



**COMITÊ INTERDISCIPLINAR
DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS**

DOCUMENTO NORTEADOR

POLÍTICA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS E ACOLHIMENTO DE USUÁRIOS

Supervisão Geral

Gilmar Ferreira Mendes
Ministro do Supremo Tribunal Federal

Coordenação

Profa. Dra. Ludhmila Abrahão Hajjar
Dra. Camila Magalhães Silveira

Documento norteador

Política Nacional de Enfrentamento às Drogas e Acolhimento de Usuários Supervisão Geral

Gilmar Ferreira Mendes

Ministro do Supremo Tribunal Federal

COORDENAÇÃO

Prof. Dra. Ludhmila Abrahão Hajjar

Médica Cardiologista, Professora Titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

Dra. Camila Magalhães Silveira

Médica Psiquiatra, Doutora em Ciências pela FMUSP, Pesquisadora do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP

GRUPO DE TRABALHO

Prof. Dra. Andrea Gallassi

Terapeuta Ocupacional, Professora Associada da Universidade de Brasília (UnB)

Prof. Dr. Arthur Guerra de Andrade

Médico Psiquiatra, Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

Dr. Bruno Paes Manso

Jornalista e pesquisador do Núcleo de Estudos da Violência da USP

Dr. Cristiano Maronna

Advogado, Diretor da Plataforma Justa

Eduardo “Dudu” Ribeiro

Historiador, Diretor da Iniciativa Negra por uma Nova Política de Drogas

Denis Russo Burgierman

Jornalista, autor de “O Fim da Guerra”, sobre políticas de drogas ao redor do mundo. John S. Knight Fellow na Universidade Stanford

Gabriel Sampaio

Advogado, Diretor da Conectas Direitos Humanos

Dra. Heloisa de Souza Dantas

Psicóloga, Consultora em programas de formação e supervisão voltados à rede socioassistencial que realizam trabalhos com populações em situação de desproteção social

Dra. Julita Lemgruber

Socióloga, Coordenadora do Centro de Estudos de Segurança Pública (CESeC)

Profa. Dra. Laura Helena S G Andrade

Médica Psiquiatra do Hospital das Clínicas, coordenadora do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria da FMUSP

Dr. Leon Garcia

Médico Psiquiatra do Hospital das Clínicas da FMUSP

Marina Dias

Advogada, Diretora Executiva do Instituto de Defesa do Direito de Defesa (IDDD)

Nathália Oliveira da Silva

Cientista Social, Diretora-Executiva da Iniciativa Negra por Uma Nova Política sobre Drogas, Secretária-Executiva da Plataforma Brasileira de Política de Drogas, membro do Conselho Nacional de Política de Drogas e conselheira do Conselho Nacional de Direitos Humanos

Patrícia Villela Marino

Advogada, presidente do Instituto Humanitas360, membro do Conselho de Desenvolvimento Econômico Social Sustentável da Presidência da República e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça (CNPCCP)

Dr. Ricardo Anderáos

Jornalista, Consultor em projetos de impacto socioambiental e governança (ESG), Doutor em História Social pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH) da USP

Dra. Stephanie Rizk

Médica Cardiologista do Instituto do Coração da FMUSP, Doutora em Ciências pela FMUSP

Profa. Dra. Taniele Rui

Antropóloga, Professora do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

REVISÃO

Dr. João Goulão

Médico, presidente do Conselho Diretivo do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD) - Portugal

SUMÁRIO

Apresentação.....	4
I. Introdução.....	7
1. Impacto do uso abusivo de drogas na saúde.....	8
2. A Política de Drogas no Brasil, sua história e os avanços desejados.....	11
3. Panorama nacional e modelos internacionais de descriminalização da posse de drogas para uso pessoal.....	13
II. Eixos temáticos e ações propostas.....	16
1. EIXO 1 - Políticas de Cuidado e Atenção.....	17
2. EIXO 2 - Prevenção: Campanhas educativas e integração de políticas de saúde e educação.....	24
3. EIXO 3 - Segurança Pública e Justiça: Enfoque em desmilitarização e revisão do sistema de justiça.....	26
4. EIXO 4 - Uso terapêutico e medicinal de cannabis.....	45
5. EIXO 5 - Uso da terra e justiça climática.....	49
6. EIXO 6 - Capacitação e apoio técnico aos trabalhadores das redes de saúde (SUS) e socioassistencial (SUAS).....	53
7. EIXO 7 - Pesquisa e produção de conhecimento.....	55

APRESENTAÇÃO

Apresentação

A discussão de uma proposta para uma nova Política Nacional de Enfrentamento às Drogas e Acolhimento de Usuários foi feita pelo Comitê Interdisciplinar sobre Drogas, um grupo de trabalho que reúne pesquisadoras e pesquisadores das áreas da saúde, epidemiologia, justiça criminal, direitos humanos, ciências sociais e segurança pública. Foram três meses de debates para chegarmos a este documento norteador.

As contribuições apresentadas neste trabalho têm como contexto o alarmante aumento do consumo de drogas ilícitas nos últimos dez anos. Globalmente, o uso dessas substâncias cresceu 20% nesse período. No Brasil, o cenário é ainda mais preocupante, com a intensificação dos problemas associados ao uso de cocaína e crack, o surgimento de novas drogas sintéticas, além da proliferação do comércio ilegal de substâncias via plataformas online. Simultaneamente, o país enfrenta uma crise na capacitação dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e da segurança pública, o que agrava ainda mais os desafios no enfrentamento desse problema.

Além disso, o nosso atual arcabouço jurídico e regulatório tem contribuído para a ampliação dos crimes relacionados ao tráfico de drogas, impactando negativamente a sensação de segurança. Esse cenário leva a população a apoiar discursos autoritários e medidas repressivas do Estado, colocando em risco a própria democracia.

Em 2005, o governo federal instituiu, por meio de decreto, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), com o objetivo acertado de priorizar a saúde pública e promover uma atuação integrada entre a União, os Estados e os municípios. No entanto, com a regulamentação dessa política pela Lei nº 11.343/2006, surgiram dificuldades significativas, especialmente em relação à falta de critérios objetivos para distinguir usuários de traficantes de drogas.

Essa distinção passou a depender do julgamento subjetivo dos agentes policiais no momento da abordagem. O impacto foi imediato, resultando em um aumento expressivo das prisões por suposto tráfico, com uma grande maioria dos detidos sendo pessoas negras ou pardas, pobres e oriundas de regiões periféricas.

Como consequência desse cenário, o número de pessoas encarceradas saltou de menos de 100 mil no fim do século 20 para mais de 800 mil atualmente. Sem parâmetros claros, os fatores de raça e classe social passaram a ser frequentemente utilizados, de maneira implícita ou explícita, como justificativas para as decisões de policiais, membros do Ministério Público e do Judiciário ao definir o destino dos flagrantes.

É sabido que, de maneira recorrente, negros e moradores das periferias são rotulados como traficantes, enquanto brancos de áreas mais abastadas, com a mesma quantidade de droga, são frequentemente classificados como usuários. Não é por acaso que a definição de quantidade para diferenciar tráfico de consumo tem sido um dos principais pontos de debate no Supremo Tribunal Federal (STF) sobre o tema.

A proposta surge, portanto, da constatação de que o atual modelo de criminalização, repressão penal e estigmatização relacionado à política de drogas no Brasil vai contra a visão de que o uso de substâncias deve ser tratado como um problema de saúde pública, de natureza complexa e multifatorial. Em vez de punir, a abordagem deveria se concentrar na identificação precoce dos casos, na avaliação da gravidade, no desenvolvimento de um plano terapêutico individualizado e na reintegração social, com suporte para os usuários e suas famílias.

É importante ressaltar que a maioria dos casos é classificada como leve ou moderado pela literatura científica. No entanto, pessoas que começam a usar drogas, especialmente álcool, em

idades precoces e que enfrentam condições de maior vulnerabilidade — como predisposição genética, traumas, violência, insegurança no emprego ou na alimentação, e moradia em regiões de maior risco social — tendem a ter mais chances de desenvolver um padrão de uso mais pesado, combinado com outras substâncias, e, eventualmente, a dependência. Dada a complexidade do problema, é essencial que o sistema de acolhimento seja acessível, variado e capaz de atender às necessidades específicas de cada pessoa.

Atendendo a uma solicitação do ministro Gilmar Mendes, do Supremo Tribunal Federal, este grupo de trabalho interdisciplinar foi criado com a missão de elaborar uma proposta para uma nova Política Nacional de Enfrentamento às Drogas e Acolhimento de Usuários. O objetivo deste plano é apresentar aos representantes dos três Poderes da República ações concretas para aprimorar a política de drogas no Brasil, com base nas melhores práticas internacionais, em evidências científicas e abordagens multidisciplinares.

O documento está estruturado em sete eixos temáticos, cada um com propostas específicas:

1. Políticas de cuidado e atenção
2. Prevenção
3. Segurança pública e justiça
4. Uso terapêutico/medicinal de cannabis
5. Uso da terra e justiça climática
6. Capacitação e apoio técnico
7. Pesquisa e produção de conhecimento

Essas propostas foram elaboradas a partir da análise histórica das políticas de drogas no Brasil, de dados nacionais e internacionais, da literatura científica sobre o uso de drogas e suas consequências, e de diálogos com especialistas e pesquisadores envolvidos no grupo.

Na área de segurança pública, por exemplo, revisamos o modelo atual, com ênfase na prevenção e no tratamento do uso problemático de drogas. Defendemos a desmilitarização das abordagens e a adoção de câmeras corporais para proteger tanto os agentes quanto as pessoas abordadas. Em prevenção, propomos campanhas educativas que alertem sobre os riscos do uso precoce de drogas, levando em consideração as populações vulneráveis e o contexto social dos usuários. Quanto ao tratamento, sugerimos a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o fortalecimento das políticas de redução de danos.

Além disso, destacamos três propostas principais:

1. Criação de uma Rede Nacional de Acolhimento: Esta rede, presente em todos os Estados e municípios, integraria equipamentos de saúde, assistência social e equipes multidisciplinares ligadas aos Juizados, com o objetivo de fortalecer o acesso ao tratamento de transtornos relacionados ao uso de drogas, reabilitação e reintegração social.

2. Regulamentação do procedimento cível pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ): Esta regulamentação deve considerar a descriminalização do porte de cannabis para uso pessoal, com base no julgamento, pelo Supremo Tribunal Federal, do Recurso Extraordinário (RE) 635659, seguindo o modelo da Política de Drogas de Portugal.

3. Capacitação de operadores do direito e equipes de segurança e saúde: Propomos uma terceira edição do curso de capacitação para operadores do direito e uma primeira edição voltada para as polícias e equipes de saúde e assistência social, visando melhorar a aplicação da decisão do STF sobre a descriminalização do porte de cannabis e a implementação da Lei de Drogas.

INTRODUÇÃO

I. INTRODUÇÃO

1. Impacto do uso abusivo de drogas na saúde

Relatório Mundial sobre Drogas 2024, do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), aponta um aumento de 20% no consumo global de drogas ilícitas nos últimos 10 anos. A maior parte dos dados obtidos provém de investigações epidemiológicas, que desempenham um papel crucial na resposta das instituições de saúde pública aos danos causados pelo uso indevido de substâncias ilícitas, tanto aos indivíduos quanto à comunidade.

Em um artigo publicado na *Lancet Psychiatry*, com a liderança de autores brasileiros, é apresentado um panorama detalhado do impacto do uso de drogas na América do Sul e, particularmente, no Brasil, durante as últimas três décadas (1990-2019). O estudo utiliza dados do Global Burden of Disease (GBD), um projeto da Organização Mundial da Saúde (OMS), que visa mapear e quantificar o impacto de doenças e seus fatores de risco em nível global. O GBD é o maior esforço internacional para mensurar o impacto de fatores como morbidade e mortalidade, utilizando métricas como anos vividos com incapacidade (YLD), anos de vida perdidos por morte prematura (YLL) e a medida combinada de ambos (DALYs, em inglês Disability Adjusted Life Years).

O artigo compara esses indicadores nas últimas três décadas, descrevendo os danos associados ao uso problemático de substâncias psicoativas e medicamentos prescritos, como anfetaminas, opioides, cannabis e cocaína, em países da América do Sul. A análise visa avaliar o impacto de políticas públicas e as mudanças nos padrões de consumo ao longo do tempo. Os resultados mostram que a América do Sul é um importante fornecedor de cocaína e apresenta uma alta prevalência de uso de crack e pasta base (subprodutos da cocaína). Embora a região tenha baixa prevalência de uso de opioides, a carga associada a esse consumo aumentou lentamente nas últimas décadas. Em comparação com os Estados Unidos, por exemplo, o Brasil tem um consumo mais baixo de heroína e outros opioides.

A cannabis continua sendo a substância mais consumida no mundo, tanto isoladamente quanto combinada com álcool, tabaco e outras drogas. Na América do Sul, os transtornos relacionados ao uso de cannabis mantiveram-se estáveis nas últimas três décadas, com exceção de alguns países. No Brasil, a prevalência de transtornos por uso de cannabis diminuiu de 1990 a 2019, assim como não houve aumento no Uruguai, que, em 2013, se tornou o primeiro país do mundo a legalizar a produção, distribuição e consumo da cannabis.

Dados do estudo São Paulo Megacity, parte do consórcio World Mental Health Survey da Organização Mundial da Saúde (OMS), mostram que apenas 1/4 dos usuários de cannabis se enquadram em um padrão problemático de consumo. Fatores de risco para esse padrão incluem consumo frequente e em grandes quantidades, início precoce do uso (antes dos 17 anos), consumo excessivo de álcool ou tabaco, e residir em áreas de grande vulnerabilidade social. Esses achados reforçam a necessidade de políticas públicas que visem adiar o início do consumo, considerar o contexto social e tratar o uso combinado de substâncias na prevenção e no tratamento de problemas relacionados à cannabis.

Na América do Sul, a carga atribuída ao transtorno por uso de cocaína segue muito acima da média global, sendo a segunda maior entre as drogas avaliadas na região. Brasil, Argentina e Uruguai são os países que mais contribuem para a carga de transtornos por uso de cocaína entre

os latinos. Em 2019, o Brasil teve o maior aumento de DALYs por 100.000 habitantes relacionados à cocaína, quase o dobro do registrado em 1990. Esse aumento reflete tanto à incapacidade (YLD) quanto à morte prematura (YLL), com grandes quantidades de cocaína sendo consumidas por meio da inalação ou do crack, uma das principais formas de uso. O Peru e o Suriname também apresentaram aumentos no índice de anos perdidos por morte prematura devido ao uso de cocaína, enquanto Argentina e Uruguai observaram aumentos mais modestos.

O crescimento do uso de cocaína e crack ocorre em meio a um debate público guiado por uma forte visibilidade midiática, com cenas de consumo explícitas em locais estigmatizados como a Cracolândia, no centro de São Paulo. Nesse contexto, a resposta predominante do poder público tem sido intervenções policiais inadequadas e propostas de internações involuntárias em massa, que buscam “desconcentrar” esses cenários, frequentemente relacionadas a projetos de “requalificação” urbana.

Embora essas medidas estejam na agenda de prefeitos e governadores, experiências recentes comprovaram a ineficácia tanto da repressão quanto do tratamento coercitivo. Essa realidade exige políticas públicas mais abrangentes e que reconheçam o impacto do racismo e das desigualdades sociais na produção desse fenômeno. É preciso promover a utilização dos serviços de saúde pública adequados, especialmente os previstos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do Ministério da Saúde.

Em termos de gênero, o impacto na incapacidade e morte prematura é maior entre os homens em quase todos os países, para substâncias como cocaína e cannabis. No caso das anfetaminas e opioides, as diferenças entre os gêneros são mínimas.

Novas Substâncias Psicoativas (NSP), que imitam os efeitos de drogas tradicionais, têm se tornado um problema crescente, gerando intoxicações e mortes. O Relatório Mundial sobre Drogas 2024, do UNODC, relata que, em 2022, 566 novas substâncias psicoativas foram identificadas globalmente. Entre elas, destacam-se a metanfetamina, os canabinoides sintéticos e os opioides sintéticos, substâncias de baixo custo e fácil acesso que estão mudando os mercados de drogas. No Brasil, a Polícia Federal registrou um aumento de apreensões de substâncias como MDMA, N-metilpentinona e LSD, enquanto o consumo de “maconha sintética” — termo equivocado para se referir aos canabinoides sintéticos — também tem se expandido, especialmente nas periferias.

Mais de 300 variedades dessas drogas (com nomes como K2, K4 e K9) foram identificadas até 2022, com efeitos e riscos muito similares. Elas são produzidas em laboratórios clandestinos, a partir de produtos químicos como solventes. São drogas baratas, usadas por grupos vulneráveis, como adolescentes, pessoas em situação de rua e do sistema prisional. O pico do efeito é alcançado em 5 minutos, com duração de 1 a 6 horas, dependendo da formulação da substância. Apesar dos inúmeros tipos identificados da droga, os efeitos e riscos dos canabinoides sintéticos são muito similares. Geram quadros psiquiátricos graves, e causam dependência, além de crises convulsivas, acidente vascular cerebral, déficit cognitivo e de memória, hipertensão, taquicardia, infarto agudo do miocárdio, insuficiência renal e até mesmo a morte.

Além disso, os cigarros eletrônicos, ou vapes, têm se popularizado rapidamente entre adolescentes e jovens adultos. Originalmente projetados como uma ferramenta para cessação do tabagismo, esses dispositivos se tornaram amplamente utilizados por jovens, impulsionados por marketing direcionado e pela percepção de que são menos prejudiciais do que os cigarros convencionais. A adesão aos cigarros eletrônicos acontece depois de o Brasil ter alcançado uma das quedas mais significativas da prevalência do tabagismo no mundo.

Dados do estudo Covitel revelam que o uso de cigarros eletrônicos e narguilé é particularmente alto entre os adultos jovens no Brasil, mas as políticas públicas ainda não estão totalmente preparadas para lidar com esse novo fenômeno. Foram entrevistadas 9 mil pessoas, nas cinco regiões do país. Embora a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) proíba comercializar, importar e anunciar qualquer um desses produtos, as vendas no ambiente digital acontecem com facilidade.

Embora o debate sobre a política de drogas no Brasil se concentre principalmente nas substâncias ilícitas, o consumo de álcool tem aumentado silenciosamente, especialmente entre as mulheres. Dados da OMS indicam que o consumo de álcool, tanto em quantidade excessiva quanto regular, aumentou entre 2013 e 2019. O álcool é a sétima maior causa de morte evitável no mundo e a terceira maior causa de doenças no Brasil.

Diante deste cenário, é essencial que as políticas públicas continuem a evoluir, considerando a complexidade dos fatores envolvidos no consumo de substâncias psicoativas e seus efeitos na saúde pública e na sociedade. As políticas devem ser mais inclusivas, abordando as múltiplas dimensões do uso de drogas — desde as características individuais, sociais e ambientais dos usuários, até os impactos econômicos e sociais para a população como um todo. A Política Nacional sobre Drogas, aprovada em 2005, acertadamente incluiu ações de saúde pública, prevenção, tratamento e reintegração social, mas a abordagem ainda é predominantemente criminal, o que dificulta o acesso ao tratamento e a prevenção de problemas relacionados ao uso de substâncias.

A compreensão do uso de drogas deve ser vista como um complexo conjunto de fatores interligados, que incluem as características do usuário, o tipo de substância, os contextos social e cultural, e a resposta do sistema de saúde. Esses elementos devem ser levados em conta para desenvolver políticas públicas mais eficazes e sensíveis às necessidades de todos os grupos sociais.

Fatores Individuais

- **Predisposição genética:** O histórico familiar de abuso de substâncias pode aumentar a vulnerabilidade do indivíduo ao uso problemático.
- **Fatores psicológicos:** Transtornos mentais, como depressão e ansiedade, podem levar ao uso de drogas como uma forma de automedicação.
- **Crenças e atitudes:** A forma como o indivíduo percebe os riscos do uso de substâncias (por exemplo, normalização ou desinformação) pode influenciar seu comportamento em relação ao consumo.
- **Personalidade e vulnerabilidade:** Traços como impulsividade, busca por sensações intensas e dificuldade em lidar com o estresse podem tornar a pessoa mais suscetível ao uso de substâncias.

Fatores Sociais e Ambientais

O contexto social e cultural também desempenha um papel importante no uso de substâncias:

- **Influências familiares:** Adversidades familiares, como negligência ou violência, aumentam o risco de desenvolvimento de padrões prejudiciais de uso de drogas.
- **Grupo de pares:** A pressão dos amigos ou normas sociais do grupo, como o consumo de cigarro eletrônico entre jovens de classe média-alta como um símbolo de status, ou o consumo de bebidas alcoólicas em festas nas periferias urbanas, podem facilitar o início do uso de substâncias.
- **Normas sociais e culturais:** Em algumas sociedades, o uso de substâncias é culturalmente aceito ou até incentivado. Por exemplo, atualmente o ato de “sextar” (beber para relaxar) tem se tornado uma prática comum em algumas culturas.

- **Acesso à droga:** A facilidade de acesso às substâncias, seja em comunidades ou por meios legais (como medicamentos controlados), pode aumentar o risco de uso e dependência. Nas periferias urbanas, a alta concentração de bares e a escassez de opções de lazer contribuem para o aumento do consumo e seus efeitos negativos. Além disso, muitos laboratórios de drogas sintéticas estão localizados em áreas periféricas, expondo os jovens a substâncias de baixo controle e qualidade.

- **Exposição a situações traumáticas:** O estudo SP Megacity mostrou que pessoas que vivem em áreas de maior privação social têm quase seis vezes mais chances de desenvolver abuso e dependência de substâncias.

- **Determinantes sociais:** Fatores como insegurança habitacional, insegurança alimentar, desemprego, sofrimento emocional, pobreza, desigualdades raciais e o acesso limitado aos serviços de saúde são determinantes relevantes no uso de drogas.

Transição do uso ocasional para a dependência

- **Frequência e intensidade do uso:** O uso contínuo de substâncias psicoativas, especialmente se iniciado na adolescência, aumenta significativamente a probabilidade de desenvolver problemas relacionados.

- **Efeitos neuroquímicos:** O uso constante de drogas pode provocar mudanças no cérebro, prejudicando o controle do comportamento e o julgamento, o que eleva a vulnerabilidade a transtornos psiquiátricos.

- **Comorbidades:** O uso excessivo ou contínuo de substâncias psicoativas pode resultar em uma série de problemas:

- **Problemas de saúde física:** Danos aos órgãos (como fígado, coração e pulmões), aumento do risco de doenças crônicas (como câncer e HIV) e overdose.

- **Problemas psicológicos:** Transtornos como ansiedade, depressão e diminuição da motivação.

- **Problemas sociais:** Dificuldades nos relacionamentos familiares e interpessoais, perda de emprego, envolvimento com a criminalidade e marginalização social.

- **Efeitos legais:** Problemas com a justiça e o uso ilegal de substâncias.

Esse modelo pode ser adaptado a diferentes contextos (como adolescentes, adultos ou populações em situação de risco) e ampliado para incluir fatores protetores, como o apoio familiar, tratamentos preventivos e intervenções terapêuticas. Além disso, é útil para entender o ciclo de uso e recaída, ajudando a planejar estratégias de prevenção e intervenção personalizadas.

Com base nesses fatores, é evidente que uma política de drogas eficaz deve reconhecer que o uso de substâncias é um fenômeno complexo, envolvendo aspectos sociais, familiares, pessoais e culturais. Qualquer abordagem deve ser orientada pela perspectiva da saúde pública, visando um tratamento holístico e eficaz.

2. A Política de Drogas no Brasil, sua história e os avanços desejados

Em 2005, o governo federal aprovou a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), que definiu cinco eixos de atuação: 1) Prevenção; 2) Tratamento, recuperação e reintegração social; 3) Redução de danos à saúde e à sociedade; 4) Combate ao tráfico (redução da oferta); e 5) Estudos e pesquisas. O objetivo da PNAD era integrar políticas públicas

e descentralizar ações, promovendo a colaboração entre estados, municípios, sociedade e comunidade científica.

Em 2006, a Lei nº 11.343 deu um passo importante para implementar a PNAD, ao criar o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Essa lei visava articular, organizar e coordenar as ações de prevenção, tratamento e reintegração social de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. A lei também alterou o tratamento jurídico da posse de drogas para consumo pessoal: embora ainda seja criminalizada, a pena de prisão foi abolida para usuários. Por outro lado, as penas para tráfico de drogas foram aumentadas, variando de 5 a 15 anos de prisão, com agravantes caso a pessoa esteja envolvida em uma quadrilha ou organização criminosa.

Desde a promulgação da lei, ficou evidente que a falta de critérios objetivos para distinguir usuários de traficantes tem gerado impactos graves. A decisão de classificar uma pessoa como usuária ou traficante depende do julgamento do agente policial no momento da abordagem. Isso resultou em um aumento das prisões, especialmente de pessoas negras, periféricas e de classes sociais mais baixas. O voto do ministro Alexandre de Moraes, do Supremo Tribunal Federal, no Recurso Extraordinário 635659 confirma que, frequentemente, a definição de “usuário” ou “traficante” é influenciada por fatores como raça e classe social. Enquanto negros de periferia são frequentemente vistos como traficantes, brancos de áreas nobres, mesmo com a mesma quantidade de drogas, são tratados como usuários.

A PNAD reconhece, entretanto, que a questão das drogas é um fenômeno complexo, envolvendo aspectos sociais, familiares, culturais e individuais. Por isso, propõe uma abordagem centrada na saúde pública e nos direitos humanos, com foco na redução de danos nas ações de prevenção e cuidado.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, criada pelo Ministério da Saúde em 2003, também foi importante nesse processo, instituída na esteira da Lei nº 10.216/2001 e do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa política propõe um modelo de cuidado psicossocial, baseado no tratamento em liberdade, no respeito à dignidade e autonomia das pessoas. Buscou-se evitar o isolamento social e a cronificação dos usuários, que eram praticados pelos antigos manicômios e hospitais psiquiátricos. Para isso, foram implementados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que visa oferecer serviços e cuidados mais humanizados. Para que isso aconteça, é necessário um investimento público para expandir a RAPS em todo o país.

No entanto, desde 2016, houve um retrocesso significativo no cuidado das pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. As políticas voltaram a adotar modelos de tratamento baseados em internações prolongadas e isolamento, que contrariam os princípios da saúde pública e dos direitos humanos. Além disso, houve um aumento significativo do financiamento público para internações em comunidades terapêuticas, que, muitas vezes, são de caráter religioso. A Lei 13.840/2019 ampliou a possibilidade de internações involuntárias, permitindo que pessoas ou familiares solicitem a internação sem o consentimento do paciente.

Atualmente, a PNAD é regulamentada pelo Decreto nº 9.761/2019, e o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas para o período de 2022 a 2027 foi aprovado pela Resolução 08/2022 do Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD). Em 2023, o CONAD foi reformulado e sua composição reestruturada, com a paridade entre representantes do governo e da sociedade civil. Contudo, ainda precisa avançar para reconstruir a PNAD, recuperando os princípios da abordagem psicossocial, que foram abandonados entre 2018 e 2022.

3. Panorama nacional e modelos internacionais de descriminalização da posse de drogas para uso pessoal

Nos últimos anos, o Brasil e o mundo passaram por diversas mudanças políticas, sociais, econômicas, legais e culturais. Dentro desse contexto, dois aspectos merecem destaque: primeiro, o crescente entendimento de que o uso de drogas deve ser tratado fora da esfera criminal, tendência observada na maioria dos países da Europa e da América Latina; e segundo, o uso terapêutico e medicinal da cannabis (que será detalhado no Eixo 4).

A legalização e a descriminalização da posse de drogas para uso pessoal, assim como o auto cultivo, embora representem modelos regulatórios diferentes, acabam se aproximando na prática, especialmente com a regulação da cannabis. Em diversos países europeus, surge um modelo de regulação baseado na descriminalização e no auto cultivo, com clubes sociais de cannabis. Esse modelo pode ser visto em países como Luxemburgo, Malta e Alemanha, que descriminalizaram a posse e o cultivo doméstico, criando sistemas para clubes sociais regulamentados. Nesses clubes, os membros cultivam a cannabis e têm acesso ao produto, mas apenas para residentes do país, o que impede o acesso de turistas. Embora ainda exista debate sobre se isso constitui uma legalização verdadeira, na prática, existem dois canais legais pelos quais os indivíduos podem obter cannabis, mesmo na ausência de um mercado varejista regulamentado.

A União Europeia (UE), por sua vez, proíbe especificamente o comércio varejista de cannabis, conforme as convenções internacionais de drogas. Por isso, muitos países da UE, como Malta, estão adotando modelos como a descriminalização da posse, o cultivo doméstico e a criação de clubes sociais. Na Holanda, embora a posse e o fornecimento de cannabis permaneçam formalmente ilegais, os “coffee shops” — estabelecimentos onde a cannabis é vendida — são tolerados, desde que cumpram certas condições. A Holanda está agora conduzindo um experimento em oito cidades para vender cannabis legalmente nos coffee shops, o que gera uma espécie de “legalização de fato”.

Vários estados da UE, incluindo a Alemanha e a Suíça, estão experimentando a venda legal de cannabis, por meio de programas de pesquisa científica, de forma a contornar as restrições legais da UE. A Suíça, embora não seja parte da UE, participa do Acordo de Schengen, e a Alemanha está planejando um experimento de varejo de cannabis em várias localidades. Outros países, como a República Tcheca e Luxemburgo, também propõem modelos semelhantes. A República Tcheca, em particular, planeja criar um mercado comercial de cannabis, embora a implementação ainda seja incerta.

Em outros lugares, como na Tailândia, a remoção da cannabis da legislação sobre drogas para permitir o uso médico acabou gerando um efeito colateral: a cannabis foi, na prática, legalizada para todos os usos. Esse mercado quase sem regulamentação rapidamente se expandiu, especialmente nas áreas turísticas de Bangkok, o que gerou problemas. Após a reação negativa do público, o governo tailandês anunciou que planeja reverter essa legalização, embora não se saiba se será eficaz.

A África do Sul e o México têm situações semelhantes. Ambos os países despenalizaram o uso e cultivo pessoal de cannabis, mas a regulamentação do mercado de cannabis ainda está em andamento. O México, por exemplo, tem enfrentado disputas políticas e não conseguiu

estabelecer um sistema regulatório para o uso de cannabis, apesar de ter sido ordenado pela Suprema Corte. Na África do Sul, uma lei que regulamenta o uso, a posse e o cultivo pessoal foi recentemente aprovada, mas ainda não há regulamentação para a produção e venda no varejo.

Na Colômbia, a posse de até 20 plantas e o cultivo pessoal de cannabis foram descriminalizados, seguindo um modelo semelhante ao de alguns países europeus. Entretanto, é importante ter cautela ao definir as diferentes formas de descriminalização e legalização/regulamentação.

A Austrália também tem adotado modelos variados. Em dois estados, a posse de cannabis foi descriminalizada, e no território da capital australiana, o cultivo privado foi descriminalizado. A definição do que se entende por descriminalização “plus” ou “legalização leve” ainda é um debate em aberto.

O Canadá e o Uruguai já legalizaram a cannabis para uso adulto, além do uso medicinal. Nos Estados Unidos, 24 estados regularam o uso de cannabis para adultos e 38 o uso medicinal.

A descriminalização por si só, no entanto, não é suficiente. Portugal, por exemplo, descriminalizou as drogas no início dos anos 2000, como parte de uma resposta à crescente epidemia de uso de drogas injetáveis e à transmissão do HIV e hepatite. O número de usuários de heroína caiu de 100.000 em 2001 para 25.000 em 2017, e as overdoses fatais diminuíram em mais de 85%. A política de Portugal, focada no tratamento de usuários, em vez de punição criminal, é considerada um modelo, pois coloca os usuários em um sistema de cuidados de saúde e não no sistema judicial.

No Brasil, o Supremo Tribunal Federal (STF), recentemente, descriminalizou a posse de até 40 gramas de cannabis, estabelecendo que o crime de tráfico exige prova de finalidade mercantil, o que significa que o porte de pequenas quantidades para consumo pessoal não deve ser tratado como tráfico, especialmente no caso de usuários de comunidades periféricas, que muitas vezes são acusados injustamente de tráfico.

Pesquisa realizada em 2016 pela Faculdade de Medicina, em parceria com a Faculdade de Direito, ambas da Universidade de São Paulo (USP), revelou que as circunstâncias sociais e pessoais das prisões, como raça e classe social, influenciam decisivamente a aplicação da pena, mais do que a quantidade de droga apreendida.

No entanto, o Brasil ainda enfrenta desafios no Legislativo. A chamada PEC das Drogas (PEC 45/2003) propõe a criminalização da posse de qualquer droga ilícita, independentemente da quantidade. Caso a mudança na Constituição seja aprovada, representará um retrocesso significativo, tratando a questão das drogas exclusivamente como uma questão criminal, em vez de um problema de saúde pública.

Referências Bibliográficas | I. Introdução

- Bhave SY, Chadi N. E-cigarettes and Vaping: A Global Risk for Adolescents. *Indian Pediatr.* 2021 Apr 15;58(4):315-319
- Castaldelli-Maia JM, Wang YP, et al. Burden of disease due to amphetamines, cannabis, cocaine, and opioid use disorders in South America, 1990-2019: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry.* 2023 Feb;10(2):85-97. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00339-X.
- da Cunha, K. F., Oliveira, K. D., Cardoso, M. S., Arantes, A. C. F., Coser, P. H. P., Lima, L. N., Maluf, A. C. S., Comis, M. A. C., Huestis, M. A., & Costa, J. L. (2021). Prevalence of new psychoactive substances (NPS) in Brazil based on oral fluid analysis of samples collected at electronic music festivals and parties. *Drug and alcohol dependence*, 227, 108962. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108962>
- Fadus MC, Smith TT, Squeglia LM. The rise of e-cigarettes, pod mod devices, and JUUL among youth: Factors influencing use, health implications, and downstream effects. *Drug Alcohol Depend.* 2019 Aug 1;201:85-93. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.04.011.
- Gonçalves, R, Lourenço, A e Nogueira da Silva, S. A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S095539591400231X>
- Menezes, A. M. B., Wehrmeister, F. C., Sardinha, L. M. V., Paula, P. D. C. B. D., Costa, T. D. A., Crespo, P. A., & Hallal, P. C. (2023). Uso de cigarro eletrônico e narguilé no Brasil: um cenário novo e emergente. *O estudo Covitel*, 2022. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 49, e20220290.
- de Oliveira, C. W. L., Mendes, C. V., Kiepper, A., Monteiro, M. G., Wagner, G. A., & Sanchez, Z. M. (2021). Analysis of gaps in alcohol policies in Brazil using the Pan American Health Organization's Alcohol Policy Scoring. *The International journal on drug policy*, 97, 103322. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103322>
- de Oliveira, M. C., Vides, M. C., Lassi, D. L. S., Torales, J., Ventriglio, A., Bombana, H. S., Leyton, V., Périco, C. A., Negrão, A. B., Malbergier, A., & Castaldelli-Maia, J. M. (2023). Toxicity of Synthetic Cannabinoids in K2/Spice: A Systematic Review. *Brain sciences*, 13(7), 990. <https://doi.org/10.3390/brainsci13070990>
- OMS, 2018. Global status report on alcohol and health 2018. Acesso em 01 ago 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>
- Silveira CM, Siu ER, Anthony JC, Saito LP, de Andrade AG, Kutschenko A, Viana MC, Wang YP, Martins SS, Andrade LH. Drinking patterns and alcohol use disorders in São Paulo, Brazil: the role of neighborhood social deprivation and socioeconomic status. *PLoS One.* 2014 Oct 1;9(10):e108355.
- Siveira, C. M., Maurício Castaldelli-Maia, J. M., Siu, E. R., Viana, M. C., Wang, Y. P., Andrade, L. H. Cannabis use patterns and different phenotypes in relation to other drugs use: latent class analyses from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey. Manuscrito submetido à publicação.
- Rêgo, X, Oliveira, MJ e Cruz, O. 20 Years of Portuguese drug policy – developments, challenges and the quest for human rights. <https://link.springer.com/article/10.1186/s13011-021-00394-7>
- Togni, L. R., Lanaro, R., Resende, R. R., & Costa, J. L. (2015). The variability of ecstasy tablets composition in Brazil. *Journal of forensic sciences*, 60(1), 147–151. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.12584>
- UNODC, 2021. World Drug Report 2021: Booklet 3 - Drug market trends: Opioids, Cannabis. Acesso em 31 jul 2024. Disponível em: https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_3.pdf
- UNODC, 2024. World Drug Report 2024. Acesso em 31 jul 2024. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>
- UNODC, 2024. The challenge of New Psychoactive Substances – A technical update 2024. Acesso em 31 jul 2024. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/scientific/The_Challenge_of_NPS_A_technical_update_2024.pdf

EIXOS TEMÁTICOS E AÇÕES PROPOSTAS

II. EIXOS TEMÁTICOS E AÇÕES PROPOSTAS

1. EIXO 1 - Políticas de Cuidado e Atenção

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil inicia-se de forma contemporânea à reforma sanitária, que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Embora compartilhando o mesmo contexto histórico, a reforma psiquiátrica brasileira segue um caminho próprio, inserido em um cenário internacional de mudança, que busca superar o modelo asilar no tratamento de transtornos mentais e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

A reforma psiquiátrica brasileira surge no final dos anos 1970, em resposta à crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e manicômios. Esse movimento foi resultado da articulação dos movimentos sociais que lutavam pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Foi um processo político e social complexo, que envolveu transformações em práticas, saberes, valores culturais e sociais, marcado por impasses, tensões e desafios, mas sempre em busca de um cuidado baseado nos direitos humanos e no respeito às necessidades das pessoas.

A política de saúde mental no Brasil se consolidou como uma política de Estado com a Lei nº 10.216/2001, considerada uma das mais avançadas do mundo pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta lei privilegia o tratamento em liberdade, ou seja, fora dos hospitais psiquiátricos, por meio de serviços comunitários, com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e estabelece a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), definida pela Portaria nº 3.088/2011, organiza os serviços de saúde no SUS, oferecendo atendimento integral e humanizado a essas pessoas. A RAPS adota uma gestão regional e um modelo de atenção aberto, com base comunitária, garantindo a liberdade e a convivência social por meio de serviços, comunidades e territórios.

Para atender às necessidades das pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas, a RAPS está estruturada em diferentes dispositivos: i) Atenção Primária (AP), que inclui Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes Multiprofissionais (eMulti, antes NASF) e Consultórios na Rua; ii) Atenção Psicossocial Estratégica, com os CAPS e CAPS AD (para álcool e outras drogas); iii) Atenção de urgência e emergência, com Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), prontos-socorros e SAMU; iv) Unidades de Acolhimento, que são serviços transitórios para pessoas em situação de vulnerabilidade social em tratamento; v) Atenção Hospitalar, com leitos psiquiátricos em hospitais gerais; e vi) Estratégias de Desinstitucionalização, incluindo Serviços Residenciais Terapêuticos.

A lógica do cuidado em saúde para pessoas com uso problemático de substâncias deve ser fundamentada no reconhecimento das necessidades individuais e no planejamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), com ênfase na redução de danos. Para a saúde pública, um dos maiores desafios tem sido dar continuidade e efetividade às ações e dispositivos estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica. Os avanços obtidos até agora têm demonstrado que o trabalho com pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas deve ir além da assistência à saúde, garantindo também direitos de cidadania, dignidade e proteção aos direitos humanos.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras

Drogas, de 2003, define a Redução de Danos (RD) como um marco ético, político e teórico para as ações no campo da saúde mental. A RD se orienta pela defesa da vida do usuário, focando não apenas no uso de drogas, mas nas singularidades e contextos de vida de cada pessoa. Ao priorizar a defesa da vida, a RD não exige a abstinência completa do uso de drogas, entendendo que muitos usuários não conseguem interromper o uso, mas podem se beneficiar de intervenções que reduzam seus danos, o que pode salvar vidas e melhorar sua qualidade de vida. A RD, portanto, está em sintonia com o preceito ético hipocrático, que respeita a autonomia do paciente. Esse modelo considera as pequenas conquistas ao longo do tratamento, promovendo a inclusão social e a cidadania das pessoas em tratamento. Além disso, fomenta a co-responsabilidade dos usuários pelo seu próprio processo de cuidado, o que constitui um passo importante para sua emancipação.

É fundamental compreender que a RD, como princípio ético, não exclui a busca pela abstinência de drogas, caso essa seja a opção do paciente, no contexto do seu Projeto Terapêutico Singular. Nesse sentido, o tratamento visa aumentar a liberdade e a corresponsabilidade do indivíduo, ao mesmo tempo em que estabelece um vínculo de colaboração com os profissionais de saúde, que se tornam corresponsáveis pelos caminhos a serem trilhados pelo usuário, e pelos impactos desse processo em suas vidas e nas vidas ao seu redor.

O Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad) é o principal dispositivo da rede, funcionando de maneira aberta e realizando acolhimento de demandas sem necessidade de encaminhamentos prévios. O CAPS oferece atendimento individual e coletivo, com equipe multidisciplinar, e, na modalidade 24h, disponibiliza até 8 leitos de acolhimento integral (internação) para situações de crise. A disponibilidade de leitos de acolhimento é estratégica para manter a continuidade do cuidado com a mesma equipe que acompanha o usuário, garantindo o desenvolvimento de seu Projeto Terapêutico após a crise.

Além de um trabalho interdisciplinar, o CAPSad também se preocupa com os familiares dos usuários, promovendo sua reintegração social e articulando a rede de atenção com outros setores, como assistência social, educação e justiça. A rede de serviços da RAPS inclui ainda a atenção primária (Unidades Básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Consultórios na Rua), atenção terciária (prontos-socorros e hospitais gerais), Unidades de Acolhimento e Serviços Residenciais Terapêuticos.

No entanto, apesar da diversidade de serviços oferecidos, a maior parte do cuidado é ainda centralizada em instituições de saúde, muitas das quais mantêm uma abordagem terapêutica focada na abstinência total. Esse modelo, aliado às dificuldades de acesso aos serviços enfrentadas pela população usuária de álcool e outras drogas em situação de rua, tem dificultado a busca por tratamento, além de contribuir para a exclusão dessa população das políticas de assistência e prevenção. Segundo dados da UNODC (Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime), apenas uma em cada cinco pessoas recebeu tratamento para transtornos associados ao uso de drogas em 2021. Em um cenário de grandes desigualdades no acesso, a saúde pública, a prevenção e o acesso a serviços de tratamento devem ser priorizados globalmente. Algumas populações vulneráveis, como as da tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru, enfrentam sérias dificuldades, pois vivem em áreas rurais com alta prevalência de crimes relacionados ao tráfico de drogas ilícitas, e a localização remota dificulta o fornecimento de cuidados adequados, além de limitar o acesso a serviços de saúde e à justiça.

Atenção e cuidado às mulheres

Em 2024, nos deparamos com uma realidade alarmante: a violência contra mulheres e meninas continua a crescer. Dados do Fórum de Segurança Pública revelam que as mulheres são as maiores vítimas das desigualdades sociais, da fome, das emergências climáticas e de outras adversidades. Um estudo realizado no âmbito do consórcio mundial do World Mental Health Survey, o São Paulo Megacity, indicou que as taxas de depressão, ansiedade e uso problemático de substâncias são mais altas nas áreas com maior privação social. Além disso, a exposição a eventos traumáticos aumenta em seis vezes o risco de dependência de drogas.

Cerca de 20% das mulheres enfrentam problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, sendo esses agravados por uma série de fatores de risco, como o papel de cuidadora, que pode gerar estresse e isolamento, a experiência de abuso físico e sexual, a pobreza, preocupações com o trabalho, além do medo constante de que seus filhos se envolvam com o tráfico, violência policial ou consumo precoce de substâncias. Ao longo da história, o sofrimento mental tem sido marcado por estigmas de incapacidade e periculosidade. Por isso, é fundamental adotar uma abordagem interseccional, que leve em consideração o gênero, a raça, a etnia, a classe social e outras dimensões que influenciam a saúde mental das mulheres.

A discriminação e o estigma contra as mulheres com problemas de saúde mental se manifestam de diversas formas, como:

- **Estereótipos de gênero:** ideias preconcebidas sobre como as mulheres “deveriam” se comportar, o que frequentemente leva à minimização dos seus problemas de saúde mental.
- **Desigualdade de acesso:** as mulheres frequentemente enfrentam barreiras econômicas, sociais e culturais que dificultam o acesso a serviços de saúde mental.
- **Violência e abuso:** a violência, especialmente a física e sexual, que afeta um número desproporcional de mulheres, é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, abuso de substâncias e para o estigma que muitas enfrentam ao buscar ajuda.
- **Dupla discriminação:** mulheres de grupos minoritários, como negras, LGBTQIAPN+, com deficiência ou moradoras de periferias, enfrentam camadas adicionais de discriminação e estigmatização.

Superar a discriminação e o estigma em torno da saúde mental das mulheres exige um esforço coletivo e multidisciplinar. Com estratégias inclusivas e baseadas na equidade, podemos construir uma sociedade onde todas as mulheres tenham a liberdade de buscar o apoio necessário para sua saúde mental sem medo de julgamento ou discriminação, especialmente quando estão lidando com questões relacionadas ao uso de substâncias.

A busca por cuidados especializados se dá em um contexto desafiador, marcado pelo gradual desmantelamento do sistema de saúde nas periferias. A escassez de recursos e investimentos impacta diretamente a qualidade e a disponibilidade dos serviços oferecidos pelo SUS, colocando as mulheres em uma posição ainda mais vulnerável.

No entanto, ações psicossociais como oficinas, rodas de conversa e a participação em movimentos sociais e coletivos têm se mostrado ferramentas eficazes para promover a saúde mental das mulheres, prevenir e reduzir o uso de substâncias psicoativas. Esses espaços oferecem oportunidades de aprendizado e troca de experiências, criando redes de apoio emocional e práticas para enfrentar os desafios comuns da saúde mental nas comunidades.

Pessoas em Situação de Vulnerabilidade nas Ruas

As condições socioeconômicas desempenham um papel central na humilhação social e no sofrimento psicofísico das pessoas em situação de rua. No Brasil, as cenas visíveis de consumo de drogas nas ruas revelam a extrema vulnerabilidade física e social enfrentada por essas pessoas, agravada pelas precárias condições de saúde e proteção social, altos índices de pobreza, violência, desemprego e criminalização.

A pesquisa nacional sobre o uso de crack, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em mais de uma centena de cidades brasileiras, com amostra de mais de 7 mil pessoas, evidenciou a forte associação entre a vulnerabilidade social e o uso problemático de substâncias. Esse cenário destaca a necessidade urgente de ampliar e diversificar serviços como os Consultórios na Rua, que têm se mostrado essenciais no processo de aproximação e sensibilização da população em situação de rua, promovendo o acesso ao cuidado de saúde.

Além disso, é urgente aprimorar as políticas de acolhimento, adotando uma estrutura mais flexível e adaptável às realidades locais, e fomentar iniciativas que incentivem a geração de trabalho e renda. A criação de modelos habitacionais que superem o sistema “etapista” — que exige um grau crescente de organização e estabilidade, afastando quem mais precisa — é um passo importante. A abordagem do direito à moradia é um princípio fundamental, especialmente para pessoas em alta vulnerabilidade, incluindo aquelas que sofrem de distúrbios mentais ou fazem uso problemático de substâncias.

A decisão de agosto de 2023 do STF, que reforçou a Política Nacional para a População em Situação de Rua, é um marco importante. Ela proíbe práticas como o recolhimento forçado de bens e a remoção compulsória de pessoas, assegurando ações que garantam a dignidade dessas pessoas, com acesso à água potável, banheiros públicos e ampliação dos serviços de convivência.

Internação e Modelos de Atenção

A Política Nacional de Saúde Mental propõe um modelo de atenção comunitária e aberta, garantindo a livre circulação das pessoas pelos serviços de saúde, pela comunidade e pela cidade. A internação psiquiátrica deve ser considerada apenas em situações extremas, quando o paciente representa risco para si ou para os outros — como em casos de agressividade, psicose ou ideação suicida. Na maioria dos casos, mesmo quando o episódio agudo é grave, a estabilização ocorre rapidamente, e a recuperação é mais eficaz quando o paciente recebe cuidados de diferentes níveis e no contexto de sua comunidade.

No caso específico da dependência de álcool e outras drogas, a abordagem deve ser individualizada, levando em consideração a história e os desejos da pessoa, além de abranger as múltiplas necessidades da pessoa, não apenas o uso de substâncias. A Lei 10.216/2001 garante que a internação psiquiátrica só ocorra com base em um laudo médico detalhado e justificado.

Com o enfraquecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), observamos um crescente investimento nas comunidades terapêuticas (CTs), que utilizam consideráveis recursos públicos, mas carecem de comprovação científica sobre sua efetividade. O modelo de tratamento adotado pelas CTs, baseado em disciplina rígida e espiritualidade, contrasta com as melhores práticas científicas, que defendem uma abordagem mais flexível e centrada na recuperação gradual e no fortalecimento dos vínculos familiares e sociais.

No caso de crianças e adolescentes, a legislação brasileira, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária, defende o direito à convivência familiar e comunitária, rompendo com o modelo de institucionalização. No entanto, a regulamentação de 2020 do CONAD, que autoriza o acolhimento de adolescentes com uso problemático de substâncias em CTs, tem gerado controvérsias, especialmente em relação a denúncias de abusos e violações de direitos. Em julho de 2024, o CONANDA determinou a proibição da internação de menores de idade em comunidades terapêuticas, reconhecendo que essas práticas violam os direitos previstos pela Constituição Federal.

O atendimento urgente deve ser preferencialmente realizado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), UPAs e hospitais, com investimentos em CAPS IJ para oferecer cuidados ambulatoriais de qualidade. A experiência brasileira oferece exemplos de boas práticas no atendimento a pessoas que fazem uso problemático de substâncias. Elas são conhecidas pela comunidade acadêmica e científica e merecem destaque nessa proposta:

Programa Atitude, do governo do Estado de Pernambuco (desde 2011)

- **Diretrizes:** atenção aos usuários em risco de violência associada ao uso e comércio de drogas, promovendo a proteção social, a redução de danos e a prevenção do encarceramento de usuários.
- **Estratégias:** atendimento psicossocial, principalmente junto a usuários de drogas; criação de centros de acolhimento e apoio que oferecem hospedagem e alimentação; criação de centros de acolhimento intensivos, com possibilidade de moradia e acolhimento de mulheres mães e gestantes; e oferta de aluguel social.

Programa Corra pro Abraço, do governo do Estado da Bahia (desde 2013)

- **Diretrizes:** acolher usuários, pessoas em situação de rua e que vivem em regiões afetadas pela violência, fortalecendo seu vínculo social e os aproximando de serviços públicos.
- **Estratégias:** realização de oficinas, trabalho de redução de danos em espaços públicos de uso e cursos profissionalizantes; acesso a bens culturais e participação política. Equipes multiprofissionais atuam também com orientação em redução de danos e encaminhamento de beneficiários às redes de atenção psicossocial, educação, justiça e agências de emprego e geração de renda.

* O acesso à justiça é promovido a partir da atuação de educador jurídico (advogada/o) de acolhimento, atendimento e articulação com as redes de justiça. Equipes multidisciplinares acompanham audiências de custódia com o objetivo de promover acolhimento, acesso a direitos e encaminhamento para a rede de pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Programa De Braços Abertos, da prefeitura de São Paulo (2014 a 2017)

- **Diretrizes:** implantar ações integradas nas áreas de assistência social, direitos humanos, saúde e trabalho; construir a rede de serviços de atendimento sob a ótica da redução de danos.
- **Estratégias:** oferecer hospedagem em hotéis sociais (moradia de baixa exigência), além de três refeições por dia, oportunidade de renda e trabalho em serviços de zeladoria da prefeitura e facilitar o acesso a serviços sociais e de saúde.

Acompanhamento psicossocial, da prefeitura de São Bernardo do Campo (SP) (desde 2009)

- **Diretrizes:** São Bernardo do Campo passou por uma reforma ampla em seu sistema de saúde a partir de 2009. Desde então, possui uma das redes de atenção à saúde mental mais estruturadas do Estado de São Paulo, tornando-se referência para os municípios vizinhos. Destaca-se por inserir a perspectiva da saúde mental em todos os serviços de saúde, do programa Saúde da Família, passando pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) até as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ao adotar a saúde mental como tema transversal, todos os profissionais passaram a estar preparados para atendimentos de transtornos psíquicos leves, o que inclui casos de uso problemático de drogas.

- **Estratégias:** o atendimento da saúde mental na cidade prioriza a reintegração social de indivíduos em situação de extrema vulnerabilidade, buscando o restabelecimento de vínculos familiares dos usuários. Atualmente, a proposta enfrenta as dificuldades da contrarreforma, porém, continua sendo uma referência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nacionalmente.

Projeto Redes Fiocruz /Senad (2014 a 2017)

- **Diretrizes:** o Projeto Redes foi executado pela Fiocruz em 53 municípios, nas cinco regiões do país até dezembro de 2017, onde desenvolvia ações voltadas à articulação.

- **Estratégias:** articulação das redes intersetoriais de base territorial, tendo como principal objetivo contribuir para a organização e a articulação da intersetorialidade na atenção aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, utilizando metodologias ativas e que provocavam a reflexão e a produção de novos sentidos possíveis nos territórios, nos campos do cuidado e da prevenção.

AÇÕES PROPOSTAS:

1. Criação de uma Rede Nacional de Acolhimento presente em todos os Estados e municípios do país e que integre os equipamentos de saúde e assistência social para fortalecer o acesso ao tratamento de transtornos associados ao uso de drogas, reabilitação, recuperação e reintegração social;
2. Ampliar Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sua capilaridade nos territórios, especialmente os CAPS III e as Unidades de Acolhimento;
3. Promover a proteção social, incluir pessoas em situação de rua e usuárias de drogas em programas de geração de trabalho, cooperativismo e transferência de renda;
4. Fortalecer o trabalho em rede e com a família de crianças e adolescentes;
5. Fortalecer a rede socioassistencial e de saúde, oferecendo formação complementar sobre cuidados à saúde mental da mulher para profissionais das áreas de saúde, assistência social, educação e áreas afins;
6. Incentivar projetos de ações psicossociais direcionados às mulheres nas periferias;
7. Ampliar o treinamento das equipes de saúde da família e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) para acolhimento e cuidado de mulheres com problemas decorrentes do uso de drogas, atualizando-os para as novas drogas;
8. Garantir a capacitação de profissionais de saúde para integrar a triagem do uso de cigarros eletrônicos nos atendimentos de rotina, especialmente na Atenção Básica, e aumentar a oferta de tratamento baseado em evidência no âmbito do SUS para a interrupção do uso

de cigarros eletrônicos;

9. Criar centros de acolhimento intensivos, com possibilidade de moradia e acolhimento de mulheres mães e gestantes e para pessoas em situação de rua baseadas em princípios como “moradia primeiro”;

10. Conferir atenção urgente aos usuários em risco de violência associada ao uso e comércio de drogas; e

11. Criar sistema de fiscalização e controle de boas práticas para internações realizadas em comunidades terapêuticas.

Referências Bibliográficas | II. EIXO 1 - Políticas de Cuidado e Atenção

Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., Nishimura, R., Anthony, J. C., Gattaz, W. F., Kessler, R. C., & Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PloS one*, 7(2), e31879. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>

Bastos, F. I. B., Neilane, B. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?. In: Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack: Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos: “Guia Brasileiro de Moradia Primeiro (Housing First).” Brasília: 2022.

Carvalho, A. P., Furtado, J. P. Moradia assistida para pessoas em situação de rua no contexto da política de drogas brasileira: avaliação de implantação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 31 (2021): e310116.

Garcia, L., Kinoshita, R. T., Maximiano, V. Uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas públicas. In: Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil: 147-155. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2014.

Leão, T. M. (2022). Loucura, psiquiatria e sociedade: o campo da saúde mental coletiva e o processo de individualização no Brasil (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Martinez, M. Redes do Cuidado: etnografia de aparatos de gestão intersetorial para usuários de drogas. Tese de Doutorado. UFSCAR, 2015.

OMS, 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. World Health Organization: Commission On Social Determinants Of Health.

Paiva, L. G. M., Garcia, L. Open arms program: An innovative approach for an open-air illicit drug market in central São Paulo. *Journal of Illicit Economies and Development* 2.2 (2021): 91-98.

Rui, T., Fiore, M., Tófoli, L.F. “Pesquisa preliminar de avaliação do Programa ‘De Braços Abertos’”. Plataforma Brasileira de Política de Drogas(PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). São Paulo, 2016.

Teixeira, J. M. S., Paiva, S. P. Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 31 (02), 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310214>

UNODC, 2024. World Drugs Report 2024. Acesso em 31 jul 2024. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>

2. Eixo 2 - Prevenção: Campanhas educativas e integração de políticas de saúde e educação

A prevenção busca impedir, retardar, reduzir ou minimizar os danos relacionados ao uso de drogas. Nos últimos anos, diversos países têm feito avanços significativos na ciência da prevenção, com destaque para os investimentos em programas baseados em evidências científicas, que têm se mostrado eficazes na redução do uso problemático de substâncias, especialmente durante a infância e a adolescência. Esses programas não só fornecem informações sobre os riscos das drogas, mas também desenvolvem habilidades de tomada de decisão e ampliam as competências relacionais de crianças e jovens, ao mesmo tempo em que envolvem pais e comunidades.

Por décadas, acreditou-se que a criminalização dos usuários teria um impacto positivo na prevenção do uso de drogas. No entanto, as evidências científicas demonstraram que essa abordagem é ineficaz e, na verdade, agrava a situação. A criminalização estigmatiza as pessoas que fazem uso de substâncias, especialmente aquelas já marginalizadas por sua raça, cor e classe social, intensificando o isolamento social de quem mais necessita de apoio e cuidado.

O paradigma de criminalização e estigmatização também orienta muitas campanhas na mídia e programas escolares. Embora com forte apelo político, grandes campanhas midiáticas têm mostrado pouco efeito na prevenção do uso de drogas e, frequentemente, perpetuam estigmas negativos. No Brasil, historicamente, houve uma carência de programas de prevenção com base científica e rigor teórico-metodológico. A maioria das iniciativas seguia métodos próprios, sem acompanhamento sistemático para avaliar sua eficácia, o que muitas vezes resultava em ações ineficazes ou até prejudiciais.

Desde a década de 1990, o Brasil tem investido, de forma descoordenada, em programas de prevenção realizados por policiais militares e civis nas escolas. A metodologia original desses foi considerada ineficaz e prejudicial, sendo explicitamente condenada pelas diretrizes do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC).

Em 2013, a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, com o apoio técnico da UNODC, começou a estruturar e avaliar programas de prevenção em escolas e comunidades. A partir de 2015, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) incorporou recursos à iniciativa do Ministério da Saúde, ampliando o alcance da política nacional de prevenção. Nesse contexto, foram adaptados e implementados programas internacionais, como:

1. **Elos (Good Behavior Game)** – voltado para crianças entre 6 e 10 anos nas escolas de ensino fundamental I.
2. **#Tamojunto (Unplugged)** – voltado para adolescentes de 12 a 14 anos nas escolas de ensino fundamental II.
3. **Famílias Fortes (Strengthening Families Program)** – destinado a famílias atendidas pelo SUAS (Sistema Único de Assistência Social).

Esses programas passaram por uma avaliação rigorosa, realizada por um consórcio de pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), da Universidade de Brasília (UnB) e da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Os resultados, publicados em 2018, mostraram diferenças significativas no impacto sobre o público-alvo, destacando a necessidade de ajustes para melhor atender à realidade brasileira. A experiência internacional com programas

baseados em evidências também revelou a importância de adaptar essas iniciativas ao contexto cultural local, a fim de aumentar sua relevância e eficácia.

Atualmente, a prevenção ao uso de drogas é uma das diretrizes do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (PLANAD 2022-2027). O plano estabelece objetivos estratégicos, metas e compromissos com prazos claros, incluindo a criação do Sistema Nacional de Prevenção às Drogas (SINAP), com a colaboração do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) e da UNODC. A parceria tem como objetivo construir um modelo teórico para o sistema de prevenção, desenvolver uma plataforma online, elaborar diretrizes nacionais e fortalecer as ações de prevenção no país, incluindo estratégias de gestão, comunicação e advocacy.

Embora a implantação do SINAP seja um passo importante para a prevenção de drogas no Brasil, o PLANAD apresenta uma lacuna significativa ao não incluir estratégias de redução de danos (RD) dentro da política de prevenção. As estratégias de RD visam diminuir os danos causados pelo uso de drogas, mesmo quando as pessoas não conseguem ou não desejam interromper o consumo. Essa abordagem pragmática foca na redução dos danos e não apenas na prevenção do uso, considerando as realidades das pessoas que continuam a fazer uso de substâncias.

Essas abordagens alternativas, centradas na redução de danos, têm se mostrado eficazes em diversos contextos, oferecendo uma forma mais realista e humanizada de lidar com o uso problemático de drogas, ao invés de recorrer a medidas punitivas e estigmatizantes.

AÇÕES PROPOSTAS:

1. Fomentar as ações previstas no Sistema Nacional de Prevenção às Drogas (SINAP). O objetivo é obter um conjunto robusto e integrado de intervenções e programas baseados em evidências científicas que sejam direcionados para população geral (prevenção universal), grupos (prevenção seletiva) e indivíduos (prevenção indicada). Entendemos como urgente a interlocução entre as comissões multidisciplinares que acolhem indivíduos apreendidos com substâncias e a **Rede Nacional de Acolhimento** para prevenirmos consequências negativas decorrentes do uso de drogas, seja do ponto de vista da saúde individual, familiar e social como no aspecto penal;
2. Investir e multiplicar programas baseados em evidências como o Elos, o #Tamojunto e o Famílias Fortes, acompanhados de avaliações sobre a efetividade das iniciativas e a necessidade de adaptações para as diferentes realidades regionais e locais;
3. Desenvolver um curso de prevenção ao uso nocivo de drogas voltado para professores, coordenadores e diretores de escolas públicas das séries e anos finais do ensino fundamental e do ensino médio, por meio do Programa Saúde na Escola, do Ministério da Educação. O curso capacitará os educadores sobre temas atuais: os prejuízos associados ao uso de drogas como K2, K4 ou K9, a discriminação da posse de até 40 gramas de cannabis, entre outros;
4. Apoiar campanhas de educação lideradas pela saúde pública e currículos educacionais para escolas, programas comunitários e profissionais de saúde, alertando sobre os riscos à saúde do uso de cigarros eletrônicos por adolescentes e adultos jovens;
5. Apoiar e incentivar programas-piloto de prevenção e educação comunitária comprometidos com a disseminação de informações e práticas que diminuam os danos associados ao uso de álcool e outras drogas. Os programas devem prever metodologia de acompanhamento e avaliação; e
6. Ampliar iniciativas como o curso-piloto em prevenção de drogas, desenvolvido pela SENAD em parceria com a União Europeia, para tomadores de decisão, formadores de opinião e formuladores de políticas.

Referências Bibliográficas | II. EIXO 2 - Prevenção: Campanhas educativas e integração de políticas de saúde e educação

Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção ao uso de drogas: implantação e avaliação de programas no Brasil. Universidade Federal de São Paulo, Brasília, 2018.

Brasil. Plataforma SINAP. Modelo Teórico do Sistema Nacional de Prevenção ao Uso de Álcool e outras Drogas, 2022. Disponível no endereço <https://plataformasinap.com.br>. Acesso em 15.07.24

Cruz, M. S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de Redução de Danos. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (Org.). Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 13-24.

Garcia, L. A Prevenção ao uso Problemático de Drogas. In: Boletim de Análise Político-Institucional: Política de Drogas. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA, 2018. pp. 91-98. Disponível no endereço: <https://ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/2860-bapi18.pdf>

International Harm Reduction Association. O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos, Londres, 2010. Acesso em 01 ago 2024. Disponível em: https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf

SAMHSA. A Guide to SAMHSA's Strategic Pre-

vention Framework, 2024. Acesso em 15 jul 2024. Disponível no endereço <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/20190620-samhsa-strategic-prevention-framework-guide.pdf>.

Tatmatsu, D. I. B., Siqueira, C. E., Del Prette, Z. A. P. Políticas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil e nos Estados Unidos. Cad. Saúde Pública 2020; 36(1).

UNODC. International Standards on Drug Use Prevention, Second updated edition. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization, 2018. Licence:CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Acesso em 01 ago 2024. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC-WHO_2018_prevention_standards_E.pdf

Vinadé, T. F., Cruz, M. S., Barbeito M. M. Estratégias de Redução de Danos: da Atenção Primária à Secundária EM:Formigoni MLOS, Duarte PCVA (Org) Módulo 7 [recurso eletrônico]: Recursos da comunidade e da família para cuidado e redução de danos associados ao uso de drogas. Coleção SUPERA, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018.; v.8 SUPERA EAD [13a turma] p. 141-159.

3. Eixo 3: Segurança Pública e Justiça: Enfoque em desmilitarização e revisão do sistema de justiça

Nas últimas duas décadas, o Brasil aumentou significativamente os gastos com segurança pública. Embora o número de policiais tenha se mantido relativamente estável, houve melhorias no equipamento das polícias militares, especialmente em comunicação, além de ter havido uma ampliação na capacidade de realizar prisões em flagrante. Um reflexo claro desse aumento nos gastos é o crescimento da população carcerária, que saltou de cerca de 90 mil pessoas nos anos 1990 para mais de 800 mil atualmente. A curva ascendente se intensificou após a criação da Lei de Drogas, em 2006.

O modelo de segurança pública brasileiro passou a operar da seguinte forma: as polícias militares focam no patrulhamento ostensivo em áreas consideradas de risco. O uso massivo de abordagens resulta na prisão, frequentemente em flagrante, de jovens, negros, homens e moradores de periferias – geralmente com pequenas quantidades de drogas, o que, teórica-

mente, se encaixa no perfil de consumo pessoal. Esse quadro leva à superlotação dos presídios brasileiros, onde a qualidade das provas e a fragilidade do sistema de justiça não impedem a continuidade das prisões. A falta de investimentos e a fragilidade das polícias civis e técnicas também contribuem para o fracasso das investigações e permitem que o mercado de drogas siga em funcionamento.

Uma pesquisa da Plataforma Justa, realizada em 2022, identificou que o desfinanciamento das polícias civil e técnico-científica e o sobreinvestimento nas polícias militares (que recebem cerca de 66% dos recursos destinados à segurança pública) são responsáveis pela baixa qualidade das investigações criminais. Esse modelo, centrado em abordagens ostensivas, prisões em flagrante e encarceramento em massa, em vez de promover a ordem e a segurança, acabou por fortalecer e enriquecer as facções criminosas. Com a superlotação dos presídios, grupos como o PCC (Primeiro Comando da Capital) passaram a recrutar jovens, expandindo sua influência dentro e fora das cadeias.

A partir de 2003, o PCC passou a regular o mercado de drogas em São Paulo, criando um sistema que organizava a concorrência, reduzia conflitos internos e aumentava seus lucros. Esse modelo de organização foi replicado por facções de outros estados, com o PCC expandindo suas operações para os mercados atacadistas nas fronteiras da América do Sul, como Bolívia, Peru, Paraguai e Colômbia. Assim, o grupo não só vende para outros estados brasileiros, mas também se tornou um importante ator internacional no tráfico de drogas.

Até os anos 2000, o número de facções no Brasil era reduzido, com a maioria delas restrita a São Paulo e Rio de Janeiro, berço do Comando Vermelho e do Terceiro Comando Puro. Desde então, o número de facções se multiplicou. De acordo com o último levantamento, o Ministério da Justiça e Segurança Pública conseguiu mapear 88 facções diferentes no sistema prisional, entre de 2022 a 2024. Esses dados constam no Relatório do Mapa de Orcrim (Organizações Criminosas) 2024. O PCC (Primeiro Comando da Capital) e o CV (Comando Vermelho) conseguiram expandir a presença no sistema prisional, agora atuando em 25 unidades da federação. Além disso, essas facções também mantêm redes de distribuição de drogas no mercado varejista e atacadista, fortalecendo seu poder.

Hoje, grupos armados têm exercido um poder cada vez maior nas periferias das grandes cidades brasileiras, mantendo as populações locais sob constante ameaça. Uma pesquisa do Latinobarômetro, realizada em diversos países da América Latina, revelou que o Brasil lidera o continente em termos de presença de grupos armados criminosos no cotidiano, com 71% dos brasileiros afirmando que convivem com esse problema, à frente de países como Colômbia, México, Venezuela e El Salvador.

O aumento no poder das facções também é refletido no crescimento exponencial de seus lucros. Dados do Grupo de Atuação Especial de Combate ao Crime Organizado (Gaeco), do Ministério Público de São Paulo, indicam que o PCC, que faturava cerca de US\$ 40 milhões anuais há uma década, hoje ultrapassa US\$ 1 bilhão por ano, com operações no mercado internacional. Esse volume de movimentação de recursos tem impacto direto na capacidade de corromper agentes públicos, que são seduzidos para ingressar no crime e participar desse mercado ilegal bilionário.

Além disso, a falta de controle sobre as polícias contribui para um cenário de violência crescente. Nos últimos cinco anos, o Brasil registrou mais de 6 mil mortes causadas por policiais, uma das taxas de letalidade policial mais altas do mundo. Em Estados como o Rio de Janeiro, a violência policial gerou a formação de milícias, grupos criminosos originados dentro das

próprias forças de segurança, que exercem controle sobre áreas inteiras. A milicianização tem se espalhado para outros estados, como Bahia e Amapá, onde as polícias violentas contribuem para a corrupção e o fortalecimento do crime.

A correlação entre o número de policiais e a taxa de homicídios também revela um quadro preocupante. Em 2023, o Amapá, com o maior efetivo policial proporcional do Brasil (4,2 policiais militares para cada mil habitantes), liderou o ranking de homicídios, enquanto Santa Catarina, com o menor efetivo policial (1,3 policiais militares para cada mil habitantes), tem a segunda menor taxa de homicídios. Exemplos semelhantes se repetem pelo Brasil. Sete dos oito estados com as menores taxas de homicídio possuem efetivo policial abaixo da média nacional. Ou seja, os dados revelam que o simples aumento de policiais não é uma solução eficaz para a redução da violência.

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023 também mostrou que as polícias brasileiras foram responsáveis por 6.296 mortes de civis, enquanto aproximadamente 38 policiais foram mortos por mês. Esses números evidenciam o fracasso do modelo atual de segurança pública, que, em vez de reduzir o crime, tem alimentado um ciclo de violência e fortalecimento das facções criminosas.

É urgente, portanto, repensar as políticas de segurança pública. Em vez de investir cada vez mais no encarceramento em massa e na repressão policial, devemos mudar o foco para políticas de prevenção, reabilitação e reintegração social. A pesquisa da Plataforma Justa mostra que, para cada R\$ 4.389 gastos com as polícias, apenas R\$ 1 é investido em políticas para egressos. Precisamos inverter essa lógica e direcionar mais recursos para a saída do sistema prisional, desfinanciando o encarceramento em massa e enfraquecendo as facções. O restabelecimento da segurança no Brasil depende de uma abordagem mais racional e eficaz, baseada em evidências e em uma mudança estrutural nas políticas de segurança e justiça. Neste contexto, é preciso haver um olhar atento para a devida aplicação da Lei de Drogas, além de treinamento continuado de policiais.

Racismo e Guerra às Drogas

A política de segurança pública e criminal adotada em nosso país nos últimos anos tem gerado um longo período de conflitos internos e nas fronteiras da nossa região, com um impacto desigual sobre as populações de todos os países. A partir da implementação da chamada “guerra às drogas”, iniciada há várias décadas, um rastro de violência sangrenta se estende por territórios e gera feridas profundas nas democracias.

A partir de meados do século XX, os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) passaram a adotar políticas comuns de controle de substâncias ilícitas, dando início a um massacre transnacional que afeta a vida de milhões de pessoas e corrompe até mesmo os pilares da democracia. Esse processo gerou uma cultura de conflito que se enraizou nas sociedades, especialmente nas populações mais vulneráveis, que vivem à sombra de uma “economia da violência”. Os prolongados e custosos conflitos gerados por essa política também comprometem diretamente a capacidade do Estado de investir em políticas públicas de proteção social, desviando vultosos recursos para a indústria bélica e para a militarização de territórios inteiros. A luta entre “o Estado e o crime”, baseada na disputa pelo poder de fogo, cria um ciclo interminável de violência e impede qualquer avanço rumo à construção da paz. Este paradigma corroeu o tecido social nos países em conflito, gerando uma polarização cada vez maior nas comunidades.

Em nome da guerra, o Estado investe bilhões na criminalização de pessoas e territórios inteiros, além de encarcerar e matar dezenas de milhares de pessoas todos os anos. Essa máquina

burocrática e dispendiosa drena recursos públicos e compromete a oferta de serviços essenciais para milhões de brasileiros e brasileiras.

Em 2023, o Brasil registrou 46.328 mortes violentas intencionais, das quais 78% foram de pessoas negras. Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), publicada no mesmo ano, revela que a guerra às drogas tem um papel crucial na violência letal no país, sendo responsável por cerca de um terço das mortes violentas registradas em 2017. Segundo o levantamento “Custo de bem-estar social dos homicídios relacionados ao proibicionismo das drogas no Brasil”, das 65 mil mortes violentas, 22 mil (34%) estavam relacionadas com disputas no comércio e consumo de substâncias ilícitas.

É fundamental destacar que não há uma “guerra” contra as substâncias, mas contra as pessoas – e não contra todas as pessoas que consomem ou comercializam drogas, mas, de forma desproporcional, contra a população negra. O IPEA estimou que, entre 2012 e 2022, o Brasil perdeu 15.220.914 anos de vida devido aos homicídios de jovens negros, um reflexo direto da violência armada. Somente as armas de fogo, responsáveis pela maioria das mortes violentas, foram responsáveis pela perda de mais de 10 milhões de anos da juventude negra brasileira, o que representa 81,4% do total de anos perdidos.

A chamada “guerra às drogas” tem impacto ainda mais dramático nas populações negras. Embora os negros representem 57% dos brasileiros, eles responderam por 68% dos processos por tráfico em 2019. À exceção da região Sul, a maioria dos processados por tráfico de drogas no Brasil é negro. Os Estados de Pernambuco (91,4%), Maranhão (88,9%) e Bahia (86,6%) lideraram esse ranking. Para jovens de até 30 anos, a chance de ser processado por tráfico é 2,5 vezes maior para os negros do que para os brancos.

Grande parte desses processos começa com prisões em flagrante (85,6%), muitas vezes sem uma investigação prévia robusta, mas apenas com depoimentos de policiais. Isso revela um sistema de justiça criminal baseado em provas frágeis, com foco em prender os usuários ou os elos mais fracos do tráfico.

Em 2021, o CEsC (Centro de Estudos de Segurança e Cidadania) publicou a pesquisa “Elemento Suspeito”, que revelou a seletividade racial das abordagens policiais no Rio de Janeiro. Apesar de a população negra da cidade representar 48%, 63% das pessoas abordadas pela polícia eram negras. Um quinto dessas abordagens (17%) foi com pessoas que já haviam sido paradas mais de 10 vezes. A seletividade é ainda mais evidente nas abordagens feitas em vans, kombis, transporte público e a pé, em que negros são parados com muito mais frequência do que brancos.

Em 2023, o Estado de São Paulo registrou 9,2 milhões de abordagens policiais, ou seja, cerca de um quinto da população paulista foi revista em um único ano. No entanto, apenas 1,18% dessas abordagens resultaram em prisões em flagrante, evidenciando a ineficácia e seletividade da política de segurança pública, que parece ter como principal objetivo o controle de determinados corpos e territórios.

A pesquisa “Liberdade Negra Sob Suspeita”, realizada pela Iniciativa Negra, reforçou essa constatação, destacando que as principais motivações para as prisões em São Paulo incluem “atitude suspeita”, “pessoa conhecida dos meios policiais”, e “local conhecido como ponto de venda de drogas”, o que reforça a ideia de uma política de segurança pública que se baseia em estereótipos raciais.

O custo desse massacre é astronômico. O IPEA estimou em R\$ 50 bilhões anuais (0,77% do PIB) os gastos com a guerra às drogas no Brasil, um valor que ultrapassa os relativos às piores

guerras recentes. Esses recursos são direcionados para a criminalização, perseguição, encarceramento e morte de dezenas de milhares de pessoas a cada ano, enquanto serviços essenciais como saúde e educação ficam à margem.

Os governos dos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, por exemplo, têm escolhido gastar bilhões de reais ao longo dos anos para prender e processar, preferencialmente, jovens negros por crimes não-violentos relacionados às drogas. E se esses recursos públicos fossem redirecionados para investimentos em saúde, educação, urbanização e medidas de combate à pobreza?

Pensando nessas questões o CESeC vem, desde 2019, se debruçando sobre os custos da implementação da Lei de Drogas (Lei 11.343/2006). Nesse período, foram publicados quatro estudos que abordam os impactos e detalham os recursos humanos e orçamentários despendidos com a política de drogas no Brasil. O objetivo foi esmiuçar quanto do orçamento governamental é direcionado para uma que se tem demonstrado ineficaz, porque não inibe o consumo de drogas, mas estimula a violência e corrompe agentes públicos.

A primeira etapa do projeto foi o levantamento “Um Tiro no Pé: Impactos da proibição das drogas no orçamento do sistema de justiça criminal do Rio de Janeiro e São Paulo”. Pela primeira vez, foram detalhados os custos da implementação da atual legislação de drogas do país em 14 instituições da justiça criminal nos dois Estados: Polícias Militar e Civil, Tribunais de Justiça, Ministério Público, Defensoria Pública, Sistema Penitenciário e Sistema Socioeducativo.

O ponto de partida foram orçamentos gerais de cada uma dessas instituições. A partir disso, os pesquisadores usaram uma série de indicadores para calcular a proporção de trabalho de seus profissionais dedicada à implementação da Lei de Drogas.

O resultado impressiona. Em 2017, o Rio de Janeiro gastou mais de R\$ 1 bilhão e São Paulo, R\$4,2 bilhões para travar guerra contra o varejo do tráfico de drogas, principalmente em favelas e periferias. Ou seja, apenas dois Estados da federação empregaram, em um único ano, mais de R\$ 5 bilhões numa política que produz morte e sofrimento, acentua a desigualdade e não reduz o consumo ou a circulação de drogas ilícitas. O estudo revelou que esse mesmo valor poderia ter beneficiado 728 mil famílias ao longo de um ano, com um programa de renda básica.

A segunda etapa analisou como a atual política de drogas, baseada na repressão violenta ao varejo em áreas periféricas, afeta o desempenho dos estudantes. O trabalho foi intitulado “Tiros no Futuro: Impactos da guerra às drogas na rede municipal de educação do Rio de Janeiro”.

Em 2019, a plataforma Fogo Cruzado registrou 4.346 tiroteios no Rio de Janeiro, que resultaram em 569 mortos e 658 feridos. A partir desses dados, foi possível identificar que 1.154 (74%) unidades da rede municipal de ensino fundamental na cidade foram afetadas por pelo menos um tiroteio com a presença de agentes de segurança pública, resultando em uma queda de 64% no aprendizado de língua portuguesa e quase 100% em matemática. Esse cenário ainda favorece a repetência e a evasão escolar.

“Saúde na Linha de Tiro: Impactos da guerra às drogas sobre a saúde no Rio de Janeiro” foi a terceira etapa do trabalho e mediu os efeitos da chamada “guerra às drogas” nos serviços públicos de atendimento e na saúde dos moradores de seis comunidades cariocas afetadas operações policiais.

O estudo revelou que, em 2022, episódios de violência armada causaram 445 fechamentos de unidades municipais de saúde na cidade do Rio de Janeiro. Um dos achados, por exemplo, foi o de que a chance de uma pessoa desenvolver hipertensão é 42% maior nas comunidades com mais tiroteios. Os moradores desses locais, mostrou a pesquisa, também têm o dobro de chance de ter depressão.

De maneira geral, é possível dizer que nas comunidades mais expostas a tiroteios, com a presença de agentes de segurança, há:

- a) aumento da prevalência de hipertensão arterial, insônia prolongada, depressão e ansiedade;
- b) aumento na chance de desenvolvimento dessas condições;
- c) interrupções frequentes do funcionamento das unidades de saúde, ocasiões em que profissionais de saúde não conseguem acessar seu local de trabalho e os moradores ficam impedidos de procurar os serviços de saúde.

A lógica truculenta também fere o direito fundamental ao acesso universal e igualitário à saúde pública, garantido pela Constituição Federal de 1988.

A última etapa do projeto resultou no relatório intitulado “Favelas na Mira do Tiro: Impactos da Guerra às Drogas na Economia dos Territórios”, que analisou as perdas econômicas da guerra às drogas para moradores, comerciantes e prestadores de serviços de dois complexos de favelas na cidade do Rio de Janeiro -- os complexos da Penha e de Manguinhos.

O estudo mostrou que 60,4% dos moradores que exerciam atividades remuneradas foram impedidos de trabalhar devido aos tiroteios, e os prejuízos econômicos para essas comunidades superaram R\$ 14 milhões. Além disso, 54% perderam consultas médicas e práticas religiosas. A destruição de eletrodomésticos, muros, portas, motos e carros por tiros e veículos policiais foi relatada por 16,5% dos 800 entrevistados.

Conhecer, ainda que parcialmente, quanto custa a manutenção de uma política de drogas baseada no encarceramento é o primeiro passo para ampliar a discussão sobre como se gasta o dinheiro dos cidadãos. Não há dúvida de que o maior dano causado pela guerra às drogas não é monetário. As mortes, o sofrimento e a dor gerados por operações policiais justificadas pelo combate às drogas não são quantificáveis. A juventude negra tem seu futuro interrompido e moradores de favela são vítimas de uma guerra da qual não escolheram fazer parte.

Na Bahia, Estado com maior população negra do país, do total de mortos por agentes policiais no último ano, os negros foram 94,76%. Ao todo, 1.465 pessoas. Este é apenas um dos dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública que apontam as consequências complexas e devastadoras de uma política de segurança pública baseada no confronto. O que existe na maioria dos Estados brasileiros é uma completa falta de planejamento, elaboração de um plano estadual com metas, indicadores, fontes de recursos e projetos de mudança.

A alta letalidade policial, focada em exterminar jovens negros, é a face mais cruel da guerra às drogas. E a criminalização de territórios negros inteiros é parte deste massacre. A partir de dados produzidos pelo Instituto Fogo Cruzado, foi possível identificar que, em 2023, apenas 19 bairros de Salvador, a cidade mais negra fora do continente africano, registraram 46% de todas as ações policiais que resultaram em tiros no município.

Todos eles são habitados por uma maioria negra, acima da média da capital. Nos cinco primeiros meses deste ano, as mortes por intervenção policial no Estado já ultrapassaram a marca de 700 registros, o que representa cinco mortos por dia, mais do que o dobro do que o registrado em São Paulo, o segundo colocado.

A guerra às drogas tem um custo humano irreparável. Além das milhares de vidas perdidas, há um impacto profundo nas famílias e comunidades, especialmente entre a juventude negra, que vê seu futuro interrompido por uma política falha e destrutiva.

A escolha pelo confronto como principal estratégia de segurança pública tem deixado um rastro de sangue entre as famílias brasileiras, sem oferecer soluções reais para o controle dos grupos armados ou a redução dos conflitos. O alto índice de letalidade policial, com foco na

exterminação da juventude negra, é a face mais cruel dessa guerra.

A criminalização das drogas se desconecta na vida prática, do conhecimento científico, e do amplo conhecimento humano das substâncias. Ela faz parte de um conjunto de mecanismos que operam a aplicação racializada de entendimentos penais, e a produção de controles contra populações marginalizadas. Há um conjunto de dispositivos criminalizatórios articulados que atingem pessoas, seus territórios, suas culturas, suas possibilidades de vida, e que estão conectados com instrumentos históricos de controle, vigilância e punição sobre determinados corpos.

A evidência científica, como apontado recentemente pela revista *The Lancet*, é clara: a criminalização das drogas falhou. Ela não só não desincentivou o consumo, mas como ampliou epidemias de HIV e hepatite, além de gerar estigma e discriminação, dificultando o acesso ao tratamento.

A Comissão Johns Hopkins-Lancet sobre política de drogas e saúde não encontrou provas de que a ameaça de prisão seja um elemento eficaz contra o consumo de drogas. Pelo contrário. Em vez de combater o problema, o encarceramento e a criminalização apenas agravam a situação, criando um ciclo vicioso de violência e sofrimento que precisa ser urgentemente reavaliado. Na prisão, as pessoas em uso problemático de drogas têm maiores riscos de hepatite viral, tuberculose e transmissão do HIV, sem contar o aumento da população de rua após a liberdade prisional.

Encarceramento em Massa e a Política de Drogas

No final de 2023, o Supremo Tribunal Federal (STF), na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 347, proposta em 2015, discutiu o estado de coisas inconstitucional no sistema prisional brasileiro, caracterizado pelas condições precárias e desumanas dos presídios, superlotação, falta de condições mínimas de higiene, saúde e segurança, além de ausência de políticas eficazes de ressocialização dos presos.

Ainda em novembro de 2015, o STF, em sede de decisão cautelar, declarou o estado de coisas inconstitucional no sistema prisional brasileiro e determinou algumas medidas para iniciar o enfrentamento. No sistema prisional brasileiro, ocorre violação generalizada de direitos fundamentais dos presos no que diz respeito à dignidade humana, higidez física e integridade psíquica. A superlotação carcerária e a precariedade das instalações das delegacias e presídios, mais do que inobservância, pelo Estado, da ordem jurídica correspondente, configuram tratamento degradante, ultrajante e indigno a pessoas que se encontram sob custódia. As penas privativas de liberdade aplicadas em nossos presídios convertem-se em penas cruéis e desumanas. Os presos tornam-se 'lixo digno do pior tratamento possível'.

Em outubro de 2023, no julgamento da ADPF, o Supremo determinou que o Poder Público adote medidas eficazes para solucionar os problemas estruturais do sistema prisional, visando garantir condições dignas de encarceramento e respeito aos direitos humanos. A principal delas é a elaboração, pelos governos federal e estaduais, de um plano de intervenção para enfrentamento da situação, com diretrizes para reduzir a superlotação dos presídios, o número de presos provisórios e a permanência em regime mais severo ou por tempo superior ao da pena.

A tese firmada pelo plenário do STF foi a de há um estado de coisas inconstitucional no sistema carcerário brasileiro, responsável pela violação massiva de direitos fundamentais dos presos. Tal estado de coisas demanda a atuação cooperativa das diversas autoridades, instituições e comunidade para a construção de uma solução satisfatória. Diante disso, o Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) e o Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Conselho Nacional de Justiça (DMF/CNJ) elaboraram "Pena Justa - Plano Nacional para Enfrentamento do Estado de Coisas Inconstitucional nas Prisões Brasileiras". O documento,

que apresenta uma proposta de combate a violações de Direitos Humanos no sistema prisional brasileiro, está sob a avaliação dos ministros do Supremo.

É importante destacar que a ADPF 347, na medida em que discute o encarceramento em massa, também debate, por consequência, a atual política de drogas no Brasil, baseada na criminalização do uso, posse e tráfico de substâncias ilícitas. Os reflexos podem ser vistos no significativo número de pessoas presas por delitos relacionados às drogas.

Segundo dados da Secretaria Nacional de Políticas Penais, do Ministério da Justiça e Segurança Pública, o Brasil tem hoje 834 mil presos/as. Temos a terceira maior população carcerária do mundo. Nesse contingente, 167.591 estão presas por tráfico de drogas (25%). Só no Estado de São Paulo, os encarcerados por esse crime são 71.121, o que representa 36% do total da população carcerária. O crime de tráfico é, portanto, é um dos que mais gera encarceramento, ao lado dos crimes contra o patrimônio, como roubo e furto. A título de comparação, em 2005, antes da implementação da Lei de Drogas, apenas 14% dos presos do sistema carcerário brasileiro eram acusados ou condenados por tráfico de drogas.

A prisão de jovens com pequenas quantidades para uso pessoal até grandes redes de tráfico contribuem diretamente para o fenômeno do encarceramento em massa. Contudo, o que dados revelam é que a política de guerra às drogas tem recaído desproporcionalmente sobre usuários e pequenos traficantes, que são, majoritariamente, jovens negros, pobres e periféricos.

A revisão dessas políticas pode ter um impacto profundo na redução da superlotação carcerária e na promoção de abordagens mais humanitárias e eficazes para lidar com questões relacionadas às drogas. A proibição de determinadas drogas é uma escolha política que, além de não cumprir seus objetivos declarados de reduzir a oferta e o consumo, produz múltiplas violências. As convenções internacionais mostram que a opção pelo proibicionismo, historicamente, se vincula ao racismo e aos preconceitos morais.

Cenário e problemas da Lei de Drogas de 2006

Em 2006, foi inaugurada a nova Lei de Drogas no Brasil, legislação que reforma a estratégia de abordagem adotada por meio da lei de 1976. Apesar de manter a base proibicionista, a nova Lei de Drogas superou o foco exclusivamente penal sobre o usuário, tratou de políticas de atendimento e retirou as penas de prisão (despenalização). De outro lado, a lei densificou a repressão ao tráfico, aumentando as penas, restringindo as hipóteses de substitutivos penais aos traficantes (art. 33, § 4º) e a aplicação de direitos como o sursis (suspensão condicional do processo), o indulto e a liberdade provisória (art. 44). Por outro lado, trouxe inegável avanço na política desencarceradora para os usuários (art. 28), bem como a positivação de estratégias de redução de danos (art. 22, III), inovações que nos fazem pioneiros na América Latina de uma política proibicionista moderada.

Nesse contexto, a “porta de entrada” penal para abordagem e filtragem das situações de tratamento mais rigoroso pelo sistema de justiça, polícia, Ministério Público, Judiciário, fez com que frequentemente fossem reforçadas as marcas do racismo estrutural e outras desigualdades - dependendo da cor, do local e da classe social, pessoas usuárias são classificadas como traficantes. Os resultados da nova legislação, portanto, representaram expressivo aumento do encarceramento. O problema do “erro” na classificação entre usuário e traficante gerou consequências graves de superencarceramento.

Até a lei de 2006, usuários de drogas tinham pena de 6 meses a 2 anos de detenção, enquanto traficantes tinham pena de 3 a 15 anos. A maioria das prisões de usuários gerava pena

alternativa, enquanto traficantes de pequenas quantidades tinham pena inicial de 3 anos. O resultado da injustiça impactava menos o sistema, porque o pequeno traficante também conseguia mais rapidamente acesso a direitos no cumprimento da pena.

Depois de 2006, as polícias e o justiça criminal passaram a ser mais rígidos no enquadramento do crime de tráfico, uma vez que usuários não estavam mais sujeitos a cumprir pena. Começou, portanto, a se formar uma ‘bola de neve’, em que em pessoas usuárias começam a ser enquadradas como traficantes. Ou seja, com pena mínima de 5 anos de prisão e com condições desfavoráveis para a redução dessa pena e de concessão de alternativas penais.

A discussão de um critério objetivo para diferenciar usuários de traficantes surge no Judiciário, com o potencial de reduzir erros na classificação. De acordo com dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen), em 2006, o Brasil apresentava 31.520 pessoas presas por tráfico de drogas. Em dezembro de 2019, esse número passou para 200.583, um aumento de 536%. Em relação aos números do sistema socioeducativo, não é diferente. De 1996 a 2017 vimos um aumento de mais de 600% de adolescentes privados(as) de liberdade, sendo os crimes previstos na Lei de Drogas os principais motivos.

Como destacado pela literatura especializada, na legislação brasileira de drogas, os critérios para distinguir e enquadrar as pessoas por tráfico ou por uso de drogas são ambíguos e problemáticos, sobretudo porque a própria lei, no art. 28, parágrafo 2º, estabelece que as “condições sociais e pessoais” devem ser levadas em consideração no momento da definição do delito, o que contribui para que fatores socioeconômicos influenciem a definição do tipo penal.

O Supremo Tribunal Federal foi provocado a tratar do assunto, tanto no conhecido Recurso Extraordinário 635659, como em diversas ações, inclusive a conhecida pelo ‘perfilamento racial’. Caso que envolve homem negro condenado a pena de mais de 7 anos de prisão, após ser abordado com 1,5g de cocaína, na periferia de uma cidade do interior de São Paulo. Com o julgamento do RE, iniciado em 2015, o Supremo passou a enfrentar a questão dos impactos gerados pela nova Lei de Drogas, com foco no porte de cannabis (em razão do caso concreto levado à Corte).

A Corte Suprema respondeu, portanto, à demanda marcada por impactos concretos na Justiça e na vida, sobretudo, de jovens negros usuários de drogas. Em voto em que usou um estudo da Associação Brasileira de Jurimetria (ABJ), que analisou mais de 1,2 milhões de ocorrências policiais de apreensões de pessoas, o ministro Alexandre de Moraes afirmou: o branco precisa estar com 80% a mais de maconha do que o preto e pardo para ser considerado traficante. Para um analfabeto, por volta de 18 anos, preto ou pardo, a chance de ele, com uma quantidade ínfima, ser considerado traficante é muito grande. Já o branco, com mais de 30 anos, com curso superior, precisa ter muita droga no momento da abordagem para ser considerado traficante.

O estudo diz que a mediana de maconha apreendida no caso de analfabetos acusados como traficantes é de 32 gramas. Já para o caso de pessoas com curso superior é de 49 gramas, uma diferença de 52%. A conclusão da Corte foi a de enfrentar o impacto da aplicação da lei, marcadamente desigual, reveladora do racismo estrutural e de graves consequências para o país. A resposta também se mostra como a mais racional e protetiva dos direitos fundamentais, evitando que reações movidas pelo populismo penal sejam levadas adiante pelo Congresso Nacional.

A conclusão do julgamento no Supremo Tribunal Federal trouxe importantes direcionamentos para a atividade legislativa baseada em evidências e na melhor solução dos problemas identificados ao longo dos últimos anos, conforme se depreende do ‘Tema 506 - Tipicidade do porte de droga para consumo pessoal:

Descrição:

Recurso extraordinário, em que se discute, à luz do art. 5º, X, da Constituição Federal, a compatibilidade, ou não, do art. 28 da Lei 11.343/2006, que tipifica o porte de drogas para consumo pessoal, com os princípios constitucionais da intimidade e da vida privada.

Tese:

1. Não comete infração penal quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, a substância cannabis sativa, sem prejuízo do reconhecimento da ilicitude extrapenal da conduta, com apreensão da droga e aplicação de sanções de advertência sobre os efeitos dela (art. 28, I) e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (art. 28, III);
2. As sanções estabelecidas nos incisos I e III do art. 28 da Lei 11.343/06 serão aplicadas pelo juiz em procedimento de natureza não penal, sem nenhuma repercussão criminal para a conduta;
3. Em se tratando da posse de cannabis para consumo pessoal, a autoridade policial apreenderá a substância e notificará o autor do fato para comparecer em Juízo, na forma do regulamento a ser aprovado pelo CNJ. Até que o CNJ delibere a respeito, a competência para julgar as condutas do art. 28 da Lei 11.343/06 será dos Juizados Especiais Criminais, segundo a sistemática atual, vedada a atribuição de quaisquer efeitos penais para a sentença;
4. Nos termos do § 2º do artigo 28 da Lei 11.343/2006, será presumido usuário quem, para consumo próprio, adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, até 40 gramas de cannabis sativa ou seis plantas-fêmeas, até que o Congresso Nacional venha a legislar a respeito;
5. A presunção do item anterior é relativa, não estando a autoridade policial e seus agentes impedidos de realizar a prisão em flagrante por tráfico de drogas, mesmo para quantidades inferiores ao limite acima estabelecido, quando presentes elementos que indiquem intuito de mercancia, como a forma de acondicionamento da droga, as circunstâncias da apreensão, a variedade de substâncias apreendidas, a apreensão simultânea de instrumentos como balança, registros de operações comerciais e aparelho celular contendo contatos de usuários ou traficantes;
6. Nesses casos, caberá ao Delegado de Polícia consignar, no auto de prisão em flagrante, justificativa minudente para afastamento da presunção do porte para uso pessoal, sendo vedada a alusão a critérios subjetivos arbitrários;
7. Na hipótese de prisão por quantidades inferiores à fixada no item 4, deverá o juiz, na audiência de custódia, avaliar as razões invocadas para o afastamento da presunção de porte para uso próprio;
8. A apreensão de quantidades superiores aos limites ora fixados não impede o juiz de concluir que a conduta é atípica, apontando nos autos prova suficiente da condição de usuário.

As conclusões da Corte apontam para importante caminho legislativo. A destacar, o reforço de que a pessoa usuária não deve ser tratada como criminosa, nem deve ser sujeita a sanções de natureza penal. Em contrapartida, o Estado mantém o poder de apreensão da droga e de aplicação de medidas restritivas à posse e ao consumo, inclusive, as sanções administrativas.

No que diz respeito à cannabis sativa (maconha), o estabelecimento de critério objetivo para diferenciar pessoa usuária de traficante, em 40 gramas ou 6 plantas fêmeas, serve de presunção relativa. A pessoa que porte quantidade inferior a estabelecida poderá ser enquadrada como traficante sempre que estiverem presentes elementos probatórios robustos de intuito de

mercancia, ou seja, precisa estar provado que a droga tinha como destino o comércio e não era para uso pessoal. De outro turno, quando presentes elementos que demonstrem a condição de porte ou posse para consumo pessoal em quantidades superiores às de referência, também a presunção é relativizada e a condição de usuário deve ser reconhecida.

Com efeito, o tratamento da prova produzida pelo sistema de justiça criminal é central para superação do atual quadro, cabendo aqui a referência à necessidade de estabelecer standards mais rigorosos e adequados à normatividade das regras constitucionais de controle da ação estatal e ao amplo arcabouço doutrinário e de precedentes jurisprudenciais nacionais e do sistema internacional de direitos humanos.

No caso da Lei de Drogas, os testemunhos policiais acabam sendo determinantes para inclusive diferenciar o usuário do traficante. Como se sabe, no Brasil, existe uma crise no processo criminal no que tange à precariedade das provas.

O poder que a polícia tem de deter, mesmo que provisoriamente, o cidadão e fazer busca pessoal em detrimento de direitos individuais, tais como a liberdade pessoal, a vida privada e a intimidade, tem sido alvo de muitas críticas. Depois de décadas de vigência da Constituição Federal de 1988 e de tratados internacionais, essas legislações são violadas por abordagens policiais massivas baseadas em preconceitos e estereótipos.

A aceitação de tais provas para sustentar condenações serve para agravar o quadro de encarceramento em massa, mas também enfraquece, de forma visível, a segurança jurídica que deveria ser inerente às ações penais. Especialmente porque a palavra de agentes das forças policiais é recebida com destaque nesses processos e se torna a principal ou, muitas vezes, a única motivação das condenações.

Importante pesquisa conduzida pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro demonstrou a dependência dos juízes da prova oral advinda de agentes de segurança, que figuram como testemunhas em 94,98% dos processos de acusação por tráfico de drogas. A questão principal, e ponto principal de crítica, é conferir aos depoimentos policiais uma presunção especial de veracidade em oposição à presunção da inocência do acusado. Trata-se da importação para o direito processual penal de um princípio do direito administrativo no sentido de que os fatos alegados pelo poder público se presumem verdadeiros. No processo penal brasileiro, não se atribui valor absoluto nem mesmo à confissão do réu. Nenhuma prova, isoladamente, deve ter força para conduzir à condenação. Importante mencionar que essa presunção de veracidade tem deslocado o ônus probatório para a defesa.

O testemunho prestado em juízo por policial deve ser valorado e escrutinado pelo juiz com extrema cautela, não se podendo atribuir a ele uma presunção de veracidade, especialmente quando inexistente investigação prévia ou elementos de prova oriundos de fonte externa aos quadros da polícia.

O desafio é a jurisprudência consolidada no sentido de que os policiais são funcionários públicos no cumprimento do dever legal, têm fé pública, atuam na defesa da sociedade e gozam de presunção de veracidade, inexistindo motivos para prisão de pessoas inocentes. Além disso, possuem informação sobre quem é traficante e técnicas para realizarem flagrantes e mecanismos de obtenção de confissão. Só que o testemunho policial também está sujeito aos vícios, inclusive no que tange à falibilidade das provas dependentes da memória. Testemunhas devem ser terceiros sem qualquer interesse no processo, o que não é o caso dos policiais em relação aos crimes por eles investigados, sendo inegável o fato de que possuem interesse na demonstração da legalidade de sua atuação. A partir desta credibilidade exacerbada, práticas policiais eivadas de nulidades acabam sendo legitimadas.

É preciso reafirmar: apenas a palavra do policial não basta e não atinge, por si só, o standard probatório exigido para a condenação no processo penal. A prova da finalidade mercantil, essencial para a caracterização do tráfico, pressupõe prova robusta, confirmadas por fonte externa ao testemunho policial. Cabe, portanto, ao magistrado, diante do caso concreto, valorar racionalmente a prova, verificando se há verossimilhança e conformidade com os demais elementos probatórios dos autos.

Ademais, com o avanço das tecnologias que até então eram inexistentes, tornou-se possível o uso de câmeras corporais (body cams) para comprovação das alegações dos policiais nas abordagens, conferindo, assim, mais verossimilhança, confiabilidade e accountability para a atuação dos agentes. As bodycams qualificam a prova judicial e permitem o controle da legalidade a posteriori da atuação dos agentes estatais que atuam na segurança pública.

A promoção de uma cultura que respeite direitos e garantias fundamentais e incentive a confirmação das declarações policiais por meio de evidências externas pode contribuir significativamente para a melhoria das investigações e a redução de abusos policiais, já que os policiais saberão que suas ações e declarações serão submetidas a uma verificação rigorosa.

Caminhos legislativos

A chamada PEC das Drogas é fortemente identificada com manutenção das maiores mazelas da atual legislação, reforçando estigmas e consequências penais para pessoas usuárias de drogas. Diversas são as manifestações técnicas que alertam para o retrocesso que a proposta representaria para o sistema de justiça criminal, bem como para as políticas públicas adotadas pelo sistema de saúde.

A Proposta de Emenda à Constituição criminaliza o porte e a posse de qualquer droga ilícita, independentemente da quantidade. Ou seja, a proposta leva para a Constituição Federal a criminalização do usuário, retrocedendo em relação ao importante avanço no sentido de despenalizar o usuário e de trazer um olhar multidisciplinar para a questão.

Como destacado anteriormente, a partir da entrada em vigor da Lei de Drogas de 2006, um grave problema se intensificou no sistema prisional, com consequências danosas para o sistema de justiça criminal, inclusive para a segurança pública, na dimensão de fortalecimento de organizações criminosas, a partir do aumento expressivo de pessoas presas. A proposta de levar a penalização da posse e do porte de drogas para o artigo 5º, da Constituição Federal, no rol dos direitos e garantias fundamentais, é um maltrato à espinha dorsal do Estado democrático de Direito.

O artigo 5º da Carta Magna consagra direitos inegociáveis, como a liberdade individual, direito à intimidade, autonomia pessoal, entre tantos outros. As mudanças constitucionais só podem ser aceitas para ampliar direitos e garantias, jamais para sucateá-los.

Desse modo, o texto da PEC reforça o resultado colateral da despenalização promovida pela Lei de Drogas de 2006, e que gerou, como dito, aumento do enquadramento do usuário na figura do traficante, pela falta de critérios objetivos para a diferenciação da figura do usuário e do traficante. Na prática, seriam agravadas as consequências nefastas da já amplamente criticada discricionariedade do policial, do delegado, chancelada pelo Ministério Público e pelo juiz, conduzindo de forma massiva pessoas com ínfimas quantidades de droga a serem enquadradas como traficantes, sendo a população negra e periférica a mais impactada.

A retomada da criminalização do usuário, alçada ao nível de norma constitucional, representaria um retrocesso sem precedentes em regimes democráticos. A proposta, que surge como reação ao julgamento do Supremo Tribunal Federal, rebaixaria o Brasil à condição de nação negacionista dos principais consensos científicos a respeito do tratamento de pessoas que usam drogas.

Importante lembrar que no julgamento do RE 635659, o STF conclamou os Poderes Executivo e Legislativo a aprimorar as políticas públicas de tratamento ao usuário e ao dependente de substâncias psicoativas, deslocando o enfoque da atuação estatal do regime puramente repressivo, para o modelo multidisciplinar, que reconheça a interdependência das atividades de prevenção ao uso de drogas, atenção especializada e reinserção social de pessoas em uso problemático de drogas e repressão da produção não autorizada e do tráfico de drogas.

O STF também conclamou os demais Poderes a investirem:

- i) no tema, estabelecendo uma política focada na não estigmatização, mas no engajamento das pessoas em uso problemático de drogas em um processo de autocuidado contínuo, que lhes possibilitem compreender os graves danos causados pelo uso de drogas;
- ii) na agenda de prevenção educativa, implementando programas de dissuasão ao consumo de drogas;
- iii) na criação de órgãos técnicos na estrutura do Poder Executivo, compostos por especialistas em saúde pública, com atribuição de aplicar aos usuários e dependentes as medidas previstas em lei. Para viabilizar a concretização dessa política pública, especialmente os programas de dissuasão contra o consumo de drogas e a criação de órgãos especializados no atendimento de usuários, entendeu-se que caberá aos Poderes Executivo e Legislativo assegurar dotações orçamentárias suficientes para essa finalidade. Nesse sentido, o Supremo determinou que a União libere o saldo acumulado no Fundo Nacional de Drogas (Funad), do Ministério da Justiça e Segurança Pública, e se abstenha de contingenciar os futuros aportes ao fundo.

A abordagem da chamada PEC das Drogas, portanto, reforça um cenário que tende a aumentar ainda mais o encarceramento, fortalecendo o crime organizado e, por consequência, refletindo no aprofundamento da violência. Contrapondo-se a tal equívoco legislativo, é necessário avançar em torno de uma proposta dialógica que decorra das conclusões técnicas e científicas detalhadas ao longo deste documento. No campo da segurança pública e do sistema de justiça criminal, seguem, a seguir, proposições sintetizadas.

AÇÕES PROPOSTAS:

- 1. Regulamentação do procedimento cível a ser seguido no caso de porte de cannabis para uso pessoal, conforme proposta sugerida adiante neste documento. A base deve ser a lei portuguesa, que prevê o encaminhamento de pessoas flagradas com drogas às juntas de dissuasão da toxicodependência, que no Brasil serão chamadas de comissões multidisciplinares; e
- 2. Realizar a 3ª edição do curso de capacitação dos Operadores do Direito e das Polícias Militares para melhor aplicação da Lei de Drogas e da decisão do STF de descriminalização do porte de cannabis e do estabelecimento do critério quantitativo de 40g para definir usuário e traficante de cannabis.

Regulamentação do procedimento cível a ser seguido no caso de porte de cannabis para uso pessoal

Regulamentação n.º x

Define o regime jurídico aplicável a quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, até 40 gramas de cannabis ou seis plantas-fêmeas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica.

Artigo 1.º

Objeto

1 - A presente regulamentação tem como objeto a definição do regime jurídico aplicável a quem portar até 40 gramas de cannabis ou seis plantas-fêmeas para uso pessoal, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica.

Artigo 2.º

Consumo

1 - O consumo, a aquisição e a detenção para consumo próprio de até 40 gramas de cannabis ou seis plantas-fêmeas constituem ilícito cível.

Artigo 3.º

Identificação

1 - A autoridade policial lavrará Termo Circunstanciado, no qual procederá à identificação do consumidor e, eventualmente, à sua revista e à apreensão da cannabis encontrada na posse do consumidor, que é perdida a favor do Estado, elaborando auto da ocorrência, o qual será remetido à comissão territorialmente competente.

2 - Quando não seja possível proceder à identificação do consumidor no local e no momento da ocorrência, poderão as autoridades, se tal se revelar necessário, intimar o consumidor para garantir o seu comparecimento perante a comissão.

Artigo 4.º

Competência para o processamento, aplicação e execução

1 - Tratando-se de posse de cannabis para uso pessoal, o autor do fato será imediatamente encaminhado ao Juizado Especial Cível, ou, não sendo possível, assumirá o compromisso de a ele comparecer, obedecendo-se, no que couber, o rito procedimental na forma dos arts. 3 a 59 da Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995, que dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis.

2 - O processamento dos ilícitos cíveis e a aplicação das respectivas sanções competem a uma comissão multidisciplinar, especialmente criada para esse efeito, funcionando nas instalações dos Juizados Especiais Cíveis.

3 - A execução das sanções cíveis compete a uma comissão multidisciplinar, vinculada aos Juizados Especiais Cíveis.

4 - Nos Juizados Especiais Cíveis de maior concentração de processos poderá ser constituída mais de uma comissão.

5 - O apoio técnico e administrativo ao funcionamento das comissões compete aos Juizados Especiais Cíveis.

Artigo 5.º

Composição e nomeação da comissão

1 - A comissão prevista no n.º 1 do artigo 4.º é composta por três pessoas, uma das quais a presidirá, nomeadas por despacho do Ministro da Justiça.

2 - Um dos membros da comissão será um jurista designado pelo Ministro da Justiça, cabendo ao Ministro da Saúde e ao Ministro dos Direitos Humanos e Cidadania a designação dos restantes, os quais são escolhidos entre médicos, psicólogos, sociólogos, técnicos de serviço social ou outros com currículo que demonstre experiência e conhecimento na área

de drogas, salvaguardando-se no exercício das suas funções eventuais casos de interesse terapêutico direto ou de conflito deontológico.

3 - A organização, o processo e o regime de funcionamento da comissão são definidos por portaria do Ministro da Justiça e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Recuperação de Ativos, sendo o estatuto dos seus membros definido por portaria conjunta do Ministro da Economia, do Ministro do Planejamento e Gestão e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Recuperação de Ativos.

4 - Os membros da comissão estão sujeitos ao dever de sigilo relativamente aos dados pessoais constantes do processo, sem prejuízo das prescrições legais relativas à proteção da saúde pública e ao processo penal, nos casos aplicáveis.

5 - Visando integrar as políticas de drogas no âmbito dos estados, DF e municípios, serão celebrados instrumentos de cooperação com MS e MJ.

Artigo 6.º

Competência territorial

1 - É territorialmente competente a comissão da área do domicílio do consumidor, exceto se este não for conhecido, circunstância em que será competente a comissão da área em que o consumidor tiver sido encontrado.

2 - É competente para conhecer do recurso da decisão sancionatória o respectivo Colégio Recursal.

Artigo 7.º

Colaboração de outras entidades

1 - Para a execução do tratamento voluntariamente aceito pelo consumidor, este pode recorrer aos serviços de saúde públicos ou privados habilitados para tal, nos termos do que definem a Lei n.º 10.216/01 e a Lei n.º 11.343/06.

2 - Para o cumprimento do disposto na presente regulamentação, a comissão e o Juizado Especial Cível recorrem, consoante os casos, aos serviços públicos de saúde, aos serviços de reinserção social e às autoridades administrativas.

Artigo 8.º

Juízo sobre a natureza e circunstâncias do consumo

1 - A comissão ouve o consumidor e reúne os demais elementos necessários para formular um juízo sobre se é dependente ou não, em que circunstâncias estava consumindo quando foi interpelado, qual o local, qual a sua situação económica e se está em situação de desproteção social.

2 - O consumidor pode solicitar a participação de terapeuta da sua escolha durante o procedimento, competindo à comissão regular tal forma de participação.

3 - Para a formulação do juízo referido no n.º 1, a comissão ou o consumidor podem propor ou solicitar a realização de exames médicos adequados.

4 - Se a definição da natureza do consumo pela comissão não se tiver fundamentado em exame médico com as características referidas no número anterior, o consumidor pode requerê-lo, devendo as suas conclusões ser analisadas com vista à eventual reponderação do juízo inicial da comissão.

5 - O exame é deferido pela comissão a serviço de saúde devidamente habilitado, sendo suportado pelo consumidor se for por ele escolhido um serviço privado, e realizar-se-á em prazo não superior a 30 dias.

Artigo 9.º

Suspensão provisória do processo

- 1 - A comissão suspende provisoriamente o processo sempre que o consumidor sem registo prévio de processo administrativo anterior no âmbito da presente regulamentação seja considerado consumidor não dependente.
- 2 - A comissão suspende provisoriamente o processo sempre que o consumidor dependente sem registo prévio de processo administrativo anterior no âmbito da presente regulamentação aceite submeter-se ao tratamento.
- 3 - A comissão pode suspender provisoriamente o processo se o consumidor dependente com registo prévio de processo administrativo anterior no âmbito da presente regulamentação aceitar submeter-se ao tratamento.
- 4 - A decisão de suspensão não é suscetível de impugnação.

Artigo 10.º

Sujeição a tratamento e suporte socioassistencial

- 1 - Se o consumidor dependente aceitar sujeitar-se ao tratamento, a comissão faz a necessária comunicação ao serviço de saúde público ou privado escolhido pelo consumidor, o qual será informado sobre as alternativas disponíveis.
- 2 - A opção por serviço de saúde privado determina que os encargos com o tratamento corram sob responsabilidade do consumidor.
- 3 - A entidade referida no n.º 1 informa, quando indagada, a comissão sobre o comparecimento do usuário ao serviço de saúde.
- 4 - A comissão avaliará as demandas do usuário em relação aos serviços da proteção social e fará os devidos encaminhamentos para a rede socioassistencial.

Artigo 11.º

Duração e efeitos da suspensão

- 1 - A suspensão do processo pode durar até dois anos, podendo ser prorrogada por mais um ano por decisão fundamentada da comissão.
- 2 - A comissão arquiva o processo, não podendo ser reaberto, se:
 - a) Tratando-se de consumidor não dependente, não tiver havido reincidência;
 - b) O consumidor dependente se tiver sujeitado ao tratamento e não o tiver interrompido indevidamente.
- 3 - Fora dos casos previstos no número anterior, o processo prossegue.
- 4 - A prescrição do procedimento não corre no decurso do prazo de suspensão do processo.

Artigo 12.º

Suspensão da determinação da sanção em caso de tratamento voluntário

- 1 - A comissão pode suspender a determinação da sanção se o consumidor dependente aceitar sujeitar-se, voluntariamente, a tratamento em serviço público ou privado devidamente habilitado.
- 2 - O período de suspensão pode durar até três anos.
- 3 - Se durante o período da suspensão, por razões que lhe são imputáveis, o dependente não se sujeitar ou interromper o tratamento, a suspensão é revogada e determinada a sanção administrativa correspondente.

- 4 - A comissão declara a extinção do processo se, decorrido o período da suspensão, não houver motivos que possam conduzir à sua revogação.
- 5 - A recusa em sujeitar-se a tratamento e o prosseguimento do processo não prejudicam o disposto no n.º 1 deste artigo.

Artigo 13.º

Sanções

- 1 - Aos consumidores não dependentes poderá ser aplicada uma sanção cível, consistente em advertência ou comparecimento a curso educativo.
- 2 - Aos consumidores dependentes poderá ser aplicada uma sanção cível, consistente em advertência ou comparecimento a curso educativo.
- 3 - A comissão determina a sanção em função da necessidade de prevenir o consumo de drogas.
- 4 - Na aplicação das sanções, a comissão terá em conta a situação do consumidor e a natureza e as circunstâncias do consumo, ponderando, designadamente:
- a) A gravidade do ato;
 - b) A culpa do agente;
 - c) A natureza pública ou privada do consumo;
 - d) Tratando-se de consumo público, o local do consumo;
 - e) Em caso de consumidor não dependente, o carácter ocasional ou habitual do consumo;
 - f) A situação pessoal, nomeadamente económica e financeira, do consumidor.

Artigo 14.º

Sanções

- 1 - A comissão pode impor em uma sanção de advertência ou de comparecimento a cursos educativos, vedada a cumulação de sanções.

Artigo 15.º

Advertência

- 1 - A comissão profere uma advertência se, atendendo às condições pessoais do agente, ao tipo de consumo e ao tipo de droga consumida, considerar que o agente se absterá no futuro de consumir.
- 2 - A advertência consiste numa censura oral, sendo o consumidor expressamente alertado para as consequências do seu comportamento e instado a abster-se de consumir.
- 3 - A comissão profere a advertência quando a decisão que a aplicar se tornar definitiva.
- 4 - A comissão profere a advertência de imediato se o consumidor declarar que renuncia à interposição de recurso.

Artigo 16.º

Comparecimento a curso educativo

- 1 - A comissão determina o comparecimento a curso educativo se, atendendo às condições pessoais do agente e ao tipo de consumo, considerar que o agente se absterá no futuro de consumir.
- 2 - O comparecimento a curso educativo consiste na frequência a curso de Prevenção do Uso de Drogas, gratuito e a distância, oferecido pelo Ministério da Educação e pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Recuperação de Ativos.

3 - A comissão determina o comparecimento a curso educativo quando a decisão que a aplicar se tornar definitiva.

Artigo 17º

Suspensão da execução da sanção

1 - Tratando-se de consumidor dependente cujo tratamento não seja viável, ou não seja por ele aceito, a comissão pode promover a suspensão da execução da sanção, impondo a apresentação periódica deste perante serviços de saúde, com a frequência que estes considerem necessária, com vista a melhorar as condições sanitárias, podendo ainda a suspensão da execução ser subordinada à aceitação pelo consumidor das medidas previstas no n.º 3.

2 - Tratando-se de consumidor não dependente, a comissão pode optar pela suspensão da execução da sanção se, atendendo às condições pessoais do agente e ao tipo de consumo, concluir que desse modo se realiza de forma mais adequada a finalidade de prevenir o consumo e se o consumidor aceitar as condições que lhe forem propostas pela comissão nos termos dos números seguintes.

3 - O regime da apresentação periódica prevista no n.º 1 é fixado por portaria do Ministro da Saúde.

Artigo 18.º

Duração da suspensão da execução da sanção

1 - O período da suspensão é fixado entre um e três anos a contar do trânsito em julgado da decisão, não contando para o prazo o tempo em que o consumidor estiver privado da liberdade por força de decisão judicial cautelar, pena ou medida de segurança.

Artigo 19.º

Apresentação periódica

1 - Em caso de suspensão da execução da sanção com apresentação periódica junto dos serviços de saúde, a comissão faz a necessária comunicação ao centro de saúde da área do domicílio do consumidor ou a outro serviço de saúde que com ele seja acordado.

2 - A entidade referida no número anterior informa a comissão sobre a regularidade das apresentações e, no caso do não cumprimento por parte do consumidor, com indicação dos motivos que forem do seu conhecimento.

Artigo 20.º

Comunicação das medidas

1 - A decisão de decretar a suspensão da execução da sanção é comunicada aos serviços e às autoridades aos quais seja pedida colaboração para a fiscalização do cumprimento das medidas.

2 - Os serviços e as autoridades referidos no número anterior comunicam à comissão a falta de cumprimento das medidas.

Artigo 21.º

Efeitos da suspensão

1 - A comissão declara a extinção da sanção se, decorrido o período da suspensão, não houver motivos que possam conduzir à sua revogação.

2 - A suspensão da execução da sanção é revogada sempre que, no seu decurso, o consumidor infringir repetidamente as medidas impostas.

3 - A revogação da suspensão determina o cumprimento da sanção aplicada.

Artigo 22.º

Duração de sanções

As sanções previstas no artigo 14.º têm a duração mínima de um mês e máxima de 12 meses.

Artigo 23.º

Cumprimento de sanções

A decisão de decretar sanções é comunicada ao Ministério da Saúde, competindo a este oficial os serviços e as autoridades aos quais deva ser pedida colaboração para a execução dessas medidas.

Referências Bibliográficas | II. Eixo 4: Uso terapêutico e medicinal de cannabis

Carinhonha, A.M. et al. Iniciativa Negra por Direitos, Reparação e Justiça. Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas. 2023. <https://iniciativanegra.org.br/publicacao/direito-reparacao-justica/>

Carinhonha, A.M. et al. Racismo e gestão pública: custo das políticas de drogas na Cracolândia. Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas. 2021. <https://iniciativanegra.org.br/publicacao/racismo-e-a-gestao-publica-custo-das-politicas-de-drogas-na-cracolandia>

Cerqueira, D. Atlas da Violência 2024. <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>

Cerqueira, D. Custo de bem-estar social dos homicídios relacionados ao proibicionismo das drogas no Brasil. 2024. <https://www.ipea.gov.br/portal/publicacao-item?id=52c1a9e7-6875-4fb6-afce-d265ec4bcb38>

Cordeiro, C. Agenda Brasileira de Política de Drogas. 2024. <https://pbpd.org.br/publicacao/agenda-brasileira-de-politica-de-drogas/>

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em:

<https://forumseguranca.org.br/publicacoes/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/>

Instituto de Defesa do Direito de Defesa. Reconhecimento de pessoas e prova testemunhal: orientações para o sistema de justiça. 2022. <https://www.iddd.org.br/wp-content/uploads/2021/04/idd-reconhecimento-de-pessoas-e-prova-testemunhal-orientacoes-para-o-sistema-de-justica.pdf>

Lemgruber, J. (coord.). Favelas Na Mira do Tiro: Impactos da guerra às drogas na economia dos territórios. 2023. <https://drive.google.com/file/d/1kYccn-82XneU7Udo5PB3MXGCMmdRtMZap/view>

Lemgruber, J. (coord.). Saúde Na Linha do Tiro: Impacto da guerra às drogas sobre a saúde no Rio de

Janeiro. 2023. https://drive.google.com/file/d/1Hruch-TNH_BKS1a8x01tcq5G9Cc-LoJi/view

Lemgruber, J. (coord.). Tiros No Futuro: Impactos da guerra às drogas na rede municipal de Educação do Rio de Janeiro. 2022. <https://drive.google.com/file/d/1j-VTq-yWRzgHjHf-zUPKei4zgWxvkY8j0/view>

Lemgruber, J. (coord.). Um Tiro No Pé: Impactos da proibição das drogas no orçamento do sistema de justiça criminal do Rio de Janeiro e São Paulo. 2021. <https://drive.google.com/file/d/1bqJK0zvXWKps2Ds-MHjFSMGZXO78VavxC/view>

Napolião, P, Menezes, F., Lyra, D. Ganhar a vida, perder a liberdade: tráfico, trabalho e sistema socioeducativo. 2020. <https://drive.google.com/file/d/1LwGQY-tO6EPRfwHtRCQqa-41XnbOj2aQj/view>

Ramos, S. et al. Elas Vivem: liberdade de ser e viver. CESeC, Rede de Observatórios de Segurança. 2024. https://observatorioseguranca.com.br/wordpress/wp-content/uploads/2024/11/RELATORIO_REDE-DE-OBS_PELE-ALVO-4_web-2.pdf

Ramos, S. et al. Pele alvo: a bala não erra o negro. CESeC, Rede de Observatórios de Segurança. 2023. https://observatorioseguranca.com.br/wordpress/wp-content/uploads/2023/11/RELATORIO_REDE-DE-OBS_PELE-ALVO3_final.pdf

Ramos, S. et al. Pele Alvo: mortes que revelam um padrão. CESeC, Rede de Observatórios de Segurança. 2024. https://observatorioseguranca.com.br/wordpress/wp-content/uploads/2024/11/RELATORIO_REDE-DE-OBS_PELE-ALVO-4_web-2.pdf

Santos, A.C. et al. (orgs.). Um Olhar Preciso. Fundação Friedrich Ebert Brasil, Fundação Perseu Abramo, Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas, 2021. <https://iniciativanegra.org.br/publicacao/um-olhar-preciso/>

4. Eixo 4: Uso terapêutico e medicinal de cannabis

A literatura mundial aponta para as diversas indicações e modalidades de prescrição, especialmente dos dois compostos mais abundantes na planta, o canabidiol (CBD) e o tetraidrocannabinidiol (THC). No extrato da planta, é possível encontrar centenas de canabinoides diferentes com ações distintas que atuam em sinergismo, ou seja, potencializando a ação uns dos outros, em um fenômeno descrito como “efeito comitiva” ou “entourage”. O canabidiol tem aplicações farmacológicas para diversas condições médicas. Possui ação ansiolítica (diminui ansiedade), antipsicótica (combate alteração da sensopercepção como alucinações, delírios, persecutoriedade, entre outros), anticonvulsivante, neuroprotetora e antiinflamatória além de analgésico e relaxante muscular. O THC é o composto responsável pelos efeitos psicoativos relacionados à cannabis, e tem efeito analgésico e relaxante muscular maior do que o canabidiol, além de efeito antiemético (previne náuseas e vômitos), estimulador do apetite, imunomodulador e antiinflamatório.

Recentemente, um número crescente de estudos científicos tem demonstrado o potencial terapêutico de vários compostos dessa planta para tratar ou atenuar sintomas de diversos problemas de saúde. É possível considerar que já há um grau de evidência moderado do uso de compostos da cannabis para quadros de epilepsia (especialmente o CBD), e para dor crônica/neuropática (com altas proporções de THC). Para outros quadros, como autismo, doença de Parkinson e Alzheimer, fibromialgia, esclerose múltipla, transtornos de ansiedade, transtornos do estresse pós traumático (TEPT) e transtornos por uso de substâncias, embora haja evidências de um potencial promissor, estas ainda são insuficientes ou inconclusivas, necessitando de mais estudos clínicos que sustentem seu uso de forma disseminada.

Considerando não só as interações farmacológicas, mas também a necessidade de um diagnóstico preciso e a indicação correta da prescrição, um profissional habilitado na área deve ser o único a indicar o uso dessas substâncias. Entre as vantagens em relação a outros tratamentos está a menor presença de efeitos colaterais, que são prevalentes na maioria das medicações psiquiátricas, tais como ganho de peso, sedação e tremores.

No Brasil, o crescimento exponencial do uso de produtos a base de cannabis para fins medicinais terapêuticos foi impulsionado pela flexibilização da normativa brasileira a partir de 2015, quando o CBD foi incluído na lista de substâncias sujeitas à controle especial da Anvisa (Ministério da Saúde, 1998), e não mais compunha a lista de substâncias proscritas, podendo assim, ser prescrito como medicamento e importado por pacientes para uso próprio a partir da prescrição de um médico legalmente autorizado (RDC nº17/2015).

A legislação brasileira não prevê, de forma completa, a produção nacional de produtos à base de cannabis para fins medicinais e de pesquisa. Porém, as normativas da Anvisa permitem o acesso por meio da (i) importação para uso pessoal, mediante prescrição médica e autorização da própria Anvisa (RDC 660/22; N660); e (ii) da aquisição em farmácia dos produtos com registro temporário no país mediante prescrição médica (RDC 327/19; N327). Há ainda uma possibilidade de aquisição por meio das (iii) associações de cannabis medicinal brasileiras. Essas organizações são formadas por pacientes, familiares, profissionais da saúde e ativistas que se unem com o objetivo de promover o acesso seguro à cannabis para fins medicinais e são autorizadas a cultivarem e distribuírem os produtos a partir de decisões judiciais (Kaya-Mind, 2023). Também (iv) no SUS há possibilidade de acesso a remédios à base de cannabis. Finalmente, (v) o Judiciário tem autorizado pacientes a cultivar cannabis para produção artesanal de remédio no tratamento de doenças graves.

A ANVISA informa que, no ano de 2022, foram deferidos 79.993 pedidos de importação de produtos derivados da cannabis, representando quase o dobro do ano anterior (ANVISA, 2022). Essa ampla disponibilidade de produtos a base de cannabis e meios de acesso a eles, sustentada por um frágil ordenamento jurídico, de controle de qualidade e fiscalização, impõem riscos importantes à segurança do paciente e potenciais prejuízos no tratamento da doença a qual é indicado o uso, dada a dificuldade de assegurar a composição e a qualidade dos produtos.

Não só no Brasil, mas no mundo, o uso de produtos à base de cannabis possui diversas limitações. Há falta de estudos controlados com amostra suficiente para obtenção de conclusões clinicamente significativas para doenças em que empiricamente se observam possíveis benefícios, o que compromete a criação de evidências científicas robustas que sustentem a indicação terapêutica. Além disso, o controle de qualidade dos produtos comercializados ainda é pobre e limitado, não havendo protocolos e metodologias de teste padronizados para manter os usuários e prescritores seguros, como o uso de guias de GMPs aplicados a medicamentos.

O Brasil possui normas que regulam as GMPs de medicamentos, como a RDC nº 17/10, a qual se tornou um marco regulatório sobre o tema no país, e a RDC 658/22, que apresenta as diretrizes gerais de GMPs de medicamentos. Há, ainda, a normativa específica para produtos à base de cannabis.

Após o período de cinco anos de vigência desta normativa, foi feita uma ampla revisão e a ANVISA publicou um relatório apontando que o texto da normativa deverá ser atualizado tão logo haja consultas e audiências públicas para subsidiar as mudanças. A agência prevê que, com a nova norma, haja ainda mais produtos registrados no país. Mesmo com a ausência de regulamentação do art. 2º, parágrafo único da Lei de Drogas, segundo o qual “pode a União autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no caput deste artigo, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, respeitadas as ressalvas supramencionadas”.

Seja pelo Legislativo ou pelo Executivo, já existe hoje jurisprudência consolidada, no âmbito do Superior Tribunal de Justiça (STJ), no sentido da atipicidade da conduta de quem planta cannabis para tratar doenças graves. Tal jurisprudência pode ser sintetizada em três teses acolhidas pelo STJ a respeito da matéria:

- (i) “É cabível a concessão de salvo-conduto para o plantio e o transporte de Cannabis Sativa para fins exclusivamente terapêuticos, com base em receituário e laudo subscrito por profissional médico especializado, e cancelado pela Anvisa.” Informativo de Jurisprudência no 742, de 27/07/2022;
- (ii) “As condutas de plantar cannabis para fins medicinais e importar sementes para o plantio não preenchem a tipicidade material, motivo pelo qual se faz possível a expedição de salvo-conduto, desde que comprovada a necessidade médica do tratamento.” Informativo de Jurisprudência no 758, de 28/11/2022; e
- (iii) “O plantio e a aquisição das sementes da Cannabis sativa, para fins medicinais, não configuram conduta criminosa, independente da regulamentação da ANVISA”. Informativo de Jurisprudência nº 794, de 14/11/2023.

A Primeira Seção do STJ determinou, em março de 2023, a suspensão, em todo o país, da tramitação das ações cíveis individuais ou coletivas que discutem a possibilidade de autorização para importação e cultivo de variedades de cannabis para fins medicinais, farmacêuticos ou industriais.

A decisão do colegiado ocorreu após a admissão de incidente de assunção de competência (IAC) sobre o tema, delimitado nos seguintes termos: “Definir a possibilidade de concessão de

autorização sanitária para importação e cultivo de variedades de cannabis que, embora produzam tetrahydrocannabinol (THC) em baixas concentrações, geram altos índices de canabidiol (CBD) ou de outros canabinoides, e podem ser utilizadas para a produção de medicamentos e demais subprodutos para usos exclusivamente medicinais, farmacêuticos ou industriais, à luz da Lei 11.343/2006, da Convenção Única sobre Entorpecentes (Decreto 54.216/1964), da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (Decreto 79.388/1977) e da Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas (Decreto 154/1991)”.

As decisões judiciais amparadas pelas evidências científicas reforçam o propósito de que a regulamentação do uso medicinal/terapêutico de cannabis deve prever transparência, responsabilização e envolvimento público. Estes princípios garantem que a cannabis seja utilizada da melhor forma para fins terapêuticos; quanto mais consistência científica, jurídica/legal e de produção ela tiver, mais os critérios de qualidade são bem estabelecidos e mais o usuário se beneficia positivamente.

AÇÕES PROPOSTAS:

1. Regulamentar o art. 2º, parágrafo único da Lei de Drogas - “Pode a União autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no caput deste artigo, exclusivamente para fins medicinais ou científicos -- atribuindo responsabilidade à Anvisa ou a um órgão específico de controle/autorização da produção nacional, distribuição e venda de produtos a base de cannabis para fins medicinais e científicos;
2. Garantir acesso via SUS aos produtos a base de cannabis para fins terapêuticos/medicinais a partir da produção nacional regulada pelo Estado e pelas associações de pacientes;
3. Atuar junto à Anvisa com vista a mudança regulatória para o acesso a produtos a base de cannabis para uso medicinal; e
4. Garantir a produção nacional para fins de pesquisa científica no âmbito das Instituições de Ensino Superior públicas.

Referências Bibliográficas | II. Eixo 4: Uso terapêutico e medicinal de cannabis

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2022). Boletim informativo vigipós. Monitoramento pós-mercado. Vol. 4. 01 de dezembro de 2022. Acesso em 27 jun 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/monitoramento/boletins-monitoramento-pos-mercado/boletim-monitoramento-4o-edicao-2022.pdf>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2023). Relatório de análise de impacto regulatório sobre produtos de cannabis para fins medicinais. Acesso em 27 jun 2024. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao/air/analises-de-impacto-regulatorio/2024/arquivos-relatorios-de-air-2024/relatorio_air_produtos_cannabis_dicol_15052024.pdf.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2024). NOTA TÉCNICA Nº 17/2024/SEI/COCIC/GPCON/DIRE5/ANVISA. Acesso em 27 jun 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/medicamentos/controlados/nota-tecnica-39-de-2021-produtos-cannabis>.
- Bonini, S. A., Premoli, M., Tambaro, S., Kumar, A., Maccarinelli, G., Memo, M., & Mastinu, A. (2018). Cannabis sativa: A comprehensive ethnopharmacological review of a medicinal plant with a long history. *Journal of ethnopharmacology*, 227, 300-315.
- Cascio, M. G., Pertwee, R. G., & Marini, P. (2017). The pharmacology and therapeutic potential of plant cannabinoids. Em *Cannabis Sativa L.-Botany and Biotechnology* (p. 207-225). Springer. 10.1007/978-3-319-54564-6_9.
- Gallassi, A.D., de Oliveira, A.W.C., Rodrigues, L.A. et al. Cannabidiol Compared to Pharmacological Treatment as Usual for Crack Use Disorder: A Feasibility, Preliminary Efficacy, Parallel, Double-Blind, Randomized Clinical Trial. *Int J Ment Health Addiction* (2024). <https://doi.org/10.1007/s11469-024-01287-z>
- Holdman, R., Vigil, D., Robinson, K., Shah, P., & Contreras, A. E. (2022). Safety and efficacy of medical cannabis in autism spectrum disorder compared with commonly used medications. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 7(4), 451-463. <https://doi.org/10.1089/can.2020.0154>.
- Lattanzi, S., Trink, E., Striano, P., Rocchi, C., Salvemini, S., Silvestrini, M., & Brigo, F. (2021). Highly purified cannabidiol for epilepsy treatment: A systematic review of epileptic conditions beyond Dravet syndrome and Lennox-gastaut syndrome. *CNS Drugs*, 35(3), 265-281. <https://doi.org/10.1007/s40263-021-00807-y>
- McDonagh, M. S., Morasco, B. J., Wagner, J., Ahmed, A. Y., Fu, R., Kansagara, D., & Chou, R. (2022). Cannabis-based products for chronic pain: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 175(8), 1143-1153. <https://doi.org/10.7326/m21-4520>.
- Ministério da Saúde. (2019). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 327, DE 9 DE DEZEMBRO DE 2019. Acesso em 27 jun 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2019/rdc0327_09_12_2019.pdf.
- Radwan, M. M., Chandra, S., Gul, S., & ElSohly, M. A. (2021). Cannabinoids, phenolics, terpenes and alkaloids of Cannabis. *Molecules* (Basel, Switzerland), 26(9), 2774. <https://doi.org/10.3390/molecules26092774>.
- Rodrigues, L. A., Caroba, M. E. S., Taba, F. K., Filev, R., & Gallassi, A. D. (2020). Evaluation of the potential use of cannabidiol in the treatment of cocaine use disorder: A systematic review. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 196(172982), 172982. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2020.172982>.
- Whiting, P. F., Wolff, R. F., Deshpande, S., Nisio, D., Duffy, M., Hernandez, S., Keurentjes, A. V., Lang, J. C., Misso, S., Ryder, K., Schmidtkofer, S., Westwood, S., & Kleijnen, M. (2015). Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 313(24), 2456-2473. DOI: 10.1001/jama.2015.6358.
- Zuardi, A. W. (2006). History of cannabis as a medicine: a review. *Revista brasileira de psiquiatria* (Sao Paulo, Brazil: 1999), 28(2), 153-157. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006000200015>.

5. Eixo 5 - Uso da terra e justiça climática

A interseção entre política de drogas, racismo ambiental e justiça climática revela uma rede complexa de desigualdades e injustiças que afetam comunidades marginalizadas, tradicionais e originárias, particularmente na América Latina. As violências associadas às escolhas de Estado pela proibição em relação aos mercados de determinadas drogas geram graves consequências que comprometem a governança territorial e a adaptação a eventos climáticos extremos.

A lógica da guerra às drogas orienta e determina a política de segurança pública e do controle de fronteiras no Brasil. No entanto, é um tema novo, ainda que urgente, para as comunidades que lutam por direitos territoriais e justiça climática. Este modelo orientado pelo conflito e baseado na violência drena bilhões de outras áreas como saneamento básico e adaptação rural e urbana, que poderiam ampliar a resiliência comunitária frente a eventos climáticos extremos como secas e enchentes.

As economias ilícitas baseadas na circulação de drogas, associadas a outros crimes ambientais, como garimpos ilegais, grilagem e a extração de madeira em terras indígenas, produzem danos socioambientais que favorecem o adoecimento de populações e sua morte precoce, seja pelo consumo de alimentos contaminados pelo mercúrio jogado por garimpeiros nos afluentes da região, seja pela crescente violência armada ligada às dinâmicas faccionais de disputa por rotas e territórios.

A cadeia produtiva da cocaína, que tem origem e circulação pelas florestas, possibilitou emprego, geração de renda e relações internacionais entre produtores e grupos interessados na sua comercialização e distribuição. Em populações historicamente afetadas por racismo e graves inseguranças territoriais e desigualdades socioeconômicas, a clandestinidade dessa mercadoria de alto valor gerou diversos problemas que, na estruturação das políticas de segurança pública nacionais, são ignorados ou subestimados em razão do estigma e desconhecimento desse contexto.

Nas fronteiras com o Paraguai, o tráfico de cannabis e cocaína gera conflitos agrários e altos índices de homicídios nos municípios fronteiriços da região centro-oeste brasileira. O uso da terra pelo agro ilegal da cannabis no norte do Paraguai e em algumas regiões do Brasil, além da crescente importação de cannabis de origem colombiana, integram uma cadeia produtiva associada a altos índices de violência, do cultivo ao varejo nas cidades brasileiras.

Apesar de não produzir cocaína, o Brasil é o maior exportador da substância para Europa, África e Ásia. Esse sucesso se deve à proximidade com os países produtores e uma boa conexão marítima com esses continentes. O Porto de Santos está na lista das quatro principais portas de saída do entorpecente do mundo, junto com Cartagena e Buenaventura, na Colômbia, e Guayaquil, no Equador. Contudo a opção por uma política de drogas militarizada, que prima pela proibição e pelo encarceramento, fez com que as facções buscassem novas rotas para o escoamento de drogas ilícitas que passam pelo país. Com isso, surgiram disputas entre facções para o controle do tráfico nesses locais e agravamento da violência em locais como Bahia, Pará e Rio Grande do Sul.

Os lucros do tráfico de drogas decorrentes da proibição retroalimentam crimes fundiários e estruturas clandestinas que inviabilizam a retomada da governança territorial e o surgimento de novas bioeconomias sustentáveis.

Neste cenário, populações vulnerabilizadas que têm sido as mais impactadas pelos resíduos e outros subprodutos da exploração predatória de recursos naturais, além de conviver com se-

veros impactos ambientais, como secas prolongadas ou inundações, passam a estar submetidas a regimes equivalentes de distribuição desigual de cidadania e da morte enquanto política de Estado dos centros urbanos que há décadas são assoladas pela lógica de guerra às drogas. Essas comunidades muitas vezes enfrentam maior exposição a riscos ambientais devido à sua falta de poder político e econômico para influenciar decisões de planejamento urbano e ambiental.

A grilagem de terra em nosso país é uma das engrenagens que se conecta com os mecanismos complexos onde a guerra às drogas se insere. A fraude no Cadastro Ambiental Rural (CAR) para legitimar a posse irregular de terras públicas, especialmente em Áreas Protegidas e Florestas Públicas Não Destinadas (FPNDs), produziu o quadro onde mais de 29 milhões de hectares estão em sobreposição com áreas protegidas. Em 2020, tais registros apresentaram desmatamento ilegal de mais de 69 mil ha, um aumento de 63% em relação a 2018. Unidades de Conservação Federais e Estaduais, além de Terras Indígenas, concentram os maiores volumes de CARs em sobreposição em áreas protegidas na Amazônia. As Florestas Públicas Não Destinadas (FPNDs) ocupam 56,5 milhões de ha na Amazônia Legal; destes, 16 milhões de ha são indevidamente sobrepostos por mais de 100 mil registros de CARs. Entre 2019 e 2021, mais da metade do desmatamento na Amazônia ocorreu em FPNDs.

De acordo com o IBGE, a área plantada ou destinada à agricultura na Amazônia Legal aumentou de 84.927 km² em 2000 para 224.782 km² em 2019. No mesmo período, a renda bruta total do setor pulou de R\$ 6,4 bilhões para mais de R\$ 84 bilhões. A soja é a cultura mais importante, com renda de R\$ 41,7 bilhões e área plantada de 124.947 km² na região. Além da conversão direta de floresta em soja, a cultura tem graves impactos “indiretos”: 1) o avanço da soja sobre pastagens impulsiona o aumento do desmatamento e da grilagem sobre novos terrenos destinados à pecuária e 2) a infraestrutura construída para exportar soja — como estradas e portos — provoca desmatamento massivo. A Amazônia Legal contabilizava 89,2 milhões de cabeças de gado com área de pastagem de 709.694 km² em 2019, concentrando quase 40% do rebanho nacional de bovinos.

Entre 2000 e 2020, o valor exportado de minérios da Amazônia Legal passou de US\$ 2,1 bilhões para US\$ 18,1 bilhões, com destaque para o minério de ferro (US\$ 14,37 bilhões/2020). O Pará responde por mais de 94% do total exportado de minérios da Amazônia Legal. A exportação de ouro aumentou significativamente na Amazônia Legal, atingindo US\$ 1,2 bilhão em 2020. A região concentra 93,7% dos garimpos no Brasil, com 132 áreas ilegais mapeadas. De 2010 a 2020, a área ocupada por garimpos dentro de unidades de conservação aumentou 301%. No caso das terras indígenas, o aumento foi de 495%, com as maiores áreas de garimpo em terras indígenas localizadas nos territórios Kayapó (7602 ha), Munduruku (1592 ha) e Yanomami (414 ha).

O tráfico de drogas se aproveita de rotas já abertas pela grilagem e agentes diretos do desmatamento via agronegócio e mineração. Somado à lavagem de dinheiro e outros ilegalismos produzidos pelos setores econômicos locais estão associadas a perda de cobertura florestal. Rotulada de “narcodesmatamento”, essas atividades incluem o reinvestimento dos lucros do tráfico de drogas na aquisição legal e ilegal de terras, desmatamento, criação de pastagens para gado e outras atividades agrícolas como soja e óleo de palma, além do financiamento de infraestrutura como pistas de pouso e estradas clandestinas.

Com mais de 8 mil assassinatos em 2022, a taxa de mortes violentas intencionais nos 9 estados da Amazônia Legal foi 50% maior do que no resto do país. O número de pessoas mortas

pela polícia cresceu 71% na Amazônia entre 2016 e 2021, comparado a 35% no resto do país. A população prisional da Amazônia aumentou 35,1% entre 2016 e 2022, comparado a 14,1% no resto do país.

Neste cenário desolador, o Brasil perde uma década na luta por justiça climática, ocupando a sexta posição no ranking dos maiores poluidores do planeta. Entre 2010 e 2021, houve aumento de 40,7% das emissões de gases de efeito estufa (GHG). O desmatamento e o mau uso da terra respondem por metade dessa poluição. A falta de controle territorial que é acentuado pelas dinâmicas produzidas em nome da lógica de proibição de determinadas substâncias psicoativa tornadas ilícitas, somada aos subsídios à expansão do uso de petróleo e gás na matriz energética, com planos de instalação em áreas sensíveis no norte do país, agrava o cenário climático e prejudica a transição brasileira rumo a uma economia de baixo carbono.

O incentivo permanente ao conflito tem sido elemento central na gestão das fronteiras amazônicas, pois mobiliza recursos importantes em políticas de segurança pública: sistemas de controle via satélite, operações policiais especiais e ações do exército brasileiro, além de uma série de recursos disponibilizados que, longe de permitirem saídas pacíficas e reparatórias, reforçam ciclos de violências, retirada de direitos e comprometimento da capacidade do Estado de atender suas comunidades mais vulnerabilizadas.

O tráfico e a violência associada aos mercados ilícitos de drogas são importantes vetores de corrupção, violência armada, degradação ambiental e violações de direitos humanos nos debates sobre o futuro da Amazônia e de todos os biomas e territórios do país. Na floresta, no campo e nas áreas urbanas, a proibição transforma o tráfico de drogas em moeda comum para todos os crimes, ameaçando a governança territorial e a adaptação a eventos climáticos extremos.

Para avançar em direção a um futuro mais justo e sustentável, é crucial adotar abordagens integradas que reconheçam e enfrentem essas interseções. Isso inclui reformar políticas de drogas para priorizar a saúde pública sobre a punição, promover políticas ambientais que considerem equidade e justiça social, e desenvolver estratégias climáticas que empoderem comunidades vulneráveis e reduzam sua exposição aos riscos ambientais. Além disso, é essencial garantir que as vozes das comunidades afetadas sejam ouvidas e que elas tenham participação ativa na formulação e implementação de políticas. Em suma, abordar a interseção entre política de drogas, racismo ambiental e justiça climática é essencial para construir um futuro onde todos possam viver com dignidade, segurança e igualdade de oportunidades.

AÇÕES PROPOSTAS:

1. Reduzir a violência armada, o encarceramento em massa e a crise de saúde mental associadas à proibição das drogas ilícitas requer um plano multissetorial baseado no direito à vida, no enfrentamento ao racismo estrutural e ambiental e no uso eficiente e inteligente de recursos do Estado.
2. Uma nova política de drogas deve ser incorporada aos planos de desenvolvimento socioeconômico, de uso da terra e de descarbonização da economia brasileira em direção à verdadeira justiça racial e climática.
3. Além da reforma nas legislações sobre drogas e de práticas de justiça restaurativa, outras medidas são possíveis a partir de legislações e programas já existentes, não dependendo de novas leis, mas da adequada implementação de políticas públicas.

12 propostas que amenizariam os efeitos da “guerra às drogas” no país:

1. Rever a Lei e as políticas de Drogas, respeitando a decisão do Supremo Tribunal Federal sobre o RE 635659 - inconstitucionalidade da criminalização do uso e porte para uso de cannabis - incluindo o arquivamento da PEC 45 aprovada pelo Senado Federal em abril de 2024;
2. Priorizar ações de inteligência contra o tráfico de armas e munições e crimes financeiros e contra a vida no âmbito das medidas de combate a organizações criminosas, além de combater a letalidade policial;
3. Ampliar e fortalecer as políticas de controle do comércio de armas e munições, bem como o funcionamento de clubes de atiradores (CACs) e promover campanhas de desarmamento;
4. Fortalecer e ampliar investimentos em políticas e programas educativos, afirmativos e de geração de renda voltados à juventude negra e periférica, essenciais para enfrentar o genocídio da população negra associado à proibição;
5. Acelerar a tramitação de projetos de lei sobre a regulamentação do cultivo, do associativismo e do uso adulto e medicinal de cannabis no Brasil, garantindo acesso universal ao medicamento via SUS;
6. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e programas de redução de danos, cuidado e tratamento em liberdade no campo da saúde mental nas estruturas vinculadas a prefeituras, governos estaduais e ao Ministério da Saúde;
7. Reduzir subsídios e ampliar a fiscalização sobre comunidades terapêuticas de cunho religioso;
8. Fortalecer e ampliar medidas de transferência de renda e redução de desigualdades socioeconômicas, incluindo a implementação integral da Lei da Renda Básica da Cidadania;
9. Priorizar e executar as diretrizes das políticas de redução de danos para lidar com pessoas em situação de rua, com foco em “moradia primeiro” e combate à violência racial, doméstica e de gênero;
10. Ampliar e acelerar a demarcação e homologação de terras indígenas, titulação de territórios quilombolas e a criação de áreas protegidas e reservas extrativistas, apoiando a gestão e autonomia comunitárias para proteger os territórios;
11. Implementar a Lei da Reforma Agrária e o Código Florestal, além de priorizar o combate a grilagem, em especial impedir o uso do Cadastro Ambiental Rural para fraudar títulos fundiários e a designação de finalidade e proteção para Florestas Públicas Não Destinadas; e
12. Elaborar e implementar políticas específicas de saúde mental, assistência e redução de danos para uso e abuso de drogas por pessoas de comunidades tradicionais florestais, quilombolas e ribeirinhas.

Referências Bibliográficas | II. Eixo 5 - Uso da terra e justiça climática

UNODC, 2023. Global report on cocaine 2023 - Local dynamics, global challenges. Acesso em: 01 ago 2024. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/cocaine/Global_cocaine_report_2023.pdf

Plataforma Sinal de Fumaça. Guia Amazônia Legal e o Futuro do Brasil – Um raio X dos 9 estados da região entre 2018-2022. Acesso em 01 ago 2024. Disponível em: <https://www.sinaldefumaca.com/especiais/guia-amazonia-legal-e-o-futuro-do-brasil-um-raio-x-do-s-9-estados-da-regiao-entre-2018-2022>

Stabile, A. Mortes na Amazônia Legal são 45%

maiores que a média nacional; cidades mais violentas estão no PA e em MT. Amazônia Legal. G1, 2023. Acesso em 25 fev 2024. Disponível em:

<https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/amazonia-legal/noticia/2023/11/30/mortes-na-amazonia-legal-sao-45percent-maiores-que-a-media-nacional-cidades-mais-violentas-estao-no-pa-e-e-mt.ghtml>.

Observatório do Clima. Acesso em 30 jul 2024. Disponível em: https://www.oc.eco.br/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwnqK1BhBvEiwAi7o0XyuY-QB2Q4OLN3iRlSLsKZDyPqgMXdCeubkcq28pB02c-dXHLi-1FTLhoCAmcQAvD_BwE

6. EIXO 6 - Capacitação e apoio técnico aos trabalhadores das redes de saúde (SUS) e socioassistencial (SUAS)

Para que profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) possam lidar no cotidiano com problemas relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas, é necessário que haja um processo contínuo de capacitação e apoio técnico. A ausência de formação específica, o estigma e o preconceito sobre o tema prejudicam a atuação dos trabalhadores na área, bem como o encaminhamento adequado dos casos.

A importância da educação permanente dentro do SUS está prevista na Lei Orgânica da Saúde de 1990, sendo que, em 2006, a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, destacou a necessidade de incluir os transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas como tema para a formação.

Apesar disso, historicamente, a formação na área de álcool e outras drogas para o setor da saúde foi insuficiente, sendo que profissionais que atuam em situações complexas acabavam não tendo ferramentas e conhecimento adequado para propor intervenções adequadas às diferentes circunstâncias. Além do campo da saúde, profissionais do SUAS identificam os problemas relacionados ao abuso de drogas como uma das principais dificuldades no trabalho cotidiano.

A aquisição de novos conhecimentos não se reduz a uma mera transmissão de conteúdos técnicos, sendo necessárias ferramentas, práticas e transmissão de informações alicerçadas no pressuposto da educação permanente em saúde (EPS) que entende as ações técnico-assistenciais cotidianas dos trabalhadores em suas equipes como pontos de partida de processos formativos. Uma revisão sistemática de avaliações brasileiras em saúde mental concluiu que a qualificação dos recursos humanos é fundamental para a melhoria da oferta dos serviços.

Em 2010, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) coordenou a implantação de Centros Regionais de Referência sobre Drogas (CRRs), visando contribuir com a formação de profissionais do SUS e SUAS e concretizar novas práticas de atuação. Os CRRs existiram entre 2010 e 2016, período em que as universidades que mantinham parcerias com a SENAD

desenvolveram atividades presenciais em todo o país.

A análise da implantação de 51 CRRs nas cinco regiões brasileiras identificou a potência da abrangência nacional dos centros, tendo como suporte a capilaridade das instituições públicas de ensino técnico e superior. Os seminários promovidos pelos CRRs e os projetos de intervenção nos territórios puderam cumprir sua função pedagógica e impactar a rede intersetorial. Os cursos também possuíam uma flexibilidade metodológica, conseguindo atender as diferentes realidades locais.

Nos últimos anos, ações relacionadas à formação continuada saíram o rol de prioridade do poder público, o que levou a um vácuo de cursos que poderiam tanto subsidiar a elaboração de políticas públicas, quanto auxiliar na atuação dos trabalhadores do SUS e SUAS.

Para além da formação, não podemos negligenciar a saúde mental dos trabalhadores do SUS e SUAS. Em meio às múltiplas adversidades que permeiam os territórios onde atuam, os profissionais de saúde mental e da rede socioassistencial se veem diante de desafios que transcendem a esfera individual. Em meio a esse contexto complexo, a relação entre o profissional e o usuário assume contornos particularmente desafiadores. Ao lidar com questões profundas e multifacetadas, como estigma, racismo, exclusão social e a falta de acesso a serviços básicos, o profissional se vê frequentemente confrontado com uma sensação de impotência diante das demandas apresentadas.

Espaços para discussões regulares com pessoas especializadas de confiança possibilitam uma compreensão mais profunda das dinâmicas relacionais e uma abordagem mais compassiva e reflexiva no manejo dos casos. Assim, aproveitar os espaços de formação para criar ambientes que ofereçam também um ambiente seguro e de apoio pode configurar uma estratégia inovadora na capacitação e cuidado dos profissionais do SUS e SUAS do nosso país. Dessa forma, o cuidado da saúde mental dos profissionais também é um desafio coletivo.

AÇÕES PROPOSTAS:

1. Reativar e fomentar os Centros Regionais de Referência em Política de Drogas (CRR);
2. Realizar seminários regionais e fomentar a troca e integração entre profissionais do SUS e SUAS para o desenvolvimento de um trabalho articulado no campo do uso nocivo de álcool e outras drogas;
3. Manter cursos à distância em parceria com universidades para disseminação de boas práticas e instrumentalização dos profissionais que atuam no SUS e SUAS; e
4. Criar dispositivos coletivos mediados por especialistas em saúde mental para que os trabalhadores do SUS e SUAS possam compartilhar suas experiências, mas também refletir sobre seus próprios desafios e limitações.

Referências Bibliográficas | II. Eixo 6 - Capacitação e apoio técnico aos trabalhadores rede de saúde (SUS) e socioassistencial (SUAS)

- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009
- Ceccim, RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface* 9(16):161-168, 2005
- Cordeiro, C. Agenda brasileira de política de drogas [livro eletrônico] / Chico Cordeiro, Andrea Domanico; organização Plataforma Brasileira de Política de Drogas. São Paulo: Iniciativa Negra Por Uma Nova Política Sobre Drogas : Plataforma Brasileira de Política de Drogas, 2024.
- Cunha, G. T. (2009). Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica (Dissertação de doutorado).
- Kanno, NP; Bellodi PL; Tess BH. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saude Soc.* 21(4):884-94, 2012
- Mota, DCB; Cruvinel, E; Paiva, FS; Gomide, HP; Souza, ICW; Martins, LF; Silveira, PS; Ronzani, TM. Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. *Interface* 19(53):395-404.2015
- Vecchia, MD; Lima Junior, JM; Silva, EA; Ronzani, TM. Centros Regionais de Referência: análise da implementação nacional de processos formativos sobre álcool e outras drogas. *Violência e Prevenção. Ciênc. saúde coletiva* 26 (supl 3): 4981-4991, 2021.

7. EIXO 7 - Pesquisa e produção de conhecimento

Os levantamentos epidemiológicos nacionais são fundamentais para diagnosticar o panorama do consumo de drogas, tanto na população em geral quanto em grupos específicos, proporcionando dados essenciais para a formulação de políticas públicas baseadas em evidências científicas atualizadas.

Esses dados precisam ser constantemente monitorados, permitindo uma compreensão aprofundada das mudanças ao longo do tempo. Isso inclui a análise da prevalência do uso de drogas, o surgimento de novas substâncias, variações nos padrões de consumo, bem como a identificação de fatores de risco e proteção. Além disso, é crucial observar as populações mais vulneráveis, como adolescentes e jovens, pessoas em situação de rua, indivíduos privados de liberdade e adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

No Brasil, os primeiros levantamentos sobre uso de drogas foram realizados com estudantes do ensino fundamental e médio em diferentes capitais brasileiras, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997.

A série de estudos permitiu detectar a tendência do aumento do uso de diferentes drogas na vida, como a cannabis, ansiolíticos, anfetaminas e cocaína. Em 2005 e 2010, foram realizados outros dois levantamentos nacionais com os estudantes do ensino fundamental e médio.

Reconhecendo a importância de compreender também o cenário do uso de drogas entre crianças e adolescentes que não frequentavam a escola, o CEBRID realizou diferentes levantamentos com crianças e jovens em situação de rua nos anos de 1987, 1989, 1993, 1997 e, finalmente, em 2003. As quatro primeiras edições ocorreram em seis capitais do Brasil e, em 2003, foi realizado o primeiro levantamento nacional nas 27 capitais brasileiras. Por fim, foi realizado pela Faculdade de Medicina da USP o primeiro e único levantamento nacional entre a população de estudantes universitários, publicado em 2010.

No que se refere à população geral, em 200, foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico de base domiciliar pelo CEBRID, com abrangência nacional. Posteriormente, diferentes instituições acadêmicas realizaram novos levantamentos com a população geral usando metodologias distintas de coleta e análise dos dados. Entre as quais, a Unidade de Pesquisa em Álcool e outras Drogas (UNIAD), também da UNIFESP, e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A Fiocruz coordenou três levantamentos nacionais, sendo o último, publicado em 2017, considerado o mais completo, incluindo municípios de pequeno porte e de zonas de fronteira. Os resultados revelaram que 3,2% dos brasileiros usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, o equivalente a 4,9 milhões de pessoas. Esse percentual é maior entre os homens (5%), sendo que entre as mulheres é de 1,5%; no grupo de jovens, entre 18 e 24 anos, 7,4% consumiram drogas ilegais no ano anterior.

A substância ilícita mais consumida no Brasil foi a cannabis: 7,7% dos brasileiros de 12 a 65 anos já a usaram ao menos uma vez na vida. Em segundo lugar, a cocaína em pó foi consumida por 3,1% dos entrevistados pelo menos uma vez na vida.

É importante destacar que, apesar da grande importância para conhecer a realidade nacional, inquéritos domiciliares não captam o uso de drogas por determinadas populações, como as que estão em presídios, em unidades de internação do sistema socioeducativo, em abrigos ou que estão em situação de rua.

Nesse sentido, foi de grande relevância a pesquisa nacional sobre o uso de crack realizada pela Fiocruz com o apoio da SENAD, lançada em 2014. O estudo constatou que 370 mil pessoas, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, eram usuárias regulares de crack e/ou de formas similares de cocaína fumada (pasta-base, merla e oxi), totalizando 35% do total de consumidores de drogas ilícitas, com exceção da cannabis.

Ainda que tenha havido diferentes levantamentos nacionais desde o final dos anos 1980, é possível verificar a escassez de pesquisas recentes e sequenciais que permitam monitorar as tendências relacionadas à frequência de uso de drogas, identificar as substâncias mais consumidas ao longo do tempo, rastrear o surgimento de novas substâncias, apontar as diferenças quanto ao consumo entre os gêneros, faixa etária, escolaridade, condição socioeconômica, entre outros dados epidemiológicos. Também são fundamentais os estudos com populações vulneráveis para que possam ser planejadas políticas públicas consistentes, coerentes com os indicadores mais relevantes apontados pelos dados empíricos.

Apesar de sua importância, o eixo da pesquisa e produção de conhecimento foi profundamente atingido nas duas últimas gestões do governo federal. Houve um verdadeiro “apagão” de dados, especialmente durante a pandemia da covid-19, e um desinvestimento no desenvolvimento de pesquisas, sendo o campo das drogas diretamente afetado pelo negacionismo científico.

Neste sentido, é premente que haja investimentos em novos levantamentos e estudos para que seja possível conhecer a realidade nacional relacionada ao padrão de uso de drogas da população geral e de grupos específicos. Também é fundamental que pesquisas sejam realizadas relacionadas aos demais eixos deste documento, nas áreas de prevenção ao uso problemático de drogas, uso terapêutico e medicinal de cannabis, impacto da política de drogas em grupos vulnerabilizados, assim como a investigação sobre novas drogas psicoativas.

AÇÕES PROPOSTAS:

1. Promover, por meio de editais, seguimento dos levantamentos domiciliares nacionais;
2. Fomentar pesquisas de tendência com foco na população de mulheres, adolescentes, além da carcerária e de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, indígenas, e população em situação de rua;
3. Fomentar a realização de pesquisa em âmbito nacional para desenvolver diretrizes baseadas em evidências científicas para a prevenção do uso de cigarros eletrônicos, assim como para as novas drogas sintéticas por adolescentes e adultos jovens;
4. Manter e fortalecer o PROCAD - Ação de Apoio à Cooperação Acadêmica - Políticas sobre Drogas, iniciativa de colaboração entre a Capes e a SENAD, do MJSP, com o objetivo de fortalecer a cooperação acadêmica;
5. Lançar edital com foco em investigações científicas sobre uso terapêutico e medicinal da cannabis;
6. Intensificar o monitoramento do impacto das substâncias psicoativas na saúde pública faz-se necessário devido à aceleração das mudanças regulatórias e aos testes clínicos com as substâncias;
7. Lançar edital para investigar novas drogas psicoativas;
8. Fortalecer a capacidade nacional de coleta de dados, assim como o monitoramento e análise do problema nacional relacionado ao uso de drogas, que, por sua vez facilitará o desenvolvimento de políticas e programas baseados em evidências, compatíveis com os direitos humanos e sensíveis às questões de gênero e raça; e
9. Restabelecer e fortalecer o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID).

Referências Bibliográficas | II. EIXO 1 - Políticas de Cuidado e Atenção

ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. C. A. V.; OLIVEIRA, L. G. I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Brasília: SENAD; OBID; GREA/IPQ-HCFMUSP, 2010. BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Relatório Brasileiro sobre Drogas. Brasília: SENAD, 2009.

BASTOS FIPM, VASCONCELLOS MTLTD, DE BONI RB, REIS, NBD, COUTINHO CFDS. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ; 2017.

BASTOS, F. I; BERTONI, N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? / organizadores: Francisco Inácio Bastos, Neilane Bertoni. – Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – 6. ed. – Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R.;

CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: Páginas & Letras, 2007.

CARLINI, E. A.; NOTO, A. R.; SANCHEZ, Z. M. VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes de ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2010. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2003.

CORDEIRO, C. Agenda brasileira de política de drogas [livro eletrônico] / Chico Cordeiro, Andrea Domanico; organização Plataforma Brasileira de Política de Drogas. São Paulo: Iniciativa Negra Por Uma Nova Política Sobre Drogas : Plataforma Brasileira de Política de Drogas,

NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, C. M. A.; MASTROIANI, F. C.; GALDURÓZ, J. C.; BATTISTI, M. C.; CARLINI, E. A. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2003.