

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
“ANTONIO EUFRÁSIO DE TOLEDO” DE
PRESIDENTE PRUDENTE**

FACULDADE DE DIREITO DE PRESIDENTE PRUDENTE

**POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL: A DESCRIMINALIZAÇÃO E O USO
MEDICINAL DO CANNABIDIOL FRENTE AO ARTIGO 28 DA LEI 11.343/2006**

Jéssika Medina Sanvezzo

Presidente Prudente/SP
2016

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO” DE
PRESIDENTE PRUDENTE**

FACULDADE DE DIREITO DE PRESIDENTE PRUDENTE

**POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL: A DESCRIMINALIZAÇÃO E O USO
MEDICINAL DO CANNABIDIOL FRENTE AO ARTIGO 28 DA LEI 11.343/2006**

Jéssika Medina Sanvezzo

Monografia apresentada ao Curso de Direito do Centro Universitário “Antônio Eufrásio de Toledo”, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação do Prof. Florestan Rodrigo do Prado.

Presidente Prudente/SP
2016

**POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL: A DESCRIMINALIZAÇÃO E O USO
MEDICINAL DO CANNABIDIOL FRENTE AO ARTIGO 28 DA LEI 11.343/2006**

Monografia apresentada ao Curso de Direito do Centro Universitário “Antônio Eufrásio de Toledo”, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Florestan Rodrigo do Prado
Orientador

Antenor Ferreira Pavarina
Examinador

Alana Fagundes Valério
Examinadora

Presidente Prudente/SP, 25 de outubro de 2016.

Dedico este trabalho à minha família, sobretudo aos meus pais.

Ao meu avô Ettore Sanvezzo (in memoriam), deixo aqui registrado o que jamais se apagará do meu coração: durante a minha infância, ele parecia prever o futuro sempre que se arriscava a dizer (para me corrigir quando me intrometia nos assuntos de “gente grande”): - “Ah, advogada! ”. Na época, eu era apenas uma criança atrevida... Hoje, me atrevo a ser o que um dia ele sonhou para mim.

“Eis o meu segredo: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos. Os homens esqueceram essa verdade, mas tu não a deves esquecer. Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.”

O Pequeno Príncipe – Antoine de Saint-Exupéry

“Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça!”

Cora Coralina

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por tudo que sou e tenho.

Aos meus pais, elo de toda minha inspiração, por todo apoio durante esses anos de estudo. Como dito, tenho muitos motivos para ser grata a Ti Senhor, mas esse com certeza é o principal.

No final das contas, tudo se resume a vocês, meu eterno amor e gratidão.

À minha irmã Naiara (doce e amiga) e ao meu cunhado André, por fazerem parte da minha história e estarem sempre dispostos a me ajudar. Agradeço ainda por me tornarem “Tia do Theo” – é por ele que farei justiça na busca por um futuro melhor.

À minha avó Leonor, meu exemplo de fé e humildade, por sempre me colocar em suas orações.

Ao meu namorado Leandro, por ser mais que um namorado, mas o meu anjo protetor. Agradeço pela sua companhia, amor e compreensão.

Ao meu orientador Florestan Rodrigo do Prado, por acreditar no meu potencial e depositar sobre mim sua confiança. Agradeço ainda, além da valiosa orientação e incentivo, pela tranquilidade que transmitiu a mim durante a produção deste trabalho.

Aos queridos examinadores que compõem a banca por anuírem ao convite.

RESUMO

O presente trabalho, desenvolvido como requisito parcial para a conclusão do Curso de Direito e obtenção do Grau de Bacharel perante o Centro Universitário “Antônio Eufrásio de Toledo”, tem como foco a reflexão sobre um tema polêmico e multidisciplinar: a descriminalização da maconha. A aproximação dessa linha de pesquisa se baseou na abordagem dos termos “descriminalização, legalização e despenalização” das drogas ilícitas e informações quanto àquelas consideradas legais: álcool e tabaco. Nesse contexto, a abordagem crítica do modelo proibicionista e análise histórica do consumo, tratamento legal bem como as perspectivas medicinais sobre o uso da maconha. Trará ainda uma análise inovadora reunindo assuntos que num primeiro momento poderiam se mostrar totalmente incompatíveis, mas que, ao contrário, são capazes de nos levar a reflexão quanto a nossa política de drogas: legislação pró-maconha X ciência, descriminalização X proibicionismo, Princípio da Intervenção mínima X autolesão.

Palavras-chave: Descriminalização; Cannabidiol; Política Criminal; Drogas.

ABSTRACT

This work, developed as a partial requirement for the completion of law studies and acquisition of Bachelor's Degree at University Center "Antonio Eufrásio of Toledo", focuses the debate on a controversial and multidisciplinary theme: the decriminalization of marijuana. The approach of this research line is based on the approach of the terms "decriminalization, legalization and removal of penalty" for illicit drugs and information about those ones considered legal: alcohol and tobacco. In this context, the critical approach of the prohibitionist model and historical analysis of consumption, legal treatment as well as medical perspectives on the use of marijuana. It will bring innovative analysis bringing together issues that at first might be considered totally incompatible but, on the contrary, are able to lead us to reflect about our drug policy: pro marijuana legislation X science, decriminalization X prohibitionism, minimum intervention principle X self-injury.

Keywords: Decriminalization; Cannabidiol; Criminal Policy; Drugs.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA	11
2.1 Drogas: da Antiguidade a Modernidade	11
2.2 Trajeto Histórico da Maconha.....	16
2.3 O Desenvolvimento da Lei de Drogas no Brasil	18
3 ANÁLISES TERMINOLÓGICAS: DESCRIMINALIZAÇÃO, LEGALIZAÇÃO E DESPENALIZAÇÃO DA MACONHA	23
3.1 A Descriminalização aos Olhos do STF – Análise dos Votos.....	28
4 SOBRE AS DROGAS LEGAIS: ÁLCOOL E TABACO	31
5 A ORIGEM E FALÊNCIA DO PROIBICIONISMO	34
6 ESTUDOS DE CASOS – SISTEMAS ANTIDROGAS AO REDOR DO MUNDO	37
6.1 México – Os Cartéis Mexicanos	37
6.2 Colômbia – O Surgimento da FARC	39
6.3 EUA – A Maconha Medicinal.....	40
6.4 Portugal – A Descriminalização de Todas as Drogas	42
6.5 Uruguai – Sua Experiência com a Legalização	42
6.6 Holanda – A Criação dos Coffee Shops.....	44
6.7 Espanha – Clubes Cannabicos	45
7 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E O USO MEDICINAL DO CANNABIDIOL	48
8 CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICE A - ENTREVISTA COM ALESSANDRA ANDREA AGUIAR, RESPONSÁVEL POR JULIA SATO - USUÁRIA DE MEDICAMENTO A BASE DE CANNABIDIOL	61

1 INTRODUÇÃO

Entre tantas polêmicas que cerceiam o direito penal e sua efetividade, as condutas de uso e comércio de substâncias psicoativas ilícitas ganharam ênfase. A utilização das drogas para fins recreativos, psicológicos, medicinais e culturais não se limita a sociedade contemporânea, pois pode ser notada desde a formação das primeiras sociedades.

Muitas terminologias e conceitos foram lançados e não se pode negar que a discussão sobre uma nova política de drogas ganhou grande proporção nos últimos tempos. Isso se deve ao fato de que estudiosos levantam estatísticas e dados históricos diariamente para reforçar a ideia de que perdemos a “guerra contra as drogas” ou como alguns preferem dizer: “World on drugs!”, (referência a ideologia proibicionista absoluta adotada pelo Brasil a partir do século XX sob influência dos Estados Unidos da América e posteriormente, pela Organização das Nações Unidas (ONU).

É inevitável que para tratar deste tema, se faz necessário o uso de diversos campos de estudo, ocasionando um nível de multidisciplinariedade, visto que a adoção de uma determinada política de combate às drogas no Brasil e no mundo é capaz de surtir reflexos em todos os envolvidos na estrutura de consumo, venda, repressão e prevenção do uso de substâncias entorpecentes.

Isso faz com que diversos direitos fundamentais, garantidos pela Constituição Federal de 1988 sejam acionados e debatidos pela comunidade jurídica. Aspectos criminológicos, históricos, políticos (no âmbito nacional e internacional) e sociais não podem ser deixados de lado quando o intuito é encontrar medidas para redução de danos. Porém as atuais políticas pecam quando tentam apresentar soluções para um problema tão complexo com base numa visão que ignora o plano da intimidade e liberdade do indivíduo.

Para que seja possível alcançar alguns dos objetivos apresentados pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC) – que abarca desde a redução do tráfico e corrupção até a disposição de meios alternativos para os envolvidos no mundo das drogas ilícitas – o presente trabalho busca desenvolver uma pesquisa que auxilie na conscientização dos prejuízos que o atual modelo de combate às drogas causa e a necessidade de sua reformulação.

O objetivo neste trabalho, através de pesquisa bibliográfica e jurisprudencial, e embasado no método de pesquisa indutivo, é, a partir da análise do caso do uso do cannabidiol em nosso país, ressaltar que o proibicionismo do uso de drogas não é o melhor modelo para erradicação do problema.

Há quatro pilares que não podem ser deixados de lado quando o assunto é a “flexibilização” da Lei de drogas: descriminalização, controle, conscientização e tratamento, e é através deles que desenvolveremos nosso trabalho. O trabalho busca, em seu primeiro capítulo, apresentar como as substâncias entorpecentes – “drogas” – estão presentes em nossa sociedade desde a antiguidade até os dias de hoje.

No segundo capítulo fará uma breve análise sobre as terminologias mais utilizadas quando tratamos das drogas, e a análise da descriminalização pelo Supremo Tribunal Federal. No quarto capítulo abordaremos a respeito das “drogas lícitas” e no quinto capítulo, sobre a origem e falência do proibicionismo, prática que ainda predomina em nossa sociedade e fomenta muitas discussões a respeito do tema drogas.

Em seu penúltimo capítulo, este trabalho apresentará alguns sistemas antidrogas implementados ao redor do mundo, como México, Espanha, Uruguai, entre outros países, que já buscam medidas alternativas ao proibicionismo para a política de drogas. E por fim, trataremos da judicialização da saúde e o caso dos medicamentos que possuem como propriedade o cannabidiol e os impasses para que seu uso seja autorizado no Brasil.

2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA

O capítulo a seguir mostra a evolução histórica das drogas de maneira ampla, bem como a introdução e história da maconha no território brasileiro. Além disso, o desenvolvimento da Lei de Drogas é objeto de análise desde os primórdios até a legislação que se encontra em vigor.

2.1 Drogas: da Antiguidade a Modernidade

O uso de substâncias psicotrópicas é um fato que pode ser constatado a milhares de anos atrás, seja por motivos medicinais, culturais ou ainda por recreação. Tais substâncias estavam presentes no cotidiano de muitas civilizações e inclusive de estudiosos, como o renomado “pai da psicanálise” Sigmund Freud. Em análise aos ensinamentos de Freud, o doutrinador Shecaira indica que:

Existem igualmente três caminhos que podem ser identificados como tradicionais formas de inibição do sofrimento ou realização da felicidade: poderosas diversões, gratificações substitutivas e substâncias inebriantes. A primeira seria a satisfação por meio de processos vários de prazer, tal como o alcançado por um cientista na produção de uma pesquisa intelectual. A segunda seria o caminho das satisfações substitutivas por meio da fantasia, aqui se registra o prazer de um adorador por sua religião, o gozo com a beleza de uma obra de arte, ou o amor de um homem por uma mulher. Ao fim, a terceira via considerada pelo pai da psicanálise foi justamente o uso de certas substâncias que geram alteração psíquica. (SHECAIRA, Sérgio Salomão, 2014, p.14)

Portanto, o que se tem a demonstrar é a naturalidade com que as drogas foram inseridas no cotidiano das pessoas. O uso é milenar, enquanto que a criminalização da conduta se tornou relevante em meados do século XX. Nesse sentido, trataremos nos próximos parágrafos, momentos considerados importantes no decorrer da história das drogas.

Por volta de 40 mil anos atrás, algumas pinturas deixadas em cavernas, registradas em pedras e objetos de forma rudimentar, são sinais, na opinião dos antropólogos, do uso de plantas alucinógenas. A *cannabis sativa* é um exemplo das que foram aproveitadas por diversos povos ao redor do mundo.

Segundo o imperador chinês Shen Nung (2.800 A.C) apud Araújo (2014, p. 25) “(...) se o fruto da maconha for tomado em excesso, produzirá alucinações. Se for tomado em longo prazo, comunica com os espíritos e faz o corpo

flutuar”. A frase deixa clara a essência das atividades envolvidas e desenvolvidas com o uso de plantas alucinógenas: a crença por um Deus, a possibilidade de encontro com a divindade e a sensação de liberdade e “cura” do homem.

Entre os povos gregos e romanos o uso da planta estava presente nos rituais e festas, ocasião em que inalavam a fumaça obtida através da queima. Nas palavras de Araújo (2014, p. 30), “(...) para os gregos, nenhuma substância era boa ou má em si. A maneira de usá-la é que diria se seus efeitos seriam benignos ou malignos”. Com essa consideração, confirmamos a tese de que o interesse em pesquisar os benefícios e malefícios das “drogas” não é uma conduta atual. A ideia tida como revolucionária quanto ao uso medicinal de substâncias ilícitas, tais como a autorização de algumas substâncias e medicamentos na atual Portaria Federal 344/98 (ANVISA) é nada mais que uma evolução daquilo estava sendo promovido por diversos povos no passado.

Já no período neolítico, constatou-se a criação da primeira receita de “cerveja”, pelos sumérios, que não deixava de ser uma “droga” (visto que, como uma, pode provocar mudanças físicas e psicológicas). Seu consumo se dava em ocasiões especiais como forma de adorar a Deusa “Ninkasi”.

Segundo Araújo (2014, p. 26-27), de um modo geral, não se sabe ao certo quando o homem teve a sua primeira experiência com a bebida, mas o que se imagina é que isso ocorreu muito antes do surgimento da agricultura, quando então começaram a ser preocupar com aquilo que produziam. As religiões “xamânicas”, na sua grande maioria, faziam uso de substâncias psicoativas com finalidades religiosas e espirituais e muitas bebidas eram consumidas nos cultos.

Até mesmo o famoso “cogumelo de chapéu vermelho e pintinhas brancas” que aparecia muitas vezes para dar cor aos cenários de desenhos animados infantis, são objetos de estudo. Utilizados por tribos primitivas na Sibéria, até hoje fazem parte de rituais religiosos no norte asiático.

Segundo Lopes:

Existem cerca de 30 mil tipos de cogumelos no mundo, mas só 70 provocam viagens. São os cogumelos alucinógenos, com alcalóides que, quando ingeridos, dão barato. Um segredo, aliás, há tempos conhecido pelo homem: 5 mil anos atrás o cogumelo *Amanita muscaria* já era colhido ao pé de carvalhos no norte da Europa e na Sibéria. Quando não o encontravam, os nativos da região bebiam até a urina de renas que comiam o cogumelo, para assim conseguir o efeito entorpecente. (LOPES, Marco Antonio, 2016, s.p.)

Na Índia, a maconha ainda é utilizada como forma de oferenda aos deuses e adentrou no território brasileiro através dos africanos, que também utilizavam com fim religioso (Lopes, 2016, s.p.).

A análise histórica das drogas não pode deixar de ser comentada pelo viés do cristianismo. É possível determinar essa relação com a religião cristã através dos relatos contidos em passagens bíblicas. O apóstolo João ressalta a importância do vinho no primeiro milagre de Jesus.

Os alquimistas da Idade Média passavam horas e horas contemplando diversas plantas e desenvolvendo técnicas de uso do ópio e outras drogas psicoativas para composição de remédios.

Quanto à “coca”, Araújo aduz:

Os índios que trabalhavam nas minas de prata do Peru consumiam suas folhas para aguentar o trabalho extenuante, e os colonizadores espanhóis souberam ganhar dinheiro cobrando impostos sobre o comércio interno da planta. Mas não passaram a consumi-la, porque a identificavam com hábitos selvagens, dos quais eles tinham aversão. (ARAÚJO, Tarso, 2014, p. 45)

Foi utilizada pelos índios no “Novo Mundo” e objeto de estudo de Albert Niemann em 1860, momento em que isolou pela primeira vez a cocaína. Desde então, as folhas de coca começaram a ser utilizadas em xaropes, motivo pelo qual um farmacêutico daria início a produção da Coca-Cola como uma “bebida dos abstêmios”.

No século 19, a chamada “Guerra do Ópio” entre britânicos e chineses vêm nos mostrar a dimensão da luta de poder sobre as drogas. O conflito foi brevemente relatado na obra de Marcos H.M de Salles:

A primeira vez que o mercado de drogas tentou ser controlado, foi na pré-Guerra do Ópio, ocorrida em meados dos séculos XVIII e XIX, entre Inglaterra e China. Os ingleses preocupados com o déficit em sua balança comercial começaram a vender ópio para compensar os gastos com chá e equilibrar o comércio com a China. Com a proibição do tabaco, os chineses começaram a botar ópio nos cachimbos. O resultado não foi outro a não ser um forte crescimento da arrecadação inglesa. (SALLES, Marcos H.M., 2013, p. 13)

Em síntese, a guerra se iniciou por conta do desejo britânico de exportação em contrapartida a aplicação de medidas protecionistas pela China. As consequências: derrota chinesa, assinatura de tratado que permitisse o acesso ao

porto pelos ingleses e, mais à frente, a atuação dos EUA com a proposição de medidas de controle internacional do ópio, com direito a uma Comissão Internacional: embrião da ideologia proibitiva americana.

Nesse contexto, segue os ensinamentos de Araújo:

Em 1909, os EUA organizaram um encontro internacional na China, em Xangai, para propor estratégias de controle do ópio [...]. A comissão internacional do Ópio seria o primeiro passo rumo à política internacional de proibição das drogas que vigora até o início do século 21. (ARAUJO, Tarso, 2014, p. 58)

Na época, os Estados Unidos da América precisaram se contentar com uma política de “controle” do ópio e somente em 1936, após formação de 3 tratados internacionais em Genebra, foi possível atingir seu objetivo e propor a prisão em caso de compra, produção, venda e posse das substâncias previstas na convenção.

Em 1920, uma nova guerra: baseada no movimento da “Lei seca Americana”, na tentativa de controlar a produção e comercialização de bebidas alcoólicas.

Segundo opinião de Araújo:

Não havia, porém, uma criminalização do uso. Ninguém poderia ser preso por beber ou portar bebidas alcoólicas, mesmo que elas fossem obtidas com contrabandistas. Na verdade, era permitido inclusive fermentar e destilar sua própria bebida, desde que ela não fosse comercializada de forma alguma. Ou seja, situação legal do álcool nos EUA durante a Lei Seca era semelhante à dos países que, a partir do fim do século 20, descriminalizaram a maconha. O foco da repressão seriam os traficantes – e eles não tardaram a aparecer. (ARAUJO, Tarso, 2014, p. 61)

Com tal medida os Estados Unidos conseguiram nada mais que um aumento na criminalidade, tendo em vista que com o contrabando, uma considerável parcela de pessoas envolvidas com a corrupção estaria disposta a burlar a lei.

Já no último século, as drogas sintéticas tomaram conta das farmácias. A anfetamina se tornou rapidamente conhecida como a fórmula para o fim da depressão. O uso da anfetamina na composição de diversos medicamentos explodiu em todos os cantos do mundo, inclusive nos EUA. A Ritalina, no Brasil, é um exemplo de medicamento dessa classe de substância. Quanto ao LSD (Dietilamida de Acido Lisérgico), foi objeto de uso do químico suíço Albert Hofmann, conhecido popularmente como: “o homem que sintetizou o LSD”.

Em sua obra, ele explica que:

Logo depois que o LSD foi experimentado em animais, foi feita a primeira investigação sistemática da substância em seres humanos, na clínica psiquiátrica da Universidade de Zurique. Werner A. Stoll, M. D. (filho do Professor Arthur Stoll), conduziu esta pesquisa e publicou seus resultados em 1947 no "Schweizer Archiv und fur Neurologie und Psychiatrie", sob o título "Lysergsaure-diethylamid, ein Phantastikum aus der Mutterkorngruppe" [ácido lisérgico diethylamide, um fantástico do grupo da cravagem]. Os testes envolveram objetos de pesquisa saudáveis e também pacientes esquizofrênicos. A dosagem, substancialmente abaixo da minha primeira auto experiência que foi feita com 0,25 mg tartarato de LSD, importou só de 0,02 a 0,13 mg. O estado emocional durante a inebriação do LSD foi aqui predominantemente eufórico, considerando que em minha experiência o humor estava marcado por efeitos colaterais sérios que são resultados de overdose e, claro que, do medo de um resultado incerto. Esta publicação fundamental, que deu uma descrição científica de todas as características básicas da inebriação do LSD, classificou o novo princípio ativo como um fantástico. Porém a questão da aplicação terapêutica do LSD permaneceu sem resposta. Por outro lado, o relatório enfatizou a atividade extraordinariamente alta do LSD, que corresponde à atividade motivada por traços de substâncias [N.T. quantidades ínfimas] que ocorrem naturalmente no organismo e que são com certeza consideradas como responsáveis pelas desordens mentais. Outro assunto discutido nesta primeira publicação foi a possível aplicação do LSD como uma ferramenta de pesquisa na psiquiatria devido a sua tremenda atividade psíquica. (HOFMANN, Alberti, 1979, p. 19)

Hofmann faz questão de ressaltar que o encontro com o LSD não foi por acaso, mas é fruto de um profundo estudo em que estava envolvido. A sua felicidade como químico farmacêutico brotou com a possibilidade de que a partir dessa descoberta novos medicamentos pudessem ser criados em benefício à sociedade, mas, o que lhe entristeceu foi o uso descontrolado e irresponsável do LSD como inebriante. A partir de então ele se tornou uma "criança-problema" para o pesquisador.

Em 1967, os "Beatles" (banda de rock britânica formada em Liverpool na década de 60) marcavam história não só na música como também no movimento pela descriminalização da maconha, que ganhou maior proporção em 1970 com a famosa "marcha".

Em 1990, estudos a cerca do THC (tetrahydrocanabidiol – substância responsável pelos maiores efeitos da planta) ganharam destaque e o seu isolamento representou um "boom" no interesse de pesquisas sobre a droga. Estudos indicam que os dois alcaloides da maconha (THC e canabinoide) podem ser utilizados como anti-inflamatórios, analgésicos, relaxantes musculares e antialérgicos. A discussão é relacionada à identificação de pacientes com síndromes que levam a espasmos e

epilepsia e encontraram no Cannabidiol a melhor resposta terapêutica para seus tratamentos.

2.2 Trajeto Histórico da Maconha

Quando o objetivo é traçar os caminhos percorridos pela *Cannabis sativa* no Brasil sabe-se que o trajeto é longo e para percorrê-lo é preciso se valer de relatos históricos que se iniciaram por volta de 1770. As palavras ganja, marijuana, verdinha, bagulho, erva, baseado, fino, fumo, beck, cânhamo, Mary Jane são as diversas denominações que podem ser encontradas desde que o assunto surgiu. A *Cannabis sativa* ou cânhamo como alguns preferem chamar marcou presença na Ásia, Europa, África e Oceania em razão do potencial de suas fibras, que eram utilizadas para confecção de tecidos, cordas e velas para os navios.

Na China, por volta do século I a.C o cânhamo passou a ser útil para a produção de papel. Hoje, conforme matéria publicada pela Revista Eletrônica do Globo Rural, o governo chinês tem montado estratégias para substituir as lavouras de algodão do país por plantações de maconha. Desse modo, as fibras de caule da *Cannabis Sativa* seriam introduzidas no agronegócio do país e principalmente na indústria têxtil.

Voltando aos tempos remotos, a produção de papel também se fez presente no continente Europeu, mais precisamente na região de Alicante na Espanha. De acordo com a Agência Internacional de notícias IPS - Inter Press Service, o Real Decreto 1729/1999, de 12 de setembro de 1999, autoriza 25 variedades de cânhamo industrial para cultivo na Espanha e estabelece as normas para a concessão das ajudas ao linho têxtil e ao cânhamo. O desafio, entretanto, é superar a ignorância da Guarda Civil em alguns locais da Espanha, onde as folhas de cânhamo industrial são muitas vezes confundidas com maconha, cujas perícias trazem o resultado positivo de traços de THC.

Para Jean Marcel Carvalho de França:

Ao contrário do que ocorreu com o gosto pela cachaça e pelo tabaco - os dois "primos ricos" do cânhamo – o canabismo, apesar de ser um hábito precocemente consolidado no Brasil, deixou poucos rastros. É difícil determinar ao certo quem o introduziu na cultura local. Os portugueses o conheciam, por meio do contato com a Índia como com os mouros - povo consumidor de haxixe – instalados na Península Ibérica (...), Os indígenas da América do Sul, ao contrário, usuários do tabaco e da aguardente de milho, ao que tudo indica desconheciam a Cannabis e o canabismo até os

séculos XVI e XVII. Já os africanos – ao menos alguns daqueles que vieram para o Brasil – eram conhecedores da Cannabis e devotados ao canabismo. O gosto por consumir a planta em busca de seus efeitos inebriantes era bastante antigo entre eles, em especial no norte do continente africano. O canabismo, ao que parece, penetrou na África por volta do século I, provavelmente através da Península Arábica, levado por caravanas de comerciantes árabes. (FRANÇA, Jean Marcel Carvalho de, 2015, p. 26)

O doutrinador explica que no Brasil, as notícias mais frequentes sobre o plantio e uso da fibra do cânhamo para necessidades da Marinha são relatos do século XVIII, embora o seu uso nos estaleiros tenha sido anterior, por volta do século XVII, na fabricação de cordas e velas de cânhamo nas embarcações portuguesas (2015, p. 10.). Após o século XIX além das classes sociais mais pobres, o canabismo se espalhou por toda sociedade. Entre as décadas de 1920 e 1950 o combate ao cânhamo ganhou força e as autoridades brasileiras se deram conta de que esse não era um mal concentrado apenas no território brasileiro.

Segundo França:

Em 1932, enfim, o governo provisório do Brasil, na sua missão de “reorganização constitucional do Brasil”, promulgou o decreto n. 20.930, de 11 de janeiro, destinado a fiscalizar “o emprego e comércio das substâncias tóxicas entorpecentes” e regular “a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente de Ópio da Liga das Nações”. O decreto, o primeiro a incluir a diamba (maconha), prescrevia no seu artigo de abertura: “são consideradas substâncias tóxicas de natureza analgésica ou entorpecente, para os efeitos deste decreto e mais leis aplicáveis, as seguintes substâncias e seus sais, congêneres, compostos e derivados, inclusive especialidades farmacêuticas correlatas: I) O ópio bruto e medicinal; II) A morfina; III) A diacetilmorfina ou heroína; IV) A benzilmorfina; V) a dilaudid; VI) A dicodide; VII) A eucodal; VIII) As folhas de coca; IX) A cocaína bruta; X) A cocaína; XI) A ecgonina; XII) A Cannabis indica”. A quem fosse encontrado portando ou armazenando alguma das substâncias constantes nessa longa lista, em dose superior a terapêutica determinada pelo Departamento Nacional da Saúde Pública e sem expressa prescrição médica ou de cirurgião-dentista, ou quem concorresse para disseminação ou alimentação do uso de alguma dessas substâncias incorreria em penas de três a nove meses de prisão celular e multa de mil a cinco mil réis. (FRANÇA, Jean Marcel Carvalho de, 2015, p. 63)

Mais a frente, o Código Penal de 1940, no artigo 281 previa:

Importar ou exportar, preparar, produzir, vender, expor a venda, fornecer, ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente, ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar: comércio, posse ou facilitação destinadas a entorpecentes ou substâncias que determine dependência física ou psíquica. (BRASIL, 1940, s.p.)

A importância do desenvolvimento da legislação antidrogas será retratado a fundo no tópico seguinte. O que vale ressaltar, por ora, é que o uso frequente da *Cannabis* na história era fato e não um problema de saúde pública. Só virou uma questão social no século XX. Lá atrás, a preocupação em punir os escravos que consumiam frequentemente a planta da maconha estava voltada ao fato de que essa prática poderia prejudicar o seu labor. Por lazer, contudo, não havia restrição.

Conforme considera França (2015, p. 16) diferentemente do que se tinha na década de 90, as pessoas e instituições que defendem a descriminalização, particularmente a *Cannabis*, tem nomes próprios e posições claras como o antigo Presidente do Brasil Fernando Henrique Cardoso, Bill Clinton dos EUA, médicos, ativistas e países com políticas liberais que nem de longe lembram os tradicionais defensores da *Cannabis* de 1960 e 1980.

Hoje, os discursos sobre a *Cannabis* no Brasil em prol da descriminalização são dirigidos, além dos meros usuários, aos jovens, profissionais da saúde, educadores e a toda sociedade. Dessa forma, são lançadas discussões que estimulam a prevenção do uso da *Cannabis* e suas bases científicas para que se torne possível a redução de pré-conceitos e o avanço médico legal de suas propriedades.

O uso da *Cannabis* então passa a ser um hábito e não mais um vício, embora os obstáculos para que isso se torne hegemônico ainda é grande.

2.3 O Desenvolvimento da Lei de Drogas no Brasil

A doutrina brasileira em sua maioria tem como ponto de partida as chamadas “Ordenações Filipinas” no tocante a evolução histórica e legislativa do controle das drogas no Brasil. Influenciadas pelo Direito Romano, Canônico e Germânico, elas já disciplinavam a respeito do cultivo e venda do que na época se chamava de “material venenoso”.

Nesse sentido, Vicente Greco Filho (1996, p. 39) se preocupou ao iniciar o capítulo VI de sua obra. Seguindo o Código Criminal do Império do Brasil do qual o doutrinador diz não ter tratado da matéria, mas o Regulamento de 1851, a disciplinou ao tratar da polícia sanitária e da venda de substâncias medicinais e de medicamentos.

A seguir, o Código de 1890 considerava crime “expor à venda ou ministrar substâncias venosas sem legítima autorização e sem as formalidades previstas nos regulamentos sanitários”. Contudo, ainda foi considerado falho no tocante ao combate do uso de “tóxicos”.

Assim disciplinou Vicente Greco Filho:

Tentando coibir tal estado de coisas, foi baixado o Decreto n. 4.294, de 6 de julho de 1921, inspirado na Convenção de Haia de 1921, tendo sido modificado pelo Decreto 15. 683, seguindo-se regulamento aprovado pelo Decreto 14.969, de 3 de setembro de 1921. Por falta de condições de efetiva legislação, também ainda incipiente, os resultados da repressão foram precários, tendo sido em janeiro de 1932, editado o Decreto n. 20.930, modificado pelo Decreto n. 24.505, de junho de 1934. (GRECO FILHO, Vicente, 1996, p. 39)

Deste modo, foi em Haia que o Brasil buscou a solução para o controle da cocaína e do ópio. Nesse sentido, seguindo os ensinamentos de Greco (1996, p. 39-40) criou-se a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes que contribuiu para a edição do Decreto-Lei 891 de 25 de novembro de 1938, inspirado na Convenção de Genebra de 1936. Tal Decreto já previa a pena de prisão em caso de comércio ilegal de entorpecentes e penalizava o usuário que tivesse consigo a posse de qualquer substância.

Mais a frente, aprovou-se o Regimento Interno da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes do Ministério da Saúde (CONFEN) que almejava a repressão do tráfico.

Merece ser mencionada ainda, a Lei 6360/76 que regulou sobre a vigilância sanitária, medicamentos, fármacos, cosméticos, entre outros e 6368/76 que compunha 47 artigos e 5 capítulos.

A Lei 6368/76, sobretudo, ressaltou a importância da conscientização na luta contra as drogas e era até então considerada a mais completa e avançada sobre o assunto:

Art. 16. Adquirir, guardar ou trazer consigo, para uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:
Pena – Detenção, de 6 (seis) meses a 2 (anos), e pagamento de 20 (vinte) a 50 (cinquenta) dias-multa. (BRASIL, 1976, s. p.)

O interessante é que a 20 anos atrás o doutrinador Greco (1996, p. 112) relatou o que hoje se tornaria um debate mais acirrado. Segundo ele, a punição

da simples posse não é novidade do direito brasileiro, já que em 1961 a Convenção Única sobre Entorpecentes recomendou às partes que a posse fosse regulamentada. Como exemplo, foi citado pelo doutrinador a legislação da Itália, pátria do Direito Penal, vigente na época, que punia com reclusão de três a oito anos e multa quem detinha entorpecentes sem fins de lucro. Alegou-se, naquele momento, a inconstitucionalidade desse dispositivo, porque teria dado tratamento similar ao traficante e usuário.

Ademais, em 2002, mais precisamente em 11 de janeiro, entra em vigor a Lei 10.409 que dispôs sobre a “prevenção, tratamento, fiscalização, controle e repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencadas pelo Ministério da Saúde”. Vale mencionar, ante os referidos objetivos buscados pela norma, o Decreto 3.696 de 21 de dezembro de 2000 sobre o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) que além de formular a Política Nacional Antidrogas, serve como estímulo para pesquisas, visando o aperfeiçoamento de atividades que promovam educação referentes a substâncias entorpecentes, inclusive dentro das escolas.

Segundo Renato Flávio Marcão:

Embora seja possível estabelecer diferenças entre as medidas dos arts. 10, 11, 19, 29, da Lei n. 6368/76, é certo que a Lei n. 10.409/2002 refere-se genericamente às medidas de tratamento ambulatorial e internação, ao dependente e ao usuário, sem restrição de qualquer natureza (...). Tanto o dependente quanto o usuário sujeitam-se, pois, à possibilidade de tratamento ambulatorial ou internação, exatamente conforme a Lei n. 6368/76, mesmo com a vigência da Lei n. 10.409/2002, que nada alterou de substancial quanto a referidas “medidas”. (MARCÃO, Flávio Renato, 2004, p. 485-486)

Para o doutrinador, a Lei 10.409/2002 não foi capaz de resolver a discussão quanto a aplicação ou não ao traficante-dependente, as medidas de tratamento bem como a internação da Lei 6368/76.

Por fim, temos em vigor a Lei 11.343/2006. O primeiro ponto relevante sobre ela diz respeito a sua denominação que deixou de ser “Lei de Entorpecentes” (conforme as Leis n. 6368/76 e 10.409/2002) e passou a ser chamada de “Lei de Drogas”. A mudança parece ter sido adotada com o intuito de se adaptar aos textos internacionais da OMS, ONU e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de Viena.

Para a Lei 11.343/2006, cinco são as condutas tidas também como critérios para identificação do usuário previstas no art. 28: adquirir, guardar, ter em depósito, transportar e trazer consigo. A prática de uma dessas condutas destinadas ao uso pessoal caracteriza o aspecto subjetivo.

Leciona Luís Flávio Gomes que:

A configuração do crime sob análise exige, além do requisito subjetivo especial “para seu consumo pessoal”, que as plantas sejam destinadas “à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica”. A pequena quantidade, como se vê, é requisito normativo do tipo porque exige juízo de valor do juiz. O que se entende por pequena quantidade? Cabe ao juiz valorar essa elementar do tipo, levando em conta, dentre outros fatores, a quantidade de droga que a planta pode gerar, a quantidade de plantas, etc. (GOMES, Luís Flávio, 2013, p. 146)

Para essa distinção ser aferida, existem dois sistemas que podem ser adotados. O primeiro é chamado de “sistema da quantificação legal” (a quantidade diária para consumo pessoal) e o segundo, adotado pelo Brasil como “sistema do reconhecimento judicial ou policial”.

Segundo Luís Flávio Gomes (2013, p. 146-147), é tradição da lei brasileira a adoção do segundo critério, cabendo ao juiz ou à autoridade policial reconhecer se a droga encontrada era para destinação pessoal ou para o tráfico.

Considerada uma norma penal em branco heterogênea, o artigo 1º, parágrafo único da lei 11.343/2006 dispõe:

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.** (BRASIL, 2006, s. p.) (grifo nosso)

Nesse sentido, o artigo 2 da Lei 11.343/2006 traz a ressalva de que somente as drogas autorizadas legalmente e regulamentadas é que poderiam ser plantadas, cultivadas e colhidas através do SNFMM (Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia).

Em conjunto, podemos citar também a atuação do SISNAD que conforme artigo 3 tem a finalidade de “articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social”. Levando em conta que parece ter sido o propósito da Lei 11.343/2006

diferenciar usuário de traficante, percebemos o tratamento mais tenebroso que lhe é oferecido, buscando sua reinserção na sociedade.

3 ANÁLISES TERMINOLÓGICAS: DESCRIMINALIZAÇÃO, LEGALIZAÇÃO E DESPENALIZAÇÃO DA MACONHA

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas, pouco mais de 5% da população com idade entre 15 e 64 anos fez uso de drogas ilícitas em 2013:

It is estimated that a total of 246 million people, or 1 out of 20 people between the ages of 15 and 64 years, used an illicit drug in 2013. That represents an increase of 3 million over the previous year (...) In other words, some 27 million people, or almost the entire population of a country the size of Malaysia, are problem drug users. ¹ (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE DROGAS, 2015, p. 11)

Por se tratar de uma questão que envolve não só o nosso território, a polêmica sobre as drogas no Brasil gravita espelhada na forma como tem sido reprimida nos diversos países, cominada inclusive com uma ideologia liberal de que o estado não deve interferir na liberdade de escolha do indivíduo.

O doutrinador Gomes considera, a respeito do tema, que:

De um lado, não há como abandonar completamente a repressão. Mas a cada dia se nota que isso só parece ter sentido quando o tráfico é dirigido contra menores ou incapazes. Todo tipo de repressão ao tráfico entre adultos tende a ser um insucesso. Deve ser controlado e desestimulado, não há dúvida, mas não se pode confiar na repressão. De outro lado, o que vale em matéria de drogas é a conscientização geral da população em relação aos seus efeitos nefastos. Quem alimenta o tráfico é o usuário, logo, pouco adianta prender um ou outro traficante (que sempre será substituído em sua área com prontidão), se a demanda continua em alta. A velha lei do mercado diz: onde há procura há oferta! Temos que buscar diminuir o número de usuários (mas jamais jogando qualquer carga punitiva sobre eles, que são vítimas, não criminosos). (GOMES, Luís Flávio, 2013, p. 106)

Um dos argumentos para essa procura por uma “nova política de drogas” é a necessidade de colocar fim ao tráfico e crime organizado (geradores de altíssimas receitas) e a utilização dos recursos destinados à repressão revertidos ao tratamento físico e mental desses dependentes químicos, baseados em países como Holanda, Portugal, Espanha e Estados Unidos (Colorado e Washington) onde se permite o uso recreativo e inclusive o comércio da maconha.

¹ Estima-se que um total de 246 milhões de pessoas, ou 1 em cada 20 pessoas entre as idades de 15 e 64 anos, usou uma droga ilícita em 2013. Isso representa um aumento de 3 milhões em relação ao ano anterior (...). Em outras palavras, cerca de 27 milhões de pessoas, ou quase toda a população de um país do tamanho da Malásia, são consumidores problemáticos de droga.

Posto isso, refletiremos a respeito da descriminalização, legalização ou despenalização da posse de drogas para uso pessoal, sob o enfoque de críticas e divergências doutrinárias.

Para Luiz Flávio Gomes (2013, p. 106), a medida a ser tomada não deve se basear na legalização, mas no controle, dentro de uma ótica de redução de danos. Para ele, a política do nosso Ministério da Saúde caminha nessa direção, uma vez que tenta “regulamentar” o uso de algumas substâncias. A regulamentação é um dos pilares de uma política de redução de danos, que também busca o controle e a delimitação de áreas para o consumo da droga, assistência médica e educacional.

Nessa linha de pensamento, haveriam dois modelos protagonistas no cenário de drogas atual. O primeiro deles se volta a uma ideologia totalmente liberal, tendo como protagonista a revista inglesa “The Economist”. Em recente matéria publicada por ela (2015) foi estabelecido o caminho correto para lidar com as drogas partindo de alguns pressupostos básicos da “legalização”. Inicialmente houve a consideração de que a maconha é a primeira escolha da maior parte dos 250 milhões de usuários de drogas no mundo. Legalizar seria uma forma de privar o crime organizado da sua maior fonte de renda, segundo a revista.

No entanto, revogar essa proibição marcaria o início de argumentos complexos sobre como regular a *cannabis*: como tributar, quais variedades poderiam se tornar permitidas para uso, quem deveria vendê-las e para quem. Os que defendem a legalização seriam uma mistura de libertários que buscam maximizar a liberdade pessoal e comercial. O nível certo de impostos a serem determinados, segundo a revista, dependerão das circunstâncias de cada país: na América Latina onde o mercado negro é grande e o uso é menor, deve manter o preço baixo, já no mundo rico, onde o uso é mais comum e traficantes de drogas são mais um incômodo do que uma ameaça para segurança nacional, os preços podem ser mais elevados.

Em contrapartida, há um segundo modelo, com tradição europeia de redução de danos. É baseado numa estrutura que busca regulamentação e educação, ou seja, trata o problema das drogas com um viés multidisciplinar, como um dilema de saúde pública e privada. Para o doutrinador, essa política se aproxima do chamado “modelo de justiça restaurativa” que consiste na prevenção, atenção e reinserção social (Gomes, 2013, p. 108).

Quanto à aplicação terminológica da “descriminalização” também existem algumas divergências. Para Gomes (2013, p. 111) o que aconteceu com o artigo 28 da Lei 11.343/2006 foi uma descriminalização formal “o fato deixou de ser crime embora continue abarcado pelo direito penal”.

Aqui se vê mitigado o Princípio da Intervenção Mínima e o desenvolvimento do conceito de bem jurídico penal:

Na primeira hipótese (descriminalização formal) o fato continua sendo ilícito (proibido), porém, deixa de ser considerado “crime”. Passa a ser um ilícito *sui generis* (como é o caso do art. 28). Retira-se da conduta a etiqueta de “crime” (embora permaneça a ilicitude). Descriminalização formal, assim, não se confunde com a descriminalização substancial, que concomitantemente legaliza a conduta. Sempre que ocorre o processo de descriminalização é preciso verificar se o fato antes incriminado foi totalmente legalizado ou se – embora não configurando um “crime” – continua sendo contrário ao direito. (GOMES, Luís Flávio, 2013, p. 111)

A respeito do tema, preleciona Amaral:

A determinação da missão do direito penal com a ajuda do conceito de bem jurídico oferece ao legislador um critério plausível e prático na hora de tomar suas decisões e, concomitantemente, um critério externo de comprovação da justiça dessas decisões. Esse critério, ao mesmo tempo que utilizável, deve ser facilmente apreendido a fim de evitar que o legislador possa ameaçar com uma pena “tudo aquilo que em sua opinião deva ser mantido intacto e sem alteração alguma”. (...) Assim, a ideia central do princípio da intervenção mínima reside na proteção de bens jurídicos sob a temperança da “necessidade” dessa proteção (...). Interesses essencialmente privados, cujas querelas solucionar-se-iam bem no disponível direito civil, tem ocupado, indevidamente, a justiça criminal. Mesmo no território dos interesses não privados e que aspiram a uma tutela pela coletividade, ainda assim expressiva porção deles pode ser adequadamente tutelada extrapenalmente. (AMARAL, Claudio do Prado, 2003, p. 137).

A “descriminalização substancial” seria uma forma de legalização da conduta enquanto que a “descriminalização penal” seria aquela em que a conduta deixa de ser criminosa e por isso passa a ser tutelada por outras áreas do direito, como por exemplo, o direito administrativo. O artigo 28 da Lei 11.343 de 2006, nesse contexto, é composto por dois gêneros: descriminalização formal e despenalização.

Por outro lado, nas palavras de Raul Cervini em obra exclusiva aos processos de descriminalização, além da descriminalização formal e substancial tratada anteriormente, haveria uma terceira classificação chamada de “descriminalização de fato”:

Essa forma de descriminalização pode ter, a seu ver, várias origens, a saber: a sobrecarga do sistema penal ou dos critérios da polícia, que constituem o primeiro filho da criminalização; o não conhecimento do caráter delitivo de um fato por parte do público, que não promove a ação, ou considera que é mais conveniente recorrer a acordos privados, ou pensa que a sanção será desproporcional à perda; a constituição de um subterfúgio para neutralizar os efeitos de uma criminalização forçada ou legitimadora, e assim, na prática, muitos delitos de “colarinho branco” que se encontram formalmente criminalizados são descriminalizados por essa via (...). (CERVINI, Raul, 1995, p. 74).

Nota-se, portanto, a nítida relação do processo de (des)criminalização (tão relevante nesse quadro de estudos) com o desenvolvimento do bem jurídico a ser tutelado pelo direito penal.

Desde 1940, com a edição do Código Penal, diversos crimes foram incluídos a fim de compensar os anseios da sociedade. Contudo, essa hipotética necessidade de tutela é criticada pela doutrina, tendo em vista que a função do direito penal não é criminalizar condutas quando um determinado problema social parece não ter solução, capaz tão somente de desnaturar o direito penal.

Por isso, Guilherme Jorge Yacobucci, preleciona que:

Não é de se estranhar então que, em nossos dias, a noção de um bem jurídico tenha entrado em crise aguda (...). Na perspectiva política criminal a questão é ainda mais evidente. Na prática o conceito de bem jurídico perdeu paulatinamente essa capacidade limitadora ou garantidora dentro do direito penal. (YACOBUCCI, Guillermo Jorge, 2005, p. 75).

É dentro desse raciocínio que se pode concluir qual o fundamento utilizado pelo legislador ao inserir a conduta de porte para uso da maconha no nosso ordenamento jurídico. A criminalização foi o único meio encontrado para promover uma segurança jurídica, política e social frente o problema das drogas no Brasil e no mundo. O fracasso das políticas públicas ensejou uma incoerência entre os princípios basilares do direito penal (sobretudo, o da Lesividade) e a criminalização do porte de drogas para uso pelo legislador.

Nesse interim, resta tratar a respeito da “despenalização”. Suavizar, amenizar, abrandar, reduzir – essas são algumas (das diversas) formas de traduzir tal fenômeno, marcado pela utilização das chamadas “medidas alternativas”. E foi assim que recentemente o Superior Tribunal de Justiça optou por definir o artigo 28 da Lei de drogas. O artigo 28 inovou ao trazer tais medidas em contraposição ao artigo 16 da Lei 6368 de 1976 (Antiga Lei de Tóxicos) que punia com detenção e

multa aquele que adquirisse, guardasse ou trouxesse consigo, para consumo próprio, substância entorpecente.

A advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo, por não estarem enquadrados no artigo 1 da Lei de Introdução do Código Penal, foram colocados à discussão quanto a uma possível ocorrência de *abolitio criminis*.

Diante de todas as constatações, conclui-se que a atitude do legislador ao se preocupar com o porte de drogas para uso pessoal acabou criando um problema ainda maior: a dúvida quanto ao enquadramento da conduta. Ainda que o entendimento tenha sido pacificado pelo STJ, a questão ainda está sendo dirimida pelos ministros do STF.

Recentemente, um recurso extraordinário (635.659) interposto pela Defensoria Pública de São Paulo, em virtude da condenação de um indivíduo por dois meses a prestação de serviço à comunidade, por ter sido flagrado com três gramas de maconha, tem causado polêmica.

A Defensoria Pública alega que a proibição do porte para consumo próprio ofende os princípios constitucionais da intimidade e da vida privada. Para a Defensoria, o uso de drogas é autolesão e não prejudica terceiros, de modo a fustigar aqueles que defendem a posição de que o bem jurídico tutelado é a saúde pública.

Gilmar Mendes, relator do caso, o ministro Luís Roberto Barroso e Edson Fachin concretizaram seus posicionamentos pela descriminalização sobre alicerces constitucionais e principiológicos do direito penal. Ainda que preexistam posições contrárias, há tempos o tema nunca fora tão bem disciplinado e aprofundado. As considerações realizadas no voto de Barroso (recurso extraordinário 635.659) representam um salto na discussão sobre o tema no país, visto que apresenta sólida solução para o consumo da maconha: descriminalização mediante controle quantitativo da droga.

3.1 A Descriminalização aos Olhos do STF – Análise dos Votos

Os votos dos ministros Gilmar Mendes (relator), Luíz Edson Fachin e Luis Roberto Barroso tiveram literalmente “repercussão geral” no tocante à política de drogas no Brasil. Além de versarem sobre diversos aspectos e ressaltarem a importância jurídica, social, econômica e política de tratar sobre o tema, a questão sobre a constitucionalidade da criminalização do artigo 28 da Lei 11.343/2006 foi de grande relevância para estimular as discussões quanto à posse de drogas, sobretudo, da maconha.

No dia vinte de agosto de dois mil e quinze o primeiro a votar foi o ministro e relator Gilmar Mendes, que embora tenha se colocado a favor da descriminalização do artigo 28, pôde deixar evidente que a decisão é dotada de complexidade. Nesse sentido, ele levantou em sua argumentação o Recurso Extraordinário 430.105 (Relator Sepúlveda Pertence, julgado em treze de fevereiro de 2007) cujo entendimento da Corte foi de que embora a posse de drogas não esteja envolta de pena privativa de liberdade não há que se falar em desnaturalização penal da conduta.

Desta forma, o relator procurou diferenciar o mencionado Recurso do que está sendo colocado em pauta, haja vista que a análise do julgamento sobre a constitucionalidade da criminalização do artigo 28 envolve questões relacionadas a intimidade e vida privada do indivíduo, cujos direitos estão resguardados constitucionalmente.

Gilmar Mendes declarou ainda que a mera previsão da posse de drogas como infração penal não foi capaz de reduzir o mercado dos traficantes, nem mesmo um modelo capaz de reduzir danos e prevenir riscos. Ademais, continua-se difícil diferenciar usuário de traficante, haja vista a falta de critérios objetivos que deveriam estar previstos em lei. O seu voto mantém a ilicitude da posse no âmbito administrativo e cível, bem como as medidas até então previstas na lei 11.343/2006, com a ressalva de que tais condutas não importarão na esfera penal.

Em seguida, Luíz Edson Fachin pediu vista e iniciou seu voto demonstrando a natureza multidisciplinar do assunto, haja vista que para aprofundar sua reflexão, contou com a ajuda do Dr. Dráuzio Varella e do jurista e doutrinador Luís Greco.

Até chegar ao ponto de requerer a absolvição pela atipicidade da conduta e inconstitucionalidade do artigo 28 da Lei de Drogas, o Sr. Ministro afirmou que a substância objeto do recurso é única e exclusivamente “maconha”. Seu voto também sugere o estabelecimento de parâmetros objetivos para se diferenciar usuário de traficante, e conseqüentemente, porte de tráfico. Para isso seria preciso delimitar as quantidades que caracterizariam o uso de droga.

Em seu voto, Fachin considera que:

Enquanto não houver pronunciamento do Poder Legislativo sobre tais parâmetros, é mandatário reconhecer a necessidade do preenchimento dessa lacuna; considerando ter o legislador definido em lei o tráfico, soa razoável, nesse interregno entre esta decisão e nova lei específica sobre o tema desses parâmetros, determinar aos mencionados órgãos do Poder Executivo (SENAD e CNPCP) até que sobrevenha definição legislativa, que os regulamentem, na condição rebus sic stantibus. Tais provisórios parâmetros devem ser considerados relativos (iuris tantum), sempre passíveis de verificação no caso concreto pelo magistrado. (BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). TIPICIDADE DO PORTE DE DROGA PARA CONSUMO PESSOAL. RECURSO EXTRAORDINÁRIO 635.659. VOTO DO MINISTRO LUÍZ EDSON FACHIN. RELATOR GILMAR MENDES: DATA DO JULGAMENTO: 10.09.2015.)

A seguir, Edson Fachin votou pelo provimento parcial do recurso e requer a manutenção da proibição de uso e porte para consumo pessoal das demais drogas ilícitas.

Quanto ao Ministro Luís Roberto Barroso (que obteve grande repercussão na internet em razão das suas considerações em seu voto oral a respeito da descriminalização da maconha), as palavras não fogem muito do que já foi exposto em relação aos demais votos.

Em um primeiro momento ele deixou claro as diferenciações entre as expressões “descriminalização, legalização e despenalização” abordadas anteriormente neste trabalho em capítulo específico. O ministro coloca em discussão a questão dos direitos fundamentais (oponíveis a todos) e o pragmatismo político, que segundo ele, envolve a observação do caso concreto para análise, bem como o as conseqüências que eventual decisão poderá produzir sobre ele

Ademais, entre as premissas fáticas e filosóficas elencadas pelo ministro, está o tratamento dos dependentes e combate ao tráfico como objetivos básicos em matéria de drogas, haja vista que não estamos tratando de maneira correta os dependentes e o tráfico registrou aumento desde a década de 70 quando o proibicionismo se iniciou nos EUA.

Segundo Barroso, precisamos analisar a política das drogas sobre uma perspectiva brasileira, de modo a enxergar que o maior problema no Brasil é o poder do tráfico. O estabelecimento de critério objetivo para diferenciar usuário de traficante perfaz a parte final de seu voto, conforme segue:

À luz dos estudos e critérios existentes e praticados no mundo, recomenda-se a adoção do critério seguido por Portugal, que, como regra geral, não considera tráfico a posse de até 25 gramas de Cannabis. No tocante ao cultivo de pequenas quantidades para consumo próprio, o limite proposto é de 6 plantas fêmeas. Os critérios indicados acima são meramente referenciais, de modo que o juiz não está impedido de considerar no caso concreto, que quantidades superiores de drogas sejam destinadas para uso próprio, nem que quantidades inferiores sejam valoradas como tráfico, estabelecendo-se nesta última hipótese um ônus argumentativo mais pesado para a acusação e órgãos julgadores. Em qualquer caso, tais referenciais deverão prevalecer até que o Congresso Nacional venha a prover a respeito. (BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). TIPICIDADE DO PORTE DE DROGA PARA CONSUMO PESSOAL. RECURSO EXTRAORDINÁRIO 635.659. VOTO DO MINISTRO LUIS ROBERTO BARROSO. RELATOR GILMAR MENDES: DATA DO JULGAMENTO: 10.09.2015.)

Até o momento, alguns institutos entraram no julgamento como *amicus curiae*, dentre eles, o instituto Viva Rio, Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia (CBBDD), Associação Brasileira de Estudos Sociais do Uso de Psicoativos (ABESUP), Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), Associação dos Delegados de Polícia do Brasil (ADEPOL-BRASIL), Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), e por fim, com despacho publicado em dois de março de 2016, o ministro Gilmar Mendes considerou como *amicus curiae* o Conselho Federal de Psicologia que embora tenha oferecido pedido para intervenção após o julgamento, foi cadastrado no processo com direito a apresentação de memoriais.

Sendo este, até vinte e dois de agosto de 2016 o último andamento do processo, afora expedição de mandado de intimação ao Ministério Público de São Paulo em três de março de 2016.

Por vezes, o julgamento encontra-se suspenso em razão do pedido de vista dos autos pelo ministro Teori Zavascki em dez de setembro de 2015.

4 SOBRE AS DROGAS LEGAIS: ÁLCOOL E TABACO

A importância desse capítulo dentro das perspectivas que estão sendo propostas reside na inconsistência do tratamento penal para os usuários de maconha ante a incoerência de permitir que o álcool e tabaco sejam usados e comercializados legalmente, visto que, são lícitos perante o ordenamento jurídico. A tese de defesa pela saúde pública parece esquecer que, essas duas substâncias trazem consigo um risco tão grande quanto às substâncias psicoativas ainda tidas como ilícitas para o mesmo fim.

Contudo, embora esse campo de estudo seja tomado por inconsistências, incoerências e incertezas, pôde ser constatado anteriormente, em momento oportuno sobre a historicidade do uso de drogas, que a Lei Seca Americana foi uma prova de que o álcool, embora todos os malefícios, (LIMA, 2016, p. 12-13), funciona melhor legalizado. Assim como o cigarro, que encontrou na parceria política pública/setor privado, maneiras efetivas de produção, distribuição e venda.

Segundo o Portal da Saúde, mantido pelo Ministério da Saúde, o número de fumantes no Brasil caiu 30,7% nos últimos 9 anos. Sobre a queda do número de fumantes, ainda consta:

A queda é resultado do conjunto de ações promovidas pelo governo federal. Apesar da redução, a proporção de fumantes que utilizam cigarros industrializados de origem ilícita passou de 2,4%, em 2008, para 3,7%, em 2013 (...). Entre os principais motivos para a queda do consumo do tabaco no Brasil está o aumento do preço dos cigarros. Segundo a Pesquisa ICT/INCA 2013, 62% dos fumantes pensaram em parar de fumar devido ao valor do produto no país. A política de preços mínimos também está diretamente ligada à redução da experimentação entre os jovens, já que cerca de 80% dos fumantes iniciam o hábito antes dos 18 anos. A política de preços é determinante para coibir o uso e à iniciação ao tabagismo. Outras ações importantes são a proibição da propaganda do cigarro e ao fumo em ambientes coletivos, além da oferta crescente de tratamento para quem quer deixar de fumar. Em 2013, mais de 70% dos brasileiros que tentaram parar foram atendidos pelo SUS. (PORTAL DA SAÚDE, 2015, s.p.)

Diversos são os fatores que influenciaram na queda da taxa de fumo. O aumento do preço, ou seja, dos impostos que recaem sobre o produto, às campanhas socioeducativas contínuas, às leis que proibiram fumar em ambientes coletivos (salvo área destinada a esse fim – Lei Federal 9294/96), a vedação de propagandas na TV e os avisos de advertência quanto aos riscos para a saúde nas

embalagens, são os principais. Outras medidas muito interessantes são tomadas pelo Centro para Controle e Prevenção (CDC) norte-americano.

Líder de pesquisas nos Estados Unidos e braço direito da OMS (Organização Mundial de Saúde), o Centro afirma que o cigarro é a principal causa de mortes prematuras em todo o mundo. 5,4 milhões de pessoas morrem por doenças relacionadas ao tabaco e esse número tende a aumentar para mais de 8 milhões até 2030. Entre os principais objetivos para redução dos danos está o fortalecimento dos sistemas globais de vigilância do tabaco de modo a monitorar essa epidemia e captação de recursos para iniciativas de controle mais eficientes e sustentáveis.

No Brasil, essa captação de recursos se deu pelo aumento na tributação do cigarro através do Decreto 8656/2016, que alterou recentemente a legislação do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). O decreto estabelece uma alíquota de 30% sobre o preço da venda de fumo picado, segundo estimativa da Receita Federal.

Como se percebe, os danos causados pelo tabaco e álcool ao indivíduo e sociedade são demasiados, sendo facilmente constatados pelas diversas pesquisas ao redor do mundo. A massificação do consumo de álcool e tabaco e suas consequências traz a indagação sobre os critérios de proteção à saúde pública e individual que ensejou o proibicionismo e a guerra contra substâncias menos lesivas, como a maconha.

Ademais, os problemas de saúde pública e do cidadão (usuário ou não) não decorrem do simples “uso” de algumas substâncias, mas, especialmente, do seu uso excessivo e abusivo. A proximidade entre substâncias tidas como ilícitas e as drogas legais faz com que o próprio Diretor-Geral Lee Jong- Wook da OMS (Organização Mundial da Saúde) faça a seguinte consideração, muito pertinente ao momento:

Os vários problemas sanitários e sociais associados ao consumo e à dependência do tabaco, do álcool e de substâncias ilícitas exigem uma maior atenção por parte da comunidade de saúde pública e exigem respostas e políticas apropriadas para resolver tais problemas em distintas sociedades. Os nossos conhecimentos sobre questões relacionadas ao consumo de substâncias e às farmacodependências continuam a ter muitas lacunas que devem ser preenchidas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004, p.05).

Segundo relatório da OMS:

Uma parte importante da carga mundial da morbidade e da incapacidade pode ser atribuída ao consumo de substâncias psicoativas. Por sua vez, uma parte também importante da carga atribuída a tal consumo está associada à dependência. O consumo de tabaco e de álcool contribui de maneira importante para a carga total. Assim, medidas para reduzir os danos resultantes do tabaco, do álcool e de outras substâncias psicoativas são uma parte importante das políticas de saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004, p.32).

Por todo exposto, diminuir os danos que o consumo de uma substância é capaz de trazer é concretamente possível através de campanhas de educação e políticas públicas. Ao lidar com objetividade, ciência e pragmatismo a sociedade já foi capaz de colher alguns frutos se levarmos em consideração todo desenvolvimento pelo qual o álcool e tabaco já passaram e as mudanças significativas quanto à redução do uso pelos indivíduos.

5 A ORIGEM E FALÊNCIA DO PROIBICIONISMO

A repressão do consumo de drogas ilícitas como estratégia de política criminal já esteve presente em todas as nações. Contudo, embora o tradicional modelo repressivo tenha sido iniciado por uma das maiores potências da época (EUA) o que temos hoje em razão da aplicação desse modelo é um total fracasso.

Segundo Maurides de Melo Ribeiro a origem do modelo proibicionista se deu no estado de Ohio quando as diversas igrejas católicas e protestantes se uniram pelo movimento que buscava o fim do comércio de álcool. Porém, ao contrário do que se almejava, a indústria de álcool cresceu rapidamente nos EUA. Ao se tornar uma potência econômica e militar, no final do século XIX em razão do grande número de imigrantes chineses, começaram a se preocupar com a difusão do consumo de ópio, momento em que foram iniciadas campanhas para aboli-lo.

Encontros em Xangai e Conferências em Haia foram realizados, mas não surtiram os efeitos esperados. O tema voltou a ser discutido em 1920 na Liga das Nações Unidas em Genebra, onde a ideia de estabelecer cotas de ópio e cocaína destinadas ao uso médico foi colocada em prática. (2013, p. 165-166).

De acordo com Ribeiro:

Aos poucos, o comércio ilegal de drogas se tornou uma fonte de exploração econômica por parte de sociedades secretas seculares de diversos países. As máfias italianas (Costa Nostra, Camorra e Ndranguetta) notabilizaram-se nos Estados Unidos pelo tráfico de bebidas alcoólicas e cocaína. No Japão, a Yakuza surgiu a partir da tradição feudal, baseada na lealdade e devoção dos samurais ao chefe do clã; com a degradação daquela cultura milenar passou a atuar fortemente no comércio clandestino das substâncias psicotrópicas provenientes do Oriente. (RIBEIRO, Maurides de Melo, 2013, p. 168)

Desse modo, ao longo dos anos, essas máfias começaram a se associar e desenvolveram mecanismos para atuarem de forma ágil e profissional, transformando-se em grandes grupos econômicos e políticos. Com a fundação da Organização das Nações Unidas em 1945 em Nova York o modelo proibicionista ganhou um novo lar. Em 1946, foi criada a Comissão de Narcóticos (CND); em 1961 a Convenção Única sobre Estupefacientes; em 1971 a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas em Viena. Por fim, em 1988 a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas.

Todos os diplomas internacionais supracitados tiveram como objetivo aliar forças e reafirmar o proibicionismo, sobretudo contra o crime organizado. Em 1998, a Assembleia Geral das Nações Unidas realizou uma Sessão Especial (Ungass) dedicada a discussão da política mundial de drogas. A busca por políticas mais pragmáticas e livres de qualquer diretriz mundial já ganhava força (Ribeiro, 2013, p. 171).

Diante dessa evolução, na década em que completa 50 anos, o sistema de controle de drogas, estabelecido pela ONU, a partir de 1961, enfrenta a maior crise de sua história, segundo Tarso Araújo:

Desde o início do século XXI, ele tem sido sistematicamente contestado, e a principal alternativa proposta por seus críticos é legalizar as drogas. A ideia não é promover um “liberou geral”, em que qualquer droga seria vendida livremente em uma banquinha pelas ruas. Ao contrário, a estratégia seria criar mercados regulados para as diferentes drogas, com níveis maiores de controle para as substâncias mais perigosas. Diversos modelos de produção e distribuição de drogas são possíveis, desde os mais livres, semelhantes aos existentes atualmente para o tabaco e as bebidas alcoólicas, até os mais restritivos, parecidos com os que existem para a venda de alguns remédios sob prescrição. O objetivo principal dessa política é reduzir os danos do uso problemático de drogas e aqueles criados pela existência de um mercado negro e pela necessidade de combatê-lo. Seus defensores argumentam que a criação de mercados regulados livraria o Estado da responsabilidade (e dos custos) de combater traficantes, ao mesmo tempo em que lhe traria uma fonte adicional de receitas e permitiria concentrar os investimentos em prevenção e tratamento. Admite-se algum aumento no consumo total de drogas, pois esse efeito negativo seria compensado por uma redução de danos global. (ARAÚJO, Tarso, 2014, p.204)

Ainda que o modelo a ser adotado não venha a ser o da legalização, o proibicionismo só tem existido para combater críticas das mais diversas razões, transformando-o em um modelo derrotado. Punir a autolesão em face da preocupação com os usuários de drogas, o problema do superencarceramento e a potencialização do mercado clandestino são algumas das diversas questões levantadas com o intuito de questionar a eficácia do modelo proibicionista.

Nessa linha de pensamento, Renato Watanabe de Moraes em análise aos ensinamentos de Louk Hulsman, diz que no que tange a uma política criminal que seja condizente com os postulados democráticos do Direito Penal, alguns critérios apelidados por ele de "política minimalista" precisariam ser adotados:

Os critérios absolutos podem ser divididos em 4. O **primeiro** determina que uma política criminal não se deve pautar no desejo de tornar dominante determinado comportamento, sob certa moral. Desta forma, há de buscar um mínimo racional quando do planejamento de medidas a serem tomadas para que o Direito Penal não extrapole sua função de *ultima ratio*. O **segundo** critério estabelece que não deve, sob hipótese alguma, a política se servir de um sistema de tratamento de delinquente em potencial, ou seja, o Direito Penal não pode se antecipar a condutas que nem se há certeza de que podem vir a ser delituosas. O **terceiro** critério, e este é sensível no que diz respeito a questão penitenciária que assola o país, é que não se deve sobrecarregar a capacidade real do sistema administrativo de controle. Porém, isto não cabe somente a capacidade de contenção de pessoas pelo Estado, mas também toda a estruturação do Judiciário. **Por fim**, o Direito Penal e as políticas correlatas a ele não podem servir como resposta aos problemas sociais, seja lá de qual natureza eles sejam. (MORAIS, Renato Watanabe de, 2014, p.227)

Nota-se que o Estado tem adotado políticas de drogas que convém com seus próprios interesses. Com isso, o aumento das disparidades sociais sobrepõe-se ao debate racional e atualizado sobre o tema. E o que seria um debate atualizado? Aquele cujo objetivo fosse discutir a respeito da substituição da criminalização do uso de drogas, sobretudo, da *cannabis*, por uma abordagem de saúde pública.

Conforme explica Clécio Lemos (2014, p. 20), o risco de o usuário praticar delitos ou de se tornar violento por sua dependência parece ser um fator externo ao controle estatal. Trata-se de um mero futuro incerto que não justifica a restrição da liberdade de um cidadão que tem sido ao longo da aplicação das medidas proibicionistas, vítimas de abusos no âmbito dos direitos humanos, incluindo o uso excessivo de força, violações ao direito à saúde, políticas discriminatórias contra usuários de drogas e minorias e internamentos compulsórios de usuários.

6 ESTUDOS DE CASOS – SISTEMAS ANTIDROGAS AO REDOR DO MUNDO

Conforme enfatizado ao decorrer do presente trabalho, o consumo e tráfico de drogas além de fazer parte da realidade brasileira também estão concentrados por diversos países ao redor do mundo. Desde os países subdesenvolvidos até grandes potências econômicas e políticas, o tema tem sido debatido. Com isso, diversos modelos de combate às drogas estão sendo disseminados – alguns mais flexíveis no tocante ao consumo, outros mais rígidos. Veremos a seguir algumas nações que na opinião da autora se destacam no assunto.

6.1 México – Os Cartéis Mexicanos

O México pode ser colocado como um protagonista no tema "política de drogas" haja vista a luta desse país concentrado na América Latina para sobreviver ao narcotráfico. Embora o governo tenha optado recentemente pela descriminalização da posse, o país ainda tem sido alvo dos cartéis mexicanos que se enriquecem com a venda de drogas ilícitas, sobretudo da cocaína e maconha. Segundo a Revista Veja (2009, s. p.) o "Cartel de Sinaloa" é um dos mais perigosos e influentes no mundo das drogas, responsável por inseri-las inclusive dentro dos EUA. Em 2009, segundo o site da Veja, o líder do cartel Joaquim Gusman foi considerado um dos homens mais ricos do mundo pela Revista Forbes. Podemos citar ainda os Los Zetas, Cartel Del Golfo, La Família Michoacana, Cartel de Tijuana, Beltrán Leyva e Cartel de Juárez. Dotados de armamentos sofisticados, os cartéis atuam sobretudo na fronteira com os EUA.

O doutrinador Marcos H.M. de Salles explica que com o grande lucro obtido do comércio ilegal de substâncias ilícitas psicoativas, os cartéis mexicanos passaram a ter o poder de atuar globalmente. Os grupos tomam conta da produção de cocaína e utilizam o Equador, Venezuela e os países da América Central (Honduras, Guatemala, Nicarágua) como países de trânsito. O Chile e a Argentina por sua vez, servem de porta de saída para a exportação da droga para a África (fracos institucionalmente, o que torna o governo desses países subornáveis e vítimas da rota do tráfico) e Europa (território cada vez mais cobiçado pelos cartéis). O Brasil, nesse contexto, não fica de fora – além de ser o maior consumidor da

América Latina, fornece os insumos necessários para refino da cocaína (2014, p. 29-30).

Contudo, não é somente a cocaína e maconha que estão entre as drogas mais difundidas pelos cartéis mexicanos. Em julho de 2016, o site do El País, publicou uma matéria relacionando a produção de Fentanil (opióceio sintético, criado inicialmente para amenizar dores agudas provocadas em pacientes com câncer) com a fábrica mexicana.

Responsável pela morte do Cantor Prince em abril de 2016 (cantor norte-americano), de acordo com a revista eletrônica:

Criada originalmente como um paliativo para dor aguda em doentes de câncer, o fentanil teve seu uso recreativo aumentado, até se converter no pesadelo das autoridades dos EUA. Cerca de 700 pessoas morreram no país de overdose em um ano e seu consumo continua em alta. As primeiras remessas procediam da China (daí que seja também conhecida como China White). Sua penetração nos Estados Unidos alertou os cartéis. Embora o preço inicial seja similar ao da heroína, uns 5.000 dólares (16.200 reais) o quilo, sua explosiva potência permite a proliferação de adulterações e multiplica em até 20 vezes os lucros em relação ao ópio. Atraídas por essa enorme margem comercial, as organizações criminosas mexicanas começaram a importá-lo do Oriente para introduzi-lo elas mesmas no mercado dos EUA. (EL PAÍS, 2016, s. p.)

Nota-se que, embora tenha sido buscado um modelo inovador para o combate as drogas, o narcotráfico e a violência ainda atuam fortemente no país. Os cartéis mexicanos agem de maneira decisiva no mundo do tráfico e desenvolvem estratégias de distribuição e seleção das drogas. O que mais auferir lucros no âmbito das substâncias psicoativas, tornam-se objeto de exportação pelos cartéis.

O artigo 478 da “Ley General de Salud” (Lei Geral de Saúde) diz:

El Ministerio Público no ejercerá acción penal por el delito previsto en el artículo anterior, en contra de quien sea farmacodependiente o consumidor y posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla, en igual o inferior cantidad a la prevista en la misma, para su estricto consumo personal y fuera de los lugares señalados en la fracción II del artículo 475 de esta Ley. La autoridad ministerial informará al consumidor la ubicación de las instituciones o centros para el tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia². (MÉXICO, 1984, s. p.)

² O Ministério Público não exercerá processo criminal para o crime sob o artigo anterior contra qualquer toxicodependente ou consumidor que possuir qualquer um dos narcóticos listados na tabela, em igual ou menor quantidade do que nela está prevista, para uso estritamente pessoal e fora dos lugares mencionados no inciso II do artigo 475 da presente lei. A autoridade ministerial deve informar o consumidor a localização das instituições ou centros médicos ou de aconselhamento para a prevenção e tratamento da toxicodependência.

A referida lei descriminalizou a posse para consumo pessoal e delimitou as quantidades máximas para cada droga no artigo 477. Entre elas, estão cinco gramas de maconha, duas gramas de ópio, 0,5 grama de cocaína, 0,05 grama de heroína, 0,04 grama de metanfetamina e 0,015 mg de LSD. Embora todo esse avanço na política de drogas do México, muitos são os obstáculos a serem enfrentados: o controle nas fronteiras americanas, a expansão dos cartéis para o mercado europeu, sobretudo para as nações africanas, além das frequentes prisões de usuários que na maioria das vezes trazem consigo quantidade de drogas superiores ao permitido pela legislação.

6.2 Colômbia – O Surgimento da FARC

Em 2000, o Plano Colômbia surgiu para erradicar as plantações de coca e enfraquecer os narcotraficantes. A revolta da população campesina que não tinham outros meios para sobreviver a não ser através do plantio de coca fez surgir a FARC (Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia). Atualmente, o presidente Manuel Santos tenta um acordo de paz com a FARC, isso porque ela influencia na redução do PIB colombiano anualmente. De acordo com o Jornal Estadão (2012, s. p.), entre os objetivos desse acordo está a redução do narcotráfico e o fim da guerra civil.

Em 2012 a Corte Constitucional da Colômbia descriminalizou a posse de quantidade mínima para uso pessoal. O doutrinador Luís Flávio Gomes (2009, s. p.) explica que a legislação colombiana adota o sistema da quantificação para diferenciar usuário de traficante:

A legislação criminal colombiana adota o sistema da quantificação como determinante para se saber se se trata de usuário ou traficante. Até 5 gramas de maconha e um grama de cocaína, em princípio, se trata de usuário. O acusado portava 1.3 gramas de cocaína. Um pouco acima da presunção legal. A jurisprudência da Corte colombiana aceita um pequeno excesso em relação à dose pessoal. Direito penal não é matemática. Se não existem provas em sentido contrário, continua a presunção de posse de droga para uso pessoal (...). Uma pessoa só pode ser condenada penalmente quando afeta bens jurídicos de terceiros (nisso reside o princípio da alteralidade). Quem ofende bens jurídicos próprios não pode ser condenado penalmente. (GOMES, Luís Flávio, 2009, s. p.)

Nesse mesmo ano, o prefeito de Bogotá inaugurou o CAMAD (Centro de Atenção Médica aos Dependentes de Drogas), baseado numa política de redução de danos.

De acordo com o Site da Viva Rio (organização comprometida com a formulação de políticas públicas no Rio de Janeiro), a IV Conferência Sobre Políticas de Drogas realizada na Colômbia em 2012, além de estudar a respeito de uma política de redução de danos, tratou também sobre o cultivo da folha de coca. Camponeses e cultivadores que participavam do encontro enfatizaram que é necessário compreender as questões culturais e religiosas que envolvem o assunto.

De acordo com o ODC (Observatório de Drogas da Colômbia), o ministro da Justiça e do Direito Jorge Eduardo Londoño Ulloa mostrou total apoio ao projeto. O ministro salientou que estamos numa época de mudanças que devem quebrar paradigmas, tais como a garantia de que a maconha é algo completamente ilegal. Nesse sentido, a "Caucannabis Cooperativa" é o nome da cooperativa composta por mais de 50 pessoas dos municípios de Corinto, Miranda, Toribio, Caloto e Jambaló em Cauca que atuam na produção de medicamentos a base de maconha, incluindo óleos e pomadas. O evento permitiu que os produtores contassem com o apoio jurídico do Governo para adquirir as licenças necessárias para a operação formal da cooperativa.

6.3 EUA – A Maconha Medicinal

Embora o governo federal seja insistente na aplicação do modelo proibicionista, os estados estão lutando pela implementação de sistemas que visam a descriminalização e legalização das drogas, inclusive para fins terapêuticos. Isso porque o consumo de drogas cresceu nas últimas décadas apesar da insistência proibicionista e repressiva.

Ao longo da década de 1980, segundo o doutrinador Tarso Araújo (2014, p. 230-231) “os preços da cocaína, heroína e maconha nos EUA caíram consideravelmente, apesar do aumento de investimentos na luta contra o tráfico e das punições mais severas para usuários e traficantes”.

Califórnia, Washington, Colorado e Oregon são alguns dos estados que permitiram o consumo recreativo da maconha. Na Califórnia, o grande marco foi a

Proposição 36, onde os infratores condenados por posse de drogas tiveram a oportunidade de receber tratamento e liberdade condicional ao invés de prisão.

Salles leciona:

Na prática, a Proposição 36 não criou um sistema de descriminalização formal, dado que um indivíduo deve alegar culpa ou ser condenado pelo crime, a fim de ser elegível para o programa alternativo. Além disso, deve concluir com sucesso o tratamento para ser apto a ter sua ficha criminal limpa. Com a crise no orçamento da Califórnia nos últimos anos, todo o financiamento da Proposição 36 para programas de tratamento foi eliminado paulatinamente até 2011, enquanto que a proibição de prisão continua em voga. (SALLES, Marcos H.M., 2013, p. 61)

O estado da Califórnia além de ser considerado o maior e mais rico dos 50 estados, é pioneiro na utilização da maconha medicinal. Em 1996, os eleitores da Califórnia votaram pela aprovação do Projeto de Lei 215.

Conforme disciplina Tarso Araújo:

A lei ficou conhecida como “decreto do uso por compaixão”, que livra qualquer punição por posse ou cultivo da droga as pessoas que tenham a recomendação de um médico para usá-la com fins medicinais. No início, a lei beneficiava principalmente pacientes de esclerose múltipla, de câncer e de aids, que fumavam maconha para aliviar sintomas como dores, espasmos musculares, falta de apetite e enjoos e náuseas causados pelo tratamento com quimioterapia. Como muitos desses pacientes não tem capacidade para cultivar pés de maconha, a lei também permitia que cuidadores (caregivers) cultivassem a erva para eles, podendo ser inclusive pagos por esse serviço, como enfermeiros. Com esse propósito, surgiram os primeiros coletivos de cultivo de maconha medicinal, formados por conjuntos de ativistas e doentes que plantam e distribuem a droga entre si. Em seguida, como o número de pacientes da maconha medicinal era grande e poucos tinham interesse em plantar Cannabis, começaram a se multiplicar os chamados dispensários. Esses estabelecimentos costumam ser discretos por fora e, por dentro, se parecem com uma espécie de boticário canábico. (ARAUJO, Tarso, 2014, p. 254)

O estado da Califórnia foi o responsável por estimular os defensores da legalização da maconha. Até 2011, 29 estados tinham entrado na onda do uso terapêutico da *cannabis* e ou descriminalizado o uso de drogas. Entre eles estão Washington, Oregon, Califórnia, Nevada, Montana, Arizona, Colorado, Novo México, Nebraska, Minnesota, Alaska, Illinois, Mississippi, Michigan, Ohio, Nova York, Maine, Vermont, Massachusetts, Rhode Island, Connecticut, Nova Jersey, Delaware, Washington, Carolina do Norte, e Havaí.

Colorado e Washington foram os primeiros a legalizar a maconha para fins recreativos. O grande desafio, contudo, é sobreviver diante da tradição

federalista norte-americana e do governo Obama. Embora os estados americanos gozam de certa independência, o governo federal continua reprimindo os locais de venda da maconha. Segundo informações do site O Globo (2014, s. p), a aprovação em Washington DC no ano de 2014 contou com 64,6% dos votos, contra 28,4%. A legislação permite que consumidores a partir de 21 anos ou mais cultivem até 6 plantas de maconha e portem até 28 gramas.

Para os que circulam pelas ruas de alguns dos mencionados estados percebem que o consumo é permitido de forma semelhante ao álcool. Oregon (quarto estado dos EUA a liberar o consumo da maconha) faz uso de outdoors e panfletos para advertir quanto as infrações caso o usuário após fumar maconha decida dirigir.

6.4 Portugal – A Descriminalização de Todas as Drogas

Em 2001, Portugal descriminalizou a posse e o uso de drogas, unindo a esse modelo algumas práticas para redução de danos como programas de cuidado e acolhimento de usuários, unidades de saúde especializadas, fornecimento/prescrição de drogas e materiais como seringas. No país, aquele que porta consigo até 10 doses de qualquer droga não sofre nenhuma pena restritiva de liberdade ou multa.

O site El Pais (2016, s. p.), publicou recentemente uma matéria cujo tema era: “Experimento de Portugal com drogas chega a um consenso após 15 anos”. Isso porque, segundo o site, após 15 anos que tal política vem sendo empregada, Portugal pode ser considerado um exemplo internacional. O consumo e o tráfico de drogas não aumentaram de proporção. A oscilação que ocorre, segundo o site, é mais influenciada pela crise econômica que assola o país do que pela legislação em vigor. O diferencial está nas políticas de prevenção e tratamento.

6.5 Uruguai – Sua experiência com a Legalização

A posse de drogas destinada ao consumo nunca foi criminalizada no Uruguai. A Lei 19.172 de 2013 legaliza a produção, distribuição e venda da maconha – fruto de um longo processo ao decorrer da historia pela luta contra as drogas no Uruguai.

O doutrinador Marcos. H.M de Salles explica como é regulada a posse de drogas para consumo próprio desde 1998 no país, a partir do artigo 31 da Lei 17.016/98:

Segundo a Lei n. 17.016/98, art. 31, qualquer pessoa encontrada na posse de uma quantidade “razoável destinada exclusivamente para consumo”, tal como determinado por um juiz, é isento de pena – criminal ou administrativa. Se um juiz, considerando uma série de fatores, incluindo a quantidade, faz a determinação de que as drogas em posse eram destinadas à venda, produção ou distribuição, ele ou ela deve embasar o raciocínio para tal determinação em qualquer sentença editada. O Uruguai também adotou estratégias de redução de danos para acompanhar sua política de descriminalização nos últimos 12 anos. (SALLES, Marcos H.M., 2013, p. 76)

Embora a posse para consumo pessoal sempre foi isenta de pena em território uruguaio, o país precisou investir em estratégias e programas para combater o narcotráfico, reduzir a dependência dos uruguaios por drogas mais pesadas e desenvolver estudos sobre as propriedades terapêuticas da maconha. De acordo com a referida Lei, em seu artigo 3º, A, quando se trata de *Cannabis*, as plantações ou cultivos devem ser autorizados previamente pelo Instituto de Regulação e Controle da Cannabis (IRCCA). É através do IRCC que o Estado se faz presente no controle da *Cannabis*.

O artigo 14 da Lei 19.172/2013 estabelece que os menores de 18 anos de idade não poderão ter acesso à *Cannabis* psicoativa:

Los menores de 18 años de edad e incapaces no podrán acceder al cannabis psicoactivo para uso recreativo. La violación de lo dispuesto precedentemente aparejará las responsabilidades penales previstas por el Decreto-Ley n. 14.294, de 31 de octubre de 1974, en la redacción dada por la ley n. 17.016, de 22 de octubre de 1988, y por la presente ley³.

A lei disciplina inclusive as quantidades máximas de maconha que podem ser cultivadas e as destinadas ao consumo pessoal. Os clubes canábicos, por exemplo, podem ter até 15 membros e um máximo de 45, sendo permitido o plantio de até 99 (noventa e nove) plantas de maconha. Por usuário, a lei limita a quantidade máxima de 40 gramas. O uso medicinal também é regulado, ressaltando nos dispositivos de lei a necessidade de autorização concedida pelo IRCCA.

³ Os menores de 18 anos de idade e incapazes não podem ter acesso à cannabis psicoativa para uso recreativo. A violação das disposições acima implicará nas responsabilidades penais previstas pelo Decreto-Lei n. 14.294, de 31 de outubro de 1974, redação dada pela Lei n. 17.016, de 22 de outubro de 1988, e pela presente Lei.

De acordo com o relatório sobre as estratégias para os anos de 2016/2020 publicado pela JND (Junta Nacional de Drogas) do Uruguai, a utilização médica de estupefacientes é indispensável e desejável, além de ser essencial para fornecer garantias sobre a disponibilidade dos mesmos para esses fins e promover o desenvolvimento da investigação científica. O objetivo é propor ações que envolvem o fortalecimento institucional e melhorem as áreas responsáveis pelo acompanhamento e avaliação dos entorpecentes no país, proporcionando recursos e mecanismos de cooperação interinstitucional necessários para a efetiva e planejada fiscalização e monitoramento do mercado e condições para a fluidez e controle do comércio exterior de medicamentos e produtos farmacêuticos.

6.6 Holanda – A Criação Dos Coffee Shops

Na Holanda, a criação dos chamados “coffee shops” revolucionou a política de drogas do país. Embora não tenha ocorrido a descriminalização da posse de drogas, os holandeses são famosos por sua política de tolerância às drogas. Isso porque, apesar da venda e produção continuar sendo ilegal, o governo criou alguns termos para que as pessoas pudessem consumir a maconha.

Sobre isso, o doutrinador Marcos H.M. de Salles explica:

A posse de drogas na Holanda não é descriminalizada; em vez disso, há uma política de não-incriminação, estabelecida pelas diretrizes emitidas pelo Ministério da Justiça, que geralmente instrui os promotores a não processar delitos de posse de até 5 gramas de maconha para uso pessoal (o montante era de 30 gramas antes de 1996) ou cerca de uma dose de drogas "pesadas" para uso pessoal. Indivíduos encontrados com quantidades iguais ou abaixo deste limiar não enfrentam penalidades - civis ou criminais. Singelamente, o sistema criminal faz "vista grossa" para uma conduta que segundo a lei continua sendo crime. Ou seja, não houve a "célebre" legalização. (SALLES, Marcos H.M., 2013, p. 74)

Na obra de Denis Russo Burgierman o escritor traz as experiências da Holanda com a criação dos “coffee shops” (um misto de bar e café):

Para os donos desses estabelecimentos, comprar maconha é ilegal. É proibido plantar, é proibido importar, é proibido vender no atacado - só é permitido vender para os clientes dentro do coffee shop, até um limite de 5 gramas. A porta dos fundos dos coffee shops é tão ilegal quanto a de qualquer boca de fumo brasileira. A origem desse sistema surreal remonta a 1968, quando o movimento flower power chegou à Holanda, como aliás ao Ocidente inteiro. Os meninos holandeses deixaram o cabelo crescer e se aventuraram na experimentação de drogas psicodélicas, principalmente haxixe importado do Líbano. (BURGIERMAN, Denis Russo, 2011, p. 54)

Ante todo exposto, pertinente são as conclusões do doutrinador Shecaira:

Desde a experiência holandesa de permitir venda e consumo de maconha em cafés, em meados da década de 1970, passando pela prescrição médica da erva nos EUA, autorizada em primeiro lugar na Califórnia por ordem do juiz Francis L. Young de Orange County, em 1998, até os Clubes Sociais Canábicos do País Basco, na Espanha, na década de 1990, a marijuana é a droga ilegal mais presente em iniciativas inovadoras em termos de políticas de drogas. (SHECAIRA, Sérgio Salomão, 2014, p.60)

Em 1970, a Holanda começou a se preocupar com a chegada da heroína no país, afetando a saúde dos jovens. Esse foi o principal motivo para o país investir na venda da maconha e criar um sistema que separasse as drogas leves das pesadas. Contudo, em 1961 a Holanda se comprometeu mediante a assinatura da Convenção Única sobre Drogas Narcóticas na ONU, a impedir a produção ou comercialização de drogas, a não ser em raras exceções para uso medicinal.

Deste modo, Burgierman explica que não haveria possibilidade de regular o mercado da maconha sem quebrar um acordo internacional. Por isso, em 1976, a solução foi que a maconha não seria legal nem ilegal, mas "tolerado". O uso de heroína e cocaína entre os holandeses caiu, e por isso o sistema adotado pode ser considerado um sucesso já que um dos objetivos foi alcançado (Burgierman, 2011, p. 55-56).

6.7 Espanha – Clubes Cannabicos

De acordo com o EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – Observatório Europeu de Drogas e Toxicodependência) a Lei de Segurança para proteção dos cidadãos europeus, em seu artigo 36, estabelece o consumo de drogas e posse pessoal em locais públicos como ofensas à ordem pública, com graves sanções administrativas, entre elas, a multa – que pode ser suspensa se o infrator participar voluntariamente de tratamento, reabilitação ou atividades de aconselhamento.

A lei atual delimita as quantidades de drogas caso a polícia encontre o usuário portando-a para uso pessoal: até 200 gramas de maconha, 25 gramas de haxixe, 2,4 gramas de ecstasy, 3 gramas de heroína, 7,5 gramas de cocaína. Nessa ocasião, esse indivíduo poderá ser multado ou ter carteira de motorista de motorista

suspensa, por exemplo. Quanto aos crimes de tráfico de drogas, as sanções são definidas no Código Penal (artigos 368-378), com a previsão de agravantes (como a venda a menores ou a venda de grandes quantidades).

As penas privativas de liberdade variam de três até seis anos. Quando existem circunstâncias agravantes, ela pode chegar a 20 anos e 3 meses de prisão. Nesse caso, as substâncias, os instrumentos do crime e os lucros são confiscados. De acordo com o Observatório, nos termos do artigo 376, as penas podem ser reduzidas se o preso que era dependente no momento do crime, e em seguida, concluir com êxito um tratamento de desintoxicação (EMCDDA, 2016, s. p.).

Afora os quesitos legais, a inovação está aliada a criação dos “clubes canábicos”. Esses clubes são similares aos existentes na Holanda, onde se permite o uso privado de maconha. A ideia dos espanhóis reside no cultivo da sua própria maconha para não depender dos traficantes.

Nesse sentido, Tarso Araújo explica como se chegou a esse ponto:

A história dos clubes de Cannabis começou a ser construída ainda na década de 1990, com o surgimento das primeiras plantações coletivas. Desde a reforma do Código Penal realizada na Espanha em 1971, a posse de drogas é ilegal. Em 1974, porém, a Suprema Corte do país distinguiu “posse para tráfico” e “posse para consumo”, livrando usuários de penas criminais. Assim como no Brasil de hoje, não havia nenhuma definição sobre a quantidade que caracteriza traficantes e usuários, e a lei era aplicada de maneira arbitrária, conforme o rigor de policiais e juizes. Isso foi resolvido em 1983, quando se estipulou que usuários poderiam portar, no máximo, 50 gramas. Em 1992, porém, uma nova lei estabeleceu multas de 300 a 3 mil euros para a posse de drogas, inclusive para consumo, e incentivou a criação de um verdadeiro movimento social pela legalização da maconha, organizado em mais de dez associações criadas nos cinco anos seguintes. (ARAUJO, Tarso, 2014, p. 262)

A brecha na lei que proíbe o uso de drogas somente em ambientes públicos ensejou a criação desses clubes privados. A popularização dos clubes cresceu em 2007 quando a mercadoria de um deles foi confiscada e um integrante do Parlamento Europeu levou o caso para a Comissão Europeia. O comissário de Justiça entendeu que não seriam aplicadas as penas do crime de tráfico da Convenção da União Europeia se a Cannabis fosse cultivada para consumo próprio. O caso foi encerrado com a devolução à associação dos 17 quilos de maconha apreendidas (Araújo, 2014, p. 263).

Nos rastros dessa polemica, Denis Russo Burgierman explica que dezenas de associações foram fundadas na Espanha. A FAC (Federação de

Associações Canábicas) é uma das mais influentes. A maioria dos clubes se autodenominam “associação de estudo da canábis”, pois além de cultivarem, consideram os clubes como centros de pesquisa e difusão de informações. O custo para se tornar um associado e poder consumir a cannabis fornecida pelos clubes costumam servir para alugar uma sede na cidade, arrendar terras para plantio e remunerar os funcionários. (Burgierman, 2011, p. 90 - 91).

7 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E O USO MEDICINAL DO CANNABIDIOL

Não haveria sentido discorrer a respeito do uso medicinal do cannabidiol sem demonstrar a forma como o Estado tem atuado na busca pela efetivação do direito fundamental que é a saúde, resguardado pela Constituição Federal de 1988. O direito a saúde está constitucionalmente garantido a todo e qualquer cidadão brasileiro. Assim disciplina o artigo 196 da CF/88:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, s. p.)

O Estado, deste modo, tem o dever de criar mecanismos para efetivação desse direito, mediante a complementação com normas infraconstitucionais, como exemplo a Lei 8080/90 (Sistema Único de Saúde – SUS) e demais políticas públicas intergovernamentais.

Nesse sentido, a precariedade dos sistemas públicos aliados a grande procura por tais serviços, bem como a necessidade por medicamentos que na maioria das vezes não estão disponíveis para os pacientes, seja pela falta de recursos públicos ou pela burocratização para se tornar disponível, ocasionaram o nascimento do fenômeno da “judicialização da saúde”. Com o passar dos anos, o poder judiciário tem atuado de maneira mais decisiva e constante sobre demandas da saúde.

Quando o assunto é o fornecimento de medicamentos, esse fenômeno se faz presente, marcado por inúmeras ações singulares e coletivas. O indivíduo almeja através da condenação do poder público uma sentença ou liminar favoráveis ao fornecimento gratuito de medicamentos.

De acordo com Angélica Carlini:

Para os cidadãos brasileiros, cada decisão judicial representa a extensão do que é possível conseguir em juízo em relação à efetividade do direito social à saúde. Por isso, não raro, decisões judiciais são divulgadas pela mídia nacionalmente, tem grande repercussão e incentivam novos processos judiciais para obtenção de medicamentos, tratamentos, órteses, próteses e outras formas corriqueiras ou excepcionais de tratamento de saúde. (CARLINI, Angélica, 2014, p. 153)

Isso serve de arremate ante os casos de pacientes que necessitam dos medicamentos à base de compostos extraídos da maconha para aliviar dores, prevenir ou curar doenças.

Em 2015, o CNJ publicou uma espécie de relatório com base em estudos desenvolvidos nos anos de 2013 e 2014:

Não é por acaso que, ao longo dos últimos cinco anos, o Conselho Nacional de Justiça tem liderado e estimulado de maneira mais sistemática a atuação do judiciário, buscando estabelecer uma política judiciária para a saúde. As estratégias oriundas dessa política judiciária envolvem desde a criação do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde até Comitês Estaduais de Saúde e Recomendações como os juízes podem decidir demandas que lhes são apresentadas. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015, p.10)

Seguindo esse propósito, o CNJ publicou em 2010 a Recomendação n. 31 que considerando a grande demanda processual buscou reduzir os gastos com recursos públicos para o andamento e ainda, salvaguardar o rol de medicamentos e tratamentos autorizados pela ANVISA.

Além da resolução n. 107 que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário (FNJ) para monitoramento das demandas de assistência à saúde, podemos citar a Recomendação n. 36, de 2011, com o intuito de propor estratégias judiciais para o tema. De acordo com a pesquisa, são muitos os desafios para o CNJ, diante a progressiva influência que o judiciário exerce nas políticas públicas de saúde. (CNJ, 2015, p. 12).

Nesse contexto, na tentativa de justificar a ausência do Estado na efetivação dos direitos de segunda geração, dentre eles os sociais (no qual se inclui o direito à saúde) bem como o argumento de que para isso é necessário um grande gasto do dinheiro público, nasce a “Teoria da Reserva do Possível”.

De acordo com o professor Rafael José Nadim de Lazari:

É no direito à saúde que se concentram as principais discussões em torno de sua adesão ao subgrupo qualificado de direitos sociais que forma o “mínimo”, bem como da oponibilidade da Reserva do Possível ao tema. Esse acirramento de ânimos no que diz respeito à saúde se dá tanto porque, de todos os direitos sociais, este é o que mais perto está do direito fundamental individual à vida, do art. 5, caput, da Constituição Pátria, como porque são visíveis os avanços da medicina/indústria farmacêutica nos últimos tempos. (LAZARI, Rafael José Nadim de, 2012, p. 119 - 120)

O “ativismo judicial” ou participação crescente do Poder Judiciário na solução de uma enorme gama de assuntos, sobretudo os relacionados à prestação

da saúde pública, fomentou os ensinamentos da doutrinadora Angélica Carlini (2014, p. 123) que explica que o conceito de reserva do possível pode ser aplicado a saúde pública no Brasil contemporâneo não apenas como forma de afastar a responsabilidade do Estado quanto à efetividade dos direitos fundamentais (sobretudo, os sociais) mas também de modo a incluí-lo no âmbito das estratégias públicas que visam suprir as necessidades.

O dilema do usuário que ingressa com ação para conseguir medicamento é simplificada explicada por Carlini (2014, p. 129). Nesse momento, ela relata também o dilema entre as operadoras de saúde privadas, o Estado e o usuário:

(...) É o que acontece com a determinação do Estado, por intermédio da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) que regulamenta que somente medicamentos homologados por ela possam ser utilizados no Brasil. Em casos oncológicos, não é raro que medicamentos utilizados em outros países ainda não estejam homologados pela ANVISA no Brasil. O médico do usuário recomenda o uso do medicamento e a operadora nega porque está impedida por lei de realizar esse fornecimento. O usuário ingressa em juízo para requerer que a operadora de saúde importe o medicamento para que ela possa utilizá-lo. O poder judiciário manda que a operadora de saúde forneça o medicamento ao usuário e utiliza dois fundamentos: de ordem prática, há uma recomendação médica supostamente técnica e especializada; de ordem legal, há o fundamento da dignidade da pessoa humana e da proteção ao direito à vida. (CARLINI, Angélica, 2014, p. 129)

O problema toma uma proporção ainda maior quando se constata que além de ser preciso observar o rol das substâncias e medicamentos autorizados pela PORTARIA 344/98, os juízes estão ficando a mercê dela, com o dever de reconhecer questões técnicas diante dos litígios que lhes são apresentados – a consequência disso é saber distinguir, caso a caso, quando um medicamento pode ser considerado de extrema necessidade para aquele que pleiteia a proteção da sua saúde.

Mais difícil ainda é quando os juízes se deparam com situações em que a substância pleiteada não é autorizada pela ANVISA, e deste modo vem à tona a polêmica inserção do cannabidiol como substância controlada pela PORTARIA 344/98. O cannabidiol é um medicamento extraído da maconha, utilizado para o tratamento de diversas doenças, como por exemplo, a epilepsia.

A divulgação de pacientes que buscaram a justiça pública para ter acesso a esse medicamento reacendeu o debate sobre o assunto, já que por muito tempo ele foi proibido pela ANVISA.

Diante de tanta inovação, duas delas, aprovadas pela CCJ (Comissão de Constituição e Justiça) não podem ser esquecidas: a indicação de um parâmetro mínimo de porte de droga para diferenciar usuário de traficante e a importação de produtos e derivados à base de canabinóides (substâncias extraídas da maconha) para uso medicinal. Embora a política de drogas tenha deixado a desejar, como pode ser constatado por todo exposto, a recente aprovação pela ANVISA de prescrição do cannabidiol representa uma “luz ao fim do túnel”.

Em 21 de março de 2016 a ANVISA publicou no Diário Oficial da União uma resolução que permite importar o produto com uma quantidade ainda maior de THC (tetrahydrocannabinol) – a exigência era de no máximo 49% de THC. Isso decorreu do cumprimento de uma decisão judicial deferida pelo Juiz Marcelo Rebello Pinheiro, no Distrito Federal. Contra a decisão, a ANVISA se manifestou da seguinte forma:

A Anvisa esclarece que muitos dos produtos à base de Canabidiol e THC não são registrados como medicamentos em seus países de origem, não tendo sido, portanto, avaliados por qualquer autoridade sanitária competente. Assim sendo, não é possível garantir a dosagem adequada e a ausência de contaminantes e tampouco prever os possíveis efeitos adversos, o que implica em riscos imprevisíveis para a saúde dos pacientes que os utilizarão, inclusive com reações adversas inesperadas. Vale destacar que desde abril de 2014 a Anvisa já vinha liberando pedidos excepcionais de importação de produtos com Canabidiol para uso pessoal. Em janeiro de 2015, a Anvisa retirou o Canabidiol da lista de substâncias proibidas vigente no Brasil, incluindo-o no rol de substâncias controladas (...). Em agosto de 2015, a Anvisa passou a autorizar a compra excepcional do produto não só para pacientes com epilepsia, mas para diversas patologias, como dores crônicas e de Parkinson. (ANVISA, 2016, s. p.)

Antes do ocorrido, o Conselho Federal de Medicina (CFM) em dezembro de 2014 já havia autorizado a prescrição do medicamento para crianças que sofrem com epilepsia e convulsões. Com isso, neurologistas, psiquiatras e neurocirurgiões poderiam prescrever o cannabidiol. Posteriormente, em janeiro de 2015, a ANVISA decidiu pela retirada do cannabidiol das substâncias de uso proibido.

O Brasil se reinventou quanto ao uso medicinal da *cannabis sativa* em 2014, com o caso Anny de Bortoli Fischer, portadora da síndrome CDKL, epilepsia

grave e rara. É desesperador notar que a dificuldade burocrática e jurídica se faz presente até mesmo na busca pelo direito à vida. Entre suas potencialidades terapêuticas e atividades analgésicas, o maior emblema em relação ao uso medicinal dos canabinóides (substâncias extraídas da maconha) reside nos seus efeitos psicotrópicos. Hoje, países como Holanda e Bélgica fazem uso desses compostos no tratamento de doenças graves como AIDS, esclerose múltipla e câncer.

Embora todo interesse das indústrias farmacológicas, o isolamento dos efeitos psicotrópicos nos pacientes é uma barreira a ser superada. Segundo estudos de 3 pesquisadores da USP que ensejou a publicação de um artigo científico dedicado aos “Aspectos terapêuticos de compostos da planta *cannabis Sativa*” (2006, p. 318-325), a única exceção é o “Nabilone”, potente substância do tipo canabinóide considerada um sucesso ao ser utilizada durante estudos no Reino Unido. Esse fármaco foi responsável pelo controle de náuseas ocasionadas em razão de tratamentos quimioterápicos e antianoréxicos em pacientes que sofriam de câncer e AIDS.

Nesse interim, a maconha não é a única com potencial medicinal. Em matéria recentíssima publicada pela revista da Academia Nacional de Ciências dos EUA, o LSD tem sido objeto de grandes pesquisas e investigações para que se torne um poderoso remédio psiquiátrico e antidepressivo. Pertinente são as palavras de Carl Hart, neurocientista e professor de neuropsicofarmacologia que ultrapassou os ditames sobre as drogas:

Investigar os aspectos patológicos do consumo de drogas é importantíssimo para desenvolvermos tratamentos eficazes do vício. Mas a atenção desproporcional hoje concedida aos danos tende a nos atrelar a uma perspectiva distorcida, contribuindo para uma situação na qual certas drogas são consideradas um mal absoluto, e em que o uso de qualquer delas é visto como algo mórbido. (HART, Carl, 2014, p. 293)

Desde 14 de janeiro de 2015, quando a ANVISA decidiu retirar o cannabidiol do rol de substâncias proibidas, a esperança por uma nova visão no campo das potencialidades medicinais da maconha cresceu – e isso não se pode negar. Contudo, novos desafios vieram à tona, haja vista que, embora autorizado, o medicamento não pode ser produzido no Brasil. A importação é a solução para o caso, que acaba encarecendo os custos do produto além de tornar o processo de concessão do medicamento mais moroso.

O processo de importação deve estar em consonância com os preceitos estabelecidos pela Resolução – RDC (Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA) n. 17 de 17 de maio de 2015. Alguns termos técnicos que envolvem o assunto, como os princípios ativos da maconha entre outras terminologias são individualmente definidas pela Resolução em seu artigo 1º:

- Art. 1º Para efeitos desta Resolução são adotadas as seguintes definições:
- I- canabidiol (CBD): substância (nome químico: 2-[(1R,6R)-3-metil-6-(1-metiletenil)-2-ciclohexen-1-il]-5-pentil-1,3-benzenodiol, número CAS: 13956-29-1 e fórmula molecular: C₂₁H₃₀O₂), constante da Lista C1 do Anexo I da Portaria SVS/MS n. 344/98 e de suas atualizações, que pode ser extraída da planta Cannabis sp, que é uma planta que consta na lista E - Lista de plantas proscritas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas.
 - II- canabinóides: compostos químicos, que podem ser encontrados na planta Cannabis sp, e que possuem afinidade com os receptores CB1 ou CB2, assim como os sais, isômeros, ésteres e éteres destas substâncias.
 - III- CID: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.
 - IV- derivado vegetal: produto da extração da planta medicinal fresca ou da droga vegetal, que contenha as substâncias responsáveis pela ação terapêutica, podendo ocorrer na forma de extrato, óleo fixo e volátil, cera, exsudato e outros.
 - V - desembaraço aduaneiro de importação: ato final do despacho aduaneiro.
 - VI- despacho aduaneiro de importação: ato em procedimento fiscal que verifica a exatidão dos dados declarados pelo importador em relação aos bens e produtos importados, a título definitivo ou não, com vista ao seu desembaraço aduaneiro.
 - VII - droga vegetal: planta medicinal, ou suas partes, após processos de coleta/colheita, estabilização, quando aplicável, e secagem, podendo estar na forma íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada; VIII - intermediação da importação: serviço prestado por entidade hospitalar, unidade governamental ligada à área da saúde ou operadora de plano de saúde, que promovem, em seu nome, operação de comércio exterior de importação excepcional de produto à base de Canabidiol, destinado exclusivamente à pessoa física previamente cadastrada e autorizada pela Anvisa.
 - IX - produto à base de Canabidiol: produto industrializado tecnicamente elaborado, constante do Anexo I desta Resolução, que possua em sua formulação o Canabidiol em associação com outros canabinóides, dentre eles o THC.
 - X- tetrahydrocannabinol (THC): substância (nome químico: (6AR,10aR)-6,6,9-trimetil-3-pentil-6a,7,8,10a-tetrahidro-6H-benzo[c]chromen-1-ol, CAS: 1972-08-3 e fórmula molecular: C₂₁H₃₀O₂) constante da Lista F2 do Anexo I da Portaria SVS/MS n. 344/98 e de suas atualizações (Lista das Substâncias Psicotrópicas de uso proscrito no Brasil) , que pode ser extraída da planta Cannabis sp, que é uma planta que consta na lista E - Lista de plantas proscritas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas. (ANVISA, Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, nº. 17 de 17 de maio de 2015).

Por fim, ante a exposição de tantas premissas, ainda pairam dúvidas quanto ao poder da legislação pró-maconha frente à ciência. Há de se considerar, contudo, o avanço nas discussões por uma política de drogas justa e decente. Trata-se de um futuro promissor, onde o constitucionalismo e a busca pela efetivação dos direitos fundamentais (sobretudo, o direito à vida) há de serem respeitados. Abordagens inconsistentes e incoerentes sobre as drogas ilegais e o fracasso da nossa política pública não podem fazer com que deixemos de avançar. O desenvolvimento da legislação antidrogas e da ciência precisam caminhar juntos. É imprescindível que sejam colocadas em prática novas alternativas de políticas públicas e criminais. Entre elas, o uso medicinal da *cannabis* e a regulamentação adequada para aqueles que usam e dependem quimicamente dessa substância.

8 CONCLUSÃO

Diante de todo exposto, o objetivo desse trabalho não é apresentar uma verdade absoluta para solução dos problemas que envolvem a política de drogas no Brasil e sim abrir espaço para uma reflexão crítica a respeito das políticas antidrogas existentes pelo mundo e como podem influenciar uma mudança que se faz necessária na política antidrogas de nosso País.

Primeiramente, foram demonstrados alguns aspectos terminológicos a respeito do fenômeno sofrido pelo artigo 28 da Lei de Drogas, para tornar clara a polêmica que envolve o desejo do direito penal de punir o usuário. A partir dessa premissa, conclui-se que o proibicionismo em matéria de drogas é nada mais que um modelo de origem repressiva que se mostrou totalmente falho e incompatível com o nosso Estado Democrático de Direitos.

Ao contrário do que se busca a saúde e segurança pública infelizmente não representam bens jurídicos efetivamente protegidos. Estamos imersos numa realidade onde o tráfico e crime organizado só tendem a crescer e o dinheiro público se destina, primordialmente, para bancar órgãos de repressão.

O consumo de drogas ilícitas não pode mais ser uma preocupação de natureza penal, mas sim de regulamentação administrativa, mediante a restrição de uso em determinados locais de acesso ao público, que se assemelha ao modelo adotado para regular o consumo de tabaco.

Ao direito penal caberia a proteção do comércio de quantidades de drogas aptas a causar prejuízos à saúde pública, criando mecanismos de prevenção e educação sobre as drogas; e sobretudo, dispor de um sistema penitenciário com tratamentos efetivos. Ao invés de declarar “guerra” contra as drogas, é preciso “aliar forças” e entender que o avanço depende de uma visão multilateral que enxergue os anseios e aspectos sociais/morais de uma sociedade, respeitando sobretudo, o rol dos direitos fundamentais que torna o indivíduo um ser livre.

Nesse sentido, o ingresso de algumas substâncias para uso medicinal e psicoterapêutico é um sinal para que a nossa política pública se “recorde” que vivemos num Estado Social e Democrático de Direitos cuja liberdade, intimidade e o direito a vida são primordiais.

Contudo, a mera previsão do cannabidiol e THC na lista de substâncias proscritas na atual Portaria 344/98 não basta. É preciso estimular estudos que

possam contribuir com as estratégias para produção dos medicamentos no Brasil, afastando a necessidade de importação. A simples previsão legal de um direito não é suficiente para que este pertence de fato ao cidadão. Além do direito de concessão, é preciso criar mecanismos de efetivação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Claudio do Prado. **Princípios Penais da Legalidade à Culpabilidade**. IBCCRIM. São Paulo, 2003.

ANVISA. **Em cumprimento a ação judicial, Anvisa permite prescrição e importação de produtos com Canabidiol e THC**. ANVISA. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/men u++noticias+anos/201616/em+cumprimento+a+acao+judicial+anvisa+permite+prescricao+e+importacao+de+produtos+com+canabidiol+e+thc>>. Acesso em: 13 de abril de 2016.

ANVISA. **Resolução – RDC n. 17, de 17 de maio de 2015**. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/noticia/1/arquivo/170615163439-SES-MT-A-rdc-anvisa-17-2015---importacao-canabidiol.pdf>>. Acesso em 09 de agosto de 2016.

ARAUJO, Tarso. **Almanaque das Drogas**. Editora Leya, 2014.

ARROIO, Agnaldo. **Aspectos terapêuticos da planta Cannabis Sativa**. Química Nova, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tipicidade do porte de droga para consumo pessoal**. Recurso Extraordinário 635.659. Voto do Ministro Luis Roberto Barroso. Relator Gilmar Mendes: Data do Julgamento: 10.09.2015. Disponível em: <<http://s.conjur.com.br/dl/leia-anotacoes-ministro-barroso-voto.pdf>>. Acesso em: 03 de maio de 2016.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). **Tipicidade do porte de droga para consumo pessoal**. Recurso Extraordinário 635.659. Voto do Ministro Luís Edson Fachin. Relator Gilmar Mendes: Data do Julgamento: 10.09.2015. Disponível em: <<http://s.conjur.com.br/dl/leia-voto-ministro-fachin.pdf>>. Acesso em: 18 de agosto de 2016.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). **Tipicidade do porte de droga para consumo pessoal**. Recurso Extraordinário 635.659. Voto do ministro e Relator Gilmar Mendes: Data do Julgamento: 20.08.2015. Disponível em: <<http://s.conjur.com.br/dl/re-posse-drogas-pra-consumo-voto-gilmar.pdf>>. Acesso em: 17 de agosto de 2016.

BRASIL. **Número de fumantes no Brasil cai 30,7% nos últimos nove anos**. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/aisa/noticias-aisa/18123-numero-de-fumantes-no-brasil-cai-30-7-nos-ultimos-nove-anos>>. Acesso em: 07 de fevereiro de 2016.

BURGIERMAN, Denis Russo. **O Fim da Guerra**. Editora Casa da Palavra, 2011.

CARLINI, Angélica. **Judicialização da Saúde Pública e Privada**. Livraria do Advogado, 2014.

CERVINI, Raul. **Os Processos de Descriminalização**. Editora Revista Dos Tribunais, 1995.

CNJ (Conselho Nacional de Justiça). **Justiça Pesquisa – Judicialização da saúde no Brasil, dados e experiências**, 2015. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em 06 de agosto de 2016.

EMCDDA – Observatório Europeu de Drogas e Toxicodependência. Disponível em: <<http://www.emcdda.europa.eu/countries/spain#prevalence>> Acesso em 06 de agosto de 2016.

EL PAÍS. **A fábrica mexicana do fentanil**. 2016, El país. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/brasil/2016/06/23/internacional/1466645612_304568.html>. Acesso em 13 de julho de 2016.

EL PAÍS. **Experimento de Portugal com drogas chega a um consenso após 15 anos**. 2016. El País. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/brasil/2016/04/22/internacional/1461326489_800755.html>. Acesso em 14 de julho de 2016.

ESTADÃO. **Ministério da Fazenda facilita importação do canabidiol no país**. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral%2cministerio-da-fazenda-facilita-e-desonera-importacao-do-canabidiol%2c1724329>> Acesso em: 17 de outubro de 2015.

ESTADÃO. **Farc e o governo colombiano negociam paz**. 2012. Jornal Estadão. Disponível em: <<http://topicos.estadao.com.br/farc>>. Acesso em 12 de julho de 2016.

FILHO, Vicente Greco. **Tóxicos: Prevenção – Repressão**. Editora Saraiva, 1996.

FRANCA, Jean Marcel Carvalho. **História da Maconha no Brasil**. Editora Três Estrelas, 2015.

GLOBAL TOBACCO CONTROL. **Centers for Disease Control and Prevention**. CDC – Centro de Controle e Prevenção Norte Americano. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/tobacco/global/index.htm>>. Acesso em 20 de março de 2016.

GOMES, Luiz Flávio. **Lei de Drogas Comentada**. Revista Dos Tribunais, 2013.

GOMES, Luiz Flávio. **Corte Suprema Colombiana e a Descriminalização da Posse de Droga para Uso Próprio**. 2009. Disponível em: <<http://lfg.jusbrasil.com.br/noticias/1895233/corte-suprema-colombiana-e-a-descriminalizacao-da-posse-de-droga-para-uso-proprio>> Acesso em 13 de julho de 2016.

HART, Carl. **Um Preço Muito Alto: A Jornada de um Neurocientista que Desafia Nossa Visão sobre as Drogas**. Zahar, 2014.

HOFMANN, Albert. **LSD: Minha Criança Problema**. 1979.

IPS – Inter Press Service. **O Cânhamo renasce na Espanha entre desconfianças**. Disponível em: <<http://www.ipsnoticias.net/portuguese/2014/05/ultimas-noticias/o-canhamo-renasce-na-espanha-entre-desconfiancas/>>. Acesso em: 04 de julho de 2016.

INFODROGAS. **Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas, 2016/2020**. JND – Junta Nacional de Drogas do Uruguai. Disponível em: <http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/END_2016-2020_web.pdf>. Acesso em 18 de julho de 2016.

LAZARI, Rafael José Nadim. **Reserva do possível e mínimo existencial**. Editora Juruá, 2012.

LEMONS, Clécio; SHECAIRA, Sérgio Salomão (Org). **Drogas – Uma Nova Perspectiva**. IBCCRIM, 2014.

LIMA, Antonio Adilson Soares de. **Alcoolismo, cigarro e saúde bucal**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/f5a148804eb6948c8cae9ef11fae00ee/05_artigo.pdf?MOD=AJPERES> (INCA). Acesso em: 06 de fevereiro de 2016.

LOPES, Marco Antonio. **Drogas: 5 mil Anos de Viagem**. Revista Superinteressante. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/ciencia/drogas-5-mil-anos-de-viagem>>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2016.

MARCÃO, Renato Flávio. **Tóxicos: Leis n. 6.368/1976 e 10.409/2002, anotadas e interpretadas**. Editora Saraiva, São Paulo, 2004.

MÉXICO. **Ley General de Salud**, México, 2009. Disponível em: <<http://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/gdoc/>>. Acesso em: 12 de julho de 2016.

MORAIS, Renato Watanabe; SHECAIRA, Sérgio Salomão (Org). **Drogas – Uma Nova Perspectiva**. IBCCRIM, 2014.

Neuroscience of Psychoactive Substance use and Dependence. World Health Organization – Geneva. OMS, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/neuroscience_P.pdf> . Acesso em: 06 de fevereiro de 2016.

Observatório de Drogas da Colômbia. **Marihuana nuevo enfoque: el de la legalidade y como sustento de familias: Ministro Londoño**. 2016, ODC Disponível em: <<http://www.odc.gov.co/INICIO/Noticias/artmid/2976/articleid/2401>> Acesso em: 13 de julho de 2016.

O GLOBO. **Washington aprova legalização da maconha.** 2014. O Globo. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/mundo/washington-aprova-legalizacao-da-maconha-14467403>>. Acesso em 14 de julho de 2016.

PNAS. **Neural correlates of the LSD experience revealed by multimodal neuroimaging.** Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. Disponível em: <<http://www.pnas.org/content/early/2016/04/05/1518377113.full?sid=96e7577f-0b3f-4995-b0db-02db99448a14>>. Acesso em: 18 de abril de 2016, às 17h30 min.

RIBEIRO, Maurides de Melo. **DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS: Os Direitos Das Pessoas Que Usam Drogas.** Editora Saraiva: São Paulo, 2013.

SALLES, Marcos H.M de. **Política de Drogas no Brasil, Temos o Melhor Modelo?.** Editora LUMENJURIS 2013.

THE ECONOMIST. **The Right Way to do Drugs.** Disponível em: <http://www.economist.com/news/leaders/21692881-argument-legalisation-cannabis-has-been-won-now-difficult-bit-right>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2016.

UNODOC. **Word Drug Report** 2015. Disponível em: <http://www.unodc.org/wdr2015/>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2016.

URUGUAY. **Ley n. 19.172,** El Senado y La Camara de Representantes de la Republica Oriental del Uruguay, 2013. Disponível em: <http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/leyes/2013/12/cons_min_803.pdf>. Acesso em 19 de julho de 2016.

VEJA. **Cartéis de Drogas no México.** Revista Veja, 2009. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/idade/exclusivo/perguntas_respostas/carteis-mexico/carteis-mexico.shtml> Acesso em 13 de julho de 2016.

VIVA RIO. **Prefeito de Bogotá pretende mudar a política de drogas para combater violência na capital colombiana.** 2012, Viva Rio. Disponível em: <<http://vivario.org.br/repensar-a-politica-de-drogas-para-combater-a-violencia/>>. Acesso em: 16 de julho de 2016.

YACOBUCCI, Guillermo Jorge. **As Grandes Transformações do Direito Penal Tradicional.** Revista dos Tribunais, 2005.

APÊNCICE A - ENTREVISTA COM ALESSANDRA ANDREA AGUIAR, RESPONSÁVEL POR JULIA SATO - USUÁRIA DE MEDICAMENTO A BASE DE CANNABIDIOL

A entrevista a seguir foi realizada na cidade de Presidente Prudente – SP e traz informações reais sobre a vida de Julia Sato, criança de 07 anos de idade que faz uso de remédio a base de *Cannabidiol* (composto extraído da maconha) para controle de suas convulsões (informação verbal)⁴.

1- Gostaria de saber sobre a patologia da Julia.

Resposta: O nome é Lisencefalia, não tem aquelas ondas que o cérebro tem? A minha filha não tem, ela é lisa, o cérebro é liso. Não é genética, é uma má formação, durante a gestação parou de formar o cérebro (sic).

2- Quando você soube da medicação a base de *Cannabidiol*?

Resposta: Não teve uma reportagem no “Fantástico”? Da Anny? A gente não assiste televisão, e daí um monte de gente ligou para a gente, primos, tios, falando, daí a gente assistiu na internet depois que passou, aí eu fiquei apavorada, é esse que a gente vai conseguir, mas até então a gente tinha colocado um aparelho na Julia chamado de estimulador de nervo vago tipo um marca passo que manda vibração para o cérebro para parar de ter convulsão. Em muita gente dá certo.

A UNIMED pagou nele 120 (cento e vinte) mil reais, foi uma briga também para eu colocar, mas conseguimos porque o Doutor Armênio ajudou muito também. Aí infelizmente não adiantou. Aí a gente ficou sabendo dessa reportagem e aí começamos a ir atrás. A gente ligou, só que era proibido, na época logo quando saiu era proibido. Então era bem raro você conseguir. Aí eu peguei e comecei a ir na defensoria tentar. Na época a gente só falava com as meninas, assistente social, pedia para elas a informação, e elas diziam que não tem jeito, você tem que pedir

⁴ Entrevista fornecida por Alessandra Andrea Aguiar, responsável por Julia Sato, em Presidente Prudente-SP, em 29 de setembro de 2016. Entrevistadora Jéssika Medina Sanvezzo.

outro papel, aí acho que fui umas quatro ou cinco vezes. Na quinta vez eu não aguentava mais, eu peguei e comecei a chorar lá, aí elas pegaram e chamaram uma médica para ir falar comigo no que eles iam poder me ajudar, porque na verdade eles só precisavam da receita do médico, só que nenhum médico estava dando, porque era ainda um remédio proibido então podia ser cassado o CRM. Só que aí o Dr. Orivaldo comprou nossa briga, ele é da defensoria pública, ele me ajuda muito em fraudas, remédios da Julia. Eles já negaram remédio para a gente de 10 (dez) reais, porque são vários que ela toma, então um é 10 (dez), mais outro, mais outro, aí o governo disse que tinha um medicamento que era similar e que dava para tomar. Só que esse outro fazia muita náusea nela, já o VALPAKINE não, aí o DEPAKENE o governo dá, o VALPAKINE não. Depois, uns ou outros médicos acabaram liberando.

Antes a Julia internava muito, muito, muito, então não sei se ela ficava pior por tanta convulsão que ela tinha, então ela ficava muito internada, mais do que hoje, e o Dr. Armênio que é neurologista levou de presente a receita do remédio no dia do aniversário dela. Aí depois disso teve mais briga né, negaram de novo (sic).

3- E quando isso ocorreu?

Resposta: Olha, a Julia está com sete, acho que já faz uns 3 anos. Aí ele deu a receita, mas ainda continuou briga (sic). Na época ainda era proibido. Aí negaram, o Dr. me deu a negatividade, falou Alessandra já iniciei um outro processo. Aí deu certo. Aí a gente conseguiu autorização. Ele serve para várias coisas, mas para minha filha serve para controle da convulsão. E ele não é alucinógeno. Ele é pela sonda. Esse remédio não pode ser diluído em óleo e nem em comida, só em óleo. O Dr. explicou para a gente que não é alucinógeno, não tem nada, é mesmo uma parte do *cannabis* que eles falam que é para ajudar mesmo. A outra caixinha que eles deram era idêntica a caixinha que costuma vir, mas dentro a seringa era menor (sic).

4- Qual o custo mensal desse medicamento?

Resposta: Então, a gente conseguiu a compra né, aí a gente comprou o primeiro mês, o segundo mês, aí a gente acabou pegando todas as nossas

economias, a gente não tinha mais condição, então a gente começou a pedir para o governo. Daí o Dr. Orivaldo também ajudou a gente, entrou com uma ação para a gente ter direito a ganhar também, aí eles aceitaram, mas não vinha. Aí veio a primeira vez e depois parou. Aí a Julia tomou, melhorou, aí não teve mais convulsão. Mas parava muito, não vinha certo, as vezes vinha 3 meses e daí parava. Igual agora de três meses a gente recebeu uma caixinha, e é para vir todo mês três caixinhas e não vem. Tem que vir sete, não sei porque eles não mandam sete. No meio disso eu também pego em dinheiro, o Dr. Orivaldo entra com um bloqueio do governo, aí vou no fórum, assino todos os papéis e pego o dinheiro do bloqueio. Aí eu pego o dinheiro que eu compro, levo tudo para eles darem baixa. É quatro mil, cinco mil dependendo do dólar que dá para um mês (sic).

5- De onde vem a medicação?

Resposta: Vem dos Estados Unidos, vai para São Paulo e de São Paulo vem para cá. Ela toma duas vezes por dia, mas era para tomar mais, só que a gente controla para não ficar sem. Teve uma vez que eu fiz uma tabela de quantas convulsões ela tinha por dia, ela teve 50 (cinquenta) convulsões em um dia. Com a medicação ela zera, não tem mais nenhuma convulsão. Se der certinho não tem nenhuma, se não der certinho as vezes dá alguma. Mas se der certinho ele é muito bom (sic).

6- Esse processo de concessão do medicamento demorou quanto tempo em média?

Resposta: Depois que o juiz liberou veio normal, depois não veio durante 7 (sete) meses. Aí a gente conseguiu comprar ainda algumas vezes (sic).

7- Você tem conhecimento de outros casos que também fazem uso do *Cannabidiol*?

Resposta: Sim, depois da gente o Dr. passou nosso contato para várias outras pessoas que queriam saber (sic).

8- O que você pensa sobre a possibilidade do medicamento um dia ser produzido aqui no Brasil? Isso facilitaria?

Resposta: Sim. Eu já tive conhecimento de mães que na falta do medicamento elas mesmo plantavam a maconha e produziam. Eu não recrimino, mesmo sabendo que vai além das propriedades, você não vai lá e tira o que é bom e o que não é, mas quando você vê seu filho tendo 50 (cinquenta) convulsões em um dia, você não vai recriminar uma mãe dessa (sic).

9- Qual a justificava quanto a demora do medicamento?

Resposta: é um leve e traz, é culpa deles, é culpa daqui outro diz que a ANVISA disse isso (sic).

A TV FRONTEIRA ajudou muito a gente, eles vinham todo dia aqui para ver até quando a Julia vai ficar sem depois dessas 50 (cinquenta) convulsões né. Aí todo dia tinha entrevista. Aí eu pensei que não ia mais faltar. 3 meses de novo, faltou. Igual agora, de novo está sem, já faz uns 3 (três) meses. Porque tem também uma renovação da ANVISA, tem um papel para renovar de novo. Então se você não regulariza eles não dão (sic).