



Centro de Referência sobre Drogas e  
Vulnerabilidades Associadas  
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

# Políticas Públicas e Assistência à Dependência

**10 Anos da Lei de Drogas: Resultados e Perspectivas em uma Visão Multidisciplinar**

**Prof. Dra. Andrea Gallassi**

Professora Adjunta III da UnB-Ceilândia  
Coordenadora-Geral do Centro de Referência  
sobre Drogas e Vulnerabilidades Associadas

**Brasília DF, 25 de abril de 2017**

# Uso de drogas – uma prática de sempre



- As pessoas fazem uso de drogas desde **sempre**, por diferentes **motivos**, em diferentes **quantidades** e **frequências**, e seguirão consumindo
- O **Estado proíbe penal e militarmente** a produção, comércio e consumo da maioria das drogas por assumir que **droga é intrinsecamente ruim** para o indivíduo que a consome e para a sociedade

# Um século de proibição e criminalização



- **Conferência do ópio (1912)**

Início da política de proibição

- **Convenção Única dos Entorpecente (1961)**

Sistema com listas de substâncias e plantas proscritas

- **“War on Drugs” (1970)**

Richard Nixon declara que as Drogas são o inimigo público número 1 dos EUA

- **Brasil:** acompanhou o proibicionismo e de forma pesada (Ditadura Militar)

# Um século de proibição e criminalização



- O modelo da criminalização foi a base das legislações de quase todos os países ao longo do século XX
- Os resultados pouco eficazes dessa política fizeram com que diversos países da **Europa e América Latina, a partir dos anos 1970, deixassem de considerar crime o porte e o uso, regulando essa conduta de diferentes maneiras fora da esfera criminal** (medida administrativa, trabalhos voluntários)

# Um século de proibição e criminalização

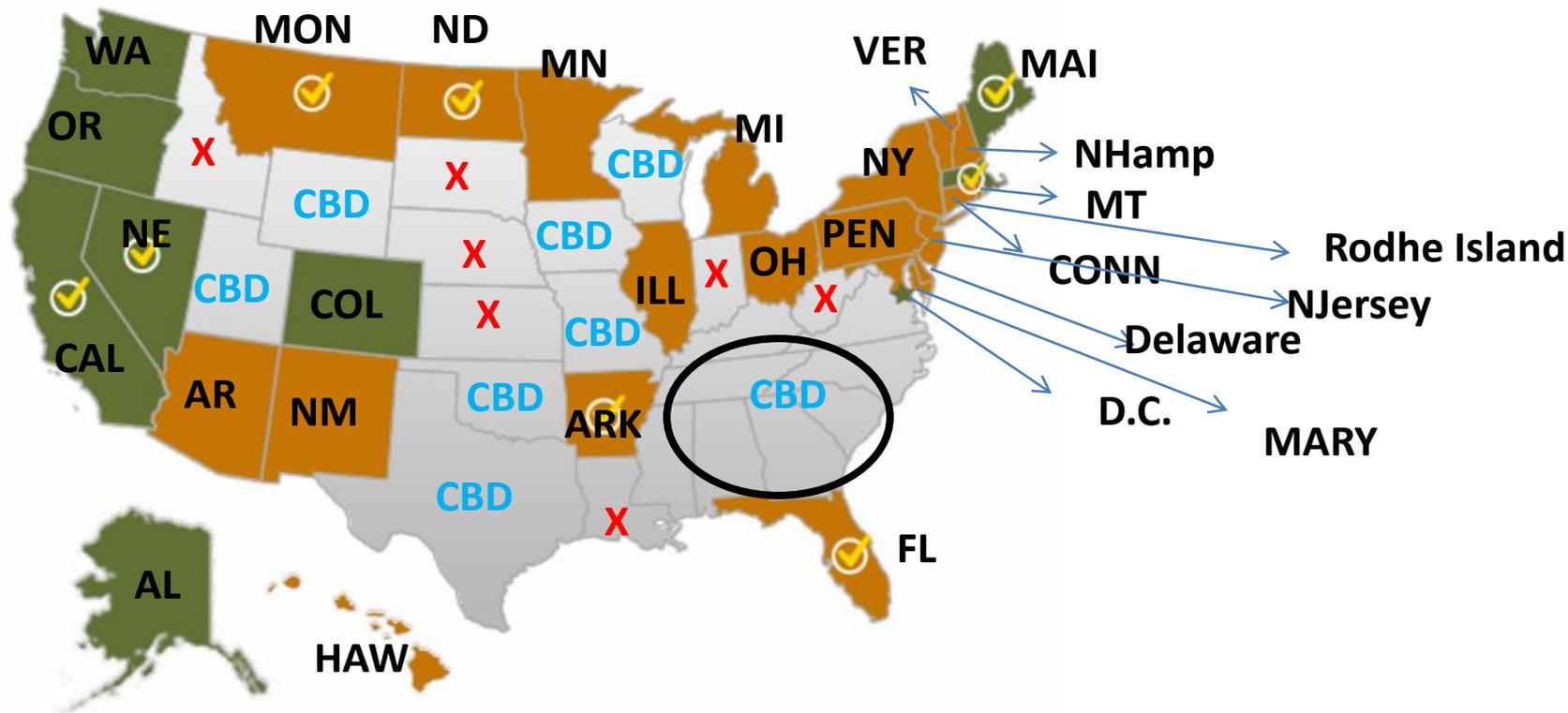


- Países que descriminalizaram o porte de drogas para uso pessoal:

Alemanha, Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Eslovênia, Espanha, Holanda, Itália, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, México, Paraguai, Peru, Portugal, República Tcheca, Uruguai

- Da América do Sul, apenas **Brasil, Guiana e Suriname** seguem criminalizando usuários.

# Estados norte americanos que flexibilizaram sua política de drogas



- Uso medicinal e recreativo
- Uso medicinal
- ✓ Aprovação do uso (medicinal e/ou recreativo) na última eleição
- CBD Somente autorizam o uso do canabidiol (CBD)
- X Restringem qualquer uso

# Uso de drogas – uma prática de sempre



- A natureza **polêmica e moral** do tema drogas impõe **apelos emotivos**, apresentando **qualquer padrão de consumo** como **sempre** relacionado a **supostos riscos à saúde**
- Do ponto de vista **científico e epidemiológico**, as pessoas que apresentam problemas ocasionados pelo uso de drogas **são a exceção e não a regra** (Fischer et. al, 2010; Volkow, 2014)

# Uso e Dependência de drogas no Brasil (15-64 anos)



- O uso problemático de drogas **é a exceção**

## USO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

- Álcool: ~ 50%
- Calmantes BZD: 2 – 6%
- Maconha: 2,5 - 3%
- Cocaína/crack: ~2%
- Outros estimulantes: 0,7%

## DEPENDÊNCIA

- Álcool: 10 – 12%
- Maconha: 1,2%
- Cocaína/crack: ~ 1%
- Calmantes BZD : 0,5%
- Outros estimulantes: 0,2%

A prevalência de **uso de maconha** no Brasil **é uma das mais baixas** da América Latina, sendo ainda menor quando comparada aos países da Europa e aos Estados Unidos

# Países maiores consumidores de maconha no mundo



# **DESCRIMINALIZAR AUMENTA O CONSUMO?**

# DESCRIMINALIZAR AUMENTA O CONSUMO?



- **Não há evidências científicas que sustentem a afirmativa** nos países que descriminalizaram, tanto da Europa quanto da América do Sul (Observatório Europeu de Drogas e Farmacodependência, 2011)
- No caso de **Portugal**, onde a descriminalização aconteceu em 2001, **o consumo de drogas ilícitas em 2012 se mostrou menor do que em 2001**. (Hughes & Stevens, 2012).
- **Não houve redução do preço das drogas após a descriminalização** (Félix & Portugal, 2015)

## **DESCRIMINALIZAR AUMENTA O CONSUMO?**

- Foram estabelecidos **critérios objetivos de quantidade para diferenciar o porte para uso pessoal e para venda**
- No caso da **República Tcheca**, onde todas as drogas foram descriminalizadas, **não houve diminuição da idade de início do uso de maconha** (Červený, et al, 2015)

# **COMO A CRIMINALIZAÇÃO AFETA A SAÚDE PÚBLICA?**

# COMO A CRIMINALIZAÇÃO AFETA A SAÚDE PÚBLICA?



## 2001: Reforma Psiquiátrica

Não inclusão da exclusão → pessoas que fazem uso problemático de drogas



- Seguiram como sendo uma questão, majoritariamente, de **segurança pública e de justiça**, o que perdura e tem efeitos até os dias de hoje

# COMO A CRIMINALIZAÇÃO AFETA A SAÚDE PÚBLICA?



- **A criminalização distancia as pessoas que usam drogas dos sistemas de saúde e de assistência social: o Estado que busca cuidar é o mesmo Estado que pune**
- **A possibilidade de um processo penal marginaliza os usuários de drogas ilícitas tanto simbólica quanto concretamente.**
- **Quando é tratado como um crime, o uso de drogas é visto prioritariamente como questão policial**
- **A violência ocasionada pela “guerra às drogas” impõe altos custos ao SUS → Homicídio é a 3º causa de morte entre homens com idade entre 14-44 anos (SVS/MS, 2014)**

# COMO A CRIMINALIZAÇÃO AFETA A SAÚDE PÚBLICA?



- A criminalização causa um **impacto negativo para a sociedade**, uma vez que esta passa a ter uma **atitude preconceituosa, de rejeição e desejo por punição** destes usuários
- A **má qualidade das drogas** consumidas expõe os usuários a riscos adicionais

# COMO A CRIMINALIZAÇÃO AFETA A SAÚDE PÚBLICA?



- Investimento com **foco na repressão** em detrimento de **ações de prevenção, tratamento, redução de danos e reinserção social**
- Inviabiliza o **uso medicinal de substâncias proscritas**, como a maconha, no tratamento de doenças, das quais seu uso mostra-se como a melhor possibilidade terapêutica
- **Obstáculo para a realização de pesquisas científicas**, inclusive para aferir a prevalência de uso na população

# POINT-COUNTERPOINT

## **Cannabis Legalization With Strict Regulation, the Overall Superior Policy Option for Public Health**

J Rehm<sup>1,2,3,4,5</sup> and B Fischer<sup>1,4,6</sup>

*Na perspectiva de saúde pública, considerando os danos de um modo geral, a maconha apresenta baixos riscos quando comparada às outras substâncias.....sob o sistema de proibição, as leis e a justiça relacionadas à maconha resultam num extenso custo, altos níveis de encarceramento e de antecedentes criminais na população. Em muitos países, a maconha se constitui como foco primeiro do sistema de justiça, encarcerando desproporcionalmente indivíduos marginalizados.*



## EDITORIALS

---

# The war on drugs has failed: doctors should lead calls for drug policy reform

Evidence and ethics should inform policies that promote health and respect dignity

Fiona Godlee *editor in chief*, Richard Hurley *features and debates editor*

The BMJ, London, UK

*A ideologia de um "mundo sem drogas" encoraja uma prática de saúde orientada pela mesma ideologia.*

*[As políticas de controle de drogas] impedem a realização de pesquisas sobre o uso medicinal da cannabis e de outras drogas proibidas, mesmo com evidências já provadas cientificamente de potencial benefício.*

## Public health and international drug policy



Joanne Csete, Adeeba Kamarulzaman, Michel Kazatchkine, Frederick Altice, Marek Balicki, Julia Buxton, Javier Cepeda, Megan Comfort, Eric Goosby, João Goulão, Carl Hart, Thomas Kerr, Alejandro Madrazo Lajous, Stephen Lewis, Natasha Martin, Daniel Mejía, Adriana Camacho, David Mathieson, Isidore Obot, Adeolu Ogunrombi, Susan Sherman, Jack Stone, Nandini Vallath, Peter Vickerman, Tomáš Záborský, Chris Beyrer

### Executive summary

In September, 2015, the member states of the UN endorsed Sustainable Development Goals (SDGs) for

the same light as potentially dangerous foods, tobacco, and alcohol, for which the goal of social policy is to reduce potential harms.

Published Online  
March 24, 2016  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00619-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00619-X)

*Políticas destinadas a proibir ou suprimir fortemente as drogas apresentam um aparente paradoxo. Os formuladores de políticas dizem que elas são necessárias para preservar a saúde e segurança públicas. Ainda assim, elas fazem aumentar, direta ou indiretamente, a violência letal, doenças, discriminação, migração forçada, a injustiça e o enfraquecimento do direito do povo à saúde*

## Review

# Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: A comprehensive narrative overview of English-language studies



Benedikt Fischer<sup>a,b,c,\*</sup>, Peter Blanken<sup>d</sup>, Dartiu Da Silveira<sup>e</sup>, Andrea Gallassi<sup>f</sup>,  
Elliot M. Goldner<sup>b</sup>, Jürgen Rehm<sup>a,c,g</sup>, Mark Tyndall<sup>h,i</sup>, Evan Wood<sup>i,j</sup>

## ARTICLE INFO

### Article history:

Received 31 July 2014  
Received in revised form  
30 December 2014  
Accepted 6 January 2015

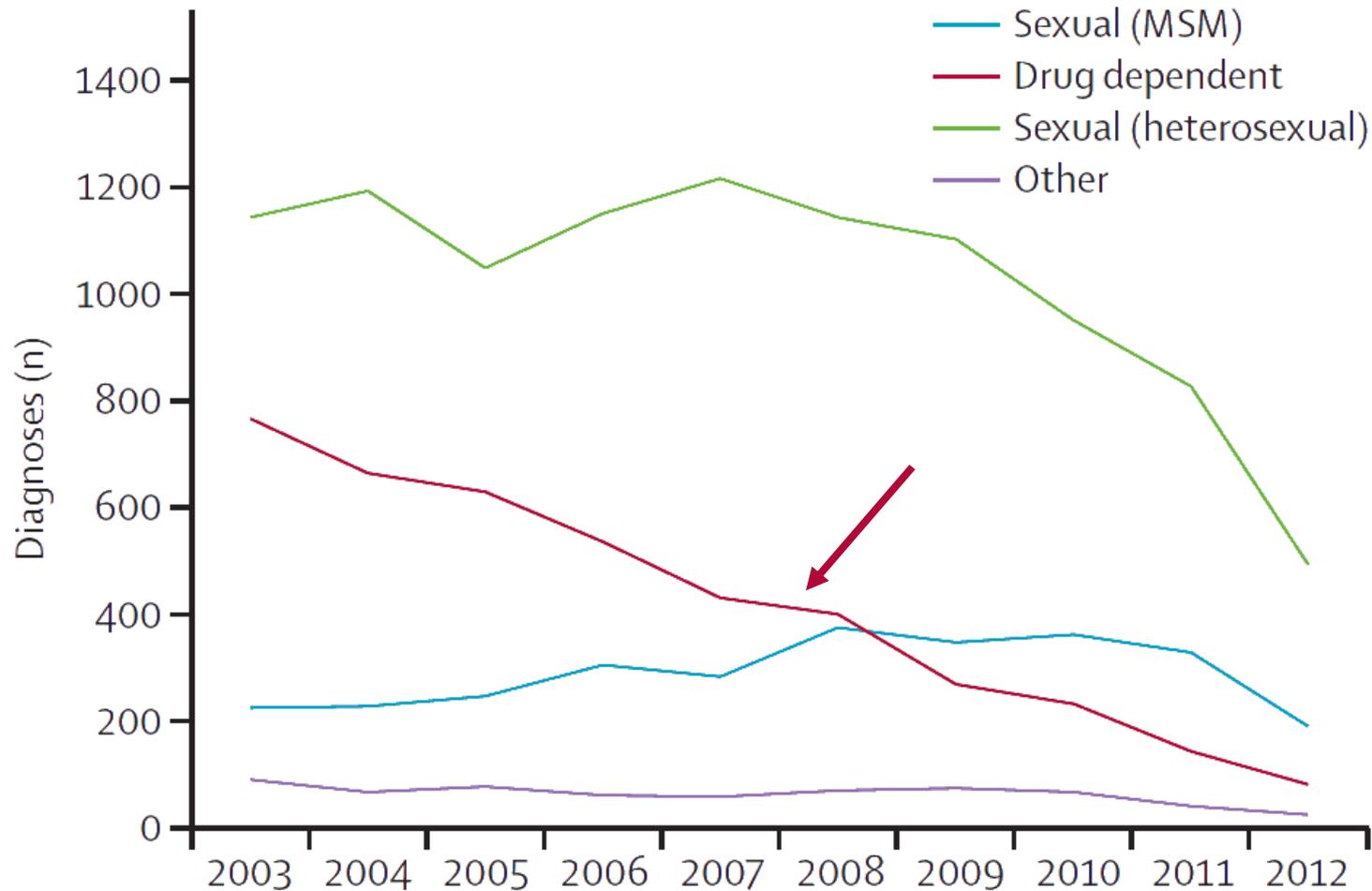
### Keywords:

Crack-cocaine  
Dependence  
Prevention  
Treatment  
Intervention  
Review

## ABSTRACT

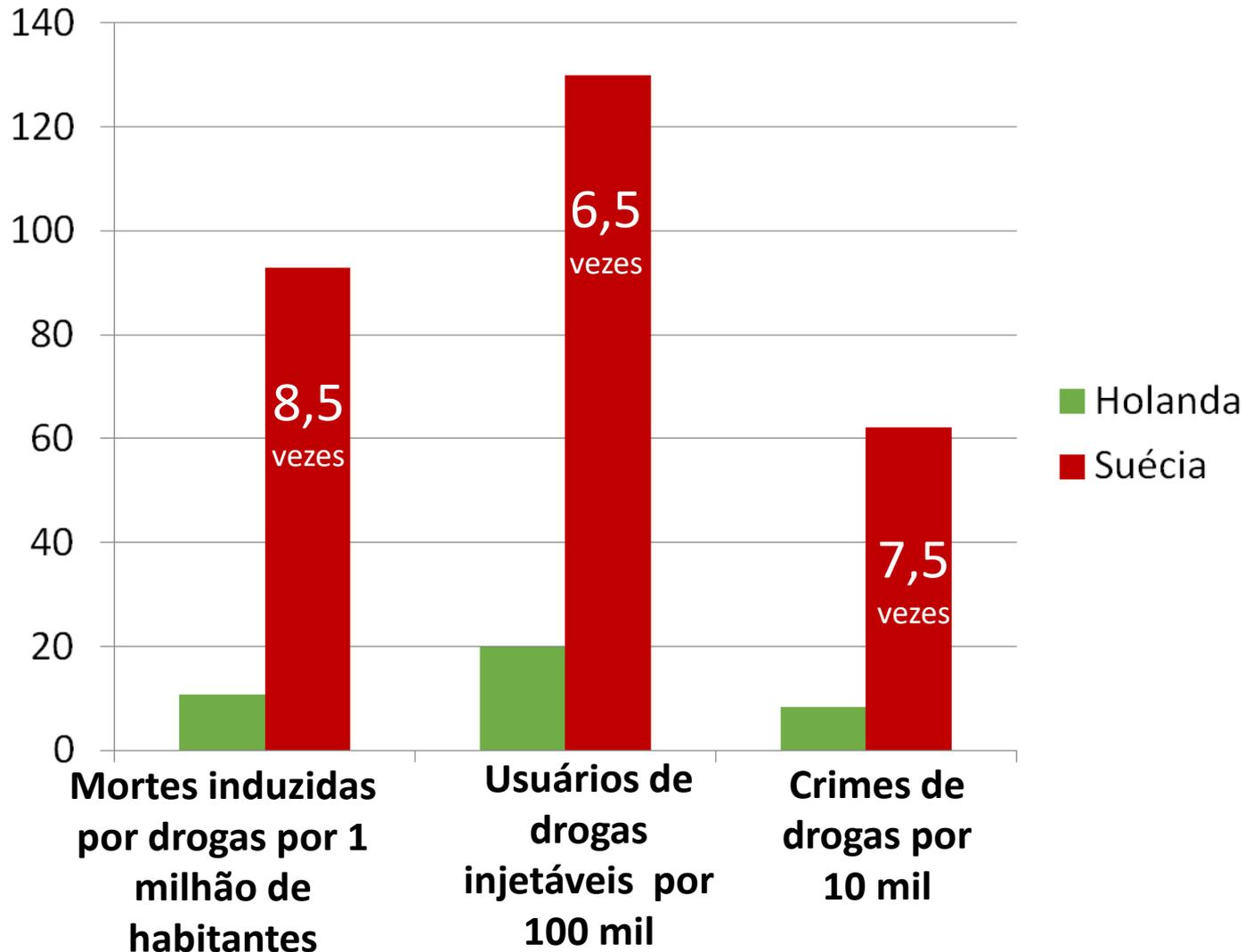
There are an estimated several million crack-cocaine users globally; use is highest in the Americas. Most crack users are socio-economically marginalized (e.g., homeless), and feature elevated risks for morbidity (e.g., blood-borne viruses), mortality and crime/violence involvement, resulting in extensive burdens. No comprehensive reviews of evidence-based prevention and/or treatment interventions specifically for crack use exist. We conducted a comprehensive narrative overview of English-language studies on the efficacy of secondary prevention and treatment interventions for crack (cocaine) abuse/dependence. Literature searches (1990–2014) using pertinent keywords were conducted in main scientific databases. Titles/abstracts were reviewed for relevance, and full studies were included in the review if involving a primary prevention/treatment intervention study comprising a substantive crack user sample. Intervention outcomes considered included drug use, health risks/status (e.g., HIV or sexual risks) and select social outcome indicators. Targeted (e.g., behavioral/community-based) prevention measures show mixed and short-term effects on crack use/HIV risk outcomes. Material (e.g., safer crack use kit distribution) interventions also document modest efficacy in risk reduction; empirical assessments of environmental (e.g., drug consumption facilities) for crack smokers are not available. Diverse psychosocial treatment (including contingency management) interventions for crack abuse/dependence show some positive but also limited/short-term efficacy, yet likely constitute best currently available treatment options. Ancillary treatments show little effects but are understudied. **Despite ample studies, pharmacotherapeutic/immunotherapy treatment agents have not produced convincing evidence; select agents may hold potential combined with personalized approaches and/or psycho-social strategies. No comprehensively effective 'gold-standard' prevention/treatment interventions for crack abuse exist; concerted research towards improved interventions is urgently needed.**

# Incidência da infeção por HIV em Portugal, por modo de transmissão



(Csete et al, 2016)

# Holanda x Suécia (2008)



(Observatório Europeu de Drogas e Farmacodependência, 2016)



**COMO O SUPERIOR TRIBUNAL DE  
JUSTIÇA PODE ATUAR NA REFORMA  
DA POLÍTICA DE DROGAS COM  
VISTAS A GARANTIR A SAÚDE  
PÚBLICA?**

## COMO O STJ PÚBLICO PODE ATUAR?

- Considerando o seu papel de **uniformizar a interpretação das leis** no país, o STJ deve:
  - Assegurar que não haja erro de enquadramento de **usuário como traficante de drogas** → **uniformizar interpretações** com a exigência de **provas** que comprovem o especial fim de agir que configure o dolo de traficar, considerando que os mesmos verbos estão nos Artigos 28 e 33 da Lei de Drogas

# COMO O STJ PÚBLICO PODE ATUAR?



- Assegurar o **cultivo nacional e o autocultivo de maconha para fins medicinais e de pesquisa**, previsto claramente no Parágrafo único do Artigo 2º da Lei de Drogas
  
- Assegurar que o cuidado das pessoas em uso problemático de drogas ocorra em **serviços de base comunitária** (ambulatoriais), conforme prevê a Lei 10.216/2001, e que a **internação seja o último recurso terapêutico** a ser utilizado e, caso ocorra, que seja em hospitais gerais

## CONCLUSÃO

- **É absolutamente equivocada a política de drogas no Brasil pelo seu impacto no encarceramento, violência e mortes quando se compara ao número de usuários e seus problemas de saúde**
- **Mais danosa do que a própria droga é a política adotada para tratar a questão**
- **Tratamento e as ações sociais e de saúde são investimentos mais custo-efetivos do que a coerção**

# CONCLUSÃO



- Superar a concepção de drogas como um **'inimigo social'**, pouco político e abordado **passionalmente**: a **reforma na política de drogas requer coragem política e liderança**
- Os problemas associados ao uso problemático de drogas são **tangíveis e conhecidos**, o que requer comprometimento concreto das lideranças para **o desenvolvimento de uma política com foco na saúde, na assistência social e no tratamento em liberdade**
- O Brasil não está preparado para ser o **3º país do mundo que mais encarcera** e o **16º mais violento do mundo**



Centro de Referência sobre Drogas e  
Vulnerabilidades Associadas  
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

**OBRIGADA**  
**agallassi@unb.br**  
**www.alcooledrogas.unb.br**