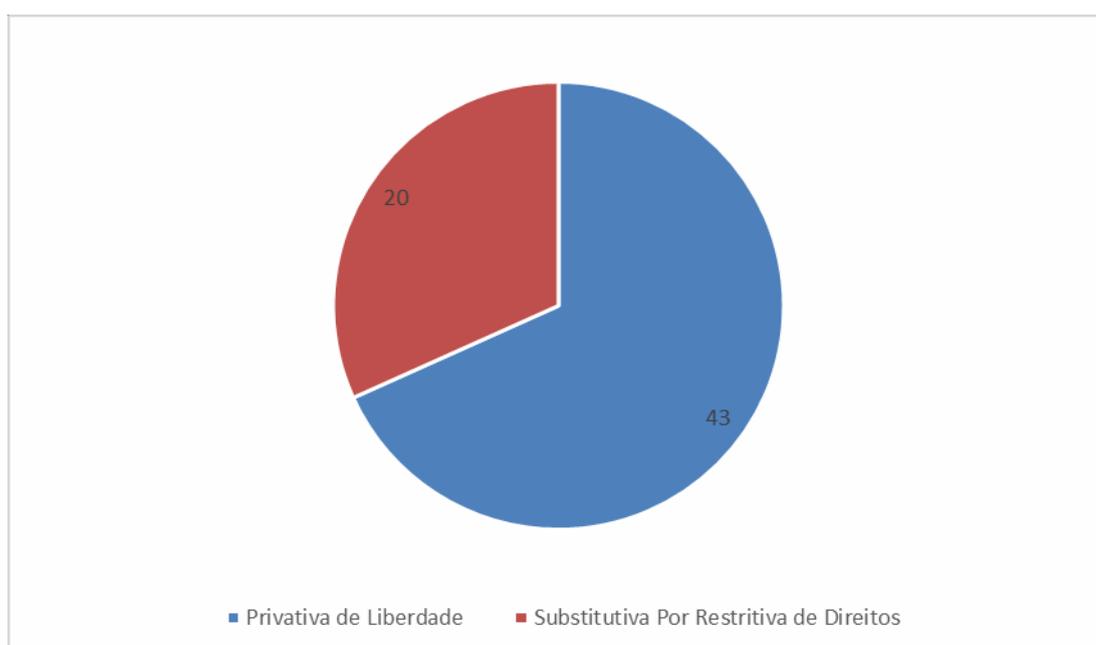
No que tange as penalidades aplicadas para o crime previsto no Art. 33 da Nova Lei de Drogas, 38,1% das sentenças estabelecem penalidades abaixo do mínimo legal previsto para o crime de tráfico de drogas, que é de 05 anos (**Gráfico 11**), 68,3% definem a modalidade privativa de liberdade para cumprimento da pena (**Gráfico 12**), e 66,7% decretam o regime fechado para início do cumprimento da mesma (**Gráfico 13**).

Gráfico 11 – Distribuição da Quantidade de Pena de Prisão para o Crime Previsto no Art. 33 da Nova Lei de Drogas nas Sentenças Acusatórias, Rio de Janeiro, 2017



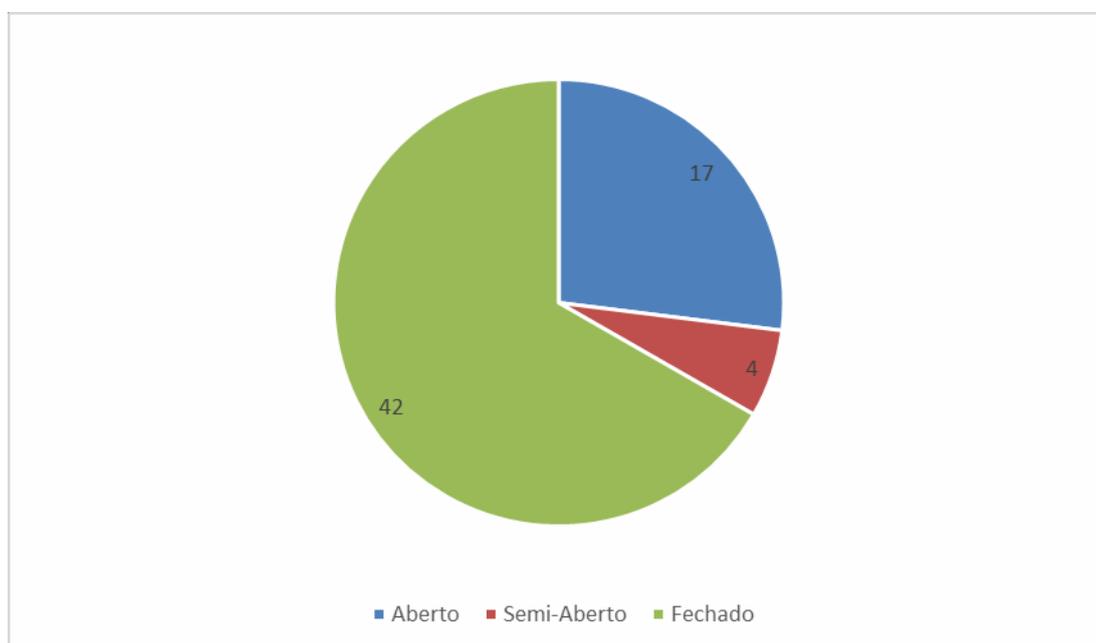
Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

Gráfico 12 – Distribuição dos Tipos De Penalidades Aplicadas para o Crime Previsto no Art. 33 da Nova Lei de Drogas nas Sentenças Acusatórias, Rio de Janeiro, 2017



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

Gráfico 13 – Distribuição das Modalidades De Cumprimento das Penalidades Aplicadas para o Crime Previsto no Art. 33 da Nova Lei de Drogas nas Sentenças Acusatórias, Rio de Janeiro, 2017



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

Em todas as 20 sentenças que substituem a pena de privação de liberdade por pena restritiva de direitos, elas aplica-se como medida alternativa a prestação de serviço à comunidade, como pode ser observado na tabela a seguir:

Tabela 21 – Medidas Restritivas de Direitos Aplicadas nas Sentenças Acusatórias dos Crimes Previstos no Art. 33 da Nova Lei de Drogas, Rio de Janeiro, 2017

Variável	N
Prestação de Serviços à Comunidade + Prestação Pecuniária	11
Prestação de Serviços à Comunidade	5
Prestação de Serviços à Comunidade + Frequência a Programas de Esclarecimento Sobre As Drogas	3
Prestação de Serviços à Comunidade + Limitação de Finais de Semana	1

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados oriundos das sentenças judiciais em primeira instância

Ressalta-se ainda que apesar do diagnóstico de 09 acusados constatarem a dependência em drogas nos laudos médico-periciais, sendo que, destes, 06 acusados terem sido considerados semi-imputáveis devido à dependência em drogas, apenas em uma sentença condenatória é determinado o tratamento para dependência em drogas do acusado. Não há, contudo, definição da modalidade de tratamento a ser aplicada ou ainda da unidade de saúde para início do tratamento, sob a argumentação de que estas definições são prerrogativas da Vara de Execuções Penais.

Como exposto anteriormente através da Tabela 18, imputou-se a dois acusados crime previsto no Art. 35 da Nova Lei de Drogas, qual seja, associação para o crime de tráfico de drogas. Ambos tiveram penas aplicadas de privação de liberdade acima do mínimo legal (três anos). No que concerne à modalidade de cumprimento, observa-se uma diferenciação: um foi sentenciado a iniciar o cumprimento da pena em regime fechado, e o outro acusado sentenciado a cumprimento inicial da pena em regime semi-aberto.

A Tabela 18 informa ainda que dois acusados foram considerados culpados de cometer a infração prevista no Art. 37 da Nova Lei de Drogas – colaborar como informantes para grupo ou associação que pratica o tráfico de drogas. Entre estes, um dos acusados foi considerado inimputável, sendo aplicada Medida de Segurança – internação para tratamento psiquiátrico pelo período mínimo de 02 anos. Ao outro acusado foi aplicado a pena de privação de liberdade pelo prazo mínimo previsto (02 anos), em regime semi-aberto.

Considerando as informações extraídas dos laudos médico-periciais e das sentenças judiciais, passemos, então, a análise dos dados à luz do debate político-acadêmico hoje em curso na sociedade brasileira.

5.5 – DISCUSSÃO

Evidenciou-se, no decorrer deste capítulo, que não há um modelo único para elaboração dos diagnósticos médico-periciais. Cada médico perito coleta as informações que julga relevantes/preponderantes para a avaliação clínica do acusado. Desta forma, muitas informações de caráter socioeconômico não são informadas nos laudos.

Como se sabe, o uso abusivo de drogas possui implicações não apenas individuais, mas também sociais, e, obviamente, ocorre em contextos sociais concretos. Isto porque a questão do uso abusivo/dependência em drogas não é uma problemática de caráter exclusivamente individual, que necessita apenas de intervenção clínica, mas sim um problema de saúde pública que envolve, como informam Pombo-de-Barros e Fernandez, “*valores culturais, significados pessoais, acesso, oferta, predisposição genética, contextualização social e familiar, história de vida e políticas públicas (...)*” (2012; p. 217).

Uma hipótese relativa à escassa/ausente informação de caráter socioeconômico nos laudos médico-periciais é a elaboração dos mesmos com o objetivo único de definir a imputabilidade/semi-imputabilidade/inimputabilidade do réu, como prevê a legislação criminal vigente no Brasil. Desta forma, aspectos importantes do processo saúde-doença não são alvo de atenção/consideração pela maioria dos profissionais de saúde cujo processo de trabalho se desenvolve neste campo de interface entre a saúde pública e a justiça criminal.

Os dados passíveis de coleta nos laudos médico-periciais permitem apresentar um retrato, ainda que frágil, dos acusados de tráfico de drogas no estado do Rio de Janeiro, que, em conjunto com as informações extraídas das sentenças judiciais, permitem descrever sumariamente e analisar o tratamento penal dado a estes acusados de tráfico de drogas.

Nota-se que a maioria dos acusados de tráfico de drogas nos documentos analisados são homens jovens, solteiros, com poucos anos de estudo, e não brancos.

Importa ressaltar que o retrato disponível a partir da amostra de conveniência dos laudos analisados não conseguiu evidenciar a tendência observada de maior participação de mulheres em crimes de tráfico de drogas, em anos recentes.

Uma hipótese explicativa para tanto é a utilização dos laudos médico-periciais para defesa do acusado a partir da comprovação de que o acusado não cometeu o crime de tráfico, estando portando drogas ilícitas para uso próprio, ou, ainda, que o crime previsto no Art. 33 da Lei Federal nº 11.343/2006 foi cometido devido à dependência em drogas.

Como se sabe, diversas pesquisas têm demonstrado o aumento na participação de pessoas do sexo feminino na população carcerária devido, sobretudo, ao tráfico de drogas. Dados do Infopen (2014) informam um aumento de 10,7% ao ano na taxa de mulheres encarceradas no Brasil entre os anos 2005 e 2014.

Boiteux (2014) informa que, entre 2007 e 2012, houve um crescimento de 77,1% no número de mulheres presas no Brasil por tráfico de drogas, fenômeno este que vem sendo observado também em outros países, como os EUA. A pesquisadora informa ainda que o crime de tráfico de drogas ilícitas é o delito que mais encarcera mulheres no Brasil atualmente.

Considerando as peculiaridades da participação das mulheres no tráfico de drogas – segundo Boiteux (2009), são inúmeros os casos relatados nos processos judiciais de mulheres compelidas a transportar drogas, sobretudo no interior dos estabelecimentos prisionais, por seus esposos, companheiros e outros – os laudos periciais não teriam como dispor de informações que contribuíssem para a defesa das acusadas.

Foi extremamente elevado nos laudos médico-periciais analisados a proporção de variáveis não preenchidas, no decorrer deste trabalho identificadas como “Ignoradas”, por exemplo no que se refere à Raça/Cor de Pele. Assim sendo, consideramos que as informações disponíveis não são suficientes para traçar um perfil étnico-racial da população investigada.

Entre os poucos dados informados, nota-se a prevalência de não brancos entre os acusados, o que era esperado considerando as diversas pesquisas desenvolvidas no país que demonstram o predomínio de pretos e pardos em contextos de vulnerabilidade social³⁹.

O nível de escolaridade entre os acusados também não difere do comumente evidenciado por outras pesquisas desenvolvidas em território nacional (CARLINI et al., 2006; BASTOS, 2014), o que não apenas reafirma a vulnerabilidade social observada em relação a este grupo social, mas também, conforme argumenta Bastos (2014), informa sobre a relevância das políticas educacionais de redução da evasão escolar e de capacitação das escolas para lidar com uma população que apresenta problemas psicossociais relevantes e que, em algum período, estiveram inseridas no sistema educacional.

Dados específicos de saúde também foram pouco informados. Exemplo disso é a baixa proporção de laudos que mencionam a existência de comorbidades, ou ainda o uso de drogas lícitas amplamente utilizadas no cenário nacional, como tabaco e álcool.

³⁹ Exemplo importante é a pesquisa recentemente desenvolvida pela Fiocruz, que demonstrou o predomínio de negros e pardos nas cenas de uso de crack no Brasil (BASTOS, 2014).

No que concerne ao uso de drogas ilícitas, as mais frequentemente citadas foram maconha, cocaína e crack. Pesquisa nacional desenvolvida pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (Cebid) informa que a maconha é uma das cinco drogas mais frequentemente consumidas no Brasil, sendo sua prevalência mais baixa do que as drogas classificadas como lícitas (em especial, o álcool) (CARLINI et al., 2006). Cabe ressaltar que informa que as drogas mais consumidas no Brasil atualmente são as legais, como álcool, tabaco e calmantes, ou ainda produtos que possuem, primariamente, outras finalidades, como os solventes (ALARCON, 2012).

Quanto ao diagnóstico clínico referente ao uso de drogas, ressalta-se o grande número de acusados que informam a procura por diversos tipos de tratamento para uso e/ou dependência em álcool e outras drogas, com destaque para as comunidades terapêuticas, que, conforme define o Conselho Federal de Serviço Social no seu manifesto crítico ao Dia Internacional contra o Abuso e Tráfico Ilícito de Drogas, são *“instituições religiosas que trabalham na lógica da moralidade, da segregação e do trabalho forçado, além de indicar a possibilidade de internações involuntárias e compulsórias, como centralidade do tratamento”* (CFESS, 2013, p. 02).

A procura por diversos locais de tratamento para uso de drogas informa ainda sobre a dificuldade de adesão do grupo social em análise ao tratamento de saúde. A literatura informa, entre os fatores complicadores para adesão ao tratamento para uso abusivo/dependência em drogas, o tempo de uso, as quantidades consumidas, as comorbidades, déficits cognitivos e comportamentais, assim como problemas familiares e/ou histórico familiar de transtorno de dependência de álcool ou outras drogas, além dos problemas jurídico-criminais, foco deste trabalho (XAVIER & MONTEIRO, 2013).

Por sua vez, a análise dos dados coletados nas sentenças judiciais sugere que a maioria dos flagrantes de prisão ocorreram em vias públicas. Contudo, merece destaque a elevada proporção de flagrantes realizados em residências, sem haver, contudo, mandado de busca e apreensão para tanto, o que, conforme informa Valois (2014), foi respaldado pelo Supremo Tribunal Federal em caráter de exceção, tendo em vista que a inviolabilidade do domicílio é prevista na Constituição Federal do Brasil, mas que sua violação se tornou prática corrente na realidade social brasileira, especialmente nas localidades mais pobres. A invasão ilegal de residências com base em pouca ou nenhuma suspeita, apenas reforça a vulnerabilidade a que esta grande parcela da sociedade está exposta cotidianamente.

Ademais, a análise dos dados permite afirmar que maioria das pessoas presas no estado do Rio de Janeiro que solicitaram a realização do exame toxicológico no decorrer do processo criminal são primárias, respondem sozinhos ao processo criminal – ou seja, não há outros acusados na denúncia – e portavam pouca quantidade de drogas, sendo condenadas apenas pelo crime previsto no Artigo 33 da Nova Lei de Drogas.

Ademais, frente ao quantitativo de drogas apreendidas e demais informações coletadas nas sentenças judiciais, observa-se que a maioria dos sentenciados como traficantes perfazem as características de, não sendo usuários de drogas, atuarem como traficantes eventuais e/ou pequenos traficantes.

Ou seja, chama atenção o massivo encarceramento, mesmo antes da definição de sentença em primeira instância, de pessoas portando pequenas quantidades de drogas, possivelmente para tráfico eventual ou consumo próprio, que ocupam os níveis mais baixos da cadeia organizacional e da estrutura social, e são penalizados em regimes fechados, privativos de liberdade.

Como informa Boiteux (2009), uma das principais características destes atores sociais é o fato de serem “absolutamente “descartáveis”, tendo em vista que sua morte ou prisão não interfere na estrutura organizacional dos grupos voltadas para a prática da infração tráfico de drogas, visto que são facilmente substituíveis. Ademais, a autora conclui que *“esses seres absolutamente descartáveis, que são os pequenos e microtraficantes, representam os elos mais fracos da estrutura do comércio de drogas ilícitas, e sofrem toda a intensidade da repressão (...)”* (BOITEUX, 2009, p. 43).

Cabe ressaltar que, assim como diversas pesquisas têm mostrado, as sentenças analisadas têm como principal fundamentação, no que tange às provas carreadas aos autos e consideradas pelos juízes na emissão das sentenças, o testemunho dos policiais responsáveis pelo flagrante criminal. Assim sendo, prevalece a palavra do policial militar para embasar a acusação e julgamento do acusado. Soma-se a isso a aplicação prática da Nova Lei de Drogas, cuja linha interpretativa hegemônica no Brasil possui caráter punitivo.

Segundo Boiteux (2009), tais fatores têm contribuído para o massivo encarceramento e, por consequência, superlotação das prisões com pequenos traficantes e traficantes eventuais, tendo como principal paradoxo a quase absoluta impunidade dos grandes traficantes.

A pesquisa aqui desenvolvida informa ainda que a quantidade e tipo de droga parece influir apenas quanto ao aumento da penalidade a ser aplicada ao acusado. Não possui relevância no que tange à redução da pena a ser aplicada ou na desclassificação do crime de tráfico de drogas para usuário.

Penalidades desproporcionais, encarceramento massivo de traficantes eventuais e pequenos traficantes, e, em alguns casos, usuários de drogas, medidas que não reduzem o comércio de drogas ilícitas ou a demanda pelas mesmas, demonstram que a atual política de drogas em nada contribui no cotidiano para a proteção da saúde pública, mas sim para reforçar a repressão e o controle social punitivo dos mais pobres e excluídos socialmente (BOITEUX, 2009).

Por fim, é importante destacar que as informações presentes nos autos provenientes do campo da saúde são pouco utilizadas nas sentenças judiciais. A exceção é a avaliação de imputabilidade/inimputabilidade do réu, sendo este dispositivo previsto na legislação criminal brasileira.

Fatores como uso abusivo ou dependência em drogas não influem na construção da sentença ou ainda na definição da penalidade a ser aplicada se não tiverem como consequência direta a capacidade de entendimento ou de determinação do réu – exemplo disso é a determinação, via sentença, de tratamento para um acusado devido ao diagnóstico para dependência em drogas, sendo que, conforme dados extraídos dos laudos médico-periciais, 20 acusados foram diagnosticados como dependentes em drogas.

Ou seja, observa-se nas sentenças, construídas sob a influência do discurso jurídico-político hegemônico no Brasil que tem como pilar a lógica da “Guerra às Drogas”, uma ampla argumentação voltada para a punição dos que atuam na oferta/comércio de drogas ilícitas e, conseqüentemente, a repressão da oferta de drogas no país nos marcos de uma política de drogas que prioriza o entendimento e tratamento da questão como algo da esfera exclusiva da segurança pública.

Desta forma, fica em segundo plano, ou simplesmente ausente, o cuidado em saúde e a noção do uso e abuso de drogas enquanto um problema de saúde pública, pautada nos pressupostos humanizadores e democráticos das políticas de redução de danos e do respeito aos direitos humanos destes usuários.

6 – CONCLUSÃO

Este trabalho teve como principal objetivo contribuir para o debate acerca do tratamento penal dado hoje, quase 11 anos após a promulgação da Nova Lei de Drogas, aos usuários e traficantes de substâncias ainda hoje definidas como ilegais no país.

Conforme exposto no primeiro capítulo, diversas pesquisas têm demonstrado que, apesar do caráter progressivo da Nova Lei de Drogas, tendo em vista que substituiu as normas penais por sanções de outra natureza para usuários de drogas ilícitas, tem se observado um aumento vertiginoso na população carcerária do Brasil, sobretudo entre as mulheres, sob a acusação do crime de tráfico de drogas.

Considerando que a atual política de drogas se estrutura a partir da interface saúde pública e justiça criminal, buscou-se compreender como a Nova Lei de Drogas vem sendo aplicada na prática social a partir da análise de casos concretos selecionados a partir dos laudos médicos emitidos pelo Instituto de Perícias Heitor Carrilho.

O objetivo inicial de traçar um perfil da população que utiliza tais documentos para comprovação de dependência em drogas teve como principal delimitador o grande número de variáveis não preenchidas nos laudos médico-periciais.

Considerando que não há um padrão no que tange aos campos a serem preenchidos pelos médicos do Instituto, acreditamos que a ausência de informações de caráter social reflete o entendimento de grande parte desses profissionais da saúde, vinculados institucionalmente à Secretaria de Administração Penitenciária, de que compete ao profissional médico o diagnóstico clínico, sobretudo no que concerne a imputabilidade/semi-imputabilidade/inimputabilidade do réu.

Os acusados que solicitaram a realização do exame pericial para comprovação da dependência química no decorrer do processo criminal são predominantemente adultos jovens do sexo masculino, solteiros e com poucos filhos, com baixa escolaridade, não brancos, que desenvolvem atividades laborativas que demandam pouca instrução, e que afirmam não possuir vinculação com o tráfico de drogas.

É predominante ainda o número de acusados que fazem uso de maconha e cocaína, sendo expressiva o número de acusados poliusuários – que fazem uso de mais de um tipo de droga. Por sua vez, entre os acusados que relatam tratamento anterior para uso abusivo e/ou dependência em drogas, é relevante o número de acusados que estiveram sob tratamento devido à decisão judicial ocorrida em processos criminais anteriores.

Outro achado relevante da pesquisa desenvolvida é o baixo percentual de indicação para tratamento de saúde entre os acusados diagnosticados como usuários nocivo ou dependentes em drogas: dos 59 acusados diagnosticados, apenas 16 laudos indicam a necessidade de tratamento nas modalidades previstas na Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3.088/2013).

No que tange aos resultados alcançados por meio da análise das sentenças judiciais, nota-se que a maioria dos acusados eram réus primários, que foram denunciados sozinhos (não há outros denunciados na mesma sentença), portando pouca quantidade de drogas. Nota-se, também, que a quantidade de drogas apreendida no momento do flagrante parece influir apenas para o aumento da penalidade a ser aplicada ao acusado, não sendo observada referência ao quantitativo de drogas apreendida para redução da pena ou desclassificação do crime informado na denúncia.

Observou-se, ainda, a pouca utilização dos dados de saúde provenientes dos laudos médico-periciais nas sentenças judiciais, sendo exceção a avaliação da imputabilidade/semi-imputabilidade/inimputabilidade do acusado.

Mediante o exposto, acreditamos que a pesquisa desenvolvida, apesar das limitações impostas pelo campo de pesquisa, alcançou os objetivos propostos. Ademais, mostrou-se relevante não apenas por contribuir para o debate do tratamento penal dado aos usuários de drogas e traficantes no Brasil, mas também por permitir desvelar, ainda que inicialmente, mecanismos de interação entre o campo do direito criminal e a saúde pública presentes na Nova Lei de Drogas.

REFERÊNCIAS

- ALARCON, Sergio. A Síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In: ALARCON, Sergio. JORGE, Marco Aurélio Soares (orgs). *Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012. p. 45-62.
- ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.
- ANDRADE, Arthur Guerra de. DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira. OLIVEIRA, Lúcio Garcia de. *I Levantamento Nacional Sobre O Uso De Álcool, Tabaco E Outras Drogas Entre Universitários Das 27 Capitais Brasileiras*. Brasília: SENAD, 2010.
- ANDRADE, Tarcísio Mattos de. Panorama atual da política de drogas no Brasil: a redução de danos. In: SOUZA, Ândrea Cardoso de. SOUZA, Lorena Figueiredo. SOUZA, Elisângela Onofre de. ABRAHÃO, Ana Lúcia. (Orgs.) *Entre Pedras e Fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 23-59.
- BARBETTA, Pedro Alberto. *Estatística Aplicada às Ciências Sociais*. 9º ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2014. Coleção Didática.
- BASTOS, Francisco Inácio. *AIDS na Terceira Década*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. Coleção Temas em Saúde.
- BASTOS, Francisco Inácio. BERTONI, Neilane. (Orgs.) *Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.
- BASTOS, Francisco Inácio. Política de Drogas na Segunda Década do Novo Milênio: reforma ou revolução. *Revista Argumentum*. Vitória, v. 7, n. 1, p. 08-16, jan./jun. 2015.
- BOKANY, Vilma. (Org.) *Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça – Proximidades e opiniões*. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2015. p. 07-27.
- BOITEUX, Luciana. *Controle Penal Sobre as Drogas Ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade*. São Paulo, Tese de Doutorado, Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2006.
- BOITEUX, Luciana (Coord.). *Relatório de Pesquisa “Tráfico de Drogas e Constituição”*. Universidade Federal do Rio de Janeiro/Universidade de Brasília. Rio de Janeiro/Brasília, 2009. Série Pensando o Direito.
- BOITEUX, Luciana. Drogas e Cárcere: repressão às drogas, aumento da população penitenciária brasileira e alternativas. In: *Drogas: uma nova perspectiva*. SHECAIRA, Sérgio Salomão (Org.). São Paulo: IBCCRIM, 2014. p. 83-103.

BOITEUX, Luciana. PÁDUA, João Pedro. *Respuestas estatales al consumidor de drogas ilícitas em Brasil: um análisis crítico de las políticas públicas (penales y civiles) para los consumidores*. Rio de Janeiro, 2014. Mimeografado.

BOITEUX, Luciana. A reforma da Política Internacional de Drogas virá de baixo para cima. *Revista Argumentum*. Vitória, v. 7, n. 1, p. 17-20, jan./jun. 2015.

BOITEUX, Luciana. Brasil: reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva. *Revista Sur*. São Paulo, v. 12, n. 21, p. 01-06, ago. 2015.

BOITEUX, Luciana. Aumenta o consumo. O proibicionismo falhou. *Le Monde Diplomatique Brasil*, 2009. Disponível em: <http://diplomatique.org.br/aumenta-o-consumo-o-proibicionismo-falhou/>

BRASIL. Lei Federal nº 8.072, de 25 de julho de 1990. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal e determina outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8072.htm

BRASIL. Lei Federal nº 11.343/2006, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.html

BRASIL. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

BRASIL. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN*. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional/Ministério da Justiça, Dez. 2014.

BRASIL. *Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas*. 8ªed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2015. SUPERA - Módulo 3.

BRITES, Cristina Maria. Política de Drogas no Brasil: usos e abusos. In: BOKANY, Vilma. (Org.) *Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça – Proximidades e opiniões*. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2015. p. 119-141.

CANCIAN, Natália. População carcerária cresce 7% ao ano e soma hoje 607 mil pessoas. *Folha de São Paulo*, 2015. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/06/1646639-com-607-mil-presos-brasil-tem-a-4-maior-populacao-carceraria-do-mundo.shtml>

CARLINI, E. A. et al. *II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005*. São Paulo: CEBRID, 2006.

CORREA, Catalina Pérez. CORDA, Alejandro. BOITEUX, Luciana. *La regulación de la posesión y la criminalización de los consumidores de drogas en América Latina*. Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD), 2015.

DIAS, Aline Inglez de Souza. *Políticas de saúde mental e os efeitos da emergência da Agenda de Álcool e Outras Drogas: o caso do estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

DIREITO NET. Dicionário Online – Definição de Inimputável. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/dicionario/exibir/1000/Imputabilidade>. Publicado em set. 2016.

EL-BASSEL, Nabila. STRATHDEE, Steffanie A. EL SADR, Wafaa M. HIV and people who use drugs in central Asia: confronting the perfect storm. *Journal Drug Alcohol Depend.* Vol. 132, n. 01, p. 02-06, nov. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4006578/>

IORE, Maurício. O Lugar do Estado na Questão das Drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Revista Novos Estudos*. São Paulo, ed. 92, p. 09-21, mar.2012.

FONSECA, Elize Massard da. RIBEIRO, José Mendes. BERTONI, Neilane. BASTOS, Francisco Inácio. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 761-770, abr. 2006.

FONSECA, Elize Massard da. BASTOS, Francisco Inácio. Os Tratados Internacionais Antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. In: ALARCON, Sergio. JORGE, Marco Aurélio Soares (orgs). *Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012. p. 15-43.

GRILLO, Carolina Christoph. POLICARPO, Frederico. VERÍSSIMO, Marcos. A “Dura” e o “Desenrolo”: efeitos práticos da Nova Lei de Drogas no Rio de Janeiro. *Revista de Sociologia e Política*. Curitiba, v. 19, n. 40, p. 299-305, out.2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782011000300010

HACKER, Mariana A. LEITE, Iuri C. RENTON, Adrian. TORRES, Tania Guillén de. GRACIE, Renata. BASTOS, Francisco I. Reconstructing the AIDS epidemic among injection drug users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 751-760, abr. 2006.

JESUS, Maria Gorete Marques de. (Coord.) *Prisão Provisória e Lei de Drogas: um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo*. Núcleo de Estudos da Violência/Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.nevusp.org/downloads/down254>

JOHNSON, Bruce D. Rolleston Report of 1926 (U.K.). In: *Encyclopedia of Drugs, Alcohol, and Addictive Behavior*, 2001. Disponível em: <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3403100406.html>.

JOHNSON, Robert. ROCHELEAU, Ann Marie. MARTIN, Alison B. *Hard Time: A Fresh Look at Understanding and Reforming the Prison*. 4º ed. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2016.

Rolleston Report of 1926 (U.K.). In: *Encyclopedia of Drugs, Alcohol, and Addictive Behavior*, 2001. Disponível em: <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3403100406.html>.

KAHNEMAN, Daniel. *Rápido e Devagar: duas formas de pensar*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012. Tradução de Cássio de Arantes Leite.

KANSAI GAIDAI UNIVERSITY. Drug Laws in Japan. In: KANSAI GAIDAI UNIVERSITY. Student Handbook. Osaka, s/d. Disponível em: http://www.kansai.gaidai.ac.jp/asp/pdf/current_students/01_student_handbook/Drug_Laws_In_Japan.pdf

KARAM, Maria Lucia. *Legalização das Drogas*. São Paulo: Estúdio Editores.com, 2015. Coleção Para Entender Direito.

LOURY, Gleen C. *Race, Incarceration and American Values*. EUA: Boston Review Book, 2008.

LINDNER, Liandro. SIQUEIRA, Domiciano. Redução de Danos: Como foi? O que é possível? O que é preciso? In: In: SOUZA, Ândrea Cardoso de. SOUZA, Lorena Figueiredo. SOUZA, Elisângela Onofre de. ABRAHÃO, Ana Lúcia. (Orgs.) *Entre Pedras e Fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 60-69.

MARONNA, Cristiano Ávila. Nova Lei de Drogas: retrocesso travestido de avanço. *Boletim IBCCRIM*. São Paulo, v. 14, n. 167, p. 4-5, out. 2006.

MATIC, Srdan. LAZARUS, Jeffrey V. DONOGHOE, Martin C. (Eds.) *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 2006. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/idu/hiv_europe.pdf

MORAIS, Renato Watanabe de. LEITE, Ricardo Savignani. VALENTE, Sílvio Eduardo. Breves considerações sobre a política criminal de drogas. In: SHECAIRA, Sérgio Salomão (Org.). *Drogas: uma nova perspectiva*. São Paulo: IBCCRIM, 2014. p. 181-233.

MOREIRA, Carla Regina. *As Políticas Públicas de Saúde no Campo das Substâncias Psicoativas Ilícitas e os Direitos Humanos*. São Paulo, Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2014.

MURKIN, George. *Drug policy in Sweden: a repressive approach that increases harm*. Disponível em: <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-policy-sweden-repressive-approach-increases-harm>.

NOVAES, Priscila Simara. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 17, n. 2, jun. 2014.

NUTT, David. KING, Leslie A. SAULSBURY, William. BLAKEMORE, Colin. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*. Inglaterra, v. 369, n. 9.566, p. 1047-1053, mar. 2007. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0B6qPrO00oPnZRExOMjkzQXh5c1JEWkQtQVE4dURnN3BPbnQ4/edit?pref=2&pli=1>.

RIBEIRO, Maurides de Melo. Política Criminal e Redução de Danos. In: *Drogas: uma nova perspectiva*. SHECAIRA, Sérgio Salomão (Org.). São Paulo: IBCCRIM, 2014. p. 157-180.

RUI, Taniele. *Nas Tramas do Crack: etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome, 2014. Coleção Antropologia Hoje.

SCOCUGLIA, Livia. CARNEIRO, Luiz Orlando. STF muda jurisprudência e decide que o tráfico privilegiado de drogas não é crime hediondo. *Jota*, 2016. Disponível em: <https://jota.info/justica/stf-muda-jurisprudencia-e-decide-que-trafico-privilegiado-de-drogas-nao-e-crime-hediondo-23062016>.

SHOPTAW, S *et al.* Not just the needle: the state of HIV-prevention Science among substance users and future directions. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome*. Supplement 2, n. 63, p. 174-178, jul. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23764632>

SILVA, César Dario Mariano da. ARRUDA, Eloísa de Souza. *A Lei dos Crimes Hediondos após a alteração de seu artigo 2º*. CONAMP. Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.conamp.org.br/pt/biblioteca/artigos/item/403-a-lei-dos-crimes-hediondos-apos-a-alteracao-de-seu-artigo-2.html>

SODELLI, Marcelo. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 637-644, mai. 2010.

SOUTO, Marcelo Agra. *Internamento Compulsório para Usuários de Crack: concepções subjacentes aos posicionamentos de gestores públicos e profissionais de saúde*. Recife, Dissertação de Mestrado, Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, 2013.

SOUZA, Letícia Canonico de. Notas sobre a distinção entre usuários e traficantes na “cracolândia”: apontamentos para uma crítica da política de drogas. *Revista Áskesis*. São Carlos, v. 4, n. 1, p. 206-224, jan./jun.2015. Disponível em: https://www.revistaaskesis.ufscar.br/index.php/askesis/article/download/18/pdf_1

TRAD, Sérgio do Nascimento Silva. TRAD, Leny Alves Bomfim. ROMANÍ, Oriol. Contribuições das Ciências Sociais ao estudo sobre drogas e o diálogo com a produção nacional contemporânea. In: JORGE, Maria Salete Bessa. TRAD, Leny Alves Bomfim. QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias. LIMA, Leilson Lira de (Orgs). *Olhares plurais sobre o fenômeno do crack*. Fortaleza: EdUECE, 2013. p. 27-65.

TRINO, Alexandre Teixeira. MACHADO, Marcelo Pedra Martins. RODRIGUES, Rosana Ballestero. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: *Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. TEIXEIRA, Mirna. FONSECA, Zilma. (Orgs.) São Paulo: Hucitec, 2015. p. 27-53.

UNAIDS. *Documento Preparatório para 20th International AIDS Conference*. UNAIDS, 2014. Disponível em: http://www.aids2014.org/webcontent/file/AIDS2014_Fact_sheet_Asia_Pacific.pdf

VALOIS, Luís Carlos. O Direito à Prova Violado nos Processos de Tráfico de Entorpecentes. In: *Drogas: uma nova perspectiva*. SHECAIRA, Sérgio Salomão (Org.). São Paulo: IBCCRIM, 2014. p. 105-130.

VELASCO, Clara. D'AGOSTINO, Rosanne. REIS, Thiago. Um em cada três presos do país responde por tráfico de drogas. *Portal de Notícias G1*, 2017. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/um-em-cada-tres-presos-do-pais-responde-por-trafico-de-drogas.ghtml>.

WERB, Dan. KAZATCHKINE, Michel. KERR, Thomas. NUTT, David. STRATHDEE, Steffanie. HANKINS, Catherine. HAYASHI, Kanna. MONTANER, Julio. JARLAIS, Don Des. MAGHSOUDI, Nazlee. WOOD, Evan. A call to reprioritise metrics to evaluate illicit drug policy. *The Lancet*. Inglaterra, v. 387, n. 10.026, p. 1371, abr. 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27115811>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NOS LAUDOS MÉDICO-PERICIAIS

Código de Identificação do Participante:

Nº do Processo Judicial: _____

1 - Delito do qual é acusado:

1.1 - Versão do Acusado:

2 - Município de Residência: _____

3 - Idade na época do laudo: _____ (Ignorado = 99)

4 - Sexo:

- Masculino
- Feminino
- Ignorado

5 - Raça:

- Branca
- Preta
- Amarela (origem japonesa, chinesa, coreana, etc)
- Parda (mulata, cabocla, cafuza, mameluca, mestiça)
- Indígena
- Ignorado

6 - Estado Civil:

- Casado (a)/União Consensual
- Desquitado (a)/Separado (a)
- Divorciado (a)
- Viúvo (a)
- Solteiro (a)
- Ignorado

7 - Possui companheiro (a) estável/fixo?

- Sim
- Não
- Ignorado

8 - Quantos filhos (as) (naturais/adotivos) possui?

- Nenhum
- Um
- Dois
- Três
- Quatro ou mais
- Ignorado

9 - Nível de Escolaridade:

- Analfabeto (a)
- Lê/Escreve sem Ingresso no Sistema Formal de Ensino
- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Ignorado

10 - Situação laborativa atual:

- Trabalho regular ou com horário fixo
- Trabalho irregular e sem horário fixo (bicos)
- Desempregado
- Não trabalha
- Dona-de-casa/Do lar
- Estudante
- Aposentado
- Com incapacidade temporária ou em auxílio-doença
- Com incapacidade permanente
- Ignorado

12 - Comorbidades:

- Diabetes
- Hipertensão
- Doenças Cardiovasculares
- Asma ou bronquite
- Depressão
- Ansiedade
- Esquizofrenia
- Transtorno Bipolar
- Anorexia, bulimia ou compulsão alimentar
- HIV/AIDS
- Hepatite B ou C
- Outras doenças sexualmente transmissíveis
- Câncer. Qual? _____
- Tuberculose
- Cirrose
- Doença Renal
- Outra (s). Qual (is)? _____

13 - Faz uso atualmente de cigarros?

- Sim
- Não
- Ignorado

13.1 - Se sim, quantos cigarros fuma por dia?

- Menos de 01 cigarro/dia
- Um cigarro/dia
- Dois a cinco cigarros/dia
- Seis a dez cigarros/dia
- Onze a quinze cigarros/dia
- Dezesesseis a vinte cigarros/dia
- Vinte e um a trinta cigarros/dia
- Trinta e um a quarenta cigarros/dia
- Mais de duas carteiras/dia
- Ignorado

13.2 - Se fumava e parou, há quanto tempo está sem fumar?

- Até 01 semana
- Mais de 01 semana até 01 mês
- Mais de 01 mês até 01 ano
- Mais de 01 ano até 03 anos
- Mais de 03 anos
- Ignorado

14 - Faz uso atualmente de bebidas alcoólicas?

- Sim
- Não
- Ignorado

14.1 - Classificação do uso de bebida alcoólica atualmente:

- Abstinência/Não bebe
- Uso ocasional
- Uso leve
- Uso social
- Uso pesado
- Alcoolista
- Ignorado

15 - Usa ou já usou tranquilizantes benzodiazepínicos sem prescrição médica (Ex: Diazepam®, Rivotril®, Vallium®, Lexotan®, Olcadil®, Lorax®, Frontal®, etc)?

- Sim
- Não
- Ignorado

16 - Usa ou já usou maconha?

- Sim
- Não
- Ignorado

17 - Usa ou já usou haxixe?

- Sim
 Não
 Ignorado

18 - Usa ou já usou skank?

- Sim
 Não
 Ignorado

19 - Usa ou já usou cocaína aspirada/cheirada, fumada, polvilhada ou injetada?

- Sim
 Não
 Ignorado

19.1 - Se sim, que tipo de cocaína já usou?

- Cocaína em pó
 Crack
 Merla
 Oxi
 Pasta base
 Outra. Qual? _____

20 - Fuma ou já fumou crack e/ou similares?

- Sim
 Não
 Ignorado

21 - Usa ou já usou droga injetável?

- Sim
 Não
 Ignorado

21.1 - Se sim, quais drogas injetáveis já usou?

- Tranquilizantes Benzodiazepínicos
 Estimulantes Anfetamínicos
 Sedativos Barbitúricos
 Esteroides anabolizantes
 Analgésicos opiáceos
 Anticolinérgicos
 Quetamina
 Cocaína em pó
 Crack/merla/oxi/pasta base
 Heroína
 Ignorado

22 - Usa ou já usou alguma droga não citada?

- Sim. Qual? _____
 Não.
 Ignorado

23 - Alguma vez na vida já esteve em tratamento para uso de tabaco, álcool ou outras drogas?

- Sim
 Não
 Ignorado

23.1 - Para o uso de qual(is) substância(s) esteve em tratamento?

- Analgésicos opiáceos
 Anticolinérgicos
 Bebidas alcoólicas
 Chá de Ayahuasca
 Cocaína em pó
 Crack/merla/oxi/pasta base
 Ecstasy/MDMA
 Esteroides anabolizantes
 Estimulantes Anfetamínicos
 Heroína
 LSD
 Maconha, haxixe ou Skank
 Quetamina
 Sedativos Barbitúricos
 Solventes
 Tabaco
 Tranquilizantes Benzodiazepínicos
 Outra. Qual? _____
 Ignorado

23.2 - Em que tipo de serviço recebeu tratamento?

- Atendimento em hospital de emergência
 Internação em hospital geral ou psiquiátrico
 Ambulatório/CAPS geral
 Unidade de acolhimento/casa de acolhimento transitório/albergue terapêutico/casa viva
 CAPS AD
 Consultório na rua
 Consultório ou clínica particular
 Grupo de auto-ajuda (AA, NA...)
 Outro. Qual? _____
 Ignorado

24 - Diagnóstico Final (no laudo):

Observação:

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NAS SENTENÇASCódigo de Identificação do Participante:

--	--

Nº do Processo Judicial: _____**Delito do qual é acusado:** _____**Origem da decisão (Vara):** _____**1 - Representação do acusado:**

- Advogado
 Defensoria Pública
 Núcleo de Assistência Jurídica
 Outros. Qual? _____

2 - Situação do acusado:

- Preso em flagrante
 Decretada a prisão no decorrer do processo
 Liberdade provisória sem fiança
 Liberdade provisória com fiança
 Ignorado

3 - Antecedentes criminais do acusado:

- Réu primário
 Reincidente
 Ignorado

4 - Outro acusados:

- Sim. Quantos? _____
 Não
 Ignorado

5 - Local em que desenvolveu a prisão? _____**6 - Tipo de droga apreendida?**

- Cocaína
 Crack/merla/oxi/pasta base
 Ecstasy/MDMA
 Heroína
 LSD
 Maconha, haxixe ou Skank
 Solventes
 Outra. Qual? _____
 Ignorado

7 - Quantidade de droga apreendida?

7.1 - Outros materiais apreendidos?

- Sim. Quais? _____
 Não
 Ignorado

8 - Utilização do laudo médico pericial para julgamento da ação?

- Sim
 Não
 Ignorado

8.1 - Se sim, como foi utilizado (principal argumentação com base no laudo)?

9 - Julgamento da Ação (Sentença):

- Procedente, com privação da liberdade
 Procedente, com medida de segurança
 Improcedente, acusado absolvido
 Processo extinto sem resolução do mérito
 Outros. Qual? _____

9.1 - Infração condenatória é a mesma da denúncia?

- Sim
 Não
 Ignorado

9.2 - Infração condenatória _____**10 - Antecedentes criminais do acusado:** _____**11 - Quantidade de pena de prisão:** _____**11.1 - Aumento da pena?**

- Sim. Motivo: _____
 Não
 Ignorado

11.2 - Diminuição da pena?

() Sim. Motivo: _____

() Não

() Ignorado

11.3 - Tipo de pena aplicada _____

11.4 - Regime inicial de cumprimento da pena _____

11.5 - Em caso de restritiva de direitos, qual modalidade aplicada? _____

11.6 - Em caso de aplicação de medida de segurança, qual modalidade aplicada? _____

11.7 - Em caso de encaminhamento para tratamento de saúde, qual modalidade de atendimento designada? _____

11.8 - Em caso de encaminhamento para tratamento de saúde, qual local designado? _____

Observação:

ANEXO – LEI N° 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006.

[Mensagem de veto](#)

[Regulamento](#)

Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

Parágrafo único. Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União.

Art. 2º Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso.

Parágrafo único. Pode a União autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no caput deste artigo, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, respeitadas as ressalvas supramencionadas.

TÍTULO II

DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Art. 3º O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:

- I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS E DOS OBJETIVOS

DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Art. 4º São princípios do Sisnad:

I - o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade;

II - o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;

III - a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados;

IV - a promoção de consensos nacionais, de ampla participação social, para o estabelecimento dos fundamentos e estratégias do Sisnad;

V - a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, reconhecendo a importância da participação social nas atividades do Sisnad;

VI - o reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito;

VII - a integração das estratégias nacionais e internacionais de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito;

VIII - a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua nas atividades do Sisnad;

IX - a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;

X - a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando a garantir a estabilidade e o bem-estar social;

XI - a observância às orientações e normas emanadas do Conselho Nacional Antidrogas - Conad.

Art. 5º O Sisnad tem os seguintes objetivos:

I - contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados;

II - promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;

III - promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios;

IV - assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata o art. 3º desta Lei.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO E DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Art. 6º [\(VETADO\)](#)

Art. 7º A organização do Sisnad assegura a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito, nas esferas federal, distrital, estadual e municipal e se constitui matéria definida no regulamento desta Lei.

Art. 8º [\(VETADO\)](#)

CAPÍTULO III [\(VETADO\)](#)

Art. 9º [\(VETADO\)](#)

Art. 10. [\(VETADO\)](#)

Art. 11. [\(VETADO\)](#)

Art. 12. [\(VETADO\)](#)

Art. 13. [\(VETADO\)](#)

Art. 14. [\(VETADO\)](#)

CAPÍTULO IV DA COLETA, ANÁLISE E DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS

Art. 15. [\(VETADO\)](#)

Art. 16. As instituições com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social que atendam usuários ou dependentes de drogas devem comunicar ao órgão competente do respectivo sistema municipal de saúde os casos atendidos e os óbitos ocorridos, preservando a identidade das pessoas, conforme orientações emanadas da União.

Art. 17. Os dados estatísticos nacionais de repressão ao tráfico ilícito de drogas integrarão sistema de informações do Poder Executivo.

TÍTULO III
DAS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO DO USO INDEVIDO, ATENÇÃO E
REINSERÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS E DEPENDENTES DE DROGAS
CAPÍTULO I
DA PREVENÇÃO

Art. 18. Constituem atividades de prevenção do uso indevido de drogas, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção.

Art. 19. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - o reconhecimento do uso indevido de drogas como fator de interferência na qualidade de vida do indivíduo e na sua relação com a comunidade à qual pertence;

II - a adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam;

III - o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas;

IV - o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias;

V - a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas;

VI - o reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados;

VII - o tratamento especial dirigido às parcelas mais vulneráveis da população, levando em consideração as suas necessidades específicas;

VIII - a articulação entre os serviços e organizações que atuam em atividades de prevenção do uso indevido de drogas e a rede de atenção a usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares;

IX - o investimento em alternativas esportivas, culturais, artísticas, profissionais, entre outras, como forma de inclusão social e de melhoria da qualidade de vida;

X - o estabelecimento de políticas de formação continuada na área da prevenção do uso indevido de drogas para profissionais de educação nos 3 (três) níveis de ensino;

XI - a implantação de projetos pedagógicos de prevenção do uso indevido de drogas, nas instituições de ensino público e privado, alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos conhecimentos relacionados a drogas;

XII - a observância das orientações e normas emanadas do Conad;

XIII - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

Parágrafo único. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas dirigidas à criança e ao adolescente deverão estar em consonância com as diretrizes emanadas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - Conanda.

CAPÍTULO II
DAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO E DE REINSERÇÃO SOCIAL
DE USUÁRIOS OU DEPENDENTES DE DROGAS

Art. 20. Constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.

Art. 21. Constituem atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais.

Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;

V - observância das orientações e normas emanadas do Conad;

VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

Art. 23. As redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22 desta Lei, obrigatória a previsão orçamentária adequada.

Art. 24. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão conceder benefícios às instituições privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho, do usuário e do dependente de drogas encaminhados por órgão oficial.

Art. 25. As instituições da sociedade civil, sem fins lucrativos, com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social, que atendam usuários ou dependentes de drogas poderão receber recursos do Funad, condicionados à sua disponibilidade orçamentária e financeira.

Art. 26. O usuário e o dependente de drogas que, em razão da prática de infração penal, estiverem cumprindo pena privativa de liberdade ou submetidos a medida de segurança, têm garantidos os serviços de atenção à sua saúde, definidos pelo respectivo sistema penitenciário.

CAPÍTULO III DOS CRIMES E DAS PENAS

Art. 27. As penas previstas neste Capítulo poderão ser aplicadas isolada ou cumulativamente, bem como substituídas a qualquer tempo, ouvidos o Ministério Público e o defensor.

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

§ 1º Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica.

§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá 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.

§ 3º As penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 5 (cinco) meses.

§ 4º Em caso de reincidência, as penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 10 (dez) meses.

§ 5º A prestação de serviços à comunidade será cumprida em programas comunitários, entidades educacionais ou assistenciais, hospitais, estabelecimentos congêneres, públicos ou privados sem fins lucrativos, que se ocupem, preferencialmente, da prevenção do consumo ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas.

§ 6º Para garantia do cumprimento das medidas educativas a que se refere o caput, nos incisos I, II e III, a que injustificadamente se recuse o agente, poderá o juiz submetê-lo, sucessivamente a:

I - admoestação verbal;

II - multa.

§ 7º O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado.

Art. 29. Na imposição da medida educativa a que se refere o inciso II do § 6º do art. 28, o juiz, atendendo à reprovabilidade da conduta, fixará o número de dias-multa, em quantidade nunca inferior a 40 (quarenta) nem superior a 100 (cem), atribuindo depois a cada um, segundo a capacidade econômica do agente, o valor de um trinta avos até 3 (três) vezes o valor do maior salário mínimo.

Parágrafo único. Os valores decorrentes da imposição da multa a que se refere o § 6º do art. 28 serão creditados à conta do Fundo Nacional Antidrogas.

Art. 30. Prescrevem em 2 (dois) anos a imposição e a execução das penas, observado, no tocante à interrupção do prazo, o disposto nos [arts. 107 e seguintes do Código Penal](#).

TÍTULO IV
DA REPRESSÃO À PRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA
E AO TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS
CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 31. É indispensável a licença prévia da autoridade competente para produzir, extrair, fabricar, transformar, preparar, possuir, manter em depósito, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir, para qualquer fim, drogas ou matéria-prima destinada à sua preparação, observadas as demais exigências legais.

~~Art. 32. As plantações ilícitas serão imediatamente destruídas pelas autoridades de polícia judiciária, que recolherão quantidade suficiente para exame pericial, de tudo lavrando auto de levantamento das condições encontradas, com a delimitação do local, asseguradas as medidas necessárias para a preservação da prova.~~

~~§ 1º A destruição de drogas far-se-á por incineração, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, guardando-se as amostras necessárias à preservação da prova.~~

~~§ 2º A incineração prevista no § 1º deste artigo será precedida de autorização judicial, ouvido o Ministério Público, e executada pela autoridade de polícia judiciária competente, na presença de representante do Ministério Público e da autoridade sanitária competente, mediante auto circunstanciado e após a perícia realizada no local da incineração.~~

Art. 32. As plantações ilícitas serão imediatamente destruídas pelo delegado de polícia na forma do art. 50-A, que recolherá quantidade suficiente para exame pericial, de tudo lavrando auto de levantamento das condições encontradas, com a delimitação do local, asseguradas as medidas necessárias para a preservação da prova. [\(Redação dada pela Lei nº 12.961, de 2014\)](#)

§ 1º [\(Revogado\)](#). [\(Redação dada pela Lei nº 12.961, de 2014\)](#)

§ 2º [\(Revogado\)](#). [\(Redação dada pela Lei nº 12.961, de 2014\)](#)

§ 3º Em caso de ser utilizada a queimada para destruir a plantação, observar-se-á, além das cautelas necessárias à proteção ao meio ambiente, o disposto no [Decreto nº 2.661, de 8 de julho de 1998, no que couber](#), dispensada a autorização prévia do órgão próprio do Sistema Nacional do Meio Ambiente - Sisnama.

§ 4º As glebas cultivadas com plantações ilícitas serão expropriadas, conforme o disposto no [art. 243 da Constituição Federal](#), de acordo com a legislação em vigor.

CAPÍTULO II DOS CRIMES

Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem:

I - importa, exporta, remete, produz, fabrica, adquire, vende, expõe à venda, oferece, fornece, tem em depósito, transporta, traz consigo ou guarda, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, matéria-prima, insumo ou produto químico destinado à preparação de drogas;

II - semeia, cultiva ou faz a colheita, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, de plantas que se constituam em matéria-prima para a preparação de drogas;

III - utiliza local ou bem de qualquer natureza de que tem a propriedade, posse, administração, guarda ou vigilância, ou consente que outrem dele se utilize, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, para o tráfico ilícito de drogas.

§ 2º Induzir, instigar ou auxiliar alguém ao uso indevido de droga: [\(Vide ADI nº 4.274\)](#)

Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa de 100 (cem) a 300 (trezentos) dias-multa.

§ 3º Oferecer droga, eventualmente e sem objetivo de lucro, a pessoa de seu relacionamento, para juntos a consumirem:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano, e pagamento de 700 (setecentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa, sem prejuízo das penas previstas no art. 28.

§ 4º Nos delitos definidos no caput e no § 1º deste artigo, as penas poderão ser reduzidas de um sexto a dois terços, [vedada a conversão em penas restritivas de direitos](#), desde que o agente seja primário, de bons antecedentes, não se dedique às atividades criminosas nem integre organização criminosa. [\(Vide Resolução nº 5, de 2012\)](#)

Art. 34. Fabricar, adquirir, utilizar, transportar, oferecer, vender, distribuir, entregar a qualquer título, possuir, guardar ou fornecer, ainda que gratuitamente, maquinário, aparelho, instrumento ou qualquer objeto destinado à fabricação, preparação, produção ou transformação de drogas, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos, e pagamento de 1.200 (mil e duzentos) a 2.000 (dois mil) dias-multa.

Art. 35. Associarem-se duas ou mais pessoas para o fim de praticar, reiteradamente ou não, qualquer dos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 desta Lei:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos, e pagamento de 700 (setecentos) a 1.200 (mil e duzentos) dias-multa.

Parágrafo único. Nas mesmas penas do caput deste artigo incorre quem se associa para a prática reiterada do crime definido no art. 36 desta Lei.

Art. 36. Financiar ou custear a prática de qualquer dos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 desta Lei:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 20 (vinte) anos, e pagamento de 1.500 (mil e quinhentos) a 4.000 (quatro mil) dias-multa.

Art. 37. Colaborar, como informante, com grupo, organização ou associação destinados à prática de qualquer dos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 desta Lei:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, e pagamento de 300 (trezentos) a 700 (setecentos) dias-multa.

Art. 38. Prescrever ou ministrar, culposamente, drogas, sem que delas necessite o paciente, ou fazê-lo em doses excessivas ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e pagamento de 50 (cinquenta) a 200 (duzentos) dias-multa.

Parágrafo único. O juiz comunicará a condenação ao Conselho Federal da categoria profissional a que pertença o agente.

Art. 39. Conduzir embarcação ou aeronave após o consumo de drogas, expondo a dano potencial a incolumidade de outrem:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 3 (três) anos, além da apreensão do veículo, cassação da habilitação respectiva ou proibição de obtê-la, pelo mesmo prazo da pena privativa de liberdade aplicada, e pagamento de 200 (duzentos) a 400 (quatrocentos) dias-multa.

Parágrafo único. As penas de prisão e multa, aplicadas cumulativamente com as demais, serão de 4 (quatro) a 6 (seis) anos e de 400 (quatrocentos) a 600 (seiscentos) dias-multa, se o veículo referido no caput deste artigo for de transporte coletivo de passageiros.

Art. 40. As penas previstas nos arts. 33 a 37 desta Lei são aumentadas de um sexto a dois terços, se:

I - a natureza, a procedência da substância ou do produto apreendido e as circunstâncias do fato evidenciarem a transnacionalidade do delito;

II - o agente praticar o crime prevalecendo-se de função pública ou no desempenho de missão de educação, poder familiar, guarda ou vigilância;

III - a infração tiver sido cometida nas dependências ou imediações de estabelecimentos prisionais, de ensino ou hospitalares, de sedes de entidades estudantis, sociais, culturais, recreativas, esportivas, ou beneficentes, de locais de trabalho coletivo, de recintos onde se realizem espetáculos ou diversões de qualquer natureza, de serviços de tratamento de dependentes de drogas ou de reinserção social, de unidades militares ou policiais ou em transportes públicos;

IV - o crime tiver sido praticado com violência, grave ameaça, emprego de arma de fogo, ou qualquer processo de intimidação difusa ou coletiva;

V - caracterizado o tráfico entre Estados da Federação ou entre estes e o Distrito Federal;

VI - sua prática envolver ou visar a atingir criança ou adolescente ou a quem tenha, por qualquer motivo, diminuída ou suprimida a capacidade de entendimento e determinação;

VII - o agente financiar ou custear a prática do crime.

Art. 41. O indiciado ou acusado que colaborar voluntariamente com a investigação policial e o processo criminal na identificação dos demais co-autores ou partícipes do crime e na recuperação total ou parcial do produto do crime, no caso de condenação, terá pena reduzida de um terço a dois terços.

Art. 42. O juiz, na fixação das penas, considerará, com preponderância sobre o previsto no art. 59 do Código Penal, a natureza e a quantidade da substância ou do produto, a personalidade e a conduta social do agente.

Art. 43. Na fixação da multa a que se referem os arts. 33 a 39 desta Lei, o juiz, atendendo ao que dispõe o art. 42 desta Lei, determinará o número de dias-multa, atribuindo a cada um, segundo as condições econômicas dos acusados, valor não inferior a um trinta avos nem superior a 5 (cinco) vezes o maior salário-mínimo.

Parágrafo único. As multas, que em caso de concurso de crimes serão impostas sempre cumulativamente, podem ser aumentadas até o décuplo se, em virtude da situação econômica do acusado, considerá-las o juiz ineficazes, ainda que aplicadas no máximo.

Art. 44. Os crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 a 37 desta Lei são inafiançáveis e insuscetíveis de sursis, graça, indulto, anistia e liberdade provisória, vedada a conversão de suas penas em restritivas de direitos.

Parágrafo único. Nos crimes previstos no caput deste artigo, dar-se-á o livramento condicional após o cumprimento de dois terços da pena, vedada sua concessão ao reincidente específico.

Art. 45. É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, 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. Quando absolver o agente, reconhecendo, por força pericial, que este apresentava, à época do fato previsto neste artigo, as condições referidas no caput deste artigo, poderá determinar o juiz, na sentença, o seu encaminhamento para tratamento médico adequado.

Art. 46. As penas podem ser reduzidas de um terço a dois terços se, por força das circunstâncias previstas no art. 45 desta Lei, 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.

Art. 47. Na sentença condenatória, o juiz, com base em avaliação que ateste a necessidade de encaminhamento do agente para tratamento, realizada por profissional de saúde com competência específica na forma da lei, determinará que a tal se proceda, observado o disposto no art. 26 desta Lei.

CAPÍTULO III DO PROCEDIMENTO PENAL

Art. 48. O procedimento relativo aos processos por crimes definidos neste Título rege-se pelo disposto neste Capítulo, aplicando-se, subsidiariamente, as disposições do Código de Processo Penal e da Lei de Execução Penal.

§ 1º O agente de qualquer das condutas previstas no art. 28 desta Lei, salvo se houver concurso com os crimes previstos nos arts. 33 a 37 desta Lei, será processado e julgado na forma dos [arts. 60 e seguintes da Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995](#), que dispõe sobre os Juizados Especiais Criminais.

§ 2º Tratando-se da conduta prevista no art. 28 desta Lei, não se imporá prisão em flagrante, devendo o autor do fato ser imediatamente encaminhado ao juízo competente ou, na falta deste, assumir o compromisso de a ele comparecer, lavrando-se termo circunstanciado e providenciando-se as requisições dos exames e perícias necessários.

§ 3º Se ausente a autoridade judicial, as providências previstas no § 2º deste artigo serão tomadas de imediato pela autoridade policial, no local em que se encontrar, vedada a detenção do agente.

§ 4º Concluídos os procedimentos de que trata o § 2º deste artigo, o agente será submetido a exame de corpo de delito, se o requerer ou se a autoridade de polícia judiciária entender conveniente, e em seguida liberado.

§ 5º Para os fins do disposto no [art. 76 da Lei nº 9.099, de 1995](#), que dispõe sobre os Juizados Especiais Criminais, o Ministério Público poderá propor a aplicação imediata de pena prevista no art. 28 desta Lei, a ser especificada na proposta.

Art. 49. Tratando-se de condutas tipificadas nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 a 37 desta Lei, o juiz, sempre que as circunstâncias o recomendem, empregará os instrumentos protetivos de colaboradores e testemunhas previstos na [Lei nº 9.807, de 13 de julho de 1999](#).

Seção I Da Investigação

Art. 50. Ocorrendo prisão em flagrante, a autoridade de polícia judiciária fará, imediatamente, comunicação ao juiz competente, remetendo-lhe cópia do auto lavrado, do qual será dada vista ao órgão do Ministério Público, em 24 (vinte e quatro) horas.

§ 1º Para efeito da lavratura do auto de prisão em flagrante e estabelecimento da materialidade do delito, é suficiente o laudo de constatação da natureza e quantidade da droga, firmado por perito oficial ou, na falta deste, por pessoa idônea.

§ 2º O perito que subscrever o laudo a que se refere o § 1º deste artigo não ficará impedido de participar da elaboração do laudo definitivo.

§ 3º Recebida cópia do auto de prisão em flagrante, o juiz, no prazo de 10 (dez) dias, certificará a regularidade formal do laudo de constatação e determinará a destruição das drogas apreendidas, guardando-se amostra necessária à realização do laudo definitivo. [\(Incluído pela Lei nº 12.961, de 2014\)](#)

§ 4º A destruição das drogas será executada pelo delegado de polícia competente no prazo de 15 (quinze) dias na presença do Ministério Público e da autoridade sanitária. [\(Incluído pela Lei nº 12.961, de 2014\)](#)

§ 5º O local será vistoriado antes e depois de efetivada a destruição das drogas referida no § 3º, sendo lavrado auto circunstanciado pelo delegado de polícia, certificando-se neste a destruição total delas. [\(Incluído pela Lei nº 12.961, de 2014\)](#)

Art. 50-A. A destruição de drogas apreendidas sem a ocorrência de prisão em flagrante será feita por incineração, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contado da data da apreensão, guardando-se amostra necessária à realização do laudo definitivo, aplicando-se, no que couber, o procedimento dos §§ 3º a 5º do art. 50. ([Incluído pela Lei nº 12.961, de 2014](#))

Art. 51. O inquérito policial será concluído no prazo de 30 (trinta) dias, se o indiciado estiver preso, e de 90 (noventa) dias, quando solto.

Parágrafo único. Os prazos a que se refere este artigo podem ser duplicados pelo juiz, ouvido o Ministério Público, mediante pedido justificado da autoridade de polícia judiciária.

Art. 52. Findos os prazos a que se refere o art. 51 desta Lei, a autoridade de polícia judiciária, remetendo os autos do inquérito ao juízo:

I - relatará sumariamente as circunstâncias do fato, justificando as razões que a levaram à classificação do delito, indicando a quantidade e natureza da substância ou do produto apreendido, o local e as condições em que se desenvolveu a ação criminosa, as circunstâncias da prisão, a conduta, a qualificação e os antecedentes do agente; ou

II - requererá sua devolução para a realização de diligências necessárias.

Parágrafo único. A remessa dos autos far-se-á sem prejuízo de diligências complementares:

I - necessárias ou úteis à plena elucidação do fato, cujo resultado deverá ser encaminhado ao juízo competente até 3 (três) dias antes da audiência de instrução e julgamento;

II - necessárias ou úteis à indicação dos bens, direitos e valores de que seja titular o agente, ou que figurem em seu nome, cujo resultado deverá ser encaminhado ao juízo competente até 3 (três) dias antes da audiência de instrução e julgamento.

Art. 53. Em qualquer fase da persecução criminal relativa aos crimes previstos nesta Lei, são permitidos, além dos previstos em lei, mediante autorização judicial e ouvido o Ministério Público, os seguintes procedimentos investigatórios:

I - a infiltração por agentes de polícia, em tarefas de investigação, constituída pelos órgãos especializados pertinentes;

II - a não-atuação policial sobre os portadores de drogas, seus precursores químicos ou outros produtos utilizados em sua produção, que se encontrem no território brasileiro, com a finalidade de identificar e responsabilizar maior número de integrantes de operações de tráfico e distribuição, sem prejuízo da ação penal cabível.

Parágrafo único. Na hipótese do inciso II deste artigo, a autorização será concedida desde que sejam conhecidos o itinerário provável e a identificação dos agentes do delito ou de colaboradores.

Seção II Da Instrução Criminal

Art. 54. Recebidos em juízo os autos do inquérito policial, de Comissão Parlamentar de Inquérito ou peças de informação, dar-se-á vista ao Ministério Público para, no prazo de 10 (dez) dias, adotar uma das seguintes providências:

I - requerer o arquivamento;

II - requisitar as diligências que entender necessárias;

III - oferecer denúncia, arrolar até 5 (cinco) testemunhas e requerer as demais provas que entender pertinentes.

Art. 55. Oferecida a denúncia, o juiz ordenará a notificação do acusado para oferecer defesa prévia, por escrito, no prazo de 10 (dez) dias.

§ 1º Na resposta, consistente em defesa preliminar e exceções, o acusado poderá argüir preliminares e invocar todas as razões de defesa, oferecer documentos e justificações, especificar as provas que pretende produzir e, até o número de 5 (cinco), arrolar testemunhas.

§ 2º As exceções serão processadas em apartado, nos termos dos [arts. 95 a 113 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal](#).

§ 3º Se a resposta não for apresentada no prazo, o juiz nomeará defensor para oferecê-la em 10 (dez) dias, concedendo-lhe vista dos autos no ato de nomeação.

§ 4º Apresentada a defesa, o juiz decidirá em 5 (cinco) dias.

§ 5º Se entender imprescindível, o juiz, no prazo máximo de 10 (dez) dias, determinará a apresentação do preso, realização de diligências, exames e perícias.

Art. 56. Recebida a denúncia, o juiz designará dia e hora para a audiência de instrução e julgamento, ordenará a citação pessoal do acusado, a intimação do Ministério Público, do assistente, se for o caso, e requisitará os laudos periciais.

§ 1º Tratando-se de condutas tipificadas como infração do disposto nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 a 37 desta Lei, o juiz, ao receber a denúncia, poderá decretar o afastamento cautelar do denunciado de suas atividades, se for funcionário público, comunicando ao órgão respectivo.

§ 2º A audiência a que se refere o caput deste artigo será realizada dentro dos 30 (trinta) dias seguintes ao recebimento da denúncia, salvo se determinada a realização de avaliação para atestar dependência de drogas, quando se realizará em 90 (noventa) dias.

Art. 57. Na audiência de instrução e julgamento, após o interrogatório do acusado e a inquirição das testemunhas, será dada a palavra, sucessivamente, ao representante do Ministério Público e ao defensor do acusado, para sustentação oral, pelo prazo de 20 (vinte) minutos para cada um, prorrogável por mais 10 (dez), a critério do juiz.

Parágrafo único. Após proceder ao interrogatório, o juiz indagará das partes se restou algum fato para ser esclarecido, formulando as perguntas correspondentes se o entender pertinente e relevante.

Art. 58. Encerrados os debates, proferirá o juiz sentença de imediato, ou o fará em 10 (dez) dias, ordenando que os autos para isso lhe sejam conclusos.

~~§ 1º Ao proferir sentença, o juiz, não tendo havido controvérsia, no curso do processo, sobre a natureza ou quantidade da substância ou do produto, ou sobre a regularidade do respectivo laudo, determinará que se proceda na forma do art. 32, § 1º, desta Lei, preservando-se, para eventual contraprova, a fração que fixar. [\(Revogado pela Lei nº 12.961, de 2014\)](#)~~

~~§ 2º Igual procedimento poderá adotar o juiz, em decisão motivada e, ouvido o Ministério Público, quando a quantidade ou valor da substância ou do produto o indicar, procedendo a medida a elaboração e juntada aos autos de laudo toxicológico. [\(Revogado pela Lei nº 12.961, de 2014\)](#)~~

Art. 59. Nos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 a 37 desta Lei, o réu não poderá apelar sem recolher-se à prisão, salvo se for primário e de bons antecedentes, assim reconhecido na sentença condenatória.

CAPÍTULO IV DA APREENSÃO, ARRECADAÇÃO E DESTINAÇÃO DE BENS DO ACUSADO

Art. 60. O juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou mediante representação da autoridade de polícia judiciária, ouvido o Ministério Público, havendo indícios suficientes, poderá decretar, no curso do inquérito ou da ação penal, a apreensão e outras medidas assecuratórias relacionadas aos bens móveis e imóveis ou valores consistentes em produtos dos crimes previstos nesta Lei, ou que constituam proveito auferido com sua prática, procedendo-se na forma dos [arts. 125 a 144 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal](#).

§ 1º Decretadas quaisquer das medidas previstas neste artigo, o juiz facultará ao acusado que, no prazo de 5 (cinco) dias, apresente ou requeira a produção de provas acerca da origem lícita do produto, bem ou valor objeto da decisão.

§ 2º Provada a origem lícita do produto, bem ou valor, o juiz decidirá pela sua liberação.

§ 3º Nenhum pedido de restituição será conhecido sem o comparecimento pessoal do acusado, podendo o juiz determinar a prática de atos necessários à conservação de bens, direitos ou valores.

§ 4º A ordem de apreensão ou seqüestro de bens, direitos ou valores poderá ser suspensa pelo juiz, ouvido o Ministério Público, quando a sua execução imediata possa comprometer as investigações.

Art. 61. Não havendo prejuízo para a produção da prova dos fatos e comprovado o interesse público ou social, ressalvado o disposto no art. 62 desta Lei, mediante autorização do juízo competente, ouvido o Ministério Público e cientificada a Senad, os bens apreendidos poderão ser utilizados pelos órgãos ou pelas entidades que atuam na prevenção do uso indevido, na atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e na repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, exclusivamente no interesse dessas atividades.

Parágrafo único. Recaindo a autorização sobre veículos, embarcações ou aeronaves, o juiz ordenará à autoridade de trânsito ou ao equivalente órgão de registro e controle a expedição de certificado provisório de registro e licenciamento, em favor da instituição à qual tenha deferido o uso, ficando esta livre do pagamento de multas, encargos e tributos anteriores, até o trânsito em julgado da decisão que decretar o seu perdimento em favor da União.

Art. 62. Os veículos, embarcações, aeronaves e quaisquer outros meios de transporte, os maquinários, 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 de polícia judiciária, excetuadas as armas, que serão recolhidas na forma de legislação específica.

§ 1º Comprovado o interesse público na utilização de qualquer dos bens mencionados neste artigo, a autoridade de polícia judiciária poderá deles fazer uso, sob sua responsabilidade e com o objetivo de sua conservação, mediante autorização judicial, ouvido o Ministério Público.

§ 2º Feita a apreensão a que se refere o caput deste artigo, e tendo recaído sobre dinheiro ou cheques emitidos como ordem de pagamento, a autoridade de polícia judiciária que presidir o inquérito deverá, de imediato, requerer ao juízo competente a intimação do Ministério Público.

§ 3º Intimado, o Ministério Público deverá requerer ao juízo, em caráter cautelar, a conversão do numerário apreendido em moeda nacional, se for o caso, a compensação dos cheques emitidos após a instrução do inquérito, com cópias autênticas dos respectivos títulos, e o depósito das correspondentes quantias em conta judicial, juntando-se aos autos o recibo.

§ 4º Após a instauração da competente ação penal, o Ministério Público, mediante petição autônoma, requererá ao juízo competente que, em caráter cautelar, proceda à alienação dos bens apreendidos, excetuados aqueles que a União, por intermédio da Senad, indicar para serem colocados sob uso e custódia da autoridade de polícia judiciária, de órgãos de inteligência ou militares, envolvidos nas ações de prevenção ao uso indevido de drogas e operações de repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, exclusivamente no interesse dessas atividades.

§ 5º Excluídos os bens que se houver indicado para os fins previstos no § 4º deste artigo, o requerimento de alienação deverá conter a relação de todos os demais bens apreendidos, com a descrição e a especificação de cada um deles, e informações sobre quem os tem sob custódia e o local onde se encontram.

§ 6º-Requerida a alienação dos bens, a respectiva petição será atuada em apartado, cujos autos terão tramitação autônoma em relação aos da ação penal principal.

§ 7º Atuado o requerimento de alienação, os autos serão conclusos ao juiz, que, verificada a presença de nexo de instrumentalidade entre o delito e os objetos utilizados para a sua prática e risco de perda de valor econômico pelo decurso do tempo, determinará a avaliação dos bens relacionados, cientificará a Senad e intimará a União, o Ministério Público e o interessado, este, se for o caso, por edital com prazo de 5 (cinco) dias.

§ 8º Feita a avaliação e dirimidas eventuais divergências sobre o respectivo laudo, o juiz, por sentença, homologará o valor atribuído aos bens e determinará sejam alienados em leilão.

§ 9º Realizado o leilão, permanecerá depositada em conta judicial a quantia apurada, até o final da ação penal respectiva, quando será transferida ao Funad, juntamente com os valores de que trata o §-3º deste artigo.

§ 10. Terão apenas efeito devolutivo os recursos interpostos contra as decisões proferidas no curso do procedimento previsto neste artigo.

§ 11. Quanto aos bens indicados na forma do § 4º deste artigo, recaindo a autorização sobre veículos, embarcações ou aeronaves, o juiz ordenará à autoridade de trânsito ou ao equivalente órgão de registro e controle a expedição de certificado provisório de registro e licenciamento, em favor da autoridade de polícia judiciária ou órgão aos quais tenha deferido o uso, ficando estes livres do pagamento de multas, encargos e tributos anteriores, até o trânsito em julgado da decisão que decretar o seu perdimento em favor da União.

Art. 63. Ao proferir a sentença de mérito, o juiz decidirá sobre o perdimento do produto, bem ou valor apreendido, seqüestrado ou declarado indisponível.

§ 1º Os valores apreendidos em decorrência dos crimes tipificados nesta Lei e que não forem objeto de tutela cautelar, após decretado o seu perdimento em favor da União, serão revertidos diretamente ao Funad.

§ 2º Compete à Senad a alienação dos bens apreendidos e não leiloados em caráter cautelar, cujo perdimento já tenha sido decretado em favor da União.

§ 3º A Senad poderá firmar convênios de cooperação, a fim de dar imediato cumprimento ao estabelecido no § 2º deste artigo.

§ 4º Transitada em julgado a sentença condenatória, o juiz do processo, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, remeterá à Senad relação dos bens, direitos e valores declarados perdidos em favor da União, indicando, quanto aos bens, o local em que se encontram e a entidade ou o órgão em cujo poder estejam, para os fins de sua destinação nos termos da legislação vigente.

Art. 64. A União, por intermédio da Senad, poderá firmar convênio com os Estados, com o Distrito Federal e com organismos orientados para a prevenção do uso indevido de drogas, a atenção e a reinserção social de usuários ou dependentes e a atuação na repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, com vistas na liberação de equipamentos e de recursos por ela arrecadados, para a implantação e execução de programas relacionados à questão das drogas.

TÍTULO V DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Art. 65. De conformidade com os princípios da não-intervenção em assuntos internos, da igualdade jurídica e do respeito à integridade territorial dos Estados e às leis e aos regulamentos nacionais em vigor, e observado o espírito das Convenções das Nações Unidas e outros instrumentos jurídicos internacionais relacionados à questão das drogas, de que o Brasil é parte, o governo brasileiro prestará, quando solicitado, cooperação a outros países e organismos internacionais e, quando necessário, deles solicitará a colaboração, nas áreas de:

I - intercâmbio de informações sobre legislações, experiências, projetos e programas voltados para atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

II - intercâmbio de inteligência policial sobre produção e tráfico de drogas e delitos conexos, em especial o tráfico de armas, a lavagem de dinheiro e o desvio de precursores químicos;

III - intercâmbio de informações policiais e judiciais sobre produtores e traficantes de drogas e seus precursores químicos.

TÍTULO VI DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 66. Para fins do disposto no parágrafo único do art. 1º desta Lei, até que seja atualizada a terminologia da lista mencionada no preceito, denominam-se drogas substâncias entorpecentes, psicotrópicas, precursoras e outras sob controle especial, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.

Art. 67. A liberação dos recursos previstos na [Lei nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986](#), em favor de Estados e do Distrito Federal, dependerá de sua adesão e respeito às diretrizes básicas contidas nos convênios firmados e do fornecimento de dados necessários à atualização do sistema previsto no art. 17 desta Lei, pelas respectivas polícias judiciárias.

Art. 68. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão criar estímulos fiscais e outros, destinados às pessoas físicas e jurídicas que colaborem na prevenção do uso indevido de drogas, atenção e reinserção social de usuários e dependentes e na repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

Art. 69. No caso de falência ou liquidação extrajudicial de empresas ou estabelecimentos hospitalares, de pesquisa, de ensino, ou congêneres, assim como nos serviços de saúde que produzirem, venderem, adquirirem, consumirem, prescreverem ou fornecerem drogas ou de qualquer outro em que existam essas substâncias ou produtos, incumbe ao juízo perante o qual tramite o feito:

I - determinar, imediatamente à ciência da falência ou liquidação, sejam lacradas suas instalações;

II - ordenar à autoridade sanitária competente a urgente adoção das medidas necessárias ao recebimento e guarda, em depósito, das drogas arrecadadas;

III - dar ciência ao órgão do Ministério Público, para acompanhar o feito.

§ 1º Da licitação para alienação de substâncias ou produtos não proscritos referidos no inciso II do caput deste artigo, só podem participar pessoas jurídicas regularmente habilitadas na área de saúde ou de pesquisa científica que comprovem a destinação lícita a ser dada ao produto a ser arrematado.

§ 2º Ressalvada a hipótese de que trata o § 3º deste artigo, o produto não arrematado será, ato contínuo à hasta pública, destruído pela autoridade sanitária, na presença dos Conselhos Estaduais sobre Drogas e do Ministério Público.

§ 3º Figurando entre o praxeado e não arrematadas especialidades farmacêuticas em condições de emprego terapêutico, ficarão elas depositadas sob a guarda do Ministério da Saúde, que as destinará à rede pública de saúde.

Art. 70. O processo e o julgamento dos crimes previstos nos arts. 33 a 37 desta Lei, se caracterizado ilícito transnacional, são da competência da Justiça Federal.

Parágrafo único. Os crimes praticados nos Municípios que não sejam sede de vara federal serão processados e julgados na vara federal da circunscrição respectiva.

Art. 71. [\(VETADO\)](#)

~~Art. 72. Sempre que conveniente ou necessário, o juiz, de ofício, mediante representação da autoridade de polícia judiciária, ou a requerimento do Ministério Público, determinará que se proceda, nos limites de sua jurisdição e na forma prevista no § 1º do art. 32 desta Lei, à destruição de drogas em processos já encerrados.~~

Art. 72. Encerrado o processo penal ou arquivado o inquérito policial, o juiz, de ofício, mediante representação do delegado de polícia ou a requerimento do Ministério Público, determinará a destruição das amostras guardadas para contraprova, certificando isso nos autos. [\(Redação dada pela Lei nº 12.961, de 2014\)](#)

~~Art. 73. A União poderá celebrar convênios com os Estados visando à prevenção e repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de drogas.~~

Art. 73. A União poderá estabelecer convênios com os Estados e o com o Distrito Federal, visando à prevenção e repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de drogas, e com os Municípios, com o objetivo de prevenir o uso indevido delas e de possibilitar a atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. [\(Redação dada pela Lei nº 12.219, de 2010\)](#)

Art. 74. Esta Lei entra em vigor 45 (quarenta e cinco) dias após a sua publicação.

Art. 75. Revogam-se a [Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976](#), e a [Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002](#).

Brasília, 23 de agosto de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Márcio Thomaz Bastos
Guido Mantega
Jorge Armando Felix

Este texto não substitui o publicado no DOU de 24.8.2006

*