



Universidade de Brasília
Faculdade de Direito

Proibicionismo e poder regulatório: uma análise do processo de classificação de substâncias

Milena Karla Soares

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria Zackseski

Brasília, 2016.



Universidade de Brasília
Faculdade de Direito

Proibicionismo e poder regulatório: uma análise do processo de classificação de substâncias

Milena Karla Soares

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria Zackseski

Monografia apresentada ao Departamento de Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Direito.

Brasília, 2016.

Universidade de Brasília
Faculdade de Direito

Monografia apresentada ao Departamento de Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Direito:

Proibicionismo e poder regulatório: uma análise do processo de
classificação de substâncias

Milena Karla Soares

Aprovado por:

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Zackseski

Prof. Dr. Alexandre dos Santos Cunha

Prof. Betuel Virgílio Mvumbi

Brasília, 18 de março de 2016.

Agradecimentos

Aos membros da banca examinadora e à querida orientadora, pelas valiosas observações e pelos incentivos à continuidade da investigação.

À Coordenação de Produtos Controlados da ANVISA, pela colaboração e disponibilização dos processos sem os quais não seria possível realizar esse trabalho.

Aos amigos e amigas do Ipea, obrigada por ouvirem minhas questões de pesquisa e compartilharem um pouco de seu conhecimento comigo.

Aos desnecessári@s com quem tanto aprendo, obrigada por fazerem a diferença em minha vida.

Às comadres, obrigada pela cumplicidade, cuidado e amizade que trazem leveza ao dia a dia.

À minha irmã, obrigada pelo afeto e companheirismo da vida toda.

Aos meus pais, palavras não são suficientes para agradecer por seu amor e sua presença.

Gratidão pelo caminho e pelas pessoas que caminharam comigo.

Gratidão pela oportunidade de trabalhar com um tema que há muito tempo me instiga e de contribuir minimamente para o debate.

Resumo

Esse trabalho tem como objetivo mapear o processo decisório e identificar os atores e fundamentos da produção normativa regulatória no âmbito das políticas públicas sobre drogas, consubstanciadas na edição e atualizações da Portaria SVS/MS nº 344/1998, que define as regras para substâncias de controle especial e substâncias proibidas no Brasil, e complementam o sentido da Lei 11.343/2006. Foi realizada uma análise empírica para elucidar os seguintes pontos: se os atos praticados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA estão adstritos à necessidade de acompanhar as atualizações das listas das convenções internacionais sobre o tema; de quem é a iniciativa do processo de inclusão de substâncias; quais as etapas do processo; se são utilizados instrumentos de participação social, transparência decisória e *accountability*; quais são as fontes consultadas para subsidiar a decisão e quais os principais motivos relatados nos pareceres técnicos.

Palavras-chave: Criminologia. Proibicionismo. Direito Penal. Direito Regulatório. Agência Reguladora. Drogas. Saúde Pública. Segurança pública.

Abstract

This work aims to map the decision making process and identify actors and foundations of regulatory normative acts within public policy about drugs, consubstantiated in the edition and updates of Ordinance SVS/MS nº 344/1998, which defines rules to substances under special control and forbidden substances in Brazil, and complement the meaning of Law 11.343/2006. An empirical analysis was made to elucidate the following issues: if the acts of National Agency for Sanitary Vigilance - ANVISA are attached to the actualizations of the lists of the international conventions about the theme; to whom belongs the initiative of the inclusion process of substances; what are the process steps; if social participation, decisional transparency and accountability mechanisms are used; which are the consulted sources to subsidize the decision and which are the main reasons related in the technical reports.

Key-words: Criminology. Prohibition. Criminal Law. Regulatory Law. Regulatory Agency. Drugs. Public Health. Public Security.

Sumário

Introdução	7
1. O bem jurídico tutelado nas políticas sobre drogas: saúde pública.....	11
1.1. Saúde e saúde pública: conceitos	11
1.2. Breve histórico da saúde pública e vigilância sanitária no Brasil	13
1.3. A toxicomania, os higienistas e o proibicionismo.....	16
2. O proibicionismo no contexto do paradigma securitário	22
2.1. De um problema de saúde pública à questão de segurança nacional	22
2.2. A constatação do fracasso: vozes contra o proibicionismo	24
3. Fundamento jurídico-positivo do poder regulador na definição das substâncias ilícitas	28
3.1. Análise da Lei nº 11.343/2006 e respectiva regulamentação	28
3.2. Fundamentos jurídicos da Portaria SVS/MS nº 344/1998	32
3.3. Direito internacional positivo: listas de substâncias sobre controle internacional e seu processo de atualização	34
4. Atuação da agência reguladora: teoria e prática.....	39
4.1. Agências reguladoras: conceito, transparência e <i>accountability</i>	39
4.2. A (in)existência de discricionariedade da agência reguladora	41
4.3. Análise empírica das atualizações da Portaria SVS/MS nº 344 de 12 de maio de 1998	42
Conclusão	48
Referências bibliográficas	50
Apêndices	52
Apêndice 1. Análise da Lista F1 da Portaria SVS/MS nº 344/1998	52
Apêndice 2. Análise da Lista F2 da Portaria SVS/MS nº 344/1998	54
Apêndice 3. Análise da Lista F3 da Portaria SVS/MS nº 344/1998	60
Apêndice 4. Análise da Lista E da Portaria SVS/MS nº 344/1998	61

Introdução

Em outubro de 2013 o juiz de direito substituto Frederico Ernesto Cardoso Maciel, da 4ª Vara de Entorpecentes do Distrito Federal, absolveu réu acusado de trazer porções de maconha consigo para fins de difusão ilícita em complexo penitenciário. A conduta estava corretamente tipificada (art. 33, caput, cc art. 40, III, todos da lei 11.343/2006) e os fatos eram incontroversos, sendo confirmados por testemunhas e pelo próprio acusado. O juiz absolveu o réu a despeito da presença de materialidade e autoria, utilizando-se de um fundamento um tanto quanto inusitado e rompendo com longa tradição de decisões anteriores sobre a matéria.

O fundamento da absolvição foi a ilegalidade e inconstitucionalidade da Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Essa portaria complementa o sentido da Lei 11.343/2006, que prescreve, em seu art. 1º, Parágrafo único: “[...] consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União”.

No caso, o Ministério da Saúde, por meio da portaria 344/1998, com o objetivo de complementar a norma do art. 33, caput, da lei 11343/06, estabeleceu um vastíssimo rol de substâncias sujeitas a controle e, sem qualquer justificativa constante na referida portaria, na lista F, proibiu, entre outras, o THC.

O ato administrativo, em especial o discricionário restritivo de direitos, diante dos direitos e garantias fundamentais e também dos princípios constitucionais contidos no art. 37 da Constituição da República devem ser devidamente motivados, sob pena de permitir ao Administrador atuar de forma arbitrária e de acordo com a sua própria vontade ao invés da vontade da lei.

A portaria 344/98, indubitavelmente um ato administrativo que restringe direitos, carece de qualquer motivação por parte do Estado e não justifica os motivos pelos quais incluem a restrição de uso e comércio de várias substâncias, em especial algumas contidas na lista F, como o THC, o que, de plano, demonstra a ilegalidade do ato administrativo.

Sem motivação, tal norma fica incapaz de poder complementar a norma penal do art. 33, caput, da lei 11343/06.

Ademais, ainda que houvesse qualquer justificativa ou motivação expressa do órgão do qual emanou o ato administrativo restritivo de direitos, a proibição do consumo de substâncias químicas deve sempre atender aos direitos fundamentais da igualdade, da liberdade e da dignidade humana.

Soa incoerente o fato de outras substâncias entorpecentes, como o álcool e o tabaco, serem não só permitidas e vendidas, gerando milhões de lucro para os empresários dos ramos, mas consumidas e adoradas pela população, o que demonstra também que a proibição de outras substâncias entorpecentes recreativas, como o THC, são fruto de uma cultura atrasada e de política equivocada e violam o princípio da igualdade, restringindo o direito de uma grande parte da população de utilizar outras substâncias. [...] (Processo 2013.01.1.076604-6, Ação Penal, 4ª Vara de Entorpecentes do Distrito Federal)

A Portaria SVS/MS foi considerada ilegal pela ausência de motivação e justificativa, e inconstitucional por violar o princípio da igualdade, liberdade e dignidade humana. Para o juiz, há incoerência no fato de algumas substâncias entorpecentes, como álcool e tabaco, serem permitidos, vendidos e adorados pela população, enquanto outras substâncias de mesma natureza têm seu uso recreativo proibido.

Posteriormente a sentença foi reformada pelo Tribunal de Justiça, que declarou inexistir ilegalidade da Portaria 344/1998:

APELAÇÃO CRIMINAL - CRIME DE TRÁFICO DE ENTORPECENTES - ART. 33, CAPUT, C/C ART. 40, III, DA LEI N.11.343/06 - SENTENÇA ABSOLUTÓRIA - RECURSO DO MPDFT - MATERIALIDADE E AUTORIA COMPROVADAS - SENTENÇA REFORMADA. 1. Comprovado que o réu transportou droga para dentro de estabelecimento prisional com o fim de fornecê-la a terceira pessoa, correta se apresenta a sua condenação como incurso no crime tipificado no artigo 33, caput, c/c artigo 40, III, ambos da Lei nº 11.343/06. 2. Inexiste ilegalidade na Portaria 344/1998 da Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde, sendo válida a relação de substâncias ali constantes. Assim, a traficância do THC, constante da aludida Portaria se subsume ao tipo penal descrito no art. 33, caput, da Lei 11.343/06. 3. Recurso conhecido e provido. (Acórdão n.756573, 20130110766046APR, Relator: HUMBERTO ADJUTO ULHÔA, Revisor: NILSONI DE FREITAS, 3ª Turma Criminal, Data de Julgamento: 30/01/2014, Publicado no DJE: 05/02/2014. Pág.: 213)

Essa decisão gerou grande repercussão na imprensa. O juiz titular da vara, Aimar Neres de Matos, criticou publicamente a decisão no jornal O Globo, afirmando que a decisão não tem respaldo da vara de entorpecentes e não mostra uma tendência de mudança de pensamento do poder judiciário (PIERRY, 2014). Se o entendimento do juiz Cardoso Maciel tivesse sido mantido, poderia levar a grandes transformações sociais. Seu rompimento com a tradição jurídica coaduna-se com o atual debate e questionamento dos pressupostos proibicionistas que embasam nossa legislação atual.

Em defesa do juiz, o deputado federal Jean Willys escreveu em artigo na Carta Capital: “Ele merece ser parabenizado pela coragem, num país com governantes, parlamentares e agentes da justiça que calam a boca ou são cúmplices de uma política de guerra às drogas que só traz violência, preconceito, estigmatização e a morte de milhares de crianças e jovens pobres das favelas, além de interferir nas liberdades individuais” (WILLYS, 2014). Posteriormente, esse mesmo deputado propôs o projeto de lei 7.270/2014, cuja ementa está assim descrita:

Regula a produção, a industrialização e a comercialização de Cannabis, derivados e produtos de Cannabis, dispõe sobre o Sistema Nacional de

Políticas Públicas sobre Drogas, cria o Conselho Nacional de Assessoria, Pesquisa e Avaliação para as Políticas sobre Drogas, altera as leis 11.343, de 23 de agosto de 2006, 8.072, de 25 de julho de 1990, e 9.294, de 15 de julho de 1999 e dá outras providências.

O art. 1º (caput e §1º) do projeto de lei destina-se unicamente a declarar que fica permitida a produção e comércio de *cannabis*, retirando a substância da lista de substâncias proscritas da ANVISA.

Artigo 1º - Autoriza-se, nas condições estabelecidas pela presente lei, a produção e comércio de Cannabis, derivados e produtos de Cannabis, em todo o território nacional, e estabelece-se a obrigatoriedade do registro, da padronização, da classificação, da inspeção e da fiscalização de tais atividades. § 1º A Cannabis, derivados e produtos de Cannabis passam a ser considerados “drogas lícitas”, deixam de integrar a lista de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e passam a ser regidos por esta lei.

Esse espaço para debate também surgiu no Senado, onde a Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa conduziu uma série de audiências a respeito da regulamentação da *cannabis sativa*, a fim de debater a Sugestão (popular) nº 8/2014, que trata da regulamentação do uso recreativo, medicinal ou industrial da maconha. O parecer final da comissão, apresentado em setembro de 2015, infere que a possibilidade de regulação desse produto pode trazer benefícios e não representa necessariamente uma ruptura ou ameaça à vida social, e aponta para o caminho da legalização controlada, com a regulação de todo o processo, da produção e oferta à posse e consumo, sujeita ao controle e fiscalização pelo Estado (BRASIL, 2015).

Com relação à decisão do juiz Cardoso Maciel, independentemente de que a Portaria SVS/MS nº 344/1998 seja considerada legal ou ilegal, constitucional ou inconstitucional, constata-se o fato de que não há clareza perante a sociedade quanto aos motivos que embasam os atos de regulação.

A investigação realizada nesse trabalho insere-se nesse contexto. Trata-se de um trabalho eminentemente empírico, cujo objetivo geral é mapear o processo decisório e identificar os atores e fundamentos da produção normativa regulatória no âmbito das políticas públicas sobre drogas, consubstanciadas na edição e atualizações da Portaria SVS/MS nº 344/1998, que define as regras para substâncias de controle especial e substâncias proibidas no Brasil, e complementam o sentido da Lei 11.343/2006.

O trabalho está estruturado da seguinte forma: no capítulo 1, procura-se demonstrar como o proibicionismo surge como medida de saúde pública relacionada aos conceitos de polícia sanitária e higienismo - conceitos que já não cabem em nossos

dias atuais. O capítulo 2 discorre sobre como as drogas deixam de ser um problema de saúde pública para se tornar uma questão de segurança nacional e apresenta uma revisão bibliográfica sobre o tema, apresentando opiniões e achados de autores que se posicionam contra o proibicionismo e em prol de mudanças do atual modelo. O capítulo 3 busca identificar o fundamento jurídico-positivo da competência da ANVISA para atualização das listas de substâncias proibidas, bem como atores, mecanismos e responsabilidades do processo de atualização, tanto na legislação pátria quanto nas convenções de direito internacional. No capítulo 4 apresentam-se teorias sobre a atuação do agente regulamentador e os achados da investigação empírica dos processos de inclusão de substâncias nas listas da Portaria SVS/MS nº 344/1998.

1. O bem jurídico tutelado nas políticas sobre drogas: saúde pública

1.1. Saúde e saúde pública: conceitos

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Art. 6º da Constituição Federal)

Atualmente o Estado atua de diversas formas para promover a saúde, por meio de políticas públicas de profilaxia, planos de ação para combate a epidemias, fiscalização de portos e navios, instituição de padrões e regras para medicina, medicamentos, alimento, entre outras ações. A saúde é um direito social assegurado pela Constituição Federal em seu artigo 6º, sendo ao mesmo tempo uma norma programática e um direito individual.

Mas nem sempre foi assim: o jornalista e escritor Eduardo Bueno (2005) nos recorda de alguns exemplos que demonstram o quanto nosso país já sofreu em decorrência da ausência do Estado na área de saúde pública: inúmeras epidemias (como as de febre amarela, que deu ao Brasil a fama de "túmulo dos estrangeiros"; de varíola, que de uma só vez dizimou um terço da população do porto de Santos, entre os anos de 1562 e 1563; de peste bubônica e outras moléstias diversas); charlatanismo no exercício da medicina e na produção e venda de medicamentos; adulteração e falsificação de alimentos; bem como a inexistência de saneamento básico (abastecimento de água, disposição de esgoto, coleta e tratamento de lixo) - problemas que infelizmente permanecem até hoje em algumas localidades.

Saúde, na definição da Organização Mundial de Saúde - OMS, é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade" (Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde como adotada na Conferência Internacional de Saúde de Nova Iorque de 1946).

Para Moacyr Scliar (2002, p. 94) essa definição deve ser analisada em duas partes: a primeira parte ("um estado completo de bem-estar físico, mental e social") é considerada como "pouco operacional", por designar conceitos demasiado abstratos e não quantificáveis, ao passo que a segunda parte ("não somente a ausência de enfermidade") busca ampliar o conceito ao contrapor-se a uma percepção

historicamente arraigada de que saúde seria tão somente a ausência de doença. Para o autor, saúde e enfermidade são momentos distintos de um mesmo processo. O Estado pode intervir em vários momentos desse processo saúde-enfermidade. Para os indivíduos sadios podem ser dirigidas ações de profilaxia contra doenças (vacinas) e promoção de saúde (medidas educativas, disponibilidade de saneamento básico, nutrição adequada). Para os indivíduos doentes, mas não diagnosticados, podem ser dirigidas ações para diagnóstico precoce, e para os indivíduos doentes e diagnosticados deve ser oferecido o tratamento médico adequado.

A Saúde Pública surge como ciência no contexto de centralização da autoridade do Estado, e por conseguinte a necessidade de produção e monitoramento de estatísticas sobre a população, em especial a aplicação estatística em epidemiologia, definida como "o estudo dos fatores que condicionam o surgimento e a distribuição de doenças e de agravos à saúde (como acidentes) em populações e aplicação desses estudos ao controle dos problemas de saúde" (SCLiar, 2002, p. 70).

Na definição clássica elaborada por Charles-Edward Amory Winslow (1920), fundador do Departamento de Saúde Pública da Universidade de Yale, Saúde Pública é:

A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

O Estado pode atuar em saúde pública de diversas maneiras. Scliar (2002, p. 100-101) identifica cinco possibilidades: (i) ação governamental ampla, que implica verdadeira transformação social como forma decisiva de erradicação da miséria, da desnutrição e do analfabetismo; (ii) ação governamental restrita, que pode ser exercida por um setor governamental - por exemplo, um programa de vacinação contra a poliomielite, conduzido pelo Ministério da Saúde; (iii) ação profissional em relação ao paciente, de que é exemplo a consulta médica; (iv) ação de auxiliar em relação à pessoa, um exemplo da qual é a vacinação; (v) ação individual, como os exercícios físicos, os hábitos sadios. Para o autor, o primeiro e o último níveis são os de mais difícil execução. O primeiro implica em transformações sociais radicais, que ocorreram poucas vezes na história, sempre em meio a conflitos. O último implica mudar o

comportamento individual, associado a crenças, atitudes, hábitos arraigados e outros fatores complexos, como dependência química.

Embora o tema políticas de drogas sempre suscite debates acalorados, em que os interessados colocam-se em polos opostos, é preciso reconhecer e ressaltar a existência de consensos entre as posições aparentemente conflitantes. Espera-se que haja um consenso mínimo na sociedade sobre qual deve ser a finalidade última da política de drogas: promoção da saúde pública.

Tendo em mente esses conceitos de saúde e saúde pública, a próxima seção busca fazer uma retrospectiva histórica de como se deu a ampliação do papel do Estado em saúde pública e vigilância sanitária no Brasil, e, na sequência, como esses fatos se relacionam com as leis proibicionistas.

1.2. Breve histórico da saúde pública e vigilância sanitária no Brasil

A chegada da família real portuguesa ao Brasil e a "abertura dos portos brasileiros às nações amigas", em 1808, é considerada o marco histórico do surgimento da vigilância sanitária no Brasil. Eduardo Bueno (2005, p. 83-84) afirma que, de fato, a partir desse momento foram impostos controles mais efetivos dos portos, navios e passageiros, lembrando que a vigilância de portos (e aeroportos) é ainda hoje uma das principais atribuições da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Outros desdobramentos relacionados à saúde pública são de igual relevância, tal como a criação do cargo "físico-mor do reino e das províncias além-mar", exercido pelo Dr. Manuel Vieira da Silva, cujas atribuições incluíam, entre outras, a fiscalização de serviços médicos e higiênicos, análise e aprovação de medicamentos e gêneros alimentícios e a fiscalização sanitária dos portos, bem como o cargo de "cirurgião-mor do reino e dos domínios ultramarinos", exercido por José Correia Picanço.

Rita de Cássia Cavalcante Lima (2009, p. 148) relata que entre a Independência do Brasil (1822) e o advento da República (1889), foram editados três Códigos de Posturas da Câmara Municipal do Rio de Janeiro (1832, 1850 e 1882), que definiram restrições, fluxos e competências institucionais para o comércio e o uso dos fármacos alcalóides no país, e regras para o exercício da medicina:

No primeiro, foi exigido que os médicos tivessem seus diplomas registrados na Câmara do Rio de Janeiro, sem os quais não poderiam exercer a profissão, bem como a ascendência do recente curso de Medicina e Farmácia para o controle das prescrições dos farmacos.

[...]

Dezoito anos depois, em 1850, a Junta de Higiene Pública elaborou novo código, face às epidemias de varíola, gripe e febre amarela, e trouxe para si competências para a habilitação dos cursos de Medicina e Farmácia, para o registro dos profissionais dessas áreas e a produção da lista de medicações, em particular, aquelas consideradas “venenosas”, os *pharmacos*.

[...]

Seguindo a trilha moderna das especializações, a Junta de Higiene Pública publicou trinta e dois anos depois, em 1882, o novo Código de Posturas, onde manteve as posições anteriores e discriminou um rol maior de medicamentos, onde se assumia, ainda, a ambivalência permanente dos *pharmacos* – de “cura” e “veneno”. (LIMA, 2009, p. 148-150)

No final do século XIX e início do século XX observou-se o nascimento e fortalecimento do movimento sanitarista no Brasil, cujos fundamentos remontam ao conceito de polícia sanitária alemão (BUENO, 2005, p. 81). Trata-se de um movimento político e reformista, que congregou grandes nomes como Oswaldo Cruz, Adolfo Lutz, Vital Brasil, Emílio Ribas e Carlos Chagas. O movimento ganha força a partir de 1889 com a proclamação da República, e, em particular, a partir de 1903, com a ocupação do cargo de diretor-geral de saúde pública por Oswaldo Cruz, o maior nome da história da vigilância sanitária no Brasil, apelidado por seus inimigos de "o Nero da Higiene", "o Czar dos Mosquitos" (BUENO, 2005, p. 95).

Eduardo Bueno (2005) relata que durante a segunda metade do século XVIII se cristalizou, inicialmente na Alemanha, o ideal de forte intervenção do Estado na área de saúde pública. Nesse contexto, surge a expressão "polícia médica", associada a um modo de governar autoritário e paternalista, e utilizada pela primeira vez em 1764 por Wolfgang Rau. A respeito dessa expressão, afirma o autor:

Não foi por acaso que tal conceito surgiu justo na Alemanha e naquela época. Ele era fruto de uma doutrina de governo fortemente centralizadora, que correspondia às necessidades da política econômica e da forma de administração dos estados alemães em fins do século 18 e início do 19. [...]

Ao longo dos anos seguintes, a proposta de "polícia médica" e "polícia sanitária" continuou se desenvolvendo, sempre com base em leis e regulamentos progressivamente intrusivos na vida dos cidadãos e na vida urbana dos grandes centros. As medidas tomadas se relacionavam com a prevenção de doenças contagiosas, higiene pré-natal, cuidados com o parto, qualidade dos alimentos, limpeza das ruas, pureza do ar, assistência médica e combate ao charlatanismo. A seu modo, tudo isso seria aplicado no Brasil. (BUENO, 2005, p. 78-79)

Os sanitaristas têm o mérito de haver colocado em prática diversas reformas, aparelhando o Estado de modo a possibilitar a pesquisa e produção científica médica, promover ações profiláticas e combater surtos epidêmicos. As reformas não ficaram restritas às capitais e litoral: ocuparam-se também em conhecer e tratar as

doenças do interior do país. Em 1918 foi instituída a Liga Pró-Saneamento do Brasil, simbolizada pelo caipira "Jeca Tatu", personagem criada por um de seus membros, Monteiro Lobato.

Um marco desse período é o Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923, que aprovou o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, conhecido como Regulamento Sanitário Federal ou "Reforma Chagas". Esse decreto ampliou sobremaneira os poderes de fiscalização e normatização do departamento, sendo o primeiro a incorporar o termo "vigilância sanitária" (BUENO, 2005, p. 136-137).

Para implementar essas reformas, os sanitaristas enfrentavam grande oposição política e popular. As reformas foram executadas de forma centralizada, autoritária e elitista. Palavras como campanha, estratégia e alvo são muito presentes no jargão dos sanitaristas, como se estivessem em guerra (SCLIAR, 2002, p. 118). Até mesmo o uniforme dos agentes de saúde inspirava-se nos uniformes militares. Afirma Moacyr Scliar: "Os conflitos que daí resultam acabam por comprometer o próprio termo 'sanitarismo', que passou a designar um viés semiautoritário, semifanático, de encarar a questão da saúde pública" (SCLIAR, 2002, p. 119).

O maior exemplo de resistência popular às iniciativas é a Revolta da Vacina, em 1904 no Rio de Janeiro. O único modo de conter a epidemia de varíola seria com a vacinação em massa, entretanto a população mal informada sobre os efeitos da vacina se recusava a recebê-la. Além disso, a população desconfiava das reais intenções do governo ao fazer uma política desse tipo, logo após o episódio do "bota-abaixo" dos cortiços da área central, para que dessem lugar a um projeto de reurbanização que ignorava as classes menos favorecidas. O decreto que concedia às brigadas o direito de entrar nas residências e vacinar as pessoas à força ou levá-las presas foi o estopim da revolta, que durou seis dias.

O historiador Nicolau Sevcenko, citado por Bueno (2005, p. 113), relata que na perspectiva das autoridades, o levante ocorreu devido à ignorância da população. Seria um levante irracional, comparável ao episódio de Canudos, de gente rude, com mentes obsoletas, incapazes de compreender o sentido do progresso, um obstáculo ao progresso e à República.

Nesse contexto da louvável e necessária ampliação do papel do Estado na promoção da saúde pública, porém com um viés de "polícia sanitária" autoritária e paternalista, surgem as primeiras iniciativas proibicionistas que serão descritas na próxima seção.

1.3. A toxicomania, os higienistas e o proibicionismo

As Partes,
Preocupadas com a saúde física e moral da humanidade,
Reconhecendo que o uso médico dos entorpecentes continua indispensável para o alívio da dor e do sofrimento e que medidas adequadas devem ser tomadas para garantir a disponibilidade de entorpecentes para tais fins,
Reconhecendo que a toxicomania é um grave mal para o indivíduo e constitui um perigo social e econômico para a humanidade,
Conscientes de seu dever de prevenir e combater esse mal,
Considerando que as medidas contra o uso indébito de entorpecentes, para serem eficazes, exigem uma ação conjunta e universal, [...] (Prêambulo da Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961)

O historiador Jean Marcel Carvalho França (2015, p. 29-30) observa que as primeiras medidas proibicionistas tomadas no Brasil iniciaram-se durante o século XIX e destinaram-se a controlar a produção, comércio e uso de *cannabis*. Em 1830 a Câmara Municipal do Rio de Janeiro estabelece a seguinte interdição: "É proibida a venda e uso do pito de pango¹, bem como a conservação dele em casas públicas; os contraventores serão multados, a saber: o vendedor em 20 mil réis, e os escravos e mais pessoas que dele usarem, em oito dias de cadeia". A Câmara de Santos, em 1870, também estabeleceu a proibição de "venda e uso do pito de pango e outras substâncias venenosas para cachimbar e fumar", impondo aos transgressores multa de 10 mil réis e quatro dias de reclusão. O exemplo foi seguido por Campinas, em 1876, e dezenas de outras cidades brasileiras tomariam medidas semelhantes.

Tais medidas tinham como objetivo controlar os hábitos dos escravos e da população mais pobre. Havia uma percepção de que esse hábito representava um grande perigo para a sociedade e para a produção, pois estava associado a preguiça, vadiagem, prostração, estupidez, loucura e violência. França (2015, p. 34) afirma que havia um enorme empenho de médicos, psiquiatras e juristas em associar o canabismo a comportamentos excessivos.

Um dos mais atuantes combatentes do vício da *cannabis* no Brasil foi o médico e político José Rodrigues da Costa Dória (1857-1938), que identificava o hábito como um "vício pernicioso e degenerativo", um dos males legados ao país pelos negros trazidos como escravos (FRANÇA, 2015, p. 39).

¹ Pito de pango, fumo de angola, maconha e diamba são alguns dos nomes atribuídos à planta da *cannabis*.

Julio Cesar Adiala (2011, p. III), em sua tese de doutorado, afirma que as doenças são construtos sociais localizados no tempo e no espaço. Em outras palavras, a doença só existe a partir do momento em que alguém (médico) define a sua existência. A doença não deve ser vista como uma realidade dada na natureza, à espera de um sujeito que a desvende. Isso é particularmente verdadeiro quando tratamos da chamada "toxicomania", doença que foi utilizada como embasamento para as políticas proibicionistas.

Esse é também o entendimento de Brito (1996):

Embora a problematização do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas esteja hoje centralizada nos seus aspectos médico-epidemiológicos (tanto para as drogas psicoativas toleradas e as controladas pelo dispositivo médico, quanto às drogas psicoativas tornadas ilegais) e o seu impacto sobre a saúde das populações, seus aspectos políticos e econômicos (controle governamental sobre a produção de medicamentos adictivos, repressão à produção e tráfico internacional de drogas ilegais, corrupção de setores governamentais, dentre outros), qualquer abordagem honesta tem de considerar que o fenômeno do uso de drogas possui características decisivamente transculturais e históricas. (BRITO, 1996)

Adiala (2011) defende a tese de que o surgimento do proibicionismo está relacionado ao surgimento da medicina científica. A definição dessa nova doença - toxicomania - conferiu força ao discurso, ao retirar o vício de uma categoria moral para incluí-lo em uma categoria científica.

A Liga Brasileira de Higiene Mental, criada em 1923, figuraria ao lado da Liga Pró-Saneamento e de outras ligas nacionalistas de viés autoritário e reformista, em busca de um projeto de modernização do país por meio da ciência e da educação.

Fundada pelo psiquiatra Gustavo Riedel, em 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental era uma entidade civil, reconhecida de utilidade pública, que era mantida com uma subvenção do governo federal e com a ajuda de filantropos do círculo de relações de seu fundador. A Liga Brasileira de Higiene Mental reunia entre seus associados expoentes da psiquiatria brasileira, juntamente com médicos, juristas, educadores e intelectuais em geral. Seu objetivo era promover um programa de higiene mental e eugenia no domínio das atividades individual, escolar, profissional e social. O aparecimento da Liga Brasileira de Higiene Mental nesse momento não foi um fato isolado, pois a partir da Primeira Guerra Mundial emergiram no país diversos movimentos nacionalistas, como a Liga de Defesa Nacional (1916), a Liga Pró-Saneamento (1918) e a Ação Social Nacionalista (1920), movimentos que se apoiavam em programas agressivos de combate aos males do país. (ADIALA, 2011, p. 65)

Na América Latina o conceito de eugenia inseria-se em projeto político-social que se apoiava em sua suposta cientificidade para justificar e implantar práticas

sociais de controle da população, em especial os mais pobres: mulheres, crianças e categorias sociais estigmatizadas como negros, mestiços, prostitutas, homossexuais e portadores de deficiências físicas ou mentais. A adequação dos indivíduos a um padrão de identidade nacional, de raça e gênero era o que estruturava as discussões dos eugenistas (STEPAN, 2005).

Em 1950, momento em que o problema da *cannabis* e das drogas em geral já era considerado questão internacional, o Serviço Nacional de Educação Sanitária manifestava preocupação com o efeito nefasto da *cannabis* a purificação da raça: "Não é um problema nacional, é um problema mundial. Não é um problema novo, ele se perde no horizonte do tempo. Mas aí está ele desafiando a nós todos que cuidamos da eugenia da raça" (FRANÇA, 2015, p. 41).

A campanha pela eugenia da raça continua, e em 1953 a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, com o apoio do Serviço Nacional de Educação Sanitária, publica uma compilação de artigos sobre os terríveis e devastadores males produzidos pelo consumo de *cannabis*, organizados pelos médicos Roberto Cordeiro Farias e Irabussu Rocha (FRANÇA, 2015, p. 50).

Médicos e psiquiatras brasileiros engajados no combate ao vício da *cannabis* encontram apoio internacional a partir de 1925, durante a Conferência Internacional do Ópio, promovida em Genebra pela Liga das Nações, para negociar tratados proibicionistas sobre ópio e cocaína. Nessa conferência surge o pedido do Egito de que a *cannabis* seja incluída na lista de substâncias proibidas. Na sequência, forma-se uma subcomissão para estudar o pleito, formada por Grã-Bretanha, Índia, França, Grécia, Egito e Brasil. Representando o Brasil nessa comissão estava a classe médica, que manifestou a opinião de que a maconha era "mais perigosa que o ópio" (FRANÇA, 2015, p. 62).

Na verdade essa opinião não era consenso entre a classe médica, e tampouco encontrava amplo respaldo científico, Adiala (2011, p. 105) relata que no início do século XIX o problema da maconha era uma questão marginal à discussão médica sobre as drogas anestésicas, sendo tema encontrado em apenas dois trabalhos científicos, nenhum deles publicado nos periódicos médicos dentre os analisados pelo autor, mas sim divulgados em eventos científicos.

No período analisado por Adiala (2011), a maior preocupação da classe médico-psiquiátrica nascente era o alcoolismo. A discussão sobre alcoolismo precede, e de certa forma dá origem à discussão sobre toxicomania. Enquanto a primeira já estava

consolidada no início dos anos 1890, a segunda somente se estruturou a partir de 1920. O autor baseou-se na análise dos temas das teses produzidas pelos alunos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre os anos 1880 e 1931 (ADIALA, 2011, p. 49-52). Os estudiosos da época, inspirados pela antropologia criminal, associavam o alcoolismo à predisposição ao crime:

A relação entre a embriaguez e a criminalidade foi um tema muito discutido pela medicina legal, na medida em que colocava várias questões relativas à capacidade civil e à responsabilidade legal dos alcoolizados, questões que tinham consequências importantes na prática judiciária. A discussão sobre o crime, o criminoso e a criminalidade, neste momento, estava influenciada pelas doutrinas positivistas e por um espírito intervencionista antiliberal que também caracterizaria as campanhas sanitárias da primeira década do século XX. (ADIALA, 2011, p. 98)

Adiala (2011) afirma que apesar dos esforços da classe médica, o álcool não recebeu o mesmo tratamento legal conferido aos outros tóxicos. O Decreto 4.294, de 6 de julho de 1921, tratou a questão da embriaguez por álcool de forma mais branda comparativamente às demais drogas, e as legislações posteriores não incluíram o álcool no rol de substâncias controladas. Esse fato pode (em tese) ser creditado ao grande peso da cultura da cana-de-açúcar na economia nacional durante a Primeira República. Em verdade, a formação da burguesia brasileira se deu a partir da herança de três grandes drogas: café, tabaco e cana-de-açúcar (álcool e açúcar):

Duas destas drogas inclusive estão representadas no Brasão da República, símbolo nacional que traz um ramo de café e outro de tabaco. Este fato demonstra que a abordagem do problema das drogas não pode ser balizada apenas pela questão do seu caráter lícito ou ilícito, e que é necessário um estudo mais profundo para compreender as razões do fracasso das campanhas pela proibição das bebidas alcoólicas ensejadas nas primeiras décadas do século XX, quando estas foram os principais alvos das críticas médicas e psiquiátricas, e o sucesso da proibição das drogas, a partir do advento do Estado Novo, nos anos 1930, embora muitas continuassem tendo aplicações terapêuticas. (ADIALA, 2011, p. 33-34)

Portanto, apesar de a classe médica formar um grupo político forte durante os primeiros anos da república, nem todas as reformas pretendidas puderam ser colocadas em prática, em tese por contrapor-se aos interesses de outros grupos dominantes, o que deveria ser objeto de investigação mais detalhada. Por ora, é possível apenas conjecturar que as reformas pretendidas somente eram colocadas em prática quando atendiam também aos interesses de outros grupos.

Para Lima (2009, p. 177), as vozes proibicionistas brasileiras e estadunidenses, embora com origens diferentes, complementaram-se mutuamente. O movimento higienista no Brasil estava vinculado ao pensamento da medicina social europeia, enquanto nos Estados Unidos do início do século XX havia quatro importantes atores atuando em favor de políticas internacionais proibicionistas: a Associação Médica e Farmacêutica estadunidense, o Movimento de Temperança com sua tradição protestante, o movimento do higienismo e da eugenia, além da indústria militar.

Portanto, a relação entre as medidas da saúde pública, em particular, as orientadas pelo higienismo, com as do Direito Penal, no Brasil, ao longo do século XIX, a despeito das mudanças do regime político na última década desse século, permitiram um solo profícuo para aprofundar, principalmente, uma tendência repressiva ao uso não terapêutico das drogas.

Assim, a formação e exportação posterior da “matriz proibicionista” às drogas, forjada nos Estados Unidos ao longo do século XX, encontraram na Medicina, em particular, a Psiquiatria, e no Direito Penal brasileiro, aliados importantes para as respostas coercitivas do Estado às práticas ilegítimas do uso dos “venenos narcóticos”.

A formação social brasileira, embora não possuindo a base protestante calvinista dos países anglo-saxônicos, contou com o movimento higienista de origem européia, desde finais do século XIX. A legitimação da prática médica condicionada ao monopólio da prescrição dos *pharmacos* e associada aos preceitos higienistas de “limpeza” e “ordenação” urbana, além da regulação do que é saudável física e moral para a família, parece ter formado determinações de natureza cultural, normativa e organizacional para o alinhamento do país aos primeiros marcos transnacionais de controle e regulação das drogas provocados pelos Estados Unidos no século seguinte. (LIMA, 2009, p. 158)

Rosa Del Olmo (1989) relata que foram várias as razões que levaram o governo norte-americano a convocar a Comissão do Ópio de 1909, em Shangai, dentre elas: interesse em assumir a liderança moral do mundo, preocupação com o consumo de ópio entre os soldados norte-americanos que ocupavam as Filipinas, aproximar-se da China com a finalidade de reduzir a resistência aos investimentos financeiros e estabelecer uma zona de comércio livre do colonialismo europeu.

A autora ressalta o papel de dois "empreendedores morais" norte-americanos que foram fundamentais para o aprofundamento proibicionista tanto na política interna quanto externa: o médico Hamilton Wright e o comissário Harry Anslinger. Wright esteve à frente da aprovação do Harrison Act de 1914, contra o ópio e a cocaína, e Anslinger promoveu campanha contra o consumo de cannabis, culminando na aprovação do Marihuana Tax Act de 1937. No âmbito internacional, a

atuação de ambos foi decisiva para a elaboração das convenções e criação de organismos internacionais especializados na matéria.

Empreendedores morais, na definição de Howard Saul Becker (2008), são pessoas que tomam a iniciativa de criar e impor regras. Nas palavras desse sociólogo:

Antes que qualquer ato possa ser visto como desviante, e antes que os membros de qualquer classe de pessoas possam ser rotulados e tratados como outsiders por cometer o ato, alguém precisa ter feito a regra que define o ato como desviante. [...] Para que uma regra seja criada, alguém deve chamar a atenção do público para esse assunto, dar o impulso necessário para que as coisas sejam realizadas e dirigir as energias suscitadas na direção certa. (BECKER, 2008, p. 167)

Como empreendedores morais, mediante hábeis manejos publicitários, Writ e Anslinger lograram fazer prevalecer suas opiniões pessoais, que não raro eram eivadas de preconceitos. Nos Estados Unidos, os controles exercidos sobre o consumo de ópio, cocaína e cannabis significavam, na verdade, controle sobre três minorias étnicas: chineses, negros e mexicanos, respectivamente. De modo semelhante ao que ocorrera no Brasil na cruzada promovida por Rodrigues Dória e seus seguidores em prol da eugenia da raça e contra o consumo de cannabis, tido como hábito de ex-escravos.

Portanto, historicamente o surgimento de leis e a adesão a convenções internacionais proibicionistas justificam-se, no Brasil, por uma preocupação com a saúde pública, intensificada com os movimentos sanitarista e higienista do início do século XX. Não se deve desprezar o viés autoritário e eugenista do conceito de saúde e das medidas para promovê-la. Tais conceitos (e preconceitos) não se adequam ao nosso tempo, e apesar disso a "promoção da saúde" ainda persiste como um dos argumentos na retórica que sustenta a matriz proibicionista. Como se verá na seção seguinte, o foco da política de drogas tem sido combate ao narcotráfico e não mais a promoção à saúde.

2. O proibicionismo no contexto do paradigma securitário

2.1. De um problema de saúde pública à questão de segurança nacional

Ao longo do século XX, a retórica proibicionista passa por mudanças, devido ao surgimento de poderosas organizações especializadas na produção e comércio ilícito de substâncias sob controle internacional. O dismantelamento dessas organizações - e não mais a saúde em si - passa a ser o foco da política internacional e nacional. Os meios substituem os fins.

Com a emergência do socialismo e o início da Guerra Fria, não tardou a que os países capitalistas (liderados pelos Estados Unidos) passassem a associar o tráfico de entorpecentes a uma conspiração comunista global, cujo objetivo seria destruir as sociedades ocidentais (DEL OLMO, 1989). Por esse motivo, não deveriam ser poupados esforços no combate.

Por outro lado, a partir da década de 1970 observa-se progressivo aumento do consumo de drogas ilícitas entre os jovens de classe média. Em decorrência disso, observa-se também um aumento da tolerância com o usuário. O "conflito geracional" passa a ser identificado como a causa do problema, e os jovens viciados são tratados como enfermos e enviados para tratamento em clínicas de recuperação.

São dois movimentos em direções distintas quanto à repressão: abrandar-se pelo lado da demanda e acentuar-se pelo lado da oferta. O poder econômico dos narcotraficantes é visto como uma ameaça à estabilidade política e econômica. O problema, portanto, está nos países produtores dessas drogas, que passam a ser o foco da política internacional norte-americana sobre o tema:

No sólo habían cambiado los protagonistas, sino que el problema era percibido de una manera distinta: el consumo de drogas creaba dependencia y era una enfermedad psicológica y/o física, que exigía una solución médica. Dejaba de ser un "vicio castigable" porque se consideraba producto de un solucionable conflicto generacional. Ahora había que castigar a los que obtenían ganancias de ese consumo. Comienza así la distinción entre consumo y tráfico y el interés por eliminar las drogas mismas. Para ello había que dirigir la atención a los países extranjeros. (DEL OLMO, 1989)

No Brasil, a partir da centralização do poder político na União com a implantação da Ditadura Militar (1964-1984), a associação entre drogas e segurança nacional pode ser encontrada, também, no texto constitucional de 1967, que ampliou os poderes da Polícia Federal (antigo Departamento Federal de Segurança Pública),

atribuindo-lhe a finalidade de combate ao mercado ilícito das drogas controladas (LIMA, 2009, p. 267).

Para Salo de Carvalho (2001), a partir da década de setenta o discurso médico-sanitário que embasou o surgimento o modelo político-criminal é substituído pelo discurso jurídico-político, por meio da delegação da legitimidade para repressão às agências de controle norte-americanas, entendidas pela ONU como os operadores do controle por excelência em nível internacional. Observa-se a partir de então um aumento progressivo do uso de força militar e policial para repressão do comércio ilícito. Na linguagem isso se reflete com a utilização cada vez mais frequente dos jargões "guerra contra a criminalidade e as drogas", "combate", "repressão" e "eliminação".

Após a Guerra Fria desaparece o inimigo comunista e isso deixa um vazio ideológico: não há contra o que lutar. Nesse contexto, Carvalho (2001) verifica que "as drogas (re)nascem romanticamente enquanto inimigo perdido". Segundo o Boletín Andino sobre Coca, Guerra contra las Drogas y Sectores Populares (K'INTU, 1993, citado por CARVALHO, 2001) o objetivo substancial da militarização da política de drogas seria o controle geopolítico, baseado em três pontos fundamentais: (a) controle político e militar dos países andinos, posto ao vazio ideológico deixado pelos comunistas, estabelecido pela ausência do 'inimigo comum'; (b) pressão de adesão e câmbio nas economias nacionais; e (c) criação de 'lixerías armamentistas' como forma de manter a produção da indústria bélica norte-americana.

Segundo o autor, a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988 é o estatuto que solidifica a política repressiva da década de noventa e possibilita a militarização hemisférica. No Brasil, em decorrência desse viés repressivo e autoritário, em 1998 o então presidente Fernando Henrique Cardoso cria a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, subordinada à Casa Militar da Presidência da República. A criação da SENAD estava alinhada aos interesses de Washington, e sinalizava o compromisso do governo brasileiro com a repressão (militar) do tráfico.

O modo como se deu a formulação da Política Nacional Antidrogas pela SENAD evidencia o "esquecimento" de que a saúde é (ou deveria ser) a finalidade última das políticas sobre drogas. Em dezembro de 2001, a SENAD promovia o seu II Fórum Nacional com cerca de duas mil pessoas presentes e apresentava a proposta para a Política Nacional Antidrogas (PNAD) com a presença do Presidente Fernando

Henrique Cardoso, ao mesmo tempo em que o Ministério da Saúde realizava a III Conferência Nacional de Saúde Mental e discutia em uma de suas oficinas qual a posição da política de saúde para a assistência ao usuário indevido de álcool e outras drogas (LIMA, 2009, p. 39).

No II Fórum Nacional Antidrogas, realizado em 2001, a Política Nacional Antidrogas, já homologada, foi apresentada à sociedade Brasileira. É interessante observar que esse Fórum, que apresentou a Política Nacional Antidrogas contendo dois capítulos diretamente relacionados à área de saúde, foi realizado nos mesmos dias e na mesma cidade que a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que discutiu e propôs a inclusão da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no SUS. Esse fato revela a dificuldade de articulação entre a área de drogas e o setor público de saúde. (MACHADO, 2006, p. 50)

Talvez seja esse distanciamento que explique o motivo pelo qual o proibicionismo ainda é a diretriz das políticas internacional e nacional sobre drogas, sobrevivendo às mudanças conceituais na área da saúde. Sobre a Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, Lima (2009), afirma:

Essa lei especial que vigorou de 1976 a 2006 resistiu, portanto, à abertura política do país, aos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, à luta pelos Direitos Humanos. Quando foi substituída pela Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, a nova legislação não representou uma ruptura radical ao modelo repressivo da intervenção pública, embora tenha iniciado um processo importante para melhor definir as diferenças entre os atores partícipes da cadeia produtiva e comercial das drogas controladas, e, sobretudo, tenha previsto “medidas educativas” para quem faça “consumo pessoal” (LIMA, 2009, p. 273)

É preocupante a constatação de que as políticas de saúde (em especial saúde mental) e políticas de drogas caminhem de forma independente ou até mesmo de forma conflitante. A guerra ao narcotráfico e o desmonte de organizações criminosas tornaram-se um fim em si mesmo, justificando a manutenção de grandioso aparato governamental e institucional para garantir a segurança dos cidadãos. As evidências apontam para o óbvio: as leis proibicionistas criam situações de fato e direito que levam ao surgimento do narcotráfico e certamente não são a melhor forma de se promover a saúde da população.

2.2. A constatação do fracasso: vozes contra o proibicionismo

São muitos os autores que denunciam o fracasso e a injustiça da atual escolha política quanto à produção, comércio e uso de drogas. Para a criminóloga Rosa

Del Olmo, as variáveis que determinam as decisões sobre drogas não tem a ver com os aspectos farmacológicos, tampouco com preocupações com a saúde pública, mas sim razões políticas (interna e externa) e protecionismo mercantil:

En el fondo, la eventual peligrosidad de estas sustancias no es lo que motiva ciertas campañas, ni mucho menos una preocupación real por la "salud pública", sino intereses de tipo económico y político que deben ser esclarecidos, para evitar que quienes quieren controlar el negocio continúen con la manipulación y la confusión sobre el tema. (DEL OLMO, 1989)

O relatório elaborado pela Comissão Global de Políticas sobre Drogas, cuja presidência é exercida pelo ex-presidente do Brasil Fernando Henrique Cardoso, é bastante crítico quanto ao atual modelo, e lança esperanças quanto à possibilidade de mudanças no plano internacional:

Depois de mais de meio século desta abordagem punitiva, agora existem evidências irrefutáveis de que ela não apenas não atingiu seus próprios objetivos como também gerou sérios problemas sociais e de saúde. Se os governos estão genuinamente comprometidos em resguardar a segurança, saúde e direitos humanos dos cidadãos, então devem adotar novas abordagens com urgência. Alguns governos nacionais e locais já estão dando corajosos passos nesta direção. (COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2014, p. 11)

Para Salo de Carvalho (2001), "a política de 'guerra às drogas' é um grande fracasso, não obtendo controle, muito menos abolição, do fenômeno do narcotráfico, além de gerar um subproduto trágico: a violação dos direitos humanos nas camadas menos favorecidas da população". O autor instiga ao questionamento das bases do proibicionismo:

Primeiramente, é mister ressaltar que o ser humano é, essencialmente, psicoativo. A indagação não deve ser portanto "por que determinadas pessoas consomem drogas", e sim "por que determinadas drogas são taxadas como ilícitas e outras não". [...]
O principal legado da filosofia da ilustração foi o processo secularizador, cuja consequência ao campo jurídico foi desvincular direito e moral, ou seja, delito e pecado. A permissividade em relação a apenas determinadas drogas demonstra claramente que não conseguimos sequer secularizar o discurso jurídico das drogas. Estamos fundados numa moral a qual estigmatiza pessoas por opções pessoais, que não respeita a intimidade e a vida privada, e, fundamentalmente, não percebe que o Direito Penal somente deve atuar quando ocorrer dano a bens jurídicos de terceiros, pois a auto-lesão não pode ser punível. (CARVALHO, 2001)

Luciana Boiteux et al (2009, p. 197-198) observam que na reunião do Commission on Narcotic Drugs - CND realizada em 2009 houve muitas manifestações dissonantes da atual política de drogas internacional. Nas palavras dos autores, o

consenso de Viena chegou ao fim, e, embora considerem distante a possibilidade de mudança nas políticas oficiais da ONU, entendem que doravante haverá espaço para que os países repensem suas próprias políticas, mesmo fora dos limites dos tratados, por meio de uma interpretação compatível com os direitos humanos.

Observa-se o absoluto descrédito do sistema de controle internacional de drogas com base nas três convenções internacionais, diante da sua incapacidade de alcançar os fins a que se propunha, bem como de sua ineficiência e da violação de direitos humanos, o que pode ser avaliado pela manutenção do alto consumo de drogas ilícitas, especialmente nos EUA, e dos altos custos sociais da política de drogas nos países periféricos, como no Brasil, onde a violência é outro efeito colateral da “guerra às drogas”. O momento atual, portanto, permite a abertura de caminhos outros para que os países se voltem para si e busquem soluções alternativas, adequadas à sua realidade social. (BOITEUX ET AL, 2009, p. 198)

Maria Lúcia Karam (2010) observa que as políticas proibicionistas inserem-se em um contexto de expansão do poder punitivo, que se traduz em leis penais e processuais penais que abandonam princípios garantidores dos direitos fundamentais. O poder punitivo vale-se da negativa de humanidade ao transgressor, rotulado como "mau", "inimigo", contra quem se trava uma guerra. Por trás disso, está a utilização do direito penal como forma de controle social.

Os resultados obtidos com o modelo repressivo atual contradizem o discurso que lhe dá origem. Supostamente, o proibicionismo busca tutelar a saúde e segurança públicas. Entretanto, a criminalização das condutas relacionadas ao consumo impõe obstáculos aos cuidados de saúde dos usuários, e ao tratar a produção e comércio ilegais como um problema militar, o Estado gera a insegurança:

Mas, além de ocultar os riscos e danos à democracia, o proibicionismo oculta também o fato de que a anunciada proteção da saúde pública, que estaria a formalmente fundamentar a criminalização das condutas relacionadas às drogas tornadas ilícitas, é afetada por esta mesma criminalização, que impede um controle de qualidade das substâncias entregues ao consumo, impõe obstáculos a seu uso medicinal, dificulta a informação e a assistência, cria a necessidade de aproveitamento de circunstâncias que permitam um consumo que não seja descoberto, incentivando o consumo descuidado ou anti-higiênico propagador de doenças como a aids e a hepatite.

Além de ocultar os riscos e danos à democracia, além de ocultar os riscos e danos à saúde pública, o proibicionismo oculta ainda o fato de que, com a intervenção do sistema penal sobre as condutas de produtores e comerciantes das substâncias e matérias primas proibidas, o Estado cria e fomenta a violência. Não são as drogas que provocam violência. A violência só acompanha as atividades econômicas de produção e distribuição das drogas qualificadas de ilícitas porque o mercado é ilegal. (KARAM, 2010)

Por esse motivo, as reflexões em torno do tema política de drogas devem seguir em direção ao repúdio à repressão e afirmação da liberdade, questionando os pressupostos do proibicionismo. Karam (2010) sugere que o problema não deveria ser objeto de direito penal, mas sim ser tratado sob o enfoque de direito regulatório:

Limitações reguladoras podem ser visualizadas, com clareza, no próprio âmbito das substâncias psicoativas, bastando pensar nas diversas restrições legais a que estão submetidas a produção, a distribuição e o consumo das drogas lícitas.

A regulamentação, o controle e a fiscalização das substâncias a serem legalizadas, inclusive no que diz respeito à sua qualidade, podem e devem ser feitos da mesma forma que já são regulamentados, controlados e fiscalizados a produção e o comércio de medicamentos e suas substâncias ativas, bebidas (alcoólicas ou não), cigarros e outros produtos derivados do tabaco, alimentos e quaisquer outros bens e produtos que eventualmente envolvam risco à saúde pública (no Brasil, a regulamentação, o controle e a fiscalização de tais atividades são feitos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, nos termos da Lei 9.782/99).

Medicamentos, bebidas alcoólicas, cigarros e outros produtos derivados do tabaco sofrem restrições à sua propaganda, à distribuição gratuita ou à comercialização em determinados lugares (por exemplo, em estabelecimentos de ensino e de saúde), devendo ainda trazer em suas próprias embalagens advertências sobre o risco que causam à saúde. Tais medidas, naturalmente, podem ser aplicadas às substâncias a serem legalizadas. (KARAM, 2010)

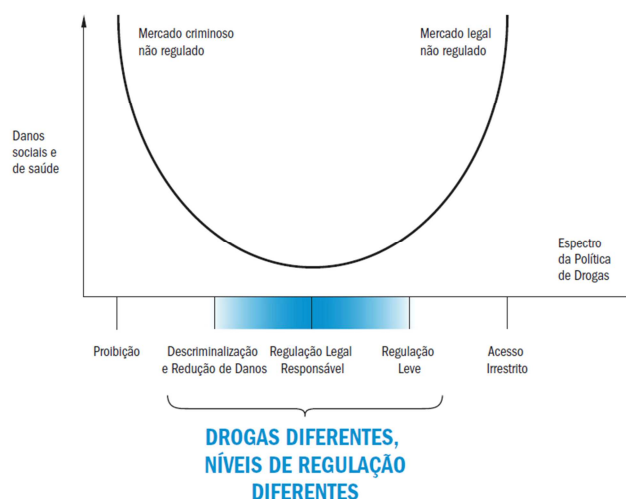
Esse entendimento é corroborado pela Comissão Global de Políticas sobre Drogas (2014), para quem o tratamento do problema sob o enfoque da regulamentação não significa uma ruptura.

A regulamentação legal das drogas é um imperativo de saúde pública não porque elas sejam seguras, mas exatamente porque podem ser perigosas e oferecer sérios riscos. Seja qual for o perigo que uma droga possa oferecer por si só, este risco aumenta, às vezes dramaticamente, quando ela é produzida, vendida e consumida em um ambiente criminoso sem nenhuma regulamentação. Drogas de potência desconhecida são vendidas sem controle de qualidade, muitas vezes misturadas a adulterantes, espessantes ou outras drogas, e sem informações sobre seu conteúdo, riscos ou orientação para consumo seguro. Colocar governos e agências regulamentadoras confiáveis no controle deste mercado reduz significativamente estes riscos.

A regulamentação das drogas não é tão radical como possa parecer. Para tal, não é preciso repensar fundamentalmente os princípios políticos estabelecidos. A regulamentação e gerenciamento de produtos e comportamentos de risco é uma função essencial de toda autoridade governamental no mundo inteiro, e é o padrão em quase todas as áreas da política e do direito. Os governos regulamentam tudo, do consumo de cigarro e álcool a medicamentos, cintos de segurança, o uso de fogos de artifício, ferramentas elétricas e esportes de alto risco. Se os riscos potenciais das drogas devem ser contidos e minimizados, os governos devem aplicar a mesma lógica regulamentar ao desenvolvimento de políticas de drogas eficazes. (COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2014, p. 26)

A Figura 1, extraída do relatório da referida comissão, sugere que o ponto mínimo de danos seria alcançado com a "regulação legal responsável":

Figura 1. Danos sociais e de saúde em mercados de drogas sujeitas à proibição, regulação e acesso irrestrito.



Fonte: Comissão Global de Políticas sobre Drogas, 2014, p. 27.

A regulação seria, portanto, o "caminho do meio", entre a proibição e o acesso irrestrito às substâncias, sendo que esse caminho nos levaria ao ponto ótimo em termos de bem-estar social (menor patamar de danos sociais e de saúde). A proibição tem como consequência o surgimento de um mercado criminoso não regulado, enquanto o acesso irrestrito leva ao mercado legal não regulado. Em ambos os casos, os danos sociais e à saúde são crescentes.

3. Fundamento jurídico-positivo do poder regulador na definição das substâncias ilícitas

3.1. Análise da Lei nº 11.343/2006 e respectiva regulamentação

A criminalização da produção, comércio e uso de drogas é uma norma penal em branco, pois a tipificação da conduta depende de definições que estão em outra lei (formal ou material).

Para Zaffaroni e Pierangeli (2015, p. 404), a lei penal em branco não cria maiores problemas quando a fonte normativa a que remete é outra lei emanada do Congresso Nacional. Caso a lei penal faça remissão a uma lei emanada de outro poder

(poder legislativo estadual ou municipal, ou ainda o poder executivo de qualquer uma das esferas), os autores fazem a seguinte ressalva:

O Poder que completa a lei em branco deve ter o cuidado de respeitar a natureza das coisas porque, do contrário, através de tal recurso pode ser mascarada uma delegação de competências legislativas penais. Assim, por exemplo, o Executivo não pode incluir o café na lista de substâncias entorpecentes, como tampouco incluir o vinho. Nem mesmo poderia incluir um rifle de ar comprimido entre as armas de guerra. (Zaffaroni e Pierangeli, 2015, p. 405)

Atualmente, a norma penal que trata do assunto é a Lei nº 11.343, de 26 de agosto de 2006, que assim dispõe:

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

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

[...]

Art. 66. Para fins do disposto no parágrafo único do art. 1o desta Lei, até que seja atualizada a terminologia da lista mencionada no preceito, denominam-se drogas substâncias entorpecentes, psicotrópicas, precursoras e outras sob controle especial, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.

A lei foi regulamentada pelo Decreto Presidencial nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, que tratou da definição e estruturação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD. O SISNAD possui um órgão normativo e de deliberação coletiva, o chamado Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD (antigo Conselho Nacional Antidrogas), que conta com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD (antiga Secretaria Nacional Antidrogas) na qualidade de secretaria executiva. Ambos os órgãos (CONAD e SENAD) atualmente vinculam-se ao Ministério da Justiça.

O CONAD apresenta uma composição razoavelmente plural, conforme se observa no art. 5º do referido decreto. É de particular relevância para esse estudo observar que há previsão de dois assentos para o Ministério da Saúde, sendo um deles destinado à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Art. 5º São membros do CONAD, com direito a voto:
I - o Ministro de Estado da Justiça, que o presidirá;
II - o Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas;

III - um representante da área técnica da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, indicado pelo Secretário;

IV - representantes dos seguintes órgãos, indicados pelos seus respectivos titulares:

a) um da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República;

b) um do Ministério da Educação;

c) um do Ministério da Defesa;

d) um do Ministério das Relações Exteriores;

e) um do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;

f) dois do Ministério da Saúde, sendo um da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

g) dois do Ministério da Justiça, sendo um do Departamento de Polícia Federal e um da Secretaria Nacional de Segurança Pública;

h) dois do Ministério da Fazenda, sendo um da Secretaria da Receita Federal e um do Conselho de Controle de Atividades Financeiras;

V - um representante dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes ou Antidrogas, indicado pelo Presidente do CONAD;

VI - representantes de organizações, instituições ou entidades nacionais da sociedade civil:

a) um jurista, de comprovada experiência em assuntos de drogas, indicado pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil - OAB-Federal;

b) um médico, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

c) um psicólogo, de comprovada experiência voltada para a questão de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP;

d) um assistente social, de comprovada experiência voltada para a questão de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Serviço Social - CFESS;

e) um enfermeiro, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN;

f) um educador, com comprovada experiência na prevenção do uso de drogas na escola, indicado pelo Conselho Federal de Educação - CFE;

g) um cientista, com comprovada produção científica na área de drogas, indicado pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC;

h) um estudante indicado pela União Nacional dos Estudantes - UNE;

VII - profissionais ou especialistas, de manifesta sensibilidade na questão das drogas, indicados pelo Presidente do CONAD:

a) um de imprensa, de projeção nacional;

b) um antropólogo;

c) um do meio artístico, de projeção nacional; e

d) dois de organizações do Terceiro Setor, de abrangência nacional, de comprovada atuação na área de redução da demanda de drogas.

Ao CONAD compete: (i) acompanhar e atualizar a política nacional sobre drogas, consolidada pela SENAD; (ii) exercer orientação normativa sobre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; (iii) acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD e o desempenho dos planos e programas da política nacional sobre drogas; (iv) propor alterações em seu Regimento Interno; (v) promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

Sendo o CONAD o órgão normativo e deliberativo do SISNAD, seria razoável supor que o preenchimento das lacunas da "norma penal em branco" contida na

Lei nº 11.343/2006 esteve compreendido entre suas atribuições. Entretanto, não foi essa a opção do Executivo no exercício de seu poder regulamentar. Cabe destacar o apontamento feito por Lima (2009, p. 32-33), ao analisar as atas do Conselho Federal de Entorpecentes - CONFEN (extinto) e do CONAD. Sobre a atuação deste último, comenta que "esse conselho não parece ter construído uma vida política regular de colegiado no controle social da política pública sobre drogas".

A definição do rol de substâncias definidas como "drogas" e complementação do sentido da norma penal é competência específica do Ministério da Saúde, nos termos do art. 14, I, "a" e "b", do decreto regulamentador: "publicar listas atualizadas periodicamente das substâncias ou produtos capazes de causar dependência" e "baixar instruções de caráter geral ou específico sobre limitação, fiscalização e controle da produção, do comércio e do uso das drogas", respectivamente.

O Ministério da Saúde tem exercido parte de suas competências em matéria de regulamentação de drogas por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, conforme lhe autoriza o Parágrafo único do art. 14: "As competências específicas dos Ministérios e órgãos de que trata este artigo se estendem, quando for o caso, aos órgãos e entidades que lhes sejam vinculados".

Com esse fundamento, a ANVISA tem se incumbido da atualização de portaria editada pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde: Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

A ANVISA é autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, instituída pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, regulamentada pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999. Atua com a finalidade de promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras.

À Diretoria Colegiada compete a edição de normas sobre matérias de competência da agência, e pode, ao seu critério, realizar audiências ou consultas públicas para possibilitar a manifestação de críticas e sugestões de quaisquer interessados sobre os atos normativos, conforme consta nos arts. 32 e 35 do Regulamento.

No Regimento Interno aprovado pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 29, de 21 de julho de 2015, a competência para "elaborar e manter atualizadas atualização das listas de das substâncias entorpecentes, psicotrópicas, precursoras e outras sujeitas a controle especial", bem como para "elaborar e consolidar dados sobre substâncias entorpecentes, psicotrópicas e precursoras, em cumprimento aos acordos internacionais ratificadas pelo Brasil frente à Organização das Nações Unidas, Organização dos Estados Americanos, MERCOSUL e outros organismos internacionais", foram atribuídas à Coordenação de Produtos Controlados, subordinada à Gerência Geral de Fiscalização de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária da Superintendência de Fiscalização, Controle e Monitoramento.

As listas a que se referem o Regimento Interno são aquelas anexas à Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, que substituiu uma série de portarias esparsas, unificando as normas regulatórias sobre o mesmo tema. A portaria prevê procedimentos para obtenção de licenças específicas relacionadas às substâncias controladas, bem como de notificação e retenção de receita de prescrição médica. Os anexos classificam as substâncias em 15 listas no total, sendo de especial interesse para esse estudo as listas E (plantas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas), F1 (substâncias entorpecentes) e F2 (substâncias psicotrópicas) e F3 (substâncias precursoras) de uso proscrito no Brasil.

3.2. Fundamentos jurídicos da Portaria SVS/MS nº 344/1998

Os apontamentos feitos até aqui permitem inferir a validade jurídico-positiva dos atos realizados pela ANVISA para atualização da lista de substâncias entorpecentes. Entretanto ainda não fica claro qual o processo por meio do qual a lista pode ser atualizada, bem como quais motivos poderiam ser utilizados como fundamento dessas atualizações.

Quais as razões por trás da inclusão de substâncias nas listas, ou, pelo raciocínio inverso, o que impede que o Executivo inclua as bebidas alcoólicas, o tabaco e até mesmo o café nessas listas?

Os fundamentos jurídicos invocados na edição original da portaria constam no preâmbulo e estão listados no quadro a seguir.

Quadro 1. Fundamentos jurídicos invocados na elaboração da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.

Norma	Objeto	Situação atual
Decreto nº 54.216, de 27 de agosto de 1964	Promulga a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961	Vigente
Decreto nº 79.388, de 14 de março de 1977	Promulga a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971	Vigente
Decreto nº 154, de 26 de junho de 1991	Promulga a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988	Vigente
Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938	Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes	Vigente
Decreto-Lei nº 157, de 10 de fevereiro de 1967 ²	Concede estímulos fiscais à capitalização das empresas; reforça os incentivos à compra de ações; facilita o pagamento de débitos fiscais	Vigente
Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973	Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências	Vigente
Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976	Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências	Vigente
Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976	Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências	Revogada pela Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006
Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977	Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências	Vigente
Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974	Regulamenta a Lei número 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos	Vigente
Decreto 79.094, de 5 de janeiro de 1977	Regulamenta a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que submete a sistema de vigilância sanitária os medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas, correlatos, cosméticos, produtos de higiene, saneamento e outros	Revogado pelo Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013
Decreto 78.992, de 21 de dezembro de 1976	Regulamenta a Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão do tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica	Revogação tácita, ante a perda de vigência da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.

² Provavelmente houve um erro de referência na redação da norma, pois esse decreto não trata do tema da portaria.

Norma	Objeto	Situação atual
Resolução GMC/MERCOSUL n° 24/1998	Pontos de entrada/saída de entorpecentes e substâncias psicotrópicas	Vigente
Resolução GMC/MERCOSUL n° 27/1998	Formulários e prazos de validade das autorizações de importação e exportação e certificado de não objeção de entorpecentes e substâncias psicotrópicas	Vigente

Dentre os fundamentos invocados, são de particular interesse para esse estudo as convenções internacionais, leis e decretos que tratam de criminalização de condutas relacionadas à produção, comércio e consumo de entorpecentes.

A legislação nacional invocada no preâmbulo da portaria não define o procedimento de atualização das listas, tampouco estabelece critérios objetivos para inclusão ou exclusão de substâncias no rol.

Por outro lado, as convenções internacionais sobre o tema podem ajudar a clarear a questão, pois definem listas de substâncias e plantas sob controle internacional, bem como estabelecem procedimentos para que essas listas sejam atualizadas.

É possível que haja coincidência entre as listas editadas pela ANVISA e as listas internacionais. Se isso for verdadeiro, então os fundamentos da edição e atualizações da Portaria SVS/MS n° 344/1998 repousariam inteiramente nas normas de direito internacional. Na seção seguinte, busca-se elucidar como se dá a definição do rol de substâncias sob controle no âmbito internacional.

3.3. Direito internacional positivo: listas de substâncias sobre controle internacional e seu processo de atualização

Embora a observação empírica do processo de atualização das listas das convenções internacionais que tratam da matéria não seja objeto dessa investigação, julga-se pertinente apresentar quais as regras desse processo, considerando-se os atores, responsabilidades e procedimentos a serem adotados, de acordo com o texto das convenções.

A ONU conta com Conselho Econômico e Social (Ecosoc), composto por 54 membros eleitos pela Assembleia Geral. Nele foram criadas duas instâncias especializadas da área de drogas: a Commission on Narcotic Drugs (CND) e a Division of Narcotic Drugs (DND). Outra agência especializada e autônoma do Ecosoc foi a Organização Mundial de Saúde (OMS), criada em 1946, com sede em Genebra, e que

tornou-se um organismo internacional ativo para o concerto internacional das políticas de drogas a partir da Convenção Única de 1961. Um ano após a sua fundação, a OMS instituiu o Comitê de Especialistas em Drogas que Causam Adicção, formado por oito autoridades da área, com a responsabilidade de conferir base científica à definição das substâncias sob controle internacional. A ONU vem sendo uma das principais instâncias multilaterais para promover e assegurar o aumento do rol de drogas controladas, principalmente, as substâncias psicotrópicas, através das convenções. (LIMA, 2009, p. 227)

A Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, que substituiu uma série de acordos internacionais anteriores sobre o mesmo tema, em seu Artigo 36, impõe aos signatários o compromisso de punir as condutas contrárias ao texto da convenção, sendo que as ofensas consideradas mais graves devem ser punidas com privação de liberdade e os usuários de drogas devem ser submetidos a tratamento:

Article 36 PENAL PROVISIONS 1. a) Subject to its constitutional limitations, each Party shall adopt such measures as will ensure that cultivation, production, manufacture, extraction, preparation, possession, offering, offering for sale, distribution, purchase, sale, delivery on any terms whatsoever, brokerage, dispatch, dispatch in transit, transport, importation and exportation of drugs contrary to the provisions of this Convention, and any other action which in the opinion of such Party may be contrary to the provisions of this Convention, **shall be punishable offences when committed intentionally, and that serious offences shall be liable to adequate punishment particularly by imprisonment or other penalties of deprivation of liberty.** b) Notwithstanding the preceding subparagraph, when abusers of drugs have committed such offences, the Parties may provide, either as an alternative to conviction or punishment or in addition to conviction or punishment, that such abusers shall undergo measures of treatment, education, after-care, rehabilitation and social reintegration in conformity with paragraph 1 of article 38.

Anexa a essa Convenção está a chamada "Yellow List", contendo a relação de substâncias sujeitas a controle especial e/ou proibição. A lista pode ser atualizada por iniciativa da Organização Mundial de Saúde ou das partes, seguindo-se o procedimento descrito no Artigo 3. A atualização compete à Comissão de Entorpecentes (Commission on Narcotic Drugs - CND), podendo ser revisada pelo Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas (Economic and Social Council - ECOSOC). As decisões da CND passam a vigorar a partir do momento em que é recebida a respectiva comunicação pela parte.

Após a Resolução do ECOSOC nº 30 de 28 de julho de 1999 a CND passou a atuar em dois seguimentos: normativo (em atenção aos tratados internacionais) e

operacional (por meio da gestão do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes - United Nations Office on Drugs and Crimes - UNODC).

Article 3 CHANGES IN THE SCOPE OF CONTROL 1. Where a Party or the World Health Organization has information which in its opinion may require an amendment to any of the Schedules, it shall notify the Secretary-General and furnish him with the information in support of the notification. [...] **7. Any decision of the Commission taken pursuant to this article shall be communicated by the Secretary-General to all States Members of the United Nations, to non-member States Parties to this Convention, to the World Health Organization and to the Board. Such decision shall become effective with respect to each Party on the date of its receipt of such communication, and the Parties shall thereupon take such action as may be required under this Convention.** 8. a) The decisions of the Commission amending any of the Schedules shall be subject to review by the Council upon the request of any Party filed within ninety days from receipt of notification of the decision. The request for review shall be sent to the Secretary-General together with all relevant information upon which the request for review is based; [...]

Além do CND, a Convenção de 1961 também criou um órgão responsável por monitorar a sua implementação, chamado Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes - JIFE (International Narcotics Control Board - INCB). A JIFE recebe e compila os relatórios e estatísticas que devem ser apresentados periodicamente pelos países.

A Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 é complementar à Convenção de 1961, criando mais uma lista de substâncias sobre controle, a chamada “Green List”. O procedimento para atualização da Green List (Convenção de 1971) é semelhante ao procedimento de atualização da Yellow List (Convenção de 1961).

A solicitação de atualização pode partir da Organização Mundial de Saúde ou de uma das partes. A atualização é feita pela Comissão de Entorpecentes (Commission on Narcotic Drugs - CND), podendo ser revisada pelo Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas (Economic and Social Council - ECOSOC). As decisões da CND passam a vigorar 180 dias após o recebimento da comunicação pela parte. A Convenção de 1971 também atribui à JIFE as funções de monitoramento e fiscalização, recebimento de estatísticas dos países e produção de relatórios.

É interessante observar que o Artigo 2 da Convenção de 1971 elenca critérios a serem observados pela OMS em sua comunicação à CND sobre a existência de uma nova substância a ser incluída na lista. As informações fornecidas pela OMS devem ser consideradas determinantes do ponto de vista médico-científico. Na sequência, a CND deve analisar a questão sobre o ponto de vista econômico, social,

legal, administrativo e outros aspectos relevantes, e então decidir sobre a inclusão na lista.

Article 2 SCOPE OF CONTROL OF SUBSTANCES 1. If a Party or the World Health Organization has information relating to a substance not yet under international control which in its opinion may require the addition of that substance to any of the Schedules of this Convention, it shall notify the Secretary-General and furnish him with the information in support of that notification. [...] 2. The Secretary-General shall transmit such notification, and any information which he considers relevant, to the Parties, to the Commission and, when the notification is made by a Party, to the World Health Organization. [...] 4. If the World Health Organization finds: a) That the substance has the capacity to produce i) 1) A state of dependence, and 2) Central nervous system stimulation or depression, resulting in hallucinations or disturbances in motor function or thinking or behaviour or perception or mood, or ii) Similar abuse and similar ill effects as a substance in Schedule I, II, III or IV, and b) That there is sufficient evidence that the substance is being or is likely to be abused so as to constitute a public health and social problem warranting the placing of the substance under international control, the World Health Organization shall communicate to the Commission an assessment of the substance, including the extent or likelihood of abuse, the degree of seriousness of the public health and social problem and the degree of usefulness of the substance in medical therapy, together with recommendations on control measures, if any, that would be appropriate in the light of its assessment. 5. The Commission, taking into account the communication from the World Health Organization, whose assessments shall be determinative as to medical and scientific matters, and bearing in mind the economic, social, legal, administrative and other factors it may consider relevant, may add the substance to Schedule I, II, III or IV. The Commission may seek further information from the World Health Organization or from other appropriate sources. [...] 7. Any decision of the Commission taken pursuant to this article shall be communicated by the Secretary-General to all States Members of the United Nations, to non-member States Parties to this Convention, to the World Health Organization and to the Board. Such decision shall become fully effective with respect to each Party 180 days after the date of such communication [...].

A Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, por sua vez, tem como foco a criação de mecanismos para combate ao tráfico ilícito internacional. Trata, por exemplo, de jurisdição, da criminalização da “lavagem de dinheiro”, confisco de bens, extradição e jurisdição. Essa convenção cria a chamada “Red List”, contendo rol de substâncias utilizadas na fabricação ilícita de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas, e que por esse motivo devem sujeitar-se a controle internacional.

No que se refere ao procedimento de atualização da Red List, há uma diferença comparativamente às convenções de 1961 e 1971: a JIFE substitui a OMS quanto à notificação da necessidade de alterações ao Secretário Geral das Nações Unidas. Desse modo, as alterações da Red List podem ser solicitadas pela JIFE ou por

uma das partes. A alteração é competência da CND, do mesmo modo como ocorre com as demais listas (Yellow e Green Lists).

O Artigo 12 da Convenção de 1988 elenca os critérios a serem levados em conta pela JIFE em sua comunicação à CND. Os apontamentos da JIFE são considerados determinantes do ponto de vista científico. Após considerar outros fatores relevantes, a CND decide sobre a alteração da lista.

Article 12 SUBSTANCES FREQUENTLY USED IN THE ILLICIT MANUFACTURE OF NARCOTIC DRUGS OR PSYCHOTROPIC SUBSTANCES [...] 2. If a Party or the Board has information which in its opinion may require the inclusion of a substance in Table I or Table II, it shall notify the Secretary-General and furnish him with the information in support of that notification. [...] 4. If the Board, taking into account the extent, importance and diversity of the licit use of the substance, and the possibility and ease of using alternate substances both for licit purposes and for the illicit manufacture of narcotic drugs or psychotropic substances, finds: a) That the substance is frequently used in the illicit manufacture of a narcotic drug or psychotropic substance; b) That the volume and extent of the illicit manufacture of a narcotic drug or psychotropic substance creates serious public health or social problems, so as to warrant international action, it shall communicate to the Commission an assessment of the substance, including the likely effect of adding the substance to either Table I or Table II on both licit use and illicit manufacture, together with recommendations of monitoring measures, if any, that would be appropriate in the light of its assessment. 5. The Commission, taking into account the comments submitted by the Parties and the comments and recommendations of the Board, whose assessment shall be determinative as to scientific matters, and also taking into due consideration any other relevant factors, may decide by a two-thirds majority of its members to place a substance in Table I or Table II. 6. Any decision of the Commission taken pursuant to this article shall be communicated by the Secretary-General to all States and other entities which are, or which are entitled to become, Parties to this Convention, and to the Board. Such decision shall become fully effective with respect to each Party one hundred and eighty days after the date of such communication. [...]

Percebe-se, portanto, que as convenções de direito internacional que tratam da matéria estabelecem procedimentos, atores e responsabilidades para iniciativa e deliberação sobre a atualização das listas de substâncias controladas ou proibidas, com instâncias técnicas (JIFE e OMS) e colegiadas (CND e ECOSOC).

Pelo fato de o Brasil haver aderido a essas convenções, submete-se e acompanha as alterações da lista. A incorporação ao ordenamento jurídico nacional ocorre mediante atos regulatórios da ANVISA para atualização da Portaria SVS/MS nº 344/1998. No próximo capítulo será apresentada teoria sobre a atuação das agências regulatórias, a existência de discricionariedade em relação ao conteúdo das listas de direito internacional e os resultados da observação empírica da produção normativa regulatória.

4. Atuação da agência reguladora: teoria e prática

4.1. Agências reguladoras: conceito, transparência e *accountability*

As agências reguladoras foram criadas no Brasil durante a década de 1990, imitando o modelo norte-americano. São instituições independentes do Executivo, e por esse motivo por vezes rotuladas de "quarto poder", cuja legitimidade estaria fundada na expertise e conhecimento técnico. São dotadas de competências "quase legislativas e quase jurisdicionais" nas matérias de direito regulatório setorial que lhe são pertinentes.

As agências reguladoras encarnam, na tradição do Estado Administrativo estadunidense, a afirmação de uma estrutura estatal responsável pela administração das leis como algo essencialmente distinto da formulação das leis e, por isso, definida por exclusão, ou seja, trata-se da regulação entendida como a administração das leis que não se confunde com a formulação da política pública correspondente, o que não significa dizer que a administração das leis seria despida de conteúdo normativo. (ARANHA, 2014, p. 14)

O poder regulador das agências se dá predominantemente por meio de regulamentação normativa, que deve se ater aos limites constitucionais e legais. O fundamento das normas e decisões das agências repousa no conhecimento técnico e especializado, e, portanto, haveria pouca ou nenhuma margem para escrutínio do público em geral. Por esse motivo, a teoria da *public choice* aponta para a existência de risco de que a agência seja cooptada por grupos de interesse (empresas reguladas, governo, congressistas), corrompendo os resultados e objetivos finais desejáveis do ponto de vista de maximização do bem-estar social.

Por outro lado, a teoria jurídico-institucional da regulação (ou teoria do processo administrativo regulatório) demonstra quais são os requisitos necessários para que o processo de tomada de decisão beneficie o interesse público, afastando o indesejável desequilíbrio de influência de grupos de interesse. Os requisitos são: a) procedimento administrativo; b) neutralidade do processo administrativo; c) ambiente jurídico-institucional administrativo. O procedimento administrativo é a exteriorização do processo, e deve obedecer aos princípios de direito administrativo, ser conduzido de forma transparente, visível, oportunizando a participação social e críticas de quaisquer interessados para ajustes e melhoria no conteúdo da regulamentação. A neutralidade pressupõe imparcialidade do tomador de decisão. Por fim, para um ambiente institucional regulatório é necessária estabilidade profissional, incentivos à defesa do interesse público, controle externo e interno, entre outras medidas. (ARANHA, 2014, p. 32)

Cruz (2010) analisa os mecanismos de *accountability* vertical e horizontal, transparência pública e participação cidadã na regulação de vigilância sanitária no Brasil. A autora afirma que os processos decisórios em regulação frequentemente envolvem questões políticas delicadas e controvertidas, entretanto, pelo modelo de agências reguladoras, os decisores não estão imbuídos de legitimidade democrática: são tecnocratas julgados aptos por possuírem ampla *expertise*, mas na verdade tomam decisões e fazem escolhas baseadas em seus valores (Cruz, 2010, p. 92).

Nesse aspecto o modelo de agência tende a reduzir as possibilidades de participação social, e por esse motivo é ainda mais relevante a utilização de práticas de *accountability* e transparência decisória. Para a autora, uma agência reguladora revela maturidade na medida em que incorpora essas práticas, de forma institucional. Após a reforma regulatória da década de 1990 muito se avançou nesse aspecto, sobretudo no âmbito vertical e no desenvolvimento de rotinas e instrumentos para atender os usuários dos serviços regulados (Cruz, 2010, p. 96-97). A autora cita oito instrumentos que contribuem para essa finalidade:

(i) contrato de gestão firmado com o Ministério da Saúde, em que se estabelecem objetivos e metas de desempenho;

(ii) conselho consultivo, órgão colegiado composto por representantes da administração pública, sociedade civil e comunidade científica, responsável pelo acompanhamento das atividades e apreciação dos requerimentos da agência;

(iii) ouvidoria, canal de comunicação para o recebimento de pedidos de informações, elogios, sugestões, denúncias ou queixas;

(iv) audiências públicas abertas a toda a população, para discussão de assuntos de maior destaque;

(v) consultas públicas realizadas antes da publicação de uma nova norma, resolução ou regulamento, em que a população se manifesta em fórum virtual de discussão;

(vi) agenda regulatória elaborada e divulgada anualmente, com o intuito de promover a previsibilidade e transparência da atuação regulatória;

(vii) câmaras setoriais, de natureza consultiva, formada por representantes da sociedade civil, setor produtivo e governo;

(viii) câmaras técnicas, de natureza consultiva, formada por membros da comunidade científica.

Na análise do processo de atualização das listas de substâncias proibidas será observado se a ANVISA utilizou-se desses instrumentos para subsidiar a decisão da diretoria colegiada. Em especial, espera-se encontrar os instrumentos de audiências públicas, consultas públicas, câmaras setoriais e câmaras técnicas, que mais se adequam à característica processual da decisão.

4.2. A (in)existência de discricionariedade da agência reguladora

Em decorrência da ratificação das convenções internacionais sobre o tema - Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 e Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, que instituíram, respectivamente, as Listas Amarela (Yellow List), Verde (Green List) e Vermelha (Red List) - o Brasil se obriga a aderir às alterações que forem introduzidas pela Comissão de Entorpecentes do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas.

O procedimento para alteração das listas internacionais de substâncias sob controle, conforme descrito em cada uma das convenções, conta com a participação da Organização Mundial de Saúde, do Secretário Geral das Nações Unidas, da Comissão de Entorpecentes, da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes, além dos países que sejam parte das respectivas convenções.

Devido à necessidade de obedecer aos acordos internacionais, a margem de discricionariedade do Estado Brasileiro como um todo - seja pela via legislativa, jurídica ou regulamentar - seria bastante restrita. Entretanto, não foi essa a conclusão de Rita de Cássia Cavalcante Lima (2009), em sua tese de doutorado.

A autora iniciou seu trabalho com a hipótese de existência de um "alinhamento funcional" entre a política brasileira e as recomendações externas. Entretanto, após análise histórica sobre o modo como a questão das drogas foi tratada ao longo do século XX, em especial a partir da década de 1980, a autora abandona gradativamente sua hipótese inicial:

Considerar os níveis de exercício da soberania do Estado brasileiro, sua tensa combinação em alguns períodos históricos de compor interesses de frações das classes dominantes nacionais e internacionais, **fez-me gradativamente romper com a hipótese de um “alinhamento automático” da política pública de drogas às resoluções internacionais.** (LIMA, 2009, p. 24-25)

Um exemplo de atuação regulamentar "descolada" da política internacional foi o tratamento dado à ayahuasca durante a década de 1980. O Ministério da Saúde

incluiu a *banisteriopsis caapi* (Daime, ayahuasca) na lista de produtos proscritos, por meio da edição da Portaria DIMED nº 2, de 8 de março de 1985.

A ayahuasca é uma planta utilizada tradicionalmente em rituais religiosos de tribos indígenas da Amazônia, usualmente na forma de chá, em associação com outras plantas. No início do século XX surgiram no Brasil algumas religiões sincréticas, que adotaram o chá de ayahuasca em seus rituais. Dentre as seitas religiosas mais conhecidas estão o “Santo Daime” e “União do Vegetal”. A expansão dessas seitas significou a expansão do consumo dessa planta nos centros urbanos (LABATE et al, 2002).

Para Lima (2009, p. 295), esse caso demonstra a atuação da estrutura brasileira repressiva às drogas. A ayahuasca tem propriedades alucinógenas pela presença da substância DMT (N,N-dimetiltriptamina). Embora a substância DMT faça parte do rol de substâncias sob controle internacional da “green list” da Convenção de 1971, a planta em si não está sob controle internacional.

A retirada da ayahuasca da lista da DIMED/Ministério da Saúde ocorreu após posicionamento do antigo Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), em um momento em que as lideranças do conselho adotavam uma postura relativamente progressista quanto à política de drogas. Nesse sentido, o relato de Tércio Lins e Silva, que presidiu o conselho entre 1985 e 1987, sobre o problema enfrentado á época:

[...] o Delegado queria prender. Está na lei: é tráfico [...]. E nós tomamos uma deliberação que foi a mais importante de retirar o chá da lista do DIMED. A diretora do DIMED compreendeu [...], tudo indicava que o uso no ritual tinha seu próprio controle desde os tempos dos Incas. Montamos um grupo de trabalho [...]. Só que isso nos custou uma oposição fantástica (Tércio Lins e Silva, 2006). (LIMA, 2009, p. 295)

No capítulo que tratou do fundamento jurídico positivo do poder regulador, foi visto que a ANVISA detém a competência legal para atualização da lista de substâncias de uso proibido. Com a análise empírica, apresentada na seção seguinte, foi possível verificar se o padrão de descolamento entre a política brasileira e a política internacional, observado por Lima (2009) na década de 1980, também ocorreu na atuação da agência reguladora a partir de 1998.

4.3. Análise empírica das atualizações da Portaria SVS/MS nº 344 de 12 de maio de 1998

Na análise empírica que se segue, buscou-se elucidar os seguintes pontos:

- (i) se os atos praticados pela ANVISA estão adstritos à necessidade de acompanhar as atualizações das listas de substâncias sob controle internacional;
- (ii) para os casos em que não haja coincidência entre as listas:
- de quem é a iniciativa do processo de inclusão;
 - quais as etapas do processo;
 - se o processo contempla instrumentos de participação social, transparência decisória e *accountability*;
 - quais são as fontes consultadas para subsidiar a decisão;
 - quais os principais motivos relatados nos pareceres técnicos.

Consideradas em conjunto, as listas E, F1, F2 e F3, na portaria publicada originalmente no Diário Oficial da União, em 15 de maio de 1998, contavam com 50 substâncias/plantas de uso proscrito no Brasil. Desde então houve 70 inclusões e 1 exclusão nesse rol.

Até a publicação da Resolução de Diretoria Colegiada nº 44, de 08 de outubro de 2015, o rol contava com 119 substâncias/plantas, das quais 53 não guardam correspondência imediata com os itens das listas internacionais³. Percebe-se, portanto, que os atos da ANVISA não estão adstritos ao conteúdo das convenções de direito internacional sobre a matéria.

Quadro 2. Inclusões de substâncias e plantas na Portaria SVS/MS nº 344/1998, até a RDC nº 44, de 08 de outubro de 2015.

Lista	Número de itens da Portaria SVS/MS Original DOU 15mai1998	Número de itens excluídos	Número de itens incluídos	Número de itens na versão vigente	Número de itens sem correspondência com as listas internacionais
E - Plantas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas	6	0	2	8	5
F1 - Substâncias entorpecentes	15	0	6	21	0
F2 - Substâncias	29	1	61	89	48

³ A análise consistiu em verificar quais das substâncias das listas E, F1, F2 e F3 da Portaria SVS/MS nº 344/1998 – atualizada até a RDC nº 44, de 08 de outubro de 2015, não constavam das versões mais atualizadas das listas das convenções internacionais (Yellow List – 53ª edição, Green List – 26ª edição e Red List – 14ª edição).

Lista	Número de itens da Portaria SVS/MS Original DOU 15mai1998	Número de itens excluídos	Número de itens incluídos	Número de itens na versão vigente	Número de itens sem correspondência com as listas internacionais
psicotrópicas					
F3 - Substâncias precursoras	0	0	1	1	0
Total	50	1	70	119	53

Pretendia-se analisar os processos de inclusão desses 53 itens sem correspondência nas listas internacionais. Os processos foram solicitados à ANVISA, com fundamento na Lei de Acesso à Informação. Alguns destes não foram encontrados, e foram considerados como "informação inexistente", sendo 3 substâncias da lista F2 e todas as 5 plantas da lista E. Portanto, foi possível analisar apenas os processos de inclusão de 45 substâncias da lista F2.

Quanto à iniciativa, verifica-se a prevalência de iniciativas da própria ANVISA e de solicitações do Departamento de Polícia Federal (DPF/MJ), que tem colaborado de forma estreita para garantir que a lista se mantenha atualizada, mediante comunicação sobre novas substâncias apreendidas, conforme trecho extraído dos pareceres técnicos juntados aos processos:

Com o intuito de coibir o comércio clandestino de novas substâncias psicotrópicas que aparecem no mercado ilícito, o Departamento de Polícia Federal tem colaborado buscando atualizar as listas de produtos controlados e proscritos das Resoluções de Diretoria Colegiada. (Parecer Técnico nº 003/2013-SEDQ/DIREN/CGPRE/DCOR do DPF/MJ)

Na maior parte das inclusões por iniciativa ex officio da ANVISA há uma relação com as comunicações recebidas da DPF/MJ. Por exemplo, a DPF/MJ informou sobre a apreensão das substâncias 25I-NBOMe e 25C-NBOMe em território brasileiro, sugerindo sua inclusão na lista F2. A ANVISA endossou a sugestão, e decidiu incluir outras 8 substâncias derivadas na lista.

Nos 3 processos iniciados por solicitação do Ministério Público de São Paulo, este requisitou a inclusão das substâncias nas respectivas listas no prazo de 48 horas. Para o membro do MP, o fato de não haver previsão da Portaria nº 344/1998 proporcionava impunidade, pois a substância foi encontrada em território nacional, sendo que em outros países é proibida.

Ator	Número de iniciativas
ANVISA	22
DPF/MJ ⁴	20
DPF/MJ e MP/SP ⁵	1
MP/SP	2
Total	45

Em geral, os processos tiveram as seguintes etapas: (i) recebimento da solicitação de inclusão (nos casos em que houve solicitação externa); (ii) análise e parecer pela Coordenação de Produtos Controlados; (iii) análise e parecer pela Diretoria de Regulação Sanitária; (iv) deliberação pela Diretoria Colegiada.

Não se verificou a utilização de instrumentos que propiciassem a participação social nas decisões, tais como consultas ou audiências públicas, tampouco consultas às câmaras setoriais ou técnicas.

Em todos os casos analisados, as substâncias incluídas foram consideradas potenciais drogas de abuso, por possuírem efeitos psicotrópicos e/ou estrutura química semelhantes a outras drogas. Foram 17 canabinóides sintéticos, que mimetizam o efeito do THC (componente da planta da cannabis), 16 substâncias alucinógenas comparáveis ao LSD, 6 substâncias consideradas substitutas ao MDMA (ecstasy): 3 substâncias similares às anfetaminas e 5 comparáveis a outras substâncias psicotrópicas controladas ou proibidas.

Na elaboração dos pareceres técnicos são utilizadas referências de literatura médica especializada, bem como publicações do Drug Enforcement Administration, agência governamental de controle de narcóticos dos Estados Unidos, do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes - UNODC, da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes, do sistema Early Warning Advisory (EWA) da UNODC, e relatos de usuários disponíveis no portal Erowid⁶ na internet.

Os motivos relacionados a características químicas e farmacêuticas, não foram objeto de escrutínio nessa análise, devido à limitação de conhecimento técnico sobre o assunto. Para a finalidade desse estudo basta a observação de a similaridade de

⁴ Departamento de Polícia Federal do Ministério da Justiça.

⁵ Ministério Público do Estado de São Paulo.

⁶ www.erowid.org

estrutura química e de efeitos psicotrópicos com outras drogas proibidas é um dos principais fundamentos da inclusão de novas substâncias.

Há de se ressaltar, entretanto, que em 15 dos casos analisados os pareceres técnicos apontavam para a existência de pouco conhecimento técnico sobre a substância, quanto aos seus efeitos adversos à saúde, toxicidade e dependência. A despeito disso, a substância foi incluída na lista. Parece haver uma presunção que pesa em favor do proibicionismo: na dúvida, proíbe-se.

Tampouco parece haver tempo para realização de estudos e pesquisas mais aprofundados. Parte-se do pressuposto de que a nova droga é ilegal (burla a legislação vigente) mesmo antes de ser incluída na lista da agência regulatória, não havendo necessidade de se investigar em profundidade seus efeitos:

Nos anos 90 ocorreu o aparecimento de novas drogas sintéticas e a popularização das *designer drugs*. Essas últimas têm como características essenciais o fato de terem sido modificadas em laboratórios com intuito de potencializar, criar efeitos psicoativos ou evitar efeitos indesejáveis, além de burlar a legislação vigente. Nesse escopo, esses compostos são produzidos baseados na premissa de ressintetizar drogas já existentes e que obtenham as mesmas ações psicotrópicas, com moléculas quimicamente diferentes da droga original. Como as estruturas moleculares das novas drogas são alteradas, essas não são definidas como proscritas em legislações pátrias. (Parecer Técnico nº 003/2013-SEDQ/DIREN/CGPRE/DCOR do DPF/MJ)

A busca pela celeridade na atualização da lista de substâncias proscritas é devida, em certa medida, ao contexto e ideologia de guerra às drogas, que leva à necessidade de minar as fontes de rendas das organizações criminosas. O DPF está imbuído nessa missão, e portanto é compreensível que a preocupação desse departamento esteja mais relacionada ao desmonte do narcotráfico do que com a saúde, liberdade e dignidade do consumidor de psicotrópicos. Em 25 dos casos analisados aponta-se explicitamente o "combate ao narcotráfico" como fundamento para a inclusão da substância na lista, como exemplificam os trechos de pareceres técnicos do DPF e da ANVISA:

Por fim, as razões maiores deste controle por parte da administração pública são especificamente coibir a utilização ilícita de substâncias psicotrópicas pela sociedade e combater o narcotráfico, motivações estas que poderão ser brilhantemente acolhidas pela ANVISA. (Parecer Técnico nº 003/2013-SEDQ/DIREN/CGPRE/DCOR do DPF/MJ)

Ressalto também a importância desta inclusão para que os Órgãos de Repressão a Entorpecentes consigam realizar o combate ao tráfico de drogas, visto que conforme a Lei nº 11.343/06 classifica como drogas as substâncias entorpecentes, psicotrópicas, precursoras e outras sob controle especial, da Portaria SVS/MS nº 344/98. (Processo nº 25351.563464/2013-13, fls. 4)

Em diversos dos pareceres técnicos da ANVISA há manifesta preocupação para a utilização de "critérios equânimes para classificação de substâncias", embora não haja uma definição clara de quais seriam esses critérios.

Curiosamente, nos processos analisados houve duas tentativas de inclusão da substância nicotina (um dos principais componentes do cigarro de tabaco) nas listas de substâncias sob controle. A proposição, ex officio na própria ANVISA, não pretendia incluí-la nas listas de substâncias de uso proscrito, mas sim na lista C1, de "outras substâncias sob controle especial".

Na instrução para edição da Resolução de Diretoria Colegiada nº 37/2012, afirma-se em parecer técnico:

Já a inclusão da nicotina na lista de substâncias controladas se faz necessário por ser uma molécula de significativa toxicidade e dependência, capaz de desencadear o processo neoplásico maligno principalmente nos pulmões e pâncreas. As doenças tabaco relacionadas matam 6 milhões de pessoas no mundo atualmente. O tabaco mata mais que a AIDS, a cocaína, o álcool, os suicídios e os acidentes de trânsito somados. (Parecer Técnico 008/2011-GPDTA/DIAGE/ANVISA)

Nessa ocasião, a Diretoria Colegiada não aprovou a inclusão da nicotina na lista C1:

[...] a GGIMP⁷ deverá fundamentar proposta de inclusão da nicotina na lista C1, inclusive avaliando se esta inclusão alcançará os objetivos desejados. Após os esclarecimentos deverá encaminhar o processo à procuradoria para ser realizada avaliação jurídica da proposta. O Diretor José Agenor registra que é favorável à proposição, que não possui dúvidas quanto à inclusão da nicotina na lista C1 ora proposta" (Reunião Ordinária Pública da Diretoria Colegiada nº 19/2012).

Posteriormente, na instrução da Resolução de Diretoria Colegiada nº 06/2014, afirma-se em relatório de instrução de proposição:

A nicotina é uma molécula com grande capacidade de causar dependência. Seu potencial aditivo é maior que o da cocaína, morfina e álcool. Da mesma forma que outras moléculas com capacidade aditiva, a nicotina possui propriedades que desencadeiam sensações prazerosas, que se traduzem na compulsão do consumo desta molécula e ainda síndrome de abstinência associada à privação. (Processo 25351.563464/2013-13, fls. 3)

Ao final, a RDC foi aprovada sem a inclusão da nicotina, com a informação de que será tratada em separado "tendo em vista a melhor avaliação do impacto da

⁷ Gerência-Geral de Inspeção, Monitoramento da Qualidade, Controle e Fiscalização de Insumos, Medicamentos e Produtos, Propaganda e Publicidade.

inclusão pela GG TAB⁸ e sua efetividade". Até a última versão da Portaria nº 344/1998, a nicotina não havia sido incluída no rol de substâncias sob controle.

A afirmação de que o potencial aditivo e de dano à saúde da nicotina é superior ao de drogas consideradas ilícitas pode indicar certo incômodo institucional com a indefinição dos tais "critérios equânimes para classificação de substâncias".

Por outro lado, a negativa da inclusão da nicotina como substância controlada sinaliza que argumentos de saúde pública tem pouca ou nenhuma importância para a classificação das substâncias quando comparados aos argumentos relacionados à segurança e combate ao narcotráfico.

Conclusão

O mapeamento do processo de atualização da Portaria SVS/MS nº 344/1998, com a identificação de atores e fundamentos associados aos atos de regulação, revelaram que há espaço de discricionariedade para atuação da ANVISA quanto à inclusão de itens no rol de substâncias entorpecentes, substâncias psicotrópicas e plantas de uso proscrito no Brasil, não estando adstrita ao conteúdo das listas das convenções de direito internacional sobre o tema.

Observou-se, para as substâncias em que não havia correspondência em listas das convenções internacionais, que as iniciativas dos processos foram do Departamento de Polícia Federal, do Ministério Público do Estado de São Paulo e da ANVISA, de forma ex officio mas em geral relacionada à solicitação do Departamento de Polícia Federal.

Apesar de a ANVISA ser uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, não se observou a colaboração de especialistas da área de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do ministério. Esse fato reforça os achados na revisão de literatura sobre o tema, de que a questão das drogas deixou de ser tratada como um problema de saúde pública e tornou-se uma questão de segurança nacional, com o combate ao narcotráfico.

Devido à influência assimétrica de grupos de interesse nesse processo, parece haver uma presunção que pende a favor da proibição, pois em geral trata-se de novas drogas cujos efeitos são pouco conhecidos e é preciso celeridade na análise. O argumento de necessidade de combate ao narcotráfico é recorrente.

⁸ Gerência-Geral de Produtos Derivados do Tabaco

As práticas de *accountability* e transparência, nos processos de inclusão de substâncias na Portaria SVS/MS 344/1998 analisados, restringiram-se à publicidade da deliberação em Reuniões Ordinárias Públicas da Diretoria Colegiada e à publicação dos normativos no Diário Oficial da União. Não foram realizadas consultas públicas, audiências públicas ou consultas às câmaras setoriais e técnicas, instrumentos postos à disposição da ANVISA e que propiciariam participação da sociedade, ampliação do debate e melhoria da qualidade da decisão.

A proibição do acesso a determinadas substâncias afeta todos na medida em que se restringe a liberdade de escolha, entretanto a sociedade não tem sido considerada pela ANVISA como interlocutora e parte interessada nesse processo. Para mudar essa realidade, é preciso que os tomadores de decisão percebam que não se trata de uma escolha apenas técnica, mas também política quanto aos seus pressupostos e suas implicações.

A ANVISA dispõe de ferramentas que possibilitariam um debate mais amplo e clareza quanto aos critérios utilizados para a classificação de substâncias. Parece mesmo haver uma preocupação institucional de que esses critérios sejam equânimes, mas é preciso que também sejam transparentes.

Por fim, pondera-se que a regulação da produção, comércio e consumo tem sido apontada por especialistas como uma solução para o problema da guerra às drogas, conforme visto na revisão bibliográfica deste trabalho. Desse modo reveste-se de especial importância a necessidade de um processo regulatório que se coadune aos princípios democráticos.

Referências bibliográficas

Adiala, Julio Cesar. Drogas, medicina e civilização na Primeira República. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011.

Aranha, Marcio Iorio. Manual de Direito Regulatório (Fundamentos de Direito Regulatório). 2ª ed. Coleford, UK: Laccademia Publishing, 2014.

Becker, Howard Saul. Outsiders: estudos de sociologia do desvio. 1ª ed – Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

Boiteux, Luciana. Castilho, Ela Wiecko Volkmer. Vargas, Beatriz. Batista, Vanessa Oliveira. Prado, Geraldo Luiz Mascarenhas. Japiassu, Carlos Eduardo Adriano. Tráfico de drogas e Constituição - Um estudo jurídico-social do tipo do art. 33 da Lei de Drogas diante dos princípios constitucionais-penais. Sério Pensando o Direito nº 01/2009. Brasília. Ministério da Justiça, 2009.

Brito, Guilherme de Souza Lima. Drogas e defesa da raça: a emergência do modelo de controle oficial sobre substâncias psicoativas ilegais no Brasil: 1920 – 1921. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: ENSP, 1996.

Bueno, Eduardo. À Sua Saúde - A Vigilância Sanitária na História do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2005.

Carvalho, Salo de. A atual política brasileira de drogas: os efeitos do processo eleitoral de 1998. Revista Brasileira de Ciências Criminais. São Paulo, n. 34, 2001.

Comissão Global de Políticas sobre Drogas. Sob controle: caminhos para políticas de drogas que funcionam. Relatório. 2014. Disponível em <<http://www.gcdpsummary2014.com/bem-vindo/#foreword-from-the-chair-pt>>

Cruz, Verônica. Transparência e *accountability* na regulação da vigilância sanitária no Brasil. Revista Direito Sanitário. São Paulo. vol. 10, n. 3 (Nov-2009/Fev-2010) p. 90-114

Del Olmo, Rosa. Drogas: distorsiones y realidades, em Nueva Sociedad, Caracas, n. 102. (Jul-Ago, 1989) p. 81-93.

França, Jean Marcel Carvalho. História da maconha no Brasil. São Paulo: Três Estrelas, 2015.

K'intu, Boletín Andino sobre Coca, Guerra contra las Drogas y Sectores Populares (01). Bogotá, Cochabamba y Lima: Aprodesch, ILSA y C. Balderrama, 1993.

Karam, Maria Lucia. Drogas: legislação brasileira e violação aos direitos fundamentais. LEAP Brasil. Abril, 2010. Disponível em <<http://www.leapbrasil.com.br/textos>> Acesso em 25-agosto-2014.

Labate, Beatriz Caiuby, e Araújo, Wladimir Sena (orgs.). O Uso Ritual da Ayahuasca. Campinas, Mercado de Letras, São Paulo, Fapesp, 2002.

Lima, Rita de Cássia Cavalcante. Uma história das drogas e seu proibicionismo transnacional: relações Brasil - Estados Unidos e os organismos internacionais. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

Machado, Ana Regina. Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

Pierry, Flávia. Juiz titular desautoriza substituto que liberou portador de maconha. O Globo. 30 jan 2014. Disponível em <<http://oglobo.globo.com/brasil/juiz-titular-desautoriza-substituto-que-liberou-portador-de-maconha-11452272>> Acesso em 06 de março de 2015.

Brasil. Senado Federal. Parecer s/nº da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa sobre a Sugestão 8/2014, que propõe a regulamentação da maconha para fins medicinais, recreativos e industriais. Brasília, 2015. Disponível em <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/116101>> Acesso em 1º mar 2016.

Scliar, Moacyr. Do mágico ao social - Trajetória da saúde pública. São Paulo: Editora Senac. 2002.

Stepan, Nancy Leys. A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Zaffaroni, Eugenio Raúl. Pierangeli, José Henrique. Manual de Direito Penal Brasileiro: parte geral. 11ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

Willys, Jean. Legalizar as drogas. Carta Capital. 30 jan 2014. Disponível em <<http://www.cartacapital.com.br/sociedade/legalizar-as-drogas-2566.html>> Acesso em 06 de março de 2015.

Winslow, Charles-Edward Amory. The Untilled field of Public Health. Modern Medicine, 2: 183, Março; 1920.

Apêndices

Apêndice 1. Análise da Lista F1 da Portaria SVS/MS nº 344/1998

SEQUÊNCIA	IDS	F1 - SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES	ATO REGULATÓRIO	LISTA INTERNACIONAL
1	NM 017	3-METILFENTANILA (N-(3-METIL 1-(FENETIL-4-PIPERIDIL)PROPIONANILIDA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)
2	NM 024	3-METILTIOFENTANILA (N-[3-METIL-1-[2-(2-TIENIL)ETIL]-4-PIPERIDIL]PROPIONANILIDA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)
3	NA 015	ACETIL-ALFA-METILFENTANILA (N-[1- α -METILFENETIL]-4-PIPERIDIL]ACETANILIDA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)
4	NA 001	ACETORFINA	RDC nº 98 de 20nov2000 (DOU 22nov2000)	Yellow List (Convenção 1961)
5	NA 018	AH-7921 (3,4-dicloro-N- {[1-(dimetilamino) ciclo-hexil] metil}benzamida)	RDC nº 18 de 13mai2015 (DOU 14mai2015)	Yellow List (Convenção 1961)
6	NA 016	ALFA-METILFENTANILA (N-[1- α -METILFENETIL]-4-PIPERIDIL]PROPIONANILIDA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)
7	NA 017	ALFAMETILTIOFENTANIL (N-[1-[1-METIL-2-(2-TIENIL)ETIL]-4-PIPERIDIL]PROPIONANILIDA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)
8	NB 010	BETA-HIDROXI-3-METILFENTANILA	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)
9	NB 009	BETA-HIDROXIFENTANILA	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)
10	NK 001	CETOBEMIDONA (4-META-HIDROXIFENTANIL-1-METILBUTIL]-6,14-ENDOETENO-ORIPAVINA)	RDC nº 98 de 20nov2000 (DOU 22nov2000)	Yellow List (Convenção 1961)
11	NC 004	COCAÍNA	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)
12	ND 002	DESOMORFINA (DIIDRODEOXIMORFINA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)
13	ND 025	DIIDROETORFINA (7,8-DIIDRO-7-ALFA-[1-(R)-HIDROXI-1-METILBUTIL]-6,14-ENDOETANOTETRAHIDROORIPAVINA)	RDC nº 249 de 05set2002 (DOU 06set2002)	Yellow List (Convenção 1961)
14	NE 001	ECGONINA	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)
15	NE 007	ETORFINA	RDC nº 98 de 20nov2000 (DOU 22nov2000)	Yellow List (Convenção 1961)
16	NH 001	HEROÍNA (DIACETILMORFINA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)

SEQUÊNCIA	IDS	F1 - SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES	ATO REGULATÓRIO	LISTA INTERNACIONAL
17	PM 021	MDPV (1-(1,3-BENZODIOXOL-5-IL)-2-(PIRROLIDIN-1-IL)-1-PENTANONA)	RDC nº 37 de 03jul2012 (DOU 03jul2012)	Green List (Convenção de 1971)
18	NM 018	MPPP (1-METIL-4-FENIL-4-PROPIONATO DE PIPERIDINA (ESTER))	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)
19	NF 003	PARA-FLUOROFENTANILA (4-FLUORO-N-(1-FENETIL-4-PIPERIDIL)PROPIONANILIDA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)
20	NP 026	PEPAP (1-FENETIL-4-FENIL-4-ACETATO DE PIPERIDINA (ESTER))	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)
21	NT 005	TIOFENTANILA (N-[1-[2-TIENIL)ETIL]-4-PIPERIDIL]PROPIONANILIDA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)

Apêndice 2. Análise da Lista F2 da Portaria SVS/MS nº 344/1998

SEQUÊNCIA	IDS	F2 - SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS	ATO DE REGULAÇÃO	LISTA INTERNACIONAL	INICIATIVA DA INCLUSÃO
1	PL 002	(+) - LISERGIDA (9,10-DIDEHIDRO-N,N-DIETIL-6-METILERGOLINA-8 β-CARBOXAMIDA) -LSD	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
2	PB 008	2C-B (4-BROMO-2,5-DIMETOXIFENILETILAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)	Green List (Convenção 1971)	
3		2C-C (4-CLORO-2,5-DIMETOXIFENILETILAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		DPF
4		2C-D (4-METIL-2,5-DIMETOXIFENILETILAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		DPF
5		2C-E (4-ETIL-2,5-DIMETOXIFENILETILAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		DPF
6		2C-F (4-FLUOR-2,5-DIMETOXIFENILETILAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		DPF
7		2C-I (4-iodo-2,5-DIMETOXIFENILETILAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		DPF
8		2C-T-2 (4-ETIL-TIO-2,5-DIMETOXIFENILETILAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		DPF
9		2C-T-7 (u 2,5-DIMETOXI-4-PROPILTIOFENILETILAMINA (2C-T-7))	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		DPF
10		4-FA (4-FLUOROANFETAMINA; 1-(4-FLUOROFENIL) PROPAN-2-AMINA)	RDC nº 32 de 30jul2015 (DOU 31jul2015)		DPF
11		4-MEC (4- METILETILCATINONA; 2 - (ETILAMINA) - 1 - (4 - METILFENIL) - PROPAN - 1 - ONA)	RDC nº 8 de 13fev2015 (DOU 27fev2015)		DPF
12	PM 017	4-METILAMINOREX (±)-CIS-2-AMINO-4-METIL-5-FENIL-2-OXAZOLINA	Republicação DOU 01fev1999	Green List (Convenção 1971)	
13	PM 020	4-MTA - (4- METILTIOANFETAMINA)	RDC nº 22 de 15fev2001 (DOU 16fev2001)	Green List (Convenção 1971)	
14		5F-AKB48 (N-(1-ADAMANTIL)-1-(5-FLUOROPENTIL)INDAZOL-3-CARBOXAMIDA)	RDC nº 8 de 13fev2015 (DOU 27fev2015)		MP/SP
15		5-IAI (2,3-DIHIDRO-5-iodo-1H-INDENO-2-AMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		DPF
16	PN 006	25B-NBOMe (2-(4-BROMO-2,5-DIMETOXI-FENIL)-N-[(2-	RDC nº 6 de 18fev2014	Green List (Convenção	

SEQÜÊNCIA	IDS	F2 - SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS	ATO DE REGULAÇÃO	LISTA INTERNACIONAL	INICIATIVA DA INCLUSÃO
		METOXIFENIL)METILJETANOAMINA)	(DOU 19fev2014)	1971)	
17	PN 007	25C-NBOMe (2-(4-CLORO-2,5-DIMETOXI-FENIL)-N-[(2-METOXIFENIL)METILJETANOAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)	Green List (Convenção 1971)	
18		25D-NBOMe (2-(4-METIL-2,5-DIMETOXI-FENIL)-N-[(2-METOXIFENIL)METILJETANOAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		ANVISA
19		25E-NBOMe (2-(4-ETIL-2,5-DIMETOXI-FENIL)-N-[(2-METOXIFENIL)METILJETANOAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		ANVISA
20		25H-NBOMe (2-(2,5-DIMETOXI-FENIL)-N-[(2-METOXIFENIL)METILJETANOAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		ANVISA
21	PN 008	25I-NBOMe (2-(4-IODO-2,5-DIMETOXI-FENIL)-N-[(2-METOXIFENIL)METILJETANOAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)	Green List (Convenção 1971)	
22		25N-NBOMe (2-(4-NITRO-2,5-DIMETOXI-FENIL)-N-[(2-METOXIFENIL)METILJETANOAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		ANVISA
23		25P-NBOMe (2-(4-PROPIL-2,5-DIMETOXI-FENIL)-N-[(2-METOXIFENIL)METILJETANOAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		ANVISA
24		25T2-NBOMe (2-(4-TIOETIL-2,5-DIMETOXI-FENIL)-N-[(2-METOXIFENIL)METILJETANOAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		ANVISA
25		25T4-NBOMe (2-[4-(1-METIL-TIOETIL)-2,5-DIMETOXIFENIL]-N- (2-METOXIFENIL)METILJETANOAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		ANVISA
26		25T7-NBOMe (2-(4-TIOPROPIL-2,5-DIMETOXI-FENIL)-N-[(2-METOXIFENIL)METILJETANOAMINA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		ANVISA
27		AKB48 (N-ADAMANTIL-1-PENTILINDAZOL-3-CARBOXAMIDA)	RDC nº 8 de 13fev2015 (DOU 27fev2015)		ANVISA
28	PA 008	AM-2201 ((1-(5-FLUOROPENTIL)-1H-INDOL-3-IL)-1-NAFTALENILMETANONA)	RDC nº 63 de 17out2014 (DOU 20out2014)	Green List (Convenção 1971)	
29	PB 002	BENZOFETAMINA	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
30	PD 009	BROLANFETAMINA (DOB; ((±)-4-BROMO-2,5-DIMETOXI-α-METILFENETILAMINA))	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
31	PN 009	BZP (1-BENZILPIPERAZINA)	RDC nº 7 de 26fev2009 (DOU 27fev2009)	Green List (Convenção 1971)	
32	PC 010	CATINONA ((-)-(5)-2-AMINOPROPIOFENONA)	Portaria nº 344/1998 -	Green List (Convenção	

SEQÜÊNCIA	IDS	F2 - SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS	ATO DE REGULAÇÃO	LISTA INTERNACIONAL	INICIATIVA DA INCLUSÃO
			Original DOU 15mai1998	1971)	
33		CLORETO DE ETILA (excluído)	RDC nº 22 de 15fev2001 (DOU 16fev2001) - Excluído desta e transferido para outra lista		Não há informação.
34	PD 001	DET (3-[2-(DIETILAMINO)ETIL]LINDOL)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
35	PD 007	DMA ((±)-2,5-DIMETOXI-α-METILFENETILAMINA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
36		DMAA (4-metilhexan-2-amina)	RDC nº 37 de 03jul2012 (DOU 03jul2012)		ANVISA
37	PD 003	DMHP(3-(1,2-DIMETILHEPTIL)-7,8,9,10-TETRAHIDRO-6,6,9-TRIMETIL-6H-DIBENZO[B,D]PIRANO-1-OL)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
38	PD 004	DMT (3-[2-(DIMETILAMINO)ETIL] INDOL)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
39		DOC (4-CLORO-2,5-DIMETOXIANFETAMINA)	RDC nº 44 de 02jul2007 (DOU 04jul2007)		Não há informação.
40	PD 008	DOET ((±)-4-ETIL-2,5-DIMETOXI-ALFA-METILFENETILAMINA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
41		DOI (4-iodo-2,5-dimetoxianfetamina)	RDC nº 44 de 02jul2007 (DOU 04jul2007)		Não há informação.
42		EAM-2201 ((1-(5-FLUOROPENTIL)-1H-INDOL-3-IL)-(4-ETIL-1-NAFTALENIL)-METANONA)	RDC nº 63 de 17out2014 (DOU 20out2014)		ANVISA
43		ERGINA (LSA (AMIDA DO ÁCIDO D-LISÉRGICO))	RDC nº 37 de 03jul2012 (DOU 03jul2012)		DPF
44	PP 003	ETICICLIDINA (N-ETIL-1-FENILCICLOHEXILAMINA)-PCE	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
45		ETILFENIDATO (ACETATO DE ETIL-2-FENIL-2-(PIPERIDIN-2-IL))	RDC nº 32 de 30jul2015 (DOU 31jul2015)		DPF
46		ETILONA (βk-MDEA; 1-(1,3-BENZODIOXOL-5-IL)-2-(ETILAMINO)-1-PROPANONA)	RDC nº 8 de 13fev2015 (DOU 27fev2015)		MP/SP
47	PE 006	ETRIPTAMINA (3-(2-AMINOBTIL)INDOL)	Portaria nº 344/1998 -	Green List (Convenção	

SEQUÊNCIA	IDS	F2 - SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS	ATO DE REGULAÇÃO	LISTA INTERNACIONAL	INICIATIVA DA INCLUSÃO
			Original DOU 15mai1998	1971)	
48	PJ 001	JWH 018 (1-NAFTALENIL-(1-PENTIL-1H-INDOL-3-IL)-METANONA)	RDC nº 21 de 27jun2010 (DOU 18jun2010)	Green List (Convenção 1971)	
49		JWH-071 ((1-ETIL-1H-INDOL-3-IL)-1-NAFTALENIL-METANONA)	RDC nº 63 de 17out2014 (DOU 20out2014)		ANVISA
50		JWH-072 ((1-PROPILINDOL-3-IL)NAFTALEN-1-IL-METANONA)	RDC nº 63 de 17out2014 (DOU 20out2014)		ANVISA
51		JWH-073 (NAFTALEN-1-IL(1-BUTILINDOL-3-IL) METANONA)	RDC nº 63 de 17out2014 (DOU 20out2014)		DPF
52		JWH-081 (4-METOXINAFTALEN-1-IL-(1-PENTILINDOL-3-IL) METANONA)	RDC nº 63 de 17out2014 (DOU 20out2014)		ANVISA
53		JWH-098 ((4-METOXI1-NAFTALENIL)(2-METIL-1- PENTIL-1H-INDOL-3-IL) METANONA)	RDC nº 63 de 17out2014 (DOU 20out2014)		ANVISA
54		JWH-122 (4-METILNAFTALEN-1-IL-(1-PENTILINDOL-3-IL) METANONA)	RDC nº 63 de 17out2014 (DOU 20out2014)		DPF
55		JWH-210 (4-ETILNAFTALEN-1-IL-(1-PENTILINDOL-3-IL) METANONA)	RDC nº 63 de 17out2014 (DOU 20out2014)		ANVISA
56		JWH-250 (2-(2-METOXIFENIL)-1-(1-PENTIL-1-INDOL-3-IL) ETANONA)	RDC nº 63 de 17out2014 (DOU 20out2014)		ANVISA
57		JWH-251 (2-(2-METILFENIL)-1-(1-PENTIL-1H-INDOL-3-IL) ETANONA)	RDC nº 63 de 17out2014 (DOU 20out2014)		ANVISA
58		JWH-252 (1-(2-METIL-1-PENTILINDOL-3-IL)-2-(2-METILFENIL) ETANONA)	RDC nº 63 de 17out2014 (DOU 20out2014)		ANVISA
59		JWH-253 (1-(2-METIL-1-PENTIL-1H-INDOL-3-IL)-2-(3-METOXIFENIL) ETANONA)	RDC nº 63 de 17out2014 (DOU 20out2014)		ANVISA
60		MAM-2201 ((1-(5-FLUOROPENTIL)-1H-INDOL-3-IL](4-METIL-1-NAFTALENIL)-METANONA)	RDC nº 63 de 17out2014 (DOU 20out2014)		ANVISA
61		mCPP (1-(3-CLOROFENIL)PIPERAZINA)	RDC nº 79 de 04nov2008 (DOU 05nov2008)		Não há informação.
62		MDAI (5,6-METILENODIOXI-2-AMINOINDANO)	RDC nº 8 de 13fev2015		DPF

SEQÜÊNCIA	IDS	F2 - SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS	ATO DE REGULAÇÃO	LISTA INTERNACIONAL	INICIATIVA DA INCLUSÃO
			(DOU 27fev2015)		
63	PN 004	MDE (N-ETIL MDA; (±)-N-ETIL-ALFA-METIL-3,4-(METILENEDIOXI)FENETILAMINA)	RDC nº 249 de 05set2002 (DOU 06set2002)	Green List (Convenção 1971)	
64	PM 011	MDMA ((±)-N, α-DIMETIL-3,4-(METILENDIOXI)FENETILAMINA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
65	PM 002	MECLOQUALONA	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
66	PM 022	MEFEDRONA (2-METILAMINO-1-(4-METILFENIL)-PROPAN-1-ONA)	RDC nº 36 de 03ago2011 (DOU 05ago2011)	Green List (Convenção 1971)	
67	PM 004	MESCALINA (3,4,5-TRIMETOXIFENETILAMINA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
68	PM 005	METANFETAMINA	RDC nº 37 de 03jul2012 (DOU 03jul2012)	Green List (Convenção 1971)	
69	PM 006	METAQUALONA	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
70	PM 019	METCATINONA 2-(METILAMINO)-1-FENILPROPAN-1-ONA	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
71	PM 023	METILONA (u 1-(1,3-BENZODIOXOL-5-IL)-2-(METILAMINO)-1- PROPANONA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU)	Green List (Convenção 1971)	
72		METIOPROPAMINA (N-METIL - 1 - TIOFEN - 2 - IL PROPAN - 2 - AMINA)	RDC nº 8 de 13fev2015 (DOU 27fev2015)		DPF
73	PM 013	MMDA (5-METOXI-ALFA-METIL-3,4-(METILENODIOXI)FENETILAMINA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
74		MXE (METOXETAMINA; 2-(ETILAMINO)-2-(3-METOXIFENIL)-CICLOHEXANONA)	RDC nº 6 de 18fev2014 (DOU 19fev2014)		DPF
75	PP 001	PARAHEXILA (3-HEXIL-7,8,9,10-TETRAHIDRO-6,6,9-TRIMETIL-6H-DIBENZO[B,D]PIRANO-1-OL)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
76		PENTEDRONA (2-(METILAMINO)-1-FENIL-PENTAN-1-ONA)	RDC nº 8 de 13fev2015 (DOU 27fev2015)		MP/SP e DPF
77	PP 017	PMA (P-METOXI-α-METILFENETILAMINA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
78	PP 013	PSILOCIBINA (FOSFATO DIHIDROGENADO DE 3-[2-	Portaria nº 344/1998 -	Green List (Convenção	

SEQUÊNCIA	IDS	F2 - SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS	ATO DE REGULAÇÃO	LISTA INTERNACIONAL	INICIATIVA DA INCLUSÃO
		(DIMETILAMINOETIL)]INDOL-4-ILO)	Original DOU 15mai1998	1971)	
79	PP 012	PSILOCINA (3-[2-(DIMETILAMINO)ETIL]INDOL-4-OL)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
80	PP 007	ROLICICLIDINA (L-(L-FENILCICLOMEXIL)PIRROLIDINA)-PHP,PCPY	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
81		SALVINORINA A (METIL (2S,4AR,6AR,7R,9S,10AS,10BR)-9-ACETOXI-2-(3-FURIL)-6A,10B-DIMETIL-4,10-DIOXODOCAHIDRO-2HBENZO[F]ISOCROMENO-7-CARBOXILATO)	RDC nº 37 de 03jul2012 (DOU 03jul2012)		ANVISA
82	PS 002	STP (DOM (2,5-DIMETOXI- α ,4-DIMETILFENETILAMINA))	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
83	PM 014	TENAMFETAMINA (MDA; (α -METIL-3,4-(METILENIOXI)FENETILAMINA))	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
84	PT 001	TENOCICLIDINA (1-[1-(2-TIENIL)CICLOHEXIL]PIPERIDINA)-TCP	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
85	PT 002	THC (TETRAIDROCANABINOL)	Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
86	PT 006	TMA ((\pm)-3,4,5-TRIMETOXI- α -METILFENETILAMINA)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	
87		TFMPP (1-(3-TRIFLUORMETILFENIL)PIPERAZINA)	RDC nº 7 de 26fev2009 (DOU 27fev2009)		DPF
88		UR-144 ((1-?PENTIL-?1H-?INDOL-?3-?IL)?(2,?2,?3,?3-?TETRAMETILCICLOPROPIL) - METANONA)	RDC nº 13 de 24mar2015 (DOU 25mar2015)		DPF
89		XLR-11 (5F-UR-144; [1-(5-fluoropentil)-1H-indol-3-il](2,2,3,3-tetrametilciclopropil)- metanona)	RDC nº 13 de 24mar2015 (DOU 25mar2015)		DPF
90	PZ 001	ZIPEPROL	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Green List (Convenção 1971)	

Apêndice 3. Análise da Lista F3 da Portaria SVS/MS nº 344/1998

F3 - SUBSTÂNCIAS PRECURSORAS	ATO REGULATÓRIO	LISTA INTERNACIONAL
FENILPROPANOLAMINA	RDC nº 98 de 20nov2000 (DOU 22nov2000)	Red List (Convenção de 1988)

Apêndice 4. Análise da Lista E da Portaria SVS/MS nº 344/1998

SEQUÊNCIA	IDS	E - LISTA DE PLANTAS QUE PODEM ORIGINAR SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES E/OU PSICOTRÓPICAS	ATO REGULATÓRIO	LISTA INTERNACIONAL
1	NC 001 (Planta); NC 008 (Resina)	CANNABIS SATIVUM (Planta da Cannabis)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)
2		CLAVICEPS PASPALI	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	
3		DATURA SUAVEOLANS	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	
4	NC 003 (Folhas)	ERYTHROXYLUM COCA (Arbusto de Coca)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	Yellow List (Convenção 1961)
5		LOPHOPHORA WILLIAMSII (CACTO PEYOTE)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	
6	NO 001 (Ópio); NC 020, NC 030, NC 040 e NC 050 (Concentrado de palha de dormideira)	PAPAVER SOMNIFERUM L. (Papoula Dormideira)	RDC nº 198 de 17mai2002 (DOU 24jun2002)	Yellow List (Convenção 1961)
7		PRESTONIA AMAZONICA (HAEMADICTYON AMAZONICUM)	Portaria nº 344/1998 - Original DOU 15mai1998	