

PLATÖ

Drogas & Políticas

ISSN 2527-2020
9 772527 202007 >



PLATÖ *Drogas & Políticas*

[v.3_n.3]

JULHO_2019

EXPEDIENTE

EDITOR Mauricio Fiore

**CONSELHO EDITORIAL
(COMPOSIÇÃO INICIAL)** Andréa Gallassi, Beatriz Labate, Camila Magalhães Silveira, Cristiano Maronna, Dartiu Xavier, Francisco Inácio Bastos, Henrique Carneiro, Luciana Boiteux, Luciana Zaffallon, Luiz Fernando Tófoli, Marcelo da Silveira Campos, Paulo Pereira, Sidarta Ribeiro e Taniele Rui.

**PROJETO GRÁFICO E
DIREÇÃO DE ARTE** Carol Godefroid [@pirodeimagem]

REVISÃO DE TEXTO Carlos Inada

FOTO CAPA Carol Godefroid [@pirodeimagem]

ARTE CAPA Carol Godefroid [@pirodeimagem]
Renatto Souza [@pirodeimagem]

REALIZAÇÃO Plataforma Brasileira de Política de Drogas [PBPD]
Instituto Brasileiro de Ciências Criminais [Ibccrim]
Rua Onze de Agosto, 52 - São Paulo (SP),
CEP 01018-010. mauricio@pbpd.org.br

APOIO Centro Brasileiro de Análise e Planejamento [Cebrap]

APOIO FINANCEIRO Open Society Foundations

SUMÁRIO

[04] — Apresentação

MAURICIO FIORE

**[07] — Uso medicinal da *cannabis*:
modelos regulatórios para o
cumprimento de objetivos públicos**

G. ROBAINAI, R. PEYRAUBE, S. AGUIAR, F. LEMOS, C.
MUSTO, M. BAUDEAN, M. COITIÑO, M. COLLAZO

**[35] — As comunidades terapêuticas no cenário
das políticas públicas: o retorno a práticas
institucionalizantes**

MARISE RAMÔA, MIRNA BARROS TEIXEIRA, PILAR BELMONTE

**[67] — O impacto da descriminalização de drogas
nas políticas públicas**

DÉBORA GOMES MEDEIROS, LUÍS FERNANDO TÓFOLI

APRESENTAÇÃO

Em seu terceiro número, a Platô apresenta artigos com temas muito diferentes, o que demonstra a amplitude do debate político e acadêmico sobre drogas. Ao contemplar problemas como o da criminalização do uso de drogas, da regulamentação da maconha para fins terapêuticos e das políticas de atenção e cuidado para quem faz uso problemático de substâncias, esse número da Platô busca aprofundar o debate sobre política de drogas naquilo que ele, fundamentalmente, é: o(s) lugar(es) do Estado frente ao fenômeno complexo do uso de substâncias psicoativas.

O artigo que abre a terceira Platô foi produzido no âmbito de uma chamada especial da revista sobre a retomada do julgamento, pelo Supremo Tribunal Federal (STF), do Recurso Extraordinário 635659, que questiona a constitucionalidade da criminalização de quem porta drogas para uso pessoal – expressa no artigo 28 da lei 11.343 de 2006 –, prevista para junho e mais uma vez adiada pela presidência da corte. Escrito por Débora Gomes-Medeiros e Luís Fernando Tófoli, ambos psiquiatras ligados ao Laboratório de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (LEIPSI) da Unicamp, o artigo expõe de forma objetiva as evidências internacionais referentes aos impactos da descriminalização do usuário de drogas na saúde pública. O trabalho também analisa como a possível manutenção da criminalização de usuários de outras drogas ilícitas exceto os de maconha, já defendida por dois ministros do STF em seus votos, pode produzir consequências não desejadas.

A regulação da produção e da distribuição de maconha para uso terapêutico é o tema do artigo produzido por vários pesquisadores uruguaios – liderados por Gustavo Robaina e Raquel Peyraube. Para subsidiar o debate sobre esse tema em seu país, o primeiro do mundo a regulamentar o mercado de maconha para fins sociais (ou recreativos, no termo mais comumente utilizado), os autores apresentam uma síntese das experiências internacionais de regulação do uso terapêutico dessa droga e analisam os detalhes mais relevantes para que as políticas que venham a ser implantadas possam alcançar os seus principais objetivos: a proteção da saúde pública e a garantia de acesso, por quem precisa, a todos os tratamentos disponíveis.

O artigo que fecha esse número da *Platô* – produzido por três pesquisadoras ligadas à Fundação Oswaldo Cruz (FIO-CRUZ) – analisa criticamente as políticas brasileiras de cuidado e de atenção a pessoas que fazem uso problemático de drogas nas duas últimas décadas. A partir de um inventário de normas legais – leis, decretos, resoluções e portarias –, Marise Ramôa, Mirna Teixeira e Pilar Belmonte alertam para a tendência de retorno de práticas de exclusão e de institucionalização que caracterizavam as políticas públicas no período anterior à reforma psiquiátrica; de maneira mais direta: para o recrudescimento, nesse campo, de políticas de caráter manicomial. O artigo é oportuno diante de determinações recentes do governo federal, marcadas pelo açoitamento e pelo pouco controle social, especialmente no tocante ao financiamento público das Comunidades Terapêuticas.

Três temas delicados, três artigos que não se furtam ao posicionamento político embasado em argumentação qualificada e no diálogo com as evidências disponíveis. Para enriquecê-los ainda mais, a capa desse número traz uma arte especialmente produzida por Carol Godefroid a partir da coleção de cachimbos do Centro de Convivência *É de Lei*. Os itens foram recolhidos ao longo de duas décadas de ação pioneira em Redução de Danos para consumidores de crack no Centro na cidade de São Paulo. Ao mencioná-los, também agradeço a todas e a todos que nos ajudaram a colocar mais uma *Platô* na rua.

MAURICIO FIORE
EDITOR DA *PLATÔ: DROGAS E POLÍTICAS*



USO MEDICINAL DA CANNABIS:

modelos regulatórios para o
cumprimento de objetivos públicos

[1] GUSTAVO ROBAINA, mestre em Políticas Públicas, integrante do Monitor Cannabis (g.robaina@monitorCannabis.uy, gusrobby@gmail.com).

RAQUEL PEYRAUBE, doutora em Medicina, integrante do Monitor Cannabis. rpeyraube@icloud.com

SEBASTIÁN AGUIAR, Doutor em Sociologia, integrante do Monitor Cannabis.

FLORENCIA LEMOS, Graduada, integrante do Monitor Cannabis.

CLARA MUSTO, Doutora em Criminologia, integrante do Monitor Cannabis.

MARCOS BAUDEAN, Mestre em Políticas Públicas, integrante do Monitor Cannabis.

MAURICIO COITIÑO, Mestre em Políticas Públicas, integrante do Monitor Cannabis.

MARTÍN COLLAZO, Licenciado em Sociologia, integrante do Monitor Cannabis.

do Editor) “Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: A comprehensive update of evidence and recommendations”, American Journal of Public Health, ago.,107(8): e1-e12. doi: 10.2105/AJPH.2017.303818. Tradução de DANIELA SEQUEIRA, com revisão técnica de Maurício Fiore, Andrea Gallassi e Luis Fernando Tófoli.

- ✉ G. ROBAINA
- ✉ R. PEYRAUBE
- ✉ S. AGUIAR
- ✉ F LEMOS
- ✉ C. MUSTO
- ✉ M. BAUDEAN
- ✉ M. COITIÑO
- ✉ M. COLLAZO¹

RESUMO

Vários países vêm adaptando sua legislação para permitir formas de produção, acesso, exportação e importação de *Cannabis* com fins medicinais. A partir da análise dos casos de Canadá, Colômbia, Israel, Países Baixos e República Tcheca, este trabalho propõe uma caracterização do modelo de regulação desejável com base na análise das experiências existentes, buscando estabelecer quais características são mais relevantes para o cumprimento dos objetivos de saúde pública. Para isso, são analisados os diferentes desenhos de regulação, levando em consideração variáveis como institucionalidade, objetivos e instrumentos selecionados, concluindo-se que há treze variáveis relevantes que permitem uma análise parcimoniosa de tais desenhos, aglutinando as principais decisões que devem ser levadas em conta. Diferentemente dos modelos de regulação da *Cannabis* recreativa, os modelos de uso medicinal têm uma oportunidade dada pela exceção conferida pelas convenções internacionais ao uso médico e científico e pela possibilidade criação de ferramentas para separação de mercados e de sistemas de licenças que promovem a acessibilidade e a saúde pública.

Palavras-chave: regulação, modelos, *Cannabis*, medicinal, saúde.

INTRODUÇÃO

As reformas das políticas de drogas e, em particular, as regulações da *Cannabis* com fins medicinais irromperam no debate mundial no século XXI. Houve um intenso debate baseado na investigação pré-clínica do uso medicinal da *Cannabis* e, em menor medida, na investigação clínica, documentando cientificamente a existência do sistema endocanabinoide e os usos comprovados (Kowal, Hazekamp & Grotenhermen, 2016; Hill, 2015; Ben Amar, 2006; Mechoulam, 2005) e potenciais (Pertweek, 2014) dos fitocanabinoides contidos na planta, assim como outros compostos que poderiam aumentar sua efetividade, como flavonoides e terpenoides (Russo, 2011). Embora existam registros de estudos clínicos sobre o uso medicinal da *Cannabis* desde a segunda metade do século XIX, este tipo de estudo se viu limitado com o advento do proibicionismo como estratégia política radical de controle da oferta no século XX.

O impacto da generalização do uso da *Cannabis* de forma medicinal ou terapêutica na saúde das pessoas está abalando a estrutura da medicina tradicional e da ordem econômica e política desenhada ao seu redor, pelo efeito de substituição que a *Cannabis* representa nos tratamentos de primeira linha vigentes até agora. No Canadá, a indústria legal da *Cannabis* vem se desenvolvendo de forma sustentável desde 2014, chegando em 2017 a um faturamento de 3 bilhões de dólares canadenses (Canada, 2018). No Uruguai, 24% da população entre 15 e 65 anos estão interessadas no uso da *Cannabis* medicinal, principalmente para o tratamento de doenças e sintomas (Robaina & Peyraube, 2018). As mudanças são de tal magnitude que a Organização Mundial da Saúde levou adiante uma investigação profunda sobre a *Cannabis* e seus compostos e concluiu que é uma droga de “baixa periculosidade” (World Health Organization, 2018), contradizendo o status legal da planta no regime internacional de controle de drogas consagrado nas Convenções de 1961 e 1971.

Entre as regulações mais antigas, destacam-se a de Israel e a do Canadá, com quase vinte anos de programa de acesso à *Cannabis* de uso medicinal (Fisher, Kuganesan & Room, 2015). Nos Estados Unidos, a partir de 1996, com a aprovação da Emenda 64, o estado da Califórnia tornou lícita a *Cannabis* para fins medicinais, no que foi seguido por outros 27 estados (DPA, 2018); outros doze estados permitem para fins terapêuticos produtos com alto conteúdo de cannabidiol (CBD) e baixo conteúdo de tetrahydrocannabinol (THC menor que 0,2%) (Mead, 2017).

Na Europa, além da Itália, República Tcheca, Portugal e Holanda, a Alemanha autorizou o uso medicinal em 2017 (Eu-

observer, 2018). Na Austrália, em 2016, uma emenda legislativa permitiu a produção e a venda de *Cannabis* para fins medicinais (Australian Government, 2018). Na Nova Zelândia é possível comprar produtos importados, e um referendo deve ser realizado em breve para regular o uso terapêutico (CNBC, 2018).

Em 2016, o México reformou sua normativa federal para permitir a investigação, a produção e o acesso ao uso medicinal de *Cannabis*. Assim, na América Latina, salvo Bolívia, Equador, Venezuela e Guianas, todos os países aprovaram reformas regulatórias de diferentes níveis, tornando possíveis desde a importação de produtos à base de *Cannabis* até o autocultivo da planta, passando por sistemas de licenças para passando por sistemas de licenças para investigação científica e para a produção da planta e de derivados para fins medicinais.

O Uruguai aprovou, no ano de 2013, uma regulação integral dos usos industrial, medicinal e recreativo da *Cannabis*, incluindo aí a permissão para pesquisa científica (Walsh & Ramsey, 2018). No entanto, o processo de implementação do sistema de regulação foi difícil (Monitorcannabis, 2017), o que implicou importantes barreiras de acesso e problemas de separação dos mercados dos usos medicinal e recreativo (Robaina & Peyraube, 2018). O Uruguai ainda não instalou completamente seu sistema, razão pela qual o presente artigo se reveste do interesse específico de tentar situar as decisões fundamentais que deverão ser tomadas para garantir o pleno acesso ao cuidado à saúde para pessoas que fazem uso medicinal de *Cannabis*.

Portanto, este artigo apresenta uma análise comparada de modelos regulatórios para uso medicinal de *Cannabis*, buscando localizar as suas principais características e a relação com seus objetivos públicos. A análise comparativa de cinco casos – Canadá, Colômbia, Israel, Países Baixos e República Tcheca – nos permitirá identificar os aspectos institucionais e as ferramentas de política vinculadas ao cumprimento dos objetivos públicos dessas regulações, assim como seus instrumentos mais operativos. Embora a intenção seja exploratória e descritiva, o artigo busca contribuir com questões e potenciais para futuros modelos regulatórios. Em particular, tenta localizar um conjunto de variáveis sobre as quais os países devem tomar decisões para desenvolver suas políticas regulatórias.

Na primeira seção, são discutidos os aportes teóricos sobre as regulações da *Cannabis* e sobre o uso medicinal em particular, suas principais características e sua relação com os objetivos de saúde pública e de acessibilidade, muito diferentes dos modelos de regulação para fins recreativos. Na segunda seção, é apresenta-

do o enfoque metodológico e uma revisão bibliográfica a partir do campo das políticas públicas. Em seguida, são descritos e analisados os estudos de caso a partir do modelo proposto. Finalmente, na última parte, são apresentados os principais achados, por meio da análise de treze variáveis relevantes que caracterizam os modelos regulatórios de uso medicinal da *Cannabis* medicinal.

MODELOS DE REGULAÇÃO DA CANNABIS E SUA RELAÇÃO COM O CUMPRIMENTO DE OBJETIVOS PÚBLICOS

Longe de um sistema centrado na “proibição”, no período histórico que antecedeu a chamada “guerra contra as drogas” as proscições representavam um aspecto menor de um acordo regulatório e comercial internacional mais amplo (Collins, 2016). As experiências regulatórias atuais têm seus principais antecedentes nos mercados regulados do ópio, assim como nos do álcool e do tabaco. As lógicas, instituições e atores desses mercados representam o principal “contrafactual” para a análise do mercado de drogas, em particular da *Cannabis*, sobre o qual as políticas de regulação pretendem incidir (Casacuberta et al., 2012).

Durante a primeira parte do século XX, foi criado um sistema de regulação do comércio de drogas, não um sistema de proibição global. Do mesmo modo como em todos os sistemas reguladores, criou-se uma distinção entre atividades “lícitas” e “ilícitas”. As primeiras foram aquelas denominadas de “uso médico e científico” das substâncias geridas, enquanto a segunda se deu sobre as formas indefinidas de uso não médico e não científico (Collins, 2016). A relação dos desenhos institucionais dos mercados de drogas com objetivos públicos também podia ser vista antes da “guerra contra as drogas”. No caso do ópio, os Estados Unidos agiram a favor de um oligopólio estrito dos produtores baseado em cotas, enquanto outras nações poderosas, que tinham plantas de fabricação de medicamentos, preferiam um mercado relativamente livre para manter os preços baixos (Collins, 2016). O regime de proibição dado por uma interpretação restritiva das Convenções de 1961 e 1971, com um enfoque de segurança nacional, começou a dar lugar a uma estrutura institucional dos mercados, que, diante das experiências de regulação atuais, desenvolveriam modelos diferentes da *Cannabis*: produção e distribuição para investigação científica e uso médico, de um lado, e para uso recreativo, de outro.

Apesar de ser um tema de crescente interesse global, ainda são escassas as publicações referentes à regulação do mercado de *Cannabis* medicinal sob a perspectiva das políticas públicas (Pacula, Kilmer, Wagenaar, Chaloupka & Caulkins, 2012; Kilmer,

Kruithof, Pardal, Caulkins & Rubin, 2017). No entanto, a literatura de política de drogas abordou de forma ampla a discussão em torno da regulação da *Cannabis* para fins recreativos e sua associação com objetivos mais gerais de saúde, direitos humanos e segurança pública. Há trabalhos com análises e recomendações para modelos de regulação do uso recreativo baseados nas experiências dos mercados de álcool e de tabaco (Pacula, Kilmer, Wagenaar, Chaloupka & Caulkins, 2012). Os recentes processos de regulação do estados norte-americanos do Colorado e de Washington e do Uruguai, ambos com o objetivo de incidir integralmente sobre o mercado de *Cannabis* para uso recreativo – superando, assim, as experiências localizadas da Holanda e da Espanha – alimentaram alguns estudos comparativos; Pardo (2014), em um antecedente direto deste trabalho, concluiu que os modelos estadunidenses, dadas as restrições federais, podem cair nas armadilhas do interesse comercial, enquanto o processo uruguaio poderia garantir o cumprimento de objetivos de saúde pública e de segurança, por conta de um forte papel do Estado, que, por meio do IRCCA², promoveria um registro dos usuários, controles, fiscalizações e restrições comerciais, no trânsito e no trabalho.

Importante dizer que as regulações existentes para o uso medicinal de *Cannabis* não implicam uma reforma integral das políticas de drogas. Pelo contrário, trata-se de exceções às leis vigentes e derivadas das convenções internacionais, e aplicadas exclusivamente à *Cannabis* para fins medicinais e científicos, por conta do que seria um interesse público prioritário (Kilmer, Kruithof, Pardal, Caulkins & Rubin, 2013).

Portanto, a análise dos desenhos institucionais previstos para os regimes de *Cannabis* medicinal deve observar sua vinculação com o regime de fiscalização e controle previsto pelas convenções internacionais sobre drogas e, assim, permitir o planejamento de modelos mais ou menos flexíveis.

Embora o uso da *Cannabis* com fins medicinais date de milhares de anos, a investigação científica de suas propriedades e aplicações, assim como a criação de sistemas de produção e de acesso, é relativamente recente (Garat, 2013). A maior parte da investigação tem se concentrado na produção de evidência pré-clínica e clínica sobre seus usos e não nas especificidades dos modelos regulatórios. Isso porque a justificação política de seu desenvolvimento requereu legitimação técnica, sendo que os parâmetros desta são os sistemas internacionais de certificação de produtos medicinais. Tanto é assim que os níveis de evidência requeridos para o registro de produtos foram uma das principais dificuldades que atravessaram algumas das regulações vigentes na América Latina.

[2] Instituto de Regulação e Controle da Cannabis.

As doenças que contam com evidências mais sólidas para o uso de *Cannabis* são a esclerose múltipla, a dor crônica vinculada à artrose e, particularmente, à neuropatia, à enxaqueca, à fibromialgia e às náuseas e vômitos vinculados à quimioterapia (National Academy of Science, 2017). Também há algum nível de evidência para outras patologias, como anorexia-caquexia, epilepsia, doenças neurodegenerativas, artrite, Doença de Crohn, psoríase, glaucoma de ângulo aberto, algumas formas de câncer e uso em cuidado paliativo. Além disso, há também o uso para alguns quadros clínicos de saúde mental, mas que não contam com evidências suficientemente densas, o que tem relação com a complexidade da interação dos compostos da *Cannabis* com o sistema endocanabinoide, objeto científico em pleno processo de desenvolvimento e investigação (National Academy of Science, 2017).

De acordo com o informe produzido pela RAND Europe (2013), os diferentes tipos de regimes uso medicinal de *Cannabis* variam nas formas de provisão, no tipo de produto entregue (desde sua apresentação in natura, crua, até medicamentos laboratoriais) e nos tipos de licenças e autorizações (Kilmer, Kruihof, Pardal, Caulkins, & Rubin, 2013). Os regimes de *Cannabis* para uso medicinal definem-se principalmente pela combinação desses dois elementos e de suas características correspondentes: o sistema de autorização para os pacientes e as fontes de provisão (Belackova et al., 2015). Dado que a *Cannabis* continua inserida nas listas de substâncias proibidas, o tipo de autorização que se outorga aos pacientes poderia ir desde uma exceção às leis penais baseada no autodiagnóstico do paciente até um sistema formal de prescrição médica. A combinação do tipo de autorização com as três fontes de provisão de *Cannabis* com fins medicinais (produção farmacêutica, elaboração de produto herbáceo e produtos do mercado clandestino) poderia configurar diversos regimes, a depender dos objetivos que a política persegue, seja de maior restrição ou de ampla acessibilidade (Belackova et al., 2015).

Vários trabalhos já alertaram sobre um elemento restritivo relacionado ao fato de as regulações estarem contidas em um regime geral de proibição: as barreiras de acesso (Lucas, 2012). Para determinar essas barreiras, Lynne Belle-Islea (2014) analisou a experiência dos pacientes por meio de uma pesquisa com 628 usuários de dispensários de *Cannabis* medicinal no Canadá entre 2011 e 2012 e concluiu que, não obstante a existência de um programa federal de *Cannabis* para fins medicinais, há limitações por conta dos custos dos tratamentos e da dificuldade para encontrar médicos que o recomendem (Lynne Belle-Islea, 2014).

Diferentemente das regulações para o uso recreativo, o cum-

primário do objetivo de saúde pública estaria fortemente ligado à promoção do acesso a produtos seguros da perspectiva médica. No entanto, dado que o sistema de registro de produtos requer a comprovação científica de sua efetividade, a referência às doenças para as quais a *Cannabis* é indicada poderia – ou não – contribuir para tais restrições. Este é um aspecto a ser enfrentado no desenvolvimento dos modelos regulatórios: se o custo dos tratamentos é uma das barreiras, a subvenção dos produtos por parte dos sistemas de saúde poderia ser uma resposta. Mas os requisitos para o ingresso na farmacopeia dos países se encontram desenhados para produtos cujos princípios ativos se encontram adequadamente isolados, com comprovada ação no sistema endocanabinoide. Tal elemento está sendo desafiado pelas características flexíveis da *Cannabis* (Russo, 2011).

Além dos desenhos institucionais previstos pelos modelos regulatórios, a estrutura e as características dos mercados que venham a se formar também têm impacto sobre os objetivos públicos perseguidos. É possível identificar uma série de características comuns aos mercados de *Cannabis* recreativos que devem ser observados também na regulação do uso medicinal, por conta de seus impactos na saúde e na segurança públicas (Pacula, Kilmer, Wagenaar, Chaloupka & Caulkins, 2012; Pardo, 2014; Kilmer, B., 2014):

1) as características dos mercados regulados de drogas oscilam entre desenhos monopólicos ou de livre concorrência, os quais influenciam o cumprimento dos objetivos públicos das regulações: segurança, saúde, direitos humanos, etc.;

2) a conveniência de limitar ou não a transformação da droga mediante processos de integração vertical ou horizontal das distintas etapas da produção e da distribuição;

3) a política de preços e de impostos; e, por último,

4) o desenho de medidas para garantir que as regulações cumpram objetivos públicos, como saúde pública ou segurança, com a devida fiscalização de desvios.

Portanto, a nível de regulação da *Cannabis* com fins recreativos, os desenhos institucionais que incluem medidas restritivas ao acesso, com altos controles sobre a produção e a determinação do preço (características monopólicas), assim como restrições à publicidade, poderiam tornar mais provável o cumprimento dos objetivos públicos, em contraposição a modelos liberais nos quais não existem restrições às quantidades, ao preço, à publicidade, aos pontos de venda e à quantidade de ofertantes (Pardo, 2014; Walsh & Ramsey, 2018). Para o caso da *Cannabis* medicinal, além do tipo de autorização e das fontes de provisão, é necessário considerar outros elementos, como o padrão de qualidade exigido para uso terapêutico.

Para minimizar os efeitos prejudiciais da *Cannabis*, as recomendações regulatórias de uso recreativo consistem em minimizar a disponibilidade, restringindo o acesso e o uso em certos contextos (Pacula, Kilmer, Wagenaar, Chaloupka & Caulkins, 2012). Porém, quais deveriam ser então as características dos modelos de regulação para uso medicinal da *Cannabis*, caso a acessibilidade e a segurança para o tratamento de doenças e sintomas sejam os principais objetivos a serem promovidos pela política?

Dessa pergunta derivam outras, mais específicas, mas que orientarão a análise e as conclusões deste trabalho. Por exemplo: que características deveriam ter os mercados regulados de *Cannabis* medicinal? Que marco jurídico sustenta a criação dos modelos de regulação da *Cannabis* medicinal e que limite ele deve impor? Que requisitos e especificações tem cada um desses modelos, e qual é a sua relação com as fontes de provisão? Que política de preços ou de subvenções deve ser promovida para garantir o objetivo de acesso aos produtos?

METODOLOGIA

O neoinstitucionalismo e suas vertentes entendem as políticas públicas como inscritas em um marco institucional que determina sua direção e seus resultados. Todas as escolas, apesar de suas diferenças, tratam de elucidar o papel que desempenham as instituições sobre os resultados sociais e políticos (Hall & Taylor, 1996). Para esta análise, extraímos a seguinte definição operativa de políticas públicas, visando conceituar seus alcances e limites:

Uma política pública corresponde a cursos de ação e fluxos de informação relacionados com um objetivo público definido de forma democrática; os que são desenvolvidos pelo setor público e, frequentemente, com a participação da comunidade e do setor privado. Uma política pública de qualidade incluirá orientações ou conteúdos, instrumentos ou mecanismos, definições ou modificações institucionais, e a previsão de seus resultados [Laera, 2002, p. 13³]

Para descrever os elementos constitutivos dos modelos para uso medicinal de *Cannabis* analisados, a informação referente às regulações será organizada a partir da correspondência com um aspecto institucional, instrumental ou com objetivos da política, justamente os componentes mencionados por Laera (2002). Do mesmo modo, retomando os diferentes elementos característicos dos modelos regulatórios de *Cannabis*, foram selecionadas treze variáveis relevantes que surgem da revisão

[3] Tradução livre do original.

da literatura e que serão analisadas para os casos selecionados. Portanto, propõe-se analisar cinco experiências regulatórias de *Cannabis* com fins medicinais, à luz do seguinte esquema:

QUADRO 1 – Modelo analítico de regimes de Cannabis MEDICINAL

DIMENSÃO	CONCEITO	DEFINIÇÃO
INSTITUCIONAL	Marco jurídico específico, exceção à normativa vigente	Normas locais de cada país que regulam, promovem ou inibem a atividade com relação à Cannabis medicinal e à investigação científica
	Agência de regulação específica	Existência de unidades administrativas destinadas à implementação de programas de Cannabis medicinal, seu alcance e inserção dentro do Estado
	Requisitos para o acesso	Limitações impostas pelas regulações locais para o acesso a esse tipo de produto, baseadas em atributos ou requisitos das pessoas. Tipos de autorização dadas aos pacientes
OBJETIVOS	Definição de doenças e sintomas	O acesso a produtos de Cannabis medicinal está condicionado a doenças e sintomas predeterminados
	Subvenção dos productos	Mecanismos de compensação do custo dos produtos para os pacientes. Estes podem ser determinados por políticas de saúde pública ou por seguros privados
	Política de preço	Mecanismos de regulação dos preços dos produtos em cada um dos países, e se estes são fixados pelo Estado, por livre concorrência ou por recomendação
	Método de acesso (autocultivo, compra em locais habilitados etc.)	Modalidades habilitadas para o acesso, produção e/ou distribuição de produtos para uso medicinal de Cannabis
	Tipos de produtos e fórmulas especiais (medicamento, flores, derivados etc.)	Diversidade de produtos como medicamentos, fitoterápicos ou produtos sem nenhum controle de qualidade
INSTRUMENTOS	Sistema de produção	Formas organizativas de produção de Cannabis ou de seus derivados; tipo de mercado que se busca promover (livre concorrência, oligopólio, monopólio etc.)
	Sistema de distribuição e de comercialização	Formas organizativas destinadas à distribuição e à comercialização dos produtos de Cannabis medicinal
	Controle de qualidade e padronização	Processos estabelecidos como obrigatórios para garantir a qualidade dos produtos
	Qualificação dos médicos para prescrever	Competências e conhecimentos certificados para prescrição de produtos de Cannabis medicinal
	Medidas de emergência/transição	Transição de um mercado inexistente ou ilegal para um regulado

Para responder às perguntas formuladas, a comparação dos modelos de regulação permite identificar elementos descritivos e formular hipóteses explicativas acerca das variações entre eles para cada uma das variáveis consideradas e, ao mesmo tempo, formular hipóteses sobre os elementos constitutivos do fenômeno em estudo (Perez Liñan, 2009).

Para o tratamento da informação, há um cuidado com a classificação, para assegurar a ordem e a homogeneidade dos fenômenos, usando conceitos aplicáveis em países distintos e, ao mesmo tempo, bons coletores de fatos (Bulcuruf & Cardozo, 2008). A principal limitação desse método e estratégia metodológica é a análise dos resultados de tais regulações a partir da perspectiva dos objetivos perseguidos. No entanto, os principais achados podem constituir dados relevantes para futuras investigações.

A partir da sistematização das informações reunidas na análise dos casos e do uso de elementos do método comparado, conclui-se este trabalho com uma proposta matricial com dimensões e variáveis relevantes aplicadas à análise de cinco diferentes modelos regulatórios, o que permite contabilizar a implementação dos modelos regulatórios no nível de seu desenho.

Para a seleção dos casos foram definidos os seguintes critérios: países dos três continentes (Europa, Américas e Ásia Menor) que tinham regulações de *Cannabis* medicinal com distinto grau de implementação; regulações de alcance nacional em países com sistemas políticos federais e centrais; e disponibilidade de documentos em espanhol ou em inglês. Por último, foram escolhidas experiências com trajetória longa, assim como sistemas recentemente desenhados e implementados. Dessa maneira, os casos de interesse selecionados foram os do Canadá, da Colômbia, de Israel, dos Países Baixos e da República Tcheca. As fontes de informação utilizadas para este estudo incluem entrevistas com informantes qualificados, leis, decretos e normativas originais (com traduções oficiais), artigos acadêmicos e notas de imprensa de veículos de reputação reconhecida para cada um dos países.

DESCRIÇÃO E ANÁLISE

Aspectos institucionais dos modelos considerados

A arquitetura institucional sob a qual estão criados os modelos regulatórios varia, abrangendo desde sentenças judiciais até reformas constitucionais, além das convenções internacionais sobre drogas. Um aspecto comum a todas as reformas é a criação ou a designação de uma agência especializada para regular a atividade. No entanto, as competências e o grau de controle sobre produção, distribuição e acesso determinam grande parte das diferenças entre os regimes de *Cannabis* de uso medicinal. Em todos os casos, as agências e/ou programas reguladores são de responsabilidade dos ministérios de Saúde, e as regulações surgem por excepcionalidade às leis de drogas, com requisitos objetivos para a implementação.

Embora existam outros requisitos para o acesso, a prescrição médica é unânime e estabelecida por meio de leis e de resoluções ou, como no caso colombiano, pela Constituição. A modalidade israelense é particular, já que os pacientes recebem uma recomendação dos médicos, e não uma prescrição, sendo o Estado o responsável último por outorgar ou não, por meio de uma licença aos pacientes, o acesso à *Cannabis* medicinal, o que ocorre depois da corroboração do fracasso de vários tratamentos anteriores. Outra característica geral é que é possível a prescrição para menores de idade com consentimento dos adultos responsáveis legais, exceto no Canadá e na República Tcheca, onde a prescrição é limitada aos adultos.

QUADRO 2 – Aspectos vinculados à INSTITUCIONALIDADE

DIMENSÃO RELEVANTE	CANADÁ	ISRAEL	COLÔMBIA	REPÚBLICA TCHECA	PAÍSES BAIXOS
MARCO JURÍDICO: 1) marco regulatório específico; 2) isenção à aplicação da normativa vigente da regulação de Cannabis medicinal	Não se aprovou lei nem decreto. É um programa oficial da Health Canada (Medical Marihuana Purposes Regulation – MMPR). Realiza-se no marco da exceção que as convenções preveem	Não tem lei nem decreto legislativo. Programa oficial do Ministério de Saúde permite não aplicar a normativa penal vigente para Cannabis medicinal	1) Ato legislativo modifica a Constituição; 2) lei n° 1787 regula a Cannabis para fins científicos e medicinais; 3) decreto regulamenta a implementação	1) Lei n° 50/2013 (emenda várias leis e cria isenção para Cannabis de uso medicinal); 2) decreto n° 236/2015, regulatório da implementação	1) Emenda à Lei do Ópio para Cannabis medicinal e investigação científica; 2) diretrizes políticas para as isenções
TIPO DE AGÊNCIA DE REGULAÇÃO ESPECÍFICA	Health Canada. Criação de um programa específico para Cannabis medicinal	IMCA, vinculada ao Ministério de Saúde	Fundo Nacional de Entorpecentes, vinculado ao Ministério de Saúde e Proteção Social	SÁKL, agência criada para a regulação e controle da Cannabis medicinal, que se reporta diretamente ao SÚKL, Instituto para o Controle das Drogas	BMC (Bureau voor Medicinale Cannabis), vinculado ao Ministério da Saúde, Bem-Estar e Esporte
REQUISITO PARA O ACESSO À CANNABIS MEDICINAL	1) Prescrição por médico ou por enfermeira, que habilita as três formas de acesso 2) Maiores de 18 anos	Licença se cumpre com pré-requisitos: 1) recomendação por médico registrado; 2) doença incluída em lista pré-definida	1) Prescrição por médico; 2) a idade não é requisito, mas para menores é necessário o consentimento dos pais	1) Prescrição da Cannabis medicinal por médico de especialidades autorizadas; 2) há lista de doenças autorizadas; 3) Restrito para maiores de 18 anos	1) Prescrição médica; 2) lista de doenças pré-definida, mas o médico tem liberdade de prescrever conforme sua avaliação; 3) não há limite de idade

Fonte: elaboração própria com base em entrevistas com informantes qualificados dos países, fontes secundárias e imprensa especializada.

ASPECTOS VINCULADOS AOS OBJETIVOS

A referência explícita às doenças e aos sintomas não é homogênea entre os casos analisados. Israel e República Tcheca especificam as doenças para as quais a *Cannabis* pode ser prescrita, e a lista abrange aquelas com maior nível de evidência disponível, assim como as especialidades médicas autorizadas a prescrever. Os Países Baixos desenvolveram um guia destinado a médicos e pacientes, no qual é especificada uma lista de doenças e de sintomas para os quais é possível prescrever a *Cannabis*, mas os médicos têm liberdade para indicá-la em outros tratamentos. No caso da Colômbia, não há uma definição de doenças e de sintomas, e o Canadá estabeleceu, há alguns anos, as doenças para as quais é possível prescrever *Cannabis*, mas essa limitação foi abandonada a fim de reduzir barreiras de acesso.

O Canadá possui quatro vias de acesso orientadas pelo princípio de acessibilidade (autocultivo, cultivo por terceiros, compra de uma empresa via internet e dispensários). No entanto, algumas delas oferecem certo risco quanto à qualidade da *Cannabis* produzida, assim como quanto a sua efetividade: representam uma aposta mais artesanal que outras iniciativas com critérios médicos estritos.

O tipo de produto ou as formulações habilitadas, assim como o tipo de autorização do paciente, são elementos definidores do regime (Belackova et al., 2015). Junto com as vias de acesso, eles definem o que os autores denominam as “formas de provisão”. Dois casos particulares são a Colômbia e a República Tcheca, que permitem produtos finais por meio de formulações que podem ser manipuladas por farmácias. Essa via habilita as empresas produtoras a elaborar derivados vegetais e purificados que, não tendo apresentações farmacêuticas finais, estão em concordância com o princípio de segurança, por meio de controles de qualidade no processo de produção e de extração. Esse tipo de medida supera as restrições de importação e de registro de fármacos existentes até agora, assim como o tempo que a indústria levará para desenvolver seus produtos finais. Os demais países habilitaram desde extratos oleaginosos até flores cruas, granuladas ou secas, assim como medicamentos com princípios ativos vegetais ou sintéticos.

Em todos os casos estudados, o preço é objeto de algum tipo de intervenção: desde a sugestão com liberdade, para autorregulação do mercado – como é o caso do Canadá; até a fixação de preços – casos de Israel, República Tcheca e Países Baixos. Em Israel, especificamente, o preço da *Cannabis* medicinal é de cem dólares americanos, independentemente da quantidade

que se consuma. Mais do que um preço para o produto, esse valor se transforma no custo da licença para os pacientes, ainda que o Governo o defina como “custo de produção”.

Em nenhum dos países estudados existe subvenção para custear esses produtos. Esse aspecto tem relação com a não inclusão da *Cannabis* nas farmacopeias nacionais, o que impede que entre nos sistemas públicos e privados de saúde. No entanto, em alguns países – República Tcheca e Países Baixos –, os seguros privados cobrem parcialmente alguns produtos, dependendo da política interna de cada empresa. O caso do Canadá também é interessante, devido à elaboração de uma proposta que permite evitar os requisitos dos medicamentos convencionais para entrar nas farmacopeias e, portanto, ter acesso aos benefícios da subvenção, que se dá por meio da dedução no imposto de renda de uma porcentagem do custo dos tratamentos.

QUADRO 3 – Aspectos vinculados aos OBJETIVOS

DIMENSÃO RELEVANTE	CANADÁ	ISRAEL	COLÔMBIA	REPÚBLICA TCHECA	PAÍSES BAIXOS
DEFINIÇÃO DE DOENÇAS E SINTOMAS	Não	Sim. Lista de doenças e de sintomas que limita a recomendação médica. Estrito sistema de verificação	Não	Lista de doenças e sintomas de indicação autorizada que limita a prescrição médica	O BMC (OMC) tem o monopólio da Cannabis e da resina. É o único ente que pode comprar cultivos e explorá-los
PREÇO	Sugerido pelo Governo: C\$ ⁴ 7.60/g	Os pacientes licenciados pagam um valor fixo para cobrir o custo de produção, fixado pelo Governo em U\$S 100/mês, independente do consumo.	Ainda não havia produção e definição de custo quando da redação deste trabalho	Fixado pelo Governo com base na fórmula custo de produção + custo de distribuição. Não há lucro na venda. Atualmente € 3.50/g	Farmácias habilitadas
SUBVENÇÃO DOS PRODUTOS	Não é parte da política oficial	Não é parte da política oficial	Não é parte da política oficial	Não é parte da política oficial. Pode haver cobertura, o que depende da aprovação de cada companhia de seguro de saúde	Os preparados e produtos devem ser padronizados, assim como o método de produção. Controle de qualidade em todas as fases de produção, desde o cultivo até a embalagem dos produtos, de acordo com a normativa vigente
MÉTODO DE ACESSO	1) Autocultivo; 2) produção por terceiros; clubes compassivos 3) compra de licenciados	Aplicação de licença para pacientes	Compra em farmácias habilitadas, drogas e lojas naturalistas	Compra em farmácias autorizadas	Compra em farmácias autorizadas
TIPO DE PRODUTOS E FÓRMULAS ESPECIAIS	1) Flores; 2) derivados; 3) produtos elaborados pela indústria farmacêutica de origem natural; 4) produtos de origem sintética elaborados pela indústria farmacêutica	1) Flores; 2) extratos com base oleosa	1) Produtos finais e fitoterápicos, exceto flores ⁵ ; 2) Farmácias de manipulação no primeiro ano	Somente fórmulas manipuladas com base no fracionamento em cápsulas de Cannabis seca, isto é, preparações elaboradas nas farmácias autorizadas	1) Flores; 2) granulado; 3) extratos com base oleosa

Fonte: elaboração própria com base em entrevistas com informantes qualificados dos países, fontes secundárias e imprensa especializada.

ASPECTOS VINCULADOS AOS INSTRUMENTOS

Neste terceiro bloco, estão concentrados os elementos relevantes para compreender as características de cada um dos modelos. No caso de modificações, isso não afetaria a centralidade da política, mas pode contribuir para o alcance dos objetivos ou dificultá-lo.

Todos os países utilizam sistemas de licenças. As licenças são um instrumento de política pública por meio do qual o Estado transfere para entes privados a responsabilidade pela produção e pela distribuição da *Cannabis* e de derivados. As licenças, em termos econômicos, representam uma barreira para a consolidação de mercados com características monopolísticas pois permitem a introdução, com licitações determinadas pelo Estado, de condições equivalentes às da concorrência para certas etapas do processo. Essas licenças funcionam como contratos entre o Estado e entes privados, nos quais são especificadas uma série de condições de produção e a definição de preço e de quantidade, dois aspectos centrais para o desenho dos mercados.

O único país estudado que separa a atividade de produção da de distribuição e comercialização é a República Tcheca, outorgando aos distribuidores uma licença específica para tal fim. Estes, além de oferecer um bom serviço de distribuição, devem se tornar responsáveis pelas reclamações dos clientes. No resto dos países, ou a distribuição para os clientes é assumida pelas empresas produtoras (Canadá), ou é feita pelos produtores por meio de uma rede de comercialização, na maior parte dos casos farmácias, ou lojas naturistas e drogarias, no caso da Colômbia.

Não foi possível encontrar, nos documentos públicos e nas consultas realizadas, evidências de ações oficiais visando à capacitação médica. Embora nos Países Baixos tenha sido confeccionado um guia destinado aos médicos e aos pacientes, não foram detectadas ações específicas de capacitação na área da saúde. Somente em Israel houve a criação de cursos para certificar os médicos que podem prescrever *Cannabis*.

Na República Tcheca e na Colômbia, e em alguma medida nos Países Baixos, foram encontradas ações provisórias ou emergenciais que funcionam enquanto o sistema de regulação é implementado. No caso colombiano, foram habilitadas as farmácias de manipulação; no caso da República Tcheca, as ações se centraram na importação de *Cannabis* de outros países; nos Países Baixos, houve flexibilização das exigências quanto aos controles de qualidade exigidos para os produtos disponíveis.

[4] Dólares canadenses.

[5] Os derivados só estão autorizados como insumo para a elaboração de medicamentos, para farmácias de manipulação e para exportação.

QUADRO 4 – Aspectos vinculados aos instrumentos

DIMENSÃO RELEVANTE	CANADÁ	ISRAEL	COLÔMBIA	REPÚBLICA TCHECA	PAÍSES BAIXOS
SISTEMA DE PRODUÇÃO	45 licenciados que produzem Cannabis para fins medicinais	8 licenciados produzem para o Estado, que distribui para os pacientes	Mais de 25 licenciados para a produção	Não foram outorgadas licenças até o momento da pesquisa	Lista de doenças e sintomas de indicação autorizada que não limita a prescrição médica
SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO	Sem intermediários entre produtores e destinatários	A distribuição é realizada pelo Ministério da Saúde	A distribuição é feita por farmácias, drogarias e lojas naturalistas, a depender do tipo de produto	Existem licenciados que se encarregam da distribuição da Cannabis para farmácias habilitadas	Fixado pelo Governo com base nos custos de produção + impostos. Atualmente € 7/g
PROCESSOS DE PADRONIZAÇÃO E CONTROLE DE QUALIDADE	Normas estabelecidas pela Health Canada para produção de flores. Exige-se controle de qualidade certificado ao longo da cadeia, seguindo normas para produtos de uso humano	Não se exigiam padrões nem controle de qualidade, mas o Governo israelense estuda mudanças progressivas para vincular a produção ao cumprimento de boas práticas agrônômicas e de manufatura, assim como para garantia de qualidade	1) Controle de qualidade na cadeia de produção, que deve cumprir padrões mínimos; 2) todos os produtos devem ter certificações de qualidade para uso médico em humanos; 3) os produtos finais devem ser padronizados	Em cada etapa produtiva são aplicados controles de qualidade, devendo-se cumprir as normas de Boas Práticas de Fabricação para princípios ativos e matéria-prima, e de Boas Práticas Agrícolas adaptada; controles de qualidade correspondentes a materiais processados para uso humano	Não é parte da política oficial. Pode haver coberturas parciais
CERTIFICAÇÃO MÉDICA PARA PRESCRIÇÃO	Não há especificações particulares	Só alguns médicos estão habilitados para recomendar o uso e referir pacientes ao IMC. Os médicos são certificados por cursos organizados pelo IMC	Não há especificações particulares	Só médicos de algumas especialidades e registrados podem prescrever receitas eletrônicas	Não há especificações particulares. Foi confeccionado um guia destinado a médicos e a pacientes
MEDIDAS DE “EMERGÊNCIA” OU DE TRANSIÇÃO/ TEMPORÁRIAS	Não	Não	Será permitida a produção pelas farmácias de manipulação somente durante o primeiro ano de implementação da lei	Foi autorizada a importação de Cannabis dos Países Baixos, no primeiro ano, para assegurar padronização no início da implementação	Houve flexibilização da padronização no início da implantação, desde que devidamente justificada

Fonte: elaboração própria com base em entrevistas com informantes qualificados dos países, fontes secundárias e imprensa especializada.

REFLEXÕES FINAIS

A análise das coincidências e das diferenças entre os modelos de regulação do uso medicinal de *Cannabis* permite identificar uma série de elementos comuns em cada uma das três dimensões consideradas (institucionalidade, objetivos e instrumentos). Foram propostos treze elementos para caracterizar as políticas adotadas nos países estudados, que puderam ser identificados em todos os casos, exceto nas medidas referentes à capacitação médica para prescrição e recomendação⁶.

Assim, a investigação permitiu identificar um conjunto de variáveis relevantes para caracterizar os modelos, a saber: marco jurídico que sustenta a regulação; organismo governamental responsável pela sua implementação (competências e recursos institucionais para desenvolvê-la); requisitos de acesso; definição de doenças ou sintomas; política de preços; mecanismos de subvenção; vias de acesso; tipos de produtos habilitados; sistema de produção; sistema de distribuição e comercialização; mecanismos de controle de qualidade; formação de pessoal da área da saúde; e medidas transitórias.

Todas as variáveis foram identificadas nos cinco países analisados, à exceção da formação médica, com as ressalvas comentadas. Para o caso dessa variável, recomenda-se sua inclusão e especial atenção, já que foi destacada por entrevistados como uma importante barreira de acesso. As treze variáveis consideradas integram alguns elementos sugeridos pela literatura sobre regulações do uso recreativo de *Cannabis* (Pacula, Kilmer, Wageenaar, Chaloupka & Caulkins, 2012; Pardo, 2014), e propõem-se outros novos (Belackova et al., 2015), que foram identificados durante a revisão bibliográfica e documental. Existe, então, um conjunto de desafios para que os países desenvolvam esse tipo de política regulatória, um conjunto de decisões necessárias das quais dependerá o impacto em seus objetivos.

Os regimes de *Cannabis* para uso medicinal sustentam-se principalmente em uma institucionalidade já dada pelas políticas de drogas de cada um dos países, embora em alguns tenha havido a criação de instrumentos legais específicos para ajustar o processo regulatório. Portanto, a proliferação de experiências de uso medicinal de *Cannabis* por “cima” das políticas para fins recreativos parece se sustentar na oportunidade dada pela exceção das convenções internacionais, o que facilita a decisão política, por não supor sua transgressão. Já que a excepcionalidade está dada e a definição do uso médico e científico é imprecisa, os países poderiam desenvolver modelos menos restritivos, pois sua justificação pela adesão às convenções seria mais uma interpretação

[6] Este elemento, importante, será deixado de lado, já que é possível que existissem ações de formação do corpo médico nos currículos obrigatórios ou optativos dos estudantes, algo que não foi possível coletar no âmbito deste trabalho.

de sua aplicação do que um mandato legal objetivamente definido. Isso poderia explicar por que o Canadá desenvolveu um modelo mais liberal sem outro instrumento jurídico além das sentenças judiciais que garantem direito de acesso à *Cannabis* aos pacientes, mas não exerceu seu mandato sobre um modelo de regulação específico.

É requisito fundamental para o acesso a esses produtos contar com a prescrição médica. Isso é um elemento diferencial adicional com relação às regulações de uso recreativo, nas quais o autocultivo e os clubes sociais são de responsabilidade dos próprios usuários, enquanto no caso do uso medicinal se requer um vínculo obrigatório com profissionais da saúde, similar a qualquer outro tratamento médico.

A receita médica transforma-se, ao mesmo tempo, em um instrumento de habilitação e sugestivo das fontes de provisão, assim como as doenças e os sintomas para os quais a *Cannabis* é indicada ou prescrita. Isso possibilita uma maior flexibilidade para que os médicos indiquem alternativas entre os produtos existentes, desde produtos farmacêuticos registrados como medicamentos até produtos herbáceos ou drogas de manipulação, que, sem serem produtos finais, permitem a combinação de derivados em proporções determinadas e em preparados individualizados que fazem parte da prática clínica.

Com respeito às características dos mercados regulados de *Cannabis* com fins medicinais, é possível identificar um *continuum* entre um mercado fortemente regulado (características monopólicas quanto à quantidade, preço e licença de produtores) e mercados com maior concorrência (número maior, ou mesmo sem limite, de produtores, com maior liberdade para gerar processos de integração vertical e horizontal e liberdade na fixação de preços).

Num extremo, o Canadá habilitou uma quantidade importante de licenciados (43 até a redação deste trabalho), e as quantidades não são determinadas pelo Estado, que solicita às empresas um plano de produção e de distribuição. Quanto ao preço, este é sugerido pela Health Canada, mas não é fixado por nenhuma agência estatal e depende da estrutura de custos das empresas, assim como de seu plano de captação de clientes e de suas vendas. No outro extremo, a República Tcheca, com fortes regulações e restrições aos licenciados, dá pouca margem de liberdade para a definição de quantidades, e a produção é comprada integralmente pelo Estado, que a entrega aos distribuidores. O preço é fixado pela agência reguladora.

Há casos intermediários como o dos Países Baixos, onde

também se aposta em uma maior liberdade dos produtores, mas estes estão sujeitos a uma fiscalização estrita quanto aos protocolos que devem ser cumpridos para garantir a qualidade para uso medicinal. Israel é outro exemplo de intervenção na fixação de preços, e que habilitou apenas oito empresas licenciadas.

Nenhum dos sistemas analisados desenvolveu subvenções por parte dos sistemas de saúde. No entanto, alguns fizeram isso por meio de seguros complementares que cobrem de forma parcial os tratamentos. Isso dificulta o cumprimento do objetivo de tornar a *Cannabis* acessível aos pacientes e pressiona os Estados a gerarem mecanismos artificiais de controle de preço ou de licenciamento. Será preciso explorar quais poderiam ser as reformas necessárias às farmacopeias para que se reconheçam os produtos ou seus componentes, permitindo assim o acesso por meio de sistemas públicos e privados de saúde. A proposta canadense de dedução de impostos é inovadora, e seu estudo é recomendado para reformas futuras; no entanto, no contexto latino-americano, é insuficiente, dada a grande proporção de pessoas que poderiam não chegar aos mínimos tributáveis para ter direito à dedução.

Diferentemente dos modelos com fins recreativos, os modelos de uso da *Cannabis* para finalidades médicas deveriam estar orientados pelo princípio de acessibilidade. Eles possuem um esquema de exceção dado pelas convenções internacionais e, portanto, certa flexibilidade para a interpretação e aplicação local. É por isso que os requisitos de acesso deverão estar contidos nos aspectos institucionais: sua maior ou menor flexibilidade dependerá da interpretação que se faça para a aplicação local das convenções, o que pode diminuir as barreiras de acesso. Tais modelos deverão desenvolver ferramentas de separação de mercados. A receita médica, o preço dos produtos e o esquema de subvenção nos sistemas públicos e privados parecem ser as principais ferramentas para atingir esses objetivos. Elas não só especificam o uso médico ou terapêutico dos produtos, como também garantem – ou não – maior acessibilidade dos pacientes. O sistema de licenças também contribui com o objetivo de segurança quanto à qualidade dos produtos e pode ter impactos na efetividade do tratamento, já que a exigência de padronização dos produtos a prescrever diminui a possibilidade de variação quanto à concentração e ao perfil dos compostos e, desse modo, permite controlar tanto os efeitos esperados como os adversos. Finalmente, se os modelos de uso de *Cannabis* medicinal devem garantir o acesso à saúde, deverá ser incluída a maior quantidade possível de fontes de provisão

e de vias de acesso, desde que haja controles da qualidade do produto para uso terapêutico.

Os regimes de *Cannabis* medicinal continuam avançando no mundo. Em âmbito global, existe uma nova indústria interessada nesse mercado, interessada na licitude de sua regulação. Por isso, é fundamental que o Estado assuma o papel de produzir regras para que esses mercados possam se desenvolver de forma a garantir o acesso a quem precisa da *Cannabis* e de seus derivados em seu tratamento médico e para sua qualidade de vida e, ao mesmo tempo, não aumentar de forma inaceitável os riscos à saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABLIN, J.; STE-MARIE, P.; SCHÄFER, M. & SCHMERZ. Medical use of Cannabis products, Lessons to be learned from Israel and Canada. *Der Schmerz*, 3-13, 2006.
- AGGARWAL, L. S.; et al.. Medicinal use of cannabis in the United States: historical perspectives, current trends, and future directions. *Journal of Opioid Management*, May-Jun (5)3, p. 153-68, 2009.
- AUSTRALIAN GOVERNMENT – Narcotic Drug Amendment, 2016.. Disponível em: [https://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/5E437BF8715C3EBA-CA257F540078A07A/\\$File/Public%20Information%20Paper.pdf](https://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/5E437BF8715C3EBA-CA257F540078A07A/$File/Public%20Information%20Paper.pdf). Acessado em 20 de fevereiro de 2018.
- BELACKOVA, V.; et al. *Medical Cannabis in Australia-Framing the regulatory options*. Drug Policy Modelling Program, Sydney, 2015.
- BEN AMAR, M. Cannabinoids in medicine: A review of their therapeutic potential. *Journal of Ethno-Pharmacology*, 21 (105), p. 1-25, 2006.
- BULCURUF, N. & CARDOZO, P. (2008) ¿Por qué comparar políticas públicas? Política Comparada, Documento de Trabajo #3, p. 1-49, 2008. Disponível em: http://www.flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/agora/files/1252898778.politica_comparada_a_0.pdf
- CAMEDA. (sem data). Disponível em: http://www.Cannabis-medicinal.com.ar/images/documentos/regulacion/proyecto_ley_Cannabis_medicinal_argentina.pdf. Acesso em: 15 out. 2017.
- CANNABINOID MEDICINES. *Bulletin of Acts and Decrees*, 5, 2002. Disponível em: http://www.Cannabis-med.org/dutch/Regulations/Opium_Act.pdf.
- CNBC. Disponível em: <https://www.cnn.com/2017/10/20/legalizing-Cannabis-new-zealand-government-open-to-referendum.html>. Acesso em: julho de 2018.
- COLLINS, J. Development First: Multilateralism in the Post-

-“War of Drugs” Era. In J. Collins, *After de Drug Wars. Report of the LSE Expert Group on the Economics Drug Policy*. London School of Economics and Political Science, p. 9-19, 2016.

DRUG POLICY ALLIANCE. *Medical Marijuana*. Disponível em: <http://www.drugpolicy.org/medical-marijuana>. Acesso em: 26 fev. 2018.

FISHER, B.; KUGANESAN, S. & ROOM, R. (2015). Medical Marihuana programs: implications for Cannabis control policy – Observations from Canada. *International Journal of Drug Policy*, V. 26, N.1, p. 15-9, 2015.

GARAT, G. *Un siglo de políticas de drogas*. Montevidéo: FESUR, 2013.

GOVERNMENT OF CANADA. *A framework for the legalization and regulation of Cannabis in Canada. The final report of the task force on Cannabis legalization and regulation*. Health Canada, 2016.

GOVERNMENT OF THE CZECH REPUBLIC (n.d.). Disponível em: <https://www.vlada.cz/en/ppov/protidrogova-politika/government-council-for-drug-policy-coordination-72748/>. Acesso em 5 mar. 2017.

JOURNAL OF CANNABIS THERAPEUTICS. Guidelines for Cultivating Cannabis for Medicinal Purposes. 3:2, p. 51-61, 2008.

HALL, P. & TAYLOR, R. *Political Science and the three new institutionalisms*. Cambridge; Colônia: Harvard University, 1996.

HALL, P. Policy Paradigms, Social Learning and the State: The Case of the Economic Policymaking in Britain. *Comparative Politics*, V. 25, n.3, p. 275-96, 1993.

GOVERNMENT OF CANADA. Health Canada - 2017. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/health-canada/topics/Cannabis-for-medical-purposes.html>.

HELEN NUNBERG, B. K. An Analysis of Applicants Presenting to a Medical Marijuana Speciality Practice in California. *Journal of Drug Policy Analysis*, V. 4, N. 1, p. 1-14, 2011.

HILL, K. P. Medical Marijuana for Treatment of Chronic Pain and Other Medical and Psychiatric Problems. A critical review. *JAMA*, v. 313, n. 24 p. 2474-83, 2015.

KILMER, B. Policy designs for Cannabis legalization: starting with the eight Ps. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, Jul 40(4), p. 1-4, 2014.

KILMER, B. et al. *Multinational Overview of Cannabis Production Regimes*. RAND Europe, 2013.

KOWAL, M.; HAZEKAMP, A. & GROTENHERMEN, F. Review on clinical studies with Cannabis and cannabinoids 2010-2014. *Cannabinoids*, 11 (especial issue), p. 1-18, 2016.

LAERA, E. *Introducción a las políticas públicas*. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica, 2002.

LUCAS, P. It can't hurt to ask: A patient-centered quality of service assessment of Health Canada's medical Cannabis policy and program. *Harm Reduction Journal*, 9:2, p. 1-11, 2012.

LYNNE BELLE-ISLEA, Z. W. Barriers to access to Canadians who use Cannabis for therapeutic purposes. *International Journal of Drug Policy*, Jul 25(4) p. 691-699, 2014.

MEAD, A. The legal status of Cannabis (marijuana) and cannabidiol (CBD) under US law. *Epilepsy & Behavior*, 70 (pt B) p. 288-91, 2017.

MECHOULAM, R. *Cannabinoids as Therapeutics*. Birkhäuser, 2005.

MINSAL (n.d.). Disponível em: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20613%20de%202017.pdf. Acesso em: 5 março de 2017.

MONITOR CANNABIS. Informe de dificultades en la implementación de la regulación del cannabis de uso médico en Uruguay, 2017. Disponível em: <http://monitorCannabis.uy/wp-content/uploads/2017/08/Documento-Problemas-de-implementacion-Cannabis-medicinal-Final.pdf>.

NATIONAL ACADEMY OF SCIENCE, ENGINEERING AND MEDICINE. *The health effect os cannabis and can-*

nabinoids: the current state of evidence and recommendation for research. 2017. Disponível em: <http://nationalacademies.org/hmd/Reports/2017/health-effects-of-Cannabis-and-cannabinoids.aspx>. Acesso em: 26 fevereiro de 2017.

PACULA, R.; et al. Developing Public Health Regulations for Marijuana: Lessons From Alcohol and Tobacco. *American Journal of Public Health*, 104(6), p. 1021-1028, 2012.

PARDO, B. Cannabis policy reforms in the Americas: A comparative analysis of Colorado, Washington and Uruguay. *International Journal of Drug Policy*, 25 (4) p. 727-735, 2014.

PENN, R. Establishing expertise: Canadian community-based medical Cannabis dispensaries as embodied health movement organisations. *International Journal of Drug Policy*, 25 (3) p. 372-377, 2014.

PEREZ LIÑAN, A. *El método comparativo y el análisis de configuraciones causales*. Pittsburg, 2009.

PERTWEE, R. The diverse CB1 and CB2 receptor pharmacology of three plant cannabinoids: D9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and D9-tetrahydrocannabivarin. *British Journal of Pharmacology*, Jan 153 (2) p. 199-215, 2008.

PERTWEE, R. *Handbook of Cannabis*. Oxford University Press, 2014.

PEYRAUBE, R. & BOUSO, C. *Marihuana como medicina? Usos médicos y terapéuticos del Cannabis*. México, DF, 2015.

ROBAINA, G. & PEYRAUBE, R. *Cannabis Medicinal: la revolución silenciosa*, 2018. Disponível em: <http://monitorCannabis.uy/Cannabis-medicinal-la-revolucion-silenciosa/>.

RUSSO, E. Taming THC: potential Cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *British Pharmacological Society*, Aug 163(7), p. 1344-1364, 2011.

SENADO DE COLOMBIA (n.d.). Disponível em: <http://www.secretariasenado.gov.co/index.php/antecedentes-de-acto-legislativo/23-antecedentes-de-acto-legislativo/278-acto-legislativo-2-del-2009>.

STATISTICS CANADA. *Cannabis economic account, 1961 to 2017*. The Daily, 2018. Disponível em: <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/180125/dq180125c-eng.htm>. Acesso em: 24 fev. 2018.

SZNITMAN, S. Do recreational Cannabis users, unlicensed and licensed medical Cannabis users form distinct groups? *The International Journal of Drug Policy*, April 42, p. 15-21, 2017.

SZNITMAN, S. & NEHAMA, L. Is Cannabis an illicit drug or a medicine? A quantitative framing analysis of Israeli newspaper coverage. *The International Journal of Drug Policy*, May 26(5), p. 446-52, 2015.

TANI, C. Medical Cannabis make small steps in EU. Euobserver, 5 de janeiro de 2018. Disponível em: <https://euobserver.com/health/140410>. Acesso em: julho de 2018.

WALSH, J. & RAMSEY, G. Cannabis Regulation in Uruguay: An Innovative Law Facing Major Challenges. *Drug Policy Analysis*, vol. 11, ed. 1, 2018.

WALSH, Z. et al. Cannabis for therapeutic purposes: Patient characteristics, access, and reason for use. *International Journal of Drug Policy*, nov 24(6), p. 511-516, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Essential medicines and health products*. 2018. Disponível em: http://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/ecdd_40_meeting/en/. Acesso em: maio de 2018.

VONDERKOVÁ, I. *La marihuana medicinal llega a chequia con 20 meses de atraso*. Czech Radio, 2014. Disponível em: <http://www.radio.cz/es/rubrica/notas/la-marihuana-medical-llega-a-chequia-con-20-meses-de-atraso>. Acesso em: 5 março de 2017.



AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO CENÁRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: o retorno a práticas institucionalizantes

✦ MARISE RAMÔA

✦ MIRNA BARROS TEIXEIRA

✦ PILAR BELMONTE¹

[1] MARISE RAMÔA: psicóloga, doutora em Psicologia Clínica pela PUC/RJ, pesquisadora da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz, membro do Programa Álcool, Crack e outras Drogas (PACD) da Fiocruz (mariseleoramo@gmail.com).

MIRNA BARROS TEIXEIRA: psicóloga, doutora em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz, membro do Programa Álcool, Crack e outras Drogas (PACD) da Fiocruz (mirna.teixeira@gmail.com).

PILAR BELMONTE: psicóloga, doutora em Ciências pela Casa Oswaldo Cruz/Fiocruz, pesquisadora da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz, membro do Programa Álcool, Crack e outras Drogas (PACD) da Fiocruz (pilarsmental@gmail.com).

RESUMO

O artigo problematiza a comunidade terapêutica (CT) como um dispositivo dito de atenção psicossocial. Apesar da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas recomendar que a redução de danos seja priorizada como estratégia de cuidado, as CTs passaram a compor a Rede de Atenção Psicossocial em 2011 e, desde então, vêm obtendo expressivo aumento de financiamento do Governo federal. Este artigo visa contextualizar a CT no campo do álcool e de outras drogas e discutir seu papel no âmbito das políticas públicas. Foi realizada pesquisa documental sobre os normativos brasileiros entre os anos de 2000 e 2018 e, entre os achados, identificou-se a CT como um modelo que compreende o uso prejudicial de drogas como doença e que prevê a institucionalização do usuário para aprendizagem social, afastando a pessoa de seu território e de seus vínculos familiares e comunitários, em contraposição ao modelo psicossocial. As CTs são normatizadas por vários setores: Saúde, Justiça e pela própria Presidência da República e, assim, recebe recursos federais de diferentes ministérios. As recentes portarias ministeriais aumentaram o escopo de cobertura e de financiamento para as CTs e contrariam os princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

Palavras-chave: comunidade terapêutica, políticas públicas, atenção psicossocial, desinstitucionalização.

INTRODUÇÃO

A partir do debate atual sobre os modelos de cuidado e atenção aos usuários de drogas no Brasil, torna-se necessário problematizar as denominadas comunidades terapêuticas (CTs) como dispositivos de atenção psicossocial. Recentemente, as CTs obtiveram significativo aumento no financiamento por parte do Governo federal, tendo sido incluídas, em dezembro de 2011, como um componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011b). Essa inserção foi construída a partir da proposta de financiamento de tais serviços e prontamente questionada por diversas instituições e profissionais de destaque no Movimento da Luta Antimanicomial:

A primeira e má impressão é que a posição dos segmentos da sociedade que trabalham, pensam a questão da saúde pública não tem o devido espaço, nem suas vozes o devido acolhimento para os gestores da área. Tanto na IV Conferência Nacional de Saúde Mental quanto na recém-realizada XIV Conferência Nacional de Saúde, a proposta de financiamento público das “comunidades terapêuticas” foi rejeitada por meio de moções e de propostas alternativas bastante fundamentadas. Não adiantou! Poucos dias após o encerramento da XIV Conferência², que envolveu cerca de 50 mil pessoas diretamente, entre profissionais, gestores, prestadores de serviços, usuários, familiares, dentre muitos outros ativistas de lutas sociais e políticas, o Governo anunciou o Plano de Combate ao crack que implica o financiamento das comunidades terapêuticas. [Amarante, 2011]

Em dezembro de 2013, ocorreu o I Encontro Nacional da RAPS em Curitiba, quando houve questionamento sobre a entrada e a permanência das CTs nessa rede. Foi entregue nesse encontro uma moção de repúdio ao coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde (MS), mas a manutenção das CTs como parte da RAPS perdurou.

O modelo de cuidado por meio de comunidades terapêuticas, criado por Maxwell Jones (1972), não guarda continuidade com o conjunto de instituições denominadas dessa forma no Brasil. O modelo de Jones defendia relações horizontais e questionava o modo segregador e estigmatizante do hospital psiquiátrico, com o objetivo de criar um ambiente terapêutico propício para a recuperação dos sujeitos. A proposta era inovadora à época, mas foi desconstruída por Basaglia (2006), que não percebeu nas CTs uma transformação do paradigma do hospital

[2] A XIV Conferência de Saúde ocorreu no período de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011.

psiquiátrico, mas apenas uma reforma que manteve a lógica da institucionalização e o controle social. Tal modelo foi definido por Rotelli como “Psiquiatria Reformada” (Rotelli, 1994).

As CTs se sustentam a partir do modelo “Minnesota”, cuja lógica de tratamento é baseada na internação, conferindo ao atendimento ambulatorial o estatuto de pós-tratamento. A internação visa ao afastamento da pessoa da vida em comunidade e em boa parte dos casos se ampara no chamado Programa dos Doze Passos,³ criado no âmbito do grupo de ajuda mútua Alcoólicos Anônimos. O Programa tem orientação religiosa e transfere a autonomia do sujeito para um poder superior, que o ajudaria a alcançar e a manter a abstinência (Ramôa, 1997). Resumidos, os doze passos consistem, basicamente, em: a) aceitar a dependência como doença incurável e a impotência para lidar sozinho com ela; b) acreditar em um “poder superior” capaz de oferecer o amparo necessário; c) buscar o autoconhecimento, o contato com a espiritualidade ou com o próprio psiquismo e, conseqüentemente, a origem de sua necessidade de recorrer às drogas, para, assim, mudar seu comportamento; d) fazer reparações a pessoas que tenha prejudicado e com isso superar sentimentos de culpa; e e) orientar outros “adictos” a deixarem de usar, como forma de não se esquecer das próprias mazelas e evitar recaídas.

O Modelo Minnesota consiste em integrar várias técnicas psicológicas com a Programa dos Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos por meio da atuação de profissionais de diversas áreas, além de “conselheiros leigos”. Baseia-se em uma dinâmica grupal na qual as pessoas compartilham entre si histórias e dificuldades, aprendendo a identificar suas emoções, valores e atitudes relacionados ao consumo de drogas (Costa, 2016). Basaglia rompe com tal modelo ao propor a luta contra a institucionalização da loucura, transformada em doença mental pela psiquiatria (Basaglia, 2006).

Na Inglaterra do século XIX a autoajuda⁴ teve um crescimento direto nas relações sociais estáveis e graças a ela os membros estabilizaram seus laços sociais. Nos novos grupos de autoajuda, o quadro de seus membros se baseia nas experiências individuais de vida de cada um, as quais não são vistas como reflexos diretos da posição social, o que permitiria, assim, que os membros entrassem nos grupos como átomos independentes. Dessa forma, segundo Mäkelä (1992), a experiência existencial de cada indivíduo substitui o destino social coletivo; a autoajuda moderna representa, para ele, um tipo totalmente novo no conjunto de grupos sociais. E, com isso, não se identificam com grupos profissionais formais

[3] Os doze passos são descritos da seguinte forma: 1) admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas; 2) viemos a acreditar em um Poder Superior a nós mesmos que poderia devolver-nos à sanidade; 3) decidimos nos entregar, nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos; 4) fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos; 5) admitimos, perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas; 6) prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter; 7) humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições; 8) fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados; 9) fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outros; 10) continuamos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente; 11) procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade; 12) tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades (COSTA, 2016).

[4] Grifo nosso.

ou informais, já que a base desses grupos não é um desempenho instrumental, mas um desempenho individual prático. Essa experiência individual de cada membro extrapolaria o clã, o trabalho e a etnia.[Ramôa, 1997, p. 40]

Nessa perspectiva, somente a partir de uma reeducação radical, baseada na aprendizagem social, o sujeito poderia voltar ao convívio em sociedade. Estão presentes, assim, todos os princípios que sustentam o manicômio: segregação, confinamento e tutela, com vistas a impedir que ocorram ameaças à ordem social (Machado, 1978).

No texto *Comunidades terapêuticas: histórico e regulamentações* (Fracasso, s.d.), presente no site da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) do Ministério da Justiça (MJ), defende-se que as CTs se baseiam no modelo psicossocial. Porém, no mesmo texto, um pouco mais adiante, há um apontamento contraditório:

É importante destacar que a perspectiva psicossocial aqui descrita difere da lógica da Atenção Psicossocial da RAPS,⁵ pois esta implica a concepção da integralidade e de outros princípios do SUS, aqui não contemplados. [Fracasso, s.d.]

Assim, ao não considerar a integralidade e outros princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), as CTs não compartilham dos objetivos da RAPS, visto que esses são os do rompimento do modelo hospitalocêntrico no cuidado em saúde mental. Tal cuidado deve se dar, prioritariamente, no território em que vivem os sujeitos, em sua inserção comunitária. A concepção da RAPS se baseia no conceito de saúde ampliado e no processo saúde-doença como fenômeno social, com foco na promoção de autonomia individual.

Como ressaltam Yasui e Costa-Rosa (2008,p. 30),

Ao Paradigma da Produção Social da Saúde corresponde o Paradigma Psicossocial. Há uma sintonia das concepções ideológicas, teóricas e éticas entre a reforma psiquiátrica e a reforma sanitária. Isso torna ainda mais inadiável a questão da formação de novos trabalhadores de Saúde Mental e do redirecionamento de outros que se encontram ainda em práticas típicas dos modelos vigentes, cuja superação se exige.

Dessa forma, como já dito anteriormente, o modelo de CT para pessoas que fazem uso prejudicial de drogas (UPD) ou

[5] Grifo nosso.

com outros sofrimentos mentais é criticado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, como foram por Basaglia, um de seus principais inspiradores:

Evidenciamos que a gestão da comunidade terapêutica, que procurava humanizar o manicômio, era igualmente um meio de controle social, era, como poderia dizer Marcuse, uma “tolerância repressiva”. [1979, p.87]

Guimarães (2006) deixa claro que, mesmo sendo uma proposta inovadora à época, a CT proposta por Maxwell Jones não produziu um questionamento da psiquiatria como forma de controle social e de normalização:

[...] Sendo uma modernização do sistema, sem realmente mudá-lo, as comunidades terapêuticas terminam por fortalecer, via de regra, o manicomialismo. [Serrano, 1986, p. 69-70. Apud Guimarães, 2006, p.57]

A partir do exposto, é necessário apontar o processo de desinstitucionalização baseado na reforma psiquiátrica italiana como um processo de desconstrução do modelo asilar/manicomial, que seria

[...] a luta contra as atuais estruturas psiquiátricas enquanto repressivo-custodiais; contra as estruturas reformadas, mas lugar de institucionalização da doença; contra a institucionalização do sofrimento através da doença; contra o sofrimento produzido pelo próprio mundo do capital. [Rottelli, 1974 apud Barros, 1994, p. 66]

É preciso repensar o campo das políticas públicas sobre drogas como campo de governamentalidade, conceito desenvolvido por Foucault (2006), para designar todo um conjunto de práticas de biopolítica. Na Modernidade, o Estado deixa de ser definido prioritariamente pela “sua territorialidade, pela superfície ocupada, mas pela massa da população, com seu volume, sua densidade e em que o território que ela ocupa é apenas um componente” (Foucault, 1992, p.293). O Estado moderno passa a ter a população como objeto de intervenção; a economia é seu saber mais importante e utiliza dispositivos de segurança como mecanismos básicos de controle dessa população. Já não são mais os territórios físicos que estão em jogo, mas os territórios subjetivos, o que justifica o que Foucault de-

nominou biopoder. Daí o desenvolvimento de formas de dominação que podem ser caracterizadas como tutelares, quando não se reconhece no outro a capacidade de se autogovernar, como no caso de um saber que supõe que o sujeito que faz uso de drogas não tem capacidade de escolha e precisa recuperar a razão para voltar à sociedade; violentas, quando acontecem contra a vontade do outro, como no caso de recolhimentos e internações compulsórias; e poderosas, quando contam com o desejo do outro de ser conduzido, tendo o exemplo mais claro nas pessoas em situação de rua que aceitam a internação pela subordinação (Veiga-Neto; Lopes, 2007).

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004) sustenta-se em um modelo de atenção psicossocial que engloba estratégias de redução de danos (RD) para pessoas em UPD que devem ser realizadas prioritariamente no território onde elas circulam, pois se afirma a partir do princípio de autonomia e de não tutela. Sua base é o cuidado com o sujeito e sua comunidade, e não o cuidado pelo sujeito.

A reforma psiquiátrica investiu no modelo de atenção psicossocial cujos engajamentos subjetivo e sociocultural seriam indissociáveis da definição de saúde mental (Perrone, 2014), em contraponto ao modelo asilar/manicomial, que investe na internação a longo prazo por acreditar que a instituição tem função terapêutica. Desse modo, as estratégias para governar as populações se sustentaram na ordem da biopolítica e do biopoder. Podemos perceber que há, hoje em dia, uma articulação entre o biopoder e o poder disciplinar.

Dito isso, este artigo tem por objetivo contextualizar as CTs no campo álcool e outras drogas (AD) e discutir o seu papel no âmbito das políticas públicas sobre drogas.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa documental (Cellard, 2010) sobre os normativos publicados entre os anos de 2000 e 2018. A pesquisa documental permite acrescentar a dimensão de tempo à compreensão social das fases do ciclo das políticas no período analisado. Dessa forma, procurou-se conhecer, caracterizar, analisar e elaborar sínteses sobre documentos escritos e publicados pelas diversas instâncias do Executivo federal, relativos às políticas públicas direcionadas às drogas no Brasil. Realizaram-se buscas eletrônicas do tema para identificar normativas de interesse, utilizando as bases da “Saúde Legis”⁶ e da Senad, com seleção do material por pares, pelos autores. O período investigado apresenta várias normatizações sobre drogas, como leis, resoluções

[6] SAÚDE LEGIS. Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA. CFM. Acesso em: fev. 2018.

e portarias dos diferentes setores envolvidos de alguma forma com as CTs: Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Presidência da República. Para as buscas nessas bases foram utilizadas as palavras-chave: “comunidades terapêuticas”, “saúde mental” e “atenção psicossocial”. Os documentos foram organizados considerando o ano de publicação, os setores envolvidos e os aspectos que relacionavam os documentos com as CTs e o modelo predominante, e estão sistematizados no Quadro 2.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cabem críticas importantes ao modelo da CTs, visto que ele se contrapõe ao princípio da desinstitucionalização da reforma psiquiátrica e a defesa, por parte desta, do cuidado da pessoa em sofrimento mental, associado ou não ao uso de drogas, prioritariamente fora do ambiente hospitalar, substituindo o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificada e qualificada, tendo a internação como último recurso (Costa-Rosa et al., 2001). As CTs não são dispositivos territorializados, de base comunitária, conforme preconiza a portaria no 3.088/2011, já que permitem que as pessoas fiquem internadas por até nove meses em lugares afastados do seu território de vida.

Essa característica fica explícita naquilo que foi considerado por De Leon (2003) um dos principais avanços das CTs contemporâneas:

A passagem [...] de uma comunidade alternativa para dependentes químicos excluídos que presumivelmente não tinham condições de viver em sociedade a uma instituição de serviços de atenção [...] que prepara os indivíduos para a reintegração à sociedade mais ampla.

O que, nesse caso, é considerado um avanço é a ideia de integração social, sem que haja questionamento quanto à possibilidade de mudança no e do campo social, e tal visão coincide com a concepção de doença crônica. No campo da saúde mental, essa concepção vem sendo problematizada para que outros fatores mais relevantes, como a inclusão social, sejam considerados prioritários.

Segundo revisão da literatura feita por McLellan et al. (2000), a dependência de substâncias psicoativas, chamadas de drogas, no que se inclui o álcool, seria uma doença crônica, e seu tratamento semelhante ao preconizado para outras patologias desse tipo, como a diabetes mellitus tipo 2, a hipertensão e a bronquite. Segundo o autor, há várias outras doenças crônicas

nas quais a escolha pessoal afeta diretamente o início e o desenvolvimento, por exemplo, a hipertensão derivada da obesidade e do sedentarismo. O autor ressalta que não é ainda possível explicar os processos fisiológicos e psicológicos que transformam o uso controlado e voluntário de drogas em dependência, mas indica que existem fatores genéticos, juntamente com escolhas pessoais e fatores ambientais claramente envolvidos na expressão da dependência. Afirma, ainda, que em termos de vulnerabilidade, começo e curso, a dependência de drogas é semelhante a outras doenças crônicas.

Para o National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2014), o mais importante órgão dos Estados Unidos nessa área, a dependência é considerada uma doença cerebral crônica, porque as drogas afetam o funcionamento deste por meio de alterações duradouras e leva a comportamentos prejudiciais. A recuperação envolve “reabilitação”, que seria restabelecer o funcionamento das habilidades e de valores saudáveis, como o resgate da saúde física e emocional. Em outras palavras, retomar um estilo de vida saudável, habilitar novamente aquilo que tinha sido abandonado por conta da doença.

Tal ponto de vista difere radicalmente do que é defendido pela reforma psiquiátrica, que tem por objetivo questionar a exclusão social e o lugar da loucura e das drogas na sociedade, e não a reabilitação a partir da aprendizagem social. A proposta das CTs se baseia na mudança comportamental, bastante inspirada em Albert Bandura, que propõe a teoria da aprendizagem social, sob a perspectiva da teoria social cognitiva. Em seu livro sobre CTs, De Leon (2003) cita a teoria de Bandura e, em apresentação no XIII Simpósio Instituto Bairral de Psiquiatria,⁷ apresenta como objetivo da CT “tratar o transtorno individual” e, como objetivo da recuperação, “transformar estilos de vida e identidades pessoais”. Logo, fica clara a oposição ao modelo de atenção psicossocial, já que nas CTs é a mudança individual, a partir de mudanças comportamentais, o caminho para recuperação.

Por outro lado, no Brasil, o modelo de “atenção psicossocial” se construiu historicamente influenciado pela reforma psiquiátrica italiana, mais especificamente pelo processo que ocorreu na cidade de Trieste, cuja perspectiva da loucura se modificou e passou de um processo psicopatológico, que demandava uma resposta unilateral e objetificada, baseada no paradigma asilar, a uma concepção complexa, com diversas possibilidades de cuidado, baseadas no paradigma psicossocial.

Mesmo que alguns autores, como Perrone (2014), apresentem as bases conceituais e metodológicas das CTs como parte

[7] FRACASSO, L.; LANDRE, M. XIII Simpósio Instituto Bairral de Psiquiatria. UFRGS. Centro de Ecologia. Censo das Comunidades Terapêuticas. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2011. Disponível em: <https://www.uniad.org.br/images/stories/publicacoes/Bairral/Comunidade%20Terapeutica.pdf>.

do movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, na verdade, a ausência de regulamentação e os dados já levantados apontam uma frequente violação dos direitos humanos, como observado no relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos (CFP, 2011).

A Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) regulamenta três princípios éticos para as CTs: 1) o trabalho nas CTs deve se basear no respeito à dignidade da pessoa humana; 2) a permanência nas CTs deve ser voluntária e decidida após o candidato ser informado sobre a orientação e as normas em vigor; 3) deve ser assegurado um ambiente livre de drogas, de sexo e de violência. A FEBRACT apresenta como meta a manutenção da abstinência de substâncias psicoativas em um ambiente terapêutico fechado, controlado ou semicontrolado, que visa à reabilitação do sujeito.

Segundo Barros (1994), em 1991, já era preciso problematizar a categoria de reabilitação, pois esta havia surgido entre as duas guerras mundiais e era necessário romper com sua prática estereotipada no Brasil, com experiências no campo da deficiência pautadas pelo princípio da custódia, que impunham uma relação de tutela com os usuários. Seu objetivo era mais o do controle social e um modelo de cidadania restrita ou pré-cidadania. Cabe ressaltar que as primeiras experiências de CTs para dependentes de drogas no Brasil tiveram como foco a reabilitação profissional, com o intuito de implantação do absenteísmo laboral (Ramôa, 2005). No campo da saúde mental, de acordo com Guerra (2008), a trajetória higienista no contexto das colônias agrícolas da década de 1920 preconizava o trabalho como uma imposição terapêutica associada ao tratamento moral e à ideia de reabilitação por meio de atividades de laborterapia e ergoterapia, cuja função central era ocupar o tempo e gerar renda para manutenção das colônias e dos asilos e garantir a ordem social. Atualmente, entretanto, o projeto clínico é associado ao projeto político de atenção psicossocial, e o trabalho passou a ser visto como instrumento de reabilitação e reinserção social, e não como forma de sustentação econômica.

As CTs se aproximam de um *modelo de doença*⁸ (Marlatt, 1999) que preconiza que o sujeito reconheça ser portador de uma doença crônica e parte da construção de uma comunidade livre de drogas, cuja aprendizagem social se dá durante o período de institucionalização que o afasta não apenas das drogas, mas do território e dos seus vínculos familiares e comunitários. Ele se contrapõe ao modelo psicossocial de diversas formas, o que pode ser visto de maneira resumida no Quadro 1.

[8] O modelo de doença (Marlatt, 1999) vê a dependência de drogas como uma doença biológica que merece tratamento e reabilitação, baseado nos já mencionados Programas dos Doze Passos e Modelo Minnesota.

QUADRO 1 – Desinstitucionalização versus institucionalização

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	INSTITUCIONALIZAÇÃO
Foco no sujeito	Foco na droga
Conceito de saúde ampliado	Conceito de doença
Modelo de atenção psicossocial	Modelo biomédico
Cuidado em liberdade	Isolamento
Lógica da redução de danos	Abstinência como princípio
Inclusão social	Reabilitação
Cuidado no território	Asilamento
Centros de Atenção Psicossocial, Unidade de Acolhimento, Residenciais Terapêuticos	Comunidades terapêuticas

Fonte: elaboração própria dos autores.

Durante o trabalho de levantamento documental, foram identificados dezenove normativos, que estão sistematizados no Quadro 2.

Identificamos controvérsias e disputas quanto ao modelo de atenção adotado nas políticas públicas sobre drogas. As CTs adotaram um modelo mais baseado em um tratamento moral e normativo, e os demais dispositivos estratégicos da RAPS, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Consultórios na Rua, voltam-se para o modelo de atenção psicossocial, como já evidenciado em estudo de Teixeira et al. (2017):

Há sinais de uma perspectiva conservadora na área de políticas de drogas, a partir de 2016, retomando o paradigma da guerra às drogas centrado na repressão da oferta e com uma política de cuidado e tratamento às pessoas com UPD baseado no modelo de doença presente nas CTs, em detrimento ao modelo psicossocial da RAPS. Cabe lembrar que o Estado brasileiro é laico e democrático e, por isso, não deverá, a pretexto de tratamento, impor crença religiosa a nenhum de seus cidadãos. Compete ao Estado respeitar e promover a cidadania dos usuários, recusando todas as propostas que violem seus

direitos, como a internação compulsória e a restrição da liberdade como método de tratamento. As CTs, apesar de fazerem parte da RAPS, não compartilham dos mesmos critérios éticos e técnicos, pois não trabalham com a noção de território, com o conceito de saúde ampliada, nem com critérios de acolhimento pautados na lógica da RD. [p. 1463]

Quanto ao financiamento, no âmbito federal, as CTs passaram a ser financiadas tanto pelo Ministério da Saúde como pelo Ministério da Justiça. Mais recentemente, também começaram a ser financiadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social. A regulamentação das CTs ocorreu primeiramente em 2001, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) no 101/2001 (Brasil, 2001).

Na RDC no29, define-se CT como

serviços urbanos ou rurais, de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial.⁹ São unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. [Brasil, 2011]

Em 2001, a RDC no 101 da Anvisa normatizou o funcionamento de serviços públicos e privados para o licenciamento sanitário e, desse modo, estabeleceu critérios para as CTs existentes, dentre eles a necessidade de se adequarem ao modelo psicossocial. Em 2009, a lei no 12.101 certificou as entidades beneficentes, categoria na qual as CTs estão incluídas na seção I da Saúde. Em 2011, a Anvisa apresentou a RDC no 29 (que revoga a RDC no 101), que definiu os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições em regime de residência e que se mantém até o presente. Ainda no mesmo ano, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, pela portaria no 3.088, a RAPS, e incluiu nela os Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais se encontram as CTs. Em 2012, o MS, em um esforço de regulamentar

[9] Grifo nosso. Tal modelo psicossocial descrito na RDC no 29 não coaduna com o modelo de atenção psicossocial pautado pela reforma psiquiátrica brasileira, pois esse se sustenta no processo de desinstitucionalização.

as CTs, lançou a portaria no 131, que, além de instituir para o seu custeio o incentivo financeiro destinado aos demais entes federativos, definiu os critérios para credenciamento destas no âmbito da RAPS. Tais critérios tiveram como efeito o fato de que nenhuma CT, até o momento da redação deste artigo, tivesse conseguido se credenciar junto à Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do MS.

Em 2013, o MS lançou uma nota técnica que trouxe esclarecimentos sobre a RDC no 29 e a sua aplicabilidade para as CTs, apresentando-as como instituições não governamentais que surgiram diante das lacunas assistenciais do SUS. No mesmo ano, a portaria no 70 (Brasil, 2013) substituiu o financiamento público do MS pelo do Ministério da Justiça, por meio da Senad.

Em fevereiro de 2014, foi lançada a portaria no 10 (Brasil, 2014), que acrescenta o modelo de relatório de fiscalização das CTs. Em 2015, a resolução no 1/2015 do Conselho Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Conad) regulamentou, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso prejudicial ou dependência de substância psicoativa (SPA). Com isso, retirou as CTs do âmbito do MS, o que deixou ambíguo seu caráter de entidades de saúde, mas permitiu que fossem financiadas e fiscalizadas pela Senad.

Mesmo sinalizando a necessária fiscalização por parte da Senad, os relatórios do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo a respeito das inspeções realizadas em uma amostra de CTs para usuários de drogas (CRP, 2016; CFP, 2011) apontaram graves violações dos direitos humanos. Apesar das denúncias contidas nesses relatórios, em 2016, o MS abriu uma “brecha” para o retorno das CTs como entidades de saúde, por meio da portaria no 834, de 26 de abril. Nela, o artigo 8º definiu que as instituições reconhecidas nos termos da legislação como serviços de atenção em regime residencial e transitório e que prestem ao SUS serviços de atendimento e acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes de SPA poderão ser certificadas, desde que sejam qualificadas como entidades de saúde e que comprovem a prestação dos serviços por meio de declaração do gestor do SUS.

O Quadro 2 apresenta um resumo dos normativos citados e sua relação com o tipo de modelo predominante:¹⁰

[10] Definimos dois modelos: a atenção psicossocial – ação para superar o reducionismo biomédico e resgatar autonomia e cidadania, garantindo os direitos humanos em uma abordagem pautada pela lógica da redução de danos e pelo cuidado no território; e o institucionalizante, que identifica a dependência como uma doença orgânica e muitas vezes associada a uma visão moralista e/ou religiosa do uso de drogas. Essa última abordagem prioriza a abstinência como pré-requisito, e não como meta, para o tratamento e está baseada em instituições fechadas, fora do território em que vivem os sujeitos, e se baseiam no método de aprendizagem social.

**QUADRO 2 – Normativos brasileiros do Governo federal
no campo da saúde mental, álcool e outras drogas**

LEI Nº 10.216

2001 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Marco da reforma psiquiátrica. Primeiro documento que aponta o direito e a proteção das pessoas em sofrimento mental, sem nenhuma forma de discriminação. Entre os direitos, o de serem tratadas, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

COMENTÁRIO

Apesar de, à época, a lei não citar as CTs, a definição do tratamento na comunidade, assim como o fato de ser vedada à internação em instituições com características asilares, já exclui a organização e a metodologia de trabalho das CTs.

MODELO

Atenção psicossocial mas com risco de institucionalização, já que não se extinguiram os manicômios.

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA (RDC) Nº 101 (REVOGADA PELA RDC Nº 29/2011)

2001 - ANVISA - MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Estabelece exigências mínimas para o funcionamento de serviços públicos e privados, como a devida licença da autoridade sanitária e a previsão de avaliação e de inspeção anual.

Contou, em sua elaboração, com técnicos da Coordenação de Saúde Mental e foi submetida a consulta pública.

COMENTÁRIO

Definiu critérios para as CTs se adequarem ao modelo psicossocial. Limite de número de leitos por unidade e obrigatoriedade de espaços para realização de oficinas terapêuticas e recreativas, definindo equipe profissional mínima para o número de usuários.

As exigências não foram atendidas pelas CTs, impedindo-as de obter verba do Ministério da Saúde.

MODELO

Institucionalizante.

DECRETO PRESIDENCIAL Nº 4.345

2002 - PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, GABINETE DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL (GSI), SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS (SENAD)

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Institui a Política Nacional Antidrogas (PNAD), orientando a implantação de ações e programas de redução de demanda.

COMENTÁRIO

Apesar de citar a estratégia de RD e levar em consideração os determinantes sociais de saúde, busca atingir o ideal de construção de uma “sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas”.

Introduz o prefixo anti (drogas).

MODELO

Institucionalizante.

PORTARIA Nº 2.197

2004 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Institui o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, considerando as determinações do documento “A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, que preconiza que as ações de caráter terapêutico, preventivo, educativo e reabilitador, direcionadas a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, sejam realizadas no território. Adota a RD como estratégia prioritária.

COMENTÁRIO

Contrária à internação de usuários AD em hospitais psiquiátricos, normatiza internações hospitalares de curta permanência em hospitais gerais. Propõe como componentes do programa a atenção básica os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares, além da rede de suporte social, complementar à rede de serviços do SUS.

MODELO

Atenção psicossocial.

PORTARIA Nº 1.028

2005 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Regulamenta ações baseadas na estratégia de RD para uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

COMENTÁRIO

Define as ações de RD: medidas de atenção integral à saúde; informação, educação e aconselhamento; disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e hepatites.

MODELO

Atenção psicossocial.

RESOLUÇÃO Nº 3

2005 - CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS (CONAD)

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Aprova a Política Nacional sobre Drogas, substituindo o prefixo anti em relação a drogas, o que reflete nova compreensão técnico-política.

COMENTÁRIO

Busca atingir o ideal de construção de uma “sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas”. Propõe a priorização da prevenção do uso indevido de drogas e estratégias de RD.

Primeiro momento em que se reconhecem diferenças entre usuário, pessoa em uso indevido, dependente e traficante de drogas, compreendendo que devem ser tratados de formas diferentes. Preconiza o tratamento igualitário de pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.

MODELO

Atenção psicossocial.

2006 - CASA CIVIL PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

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; distingue em suas respectivas penas o usuário do traficante de drogas.

COMENTÁRIO

Mantém a criminalização e a penalização para o porte de drogas ilícitas para uso pessoal, excluindo a possibilidade de encarceramento.

MODELO

Atenção psicossocial e institucionalizante (devido à criminalização).

2007 - PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Institui a Política Nacional sobre Álcool e dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e a criminalidade. Define bebida alcoólica como aquela que tem concentração superior a 0,5 grau Gay-Lussac

COMENTÁRIO

Reforça o cuidado no território quando propõe a ampliação e o fortalecimento das redes locais de atenção integral no SUS, acessível aos usuários na lógica da RD.

MODELO

Atenção psicossocial.

2009 - CASA CIVIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regula a isenção de contribuições para pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, e inclui as CTs em tal categoria.

COMENTÁRIO

Saída encontrada para financiamento das CTs diante da dificuldade delas para se adequarem à RCD no101. A lei normatizou a oferta, pelas entidades, de no mínimo 60% de prestação de serviços ao SUS, admitindo, de forma excepcional, certificação daquelas que oferecem atenção em regime residencial e transitório, que são as CTs.

MODELO

Institucionalizante.

2011 - ANVISA, MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Estabelece requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção em regime de residência a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substância psicoativa.

Revoga a RDC no2001 e apresenta atividades desenvolvidas nas CTs, sem nomeá-las.

COMENTÁRIO

Sem o rigor da RDC anterior quanto aos critérios de elegibilidade do residente, mantém critério de permanência voluntária.

Não define número máximo de leitos (que era de 30 na RDC no101), nem equipe mínima, sendo suficiente que o responsável pela instituição tenha nível superior.

Define que “o principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares”, o que elimina a obrigatoriedade de oficinas terapêuticas e recreativas e a contratação dos respectivos profissionais responsáveis, conforme previsto na RDC no101. As poucas atividades previstas, como a participação na rotina de limpeza, na organização, na cozinha, na horta etc., já estão presentes no cotidiano das CTs.

MODELO

Institucionalizante.

2011 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, composta pela atenção básica, atenção psicossocial estratégica, atenção à urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

COMENTÁRIO

Propõe o desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social, com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. Indica o desenvolvimento de estratégias de RD com ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. Contraditoriamente, incluem-se as CTs na atenção residencial de caráter transitório, apesar delas não atuarem na lógica preconizada pela RAPS.

MODELO

Atenção psicossocial e institucionalizante (pela inclusão das CTs).

2012 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Institui incentivo financeiro de custeio para apoio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, no que estão incluídas as CTs, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAPS.

COMENTÁRIO

Define CT como um Serviço de Atenção em Regime Residencial e o número de 30 leitos como máximo por serviço (já previsto na RDC 101). Para recebimento do incentivo, os serviços deverão integrar Região de Saúde que conte com componentes da RAPS, ou seja, a CT deve estar em território que tenha os demais dispositivos da RAPS, de modo a participar da rede para um atendimento integral. Normas mais rígidas de credenciamento.

MODELO

Institucionalizante.

PORTARIA Nº 70

2013 - MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, SENAD

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Institui diretrizes para celebração de termos de cooperação técnica entre a Senad e órgãos gestores estaduais responsáveis pela coordenação das políticas sobre drogas.

COMENTÁRIO

A cooperação visa descentralizar o acompanhamento da execução, da fiscalização e do controle de vagas de entidades contratadas para prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

MODELO

Institucionalizante.

PORTARIA Nº 10

2014 - MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, SENAD

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Acrescenta modelo de relatório de fiscalização das CTs. Define CT como entidade que presta serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPA. Explicita que há um número de vagas contratadas pela Senad.

COMENTÁRIO

A Senad passa a ser o órgão fiscalizador das CTs, utilizando como base os parâmetros da RDC no29/2011.

Define como direito do acolhido a laborterapia. Prevê a presença de profissional voluntário, sem vínculo e sem remuneração pela entidade, ao mesmo tempo que, contraditoriamente, aponta a construção do projeto terapêutico por equipe multidisciplinar.

MODELO

Institucionalizante.

RESOLUÇÃO Nº 1

2015 - GSI CONAD, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Regulamenta, no âmbito do Sisnad, as entidades que realizam acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso de substâncias psicoativas, caracterizadas como CT, sem prejuízo do disposto na RDC no 29 da Anvisa. Considera as CTs como integrantes do Sisnad e estabelece que elas não são estabelecimentos de saúde, mas de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social.

COMENTÁRIO

Apesar de estabelecer que a entidade deverá atuar de forma integrada à rede intersetorial de serviços situada em seu território, prevê o acolhimento por até doze meses, o que reforça a institucionalização. O programa de acolhimento permite a realização de desenvolvimento da espiritualidade como parte do método de recuperação.

MODELO

Institucionalizante.

PORTARIA Nº 834

2016 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Redefine procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (Cebas) e considera entidade beneficente de assistência social na área de saúde aquela que atue diretamente na atenção à saúde.

COMENTÁRIO

A CT definida como entidade de saúde poderá receber a certificação de entidades beneficentes de assistência social (CEBAS), que é um atestado de filantropia, bastando, para isso, a comprovação da aplicação de 20% de sua receita bruta em ações gratuitas.

Não há definição de critérios para a definição de uma “entidade de saúde”.

MODELO

Institucionalizante.

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2

2017 - MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E MINISTÉRIO DO TRABALHO

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Promove a implantação de um comitê para atuação conjunta dos quatro ministérios para trabalhar a intersetorialidade e a interdependência das ações governamentais na temática de álcool e outras drogas.

COMENTÁRIO

O comitê deverá promover melhorias nos processos de acolhimento de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

Composto por oito representantes de cada ministério, tem por objetivo criar espaço para a articulação e a integração de programas e de ações da política sobre drogas. Até o momento, a articulação não apresentou resultados práticos

MODELO

Indefinido.

PORTARIA Nº 3.588

2017 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO

Altera as portarias de consolidação no 3 (normas sobre as redes do SUS, no caso, a RAPS) e no 6 (normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e serviços de saúde do SUS), de 2017, o que, em princípio, fere o disposto nas portarias no106/2000, no3090/2011 e no2840/2014; e a própria lei no10.216/2001.

COMENTÁRIO

Com essa alteração foram incluídos dispositivos que antes não existiam na RAPS, como o hospital psiquiátrico (HP), o ambulatório e o CAPS AD IV, que ainda é uma incógnita. Ampliou o montante de recursos para remuneração de leitos, mantidos mesmo após a desinstitucionalização do paciente.

As CTs se mantêm na RAPS e, com a entrada dos HPs, a manutenção dos leitos e, ainda, o aumento de recursos no pagamento de leitos nessas instituições, é reforçada a lógica de exclusão e institucionalização

MODELO

Institucionalizante.

RESOLUÇÃO Nº 1**2018 - CONAD****COMUNIDADE TERAPÊUTICA NESTE NORMATIVO**

Define diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD, considerando o texto aprovado pelo plenário em reunião realizada em 1o de março de 2018, em Brasília.

COMENTÁRIO

O texto defende a aprovação do projeto de lei da Câmara dos Deputados no 37/2013 (PLC no 37/2013), que altera, entre outras, a lei no 11.343, de 23 de agosto 2006. A proposta retira a prioridade da redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas e a integração ou re-integração dos sujeitos na RAPS. O texto propõe, ainda, a abstinência e o acolhimento em CTs, chamados, então, de acolhimento social.

MODELO

Institucionalizante.

Fonte: elaboração dos autores, com base no artigo: TEIXEIRA, M. B. et al.

Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 5, p. 1455-66, maio 2017.

Apesar do aumento do número de CTs, grande parte delas não consta nos registros de nenhuma instituição regulamentadora (Perrone, 2011), nem na própria Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), nem nos respectivos Conselhos Municipais Antidrogas (Comad), de Saúde (CMS), de Assistência Social (CMAS), dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), nem na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), ou em nenhum outro órgão competente (Perrone, 2014). Essa lacuna ficou evidente nos normativos analisados, visto que as CTs podem ser cadastradas e financiadas por diferentes setores.

Em 2007, a Senad realizou um mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil. Foram identificadas e pesquisadas as instituições de tratamento, recuperação e reinserção social de atenção aos usuários e dependentes de álcool e outras drogas, dentre elas as CTs. Verificou-se que a maioria das instituições de tratamento brasileiras para AD é definida por seus dirigentes como CTs. Das 1.256 instituições de tratamento, 38,5% (483) classificam-se nessa categoria (Senad, 2007). Em 2012, esse número mais do que dobrou. Segundo mapeamento realizado em 2012 pela Senade pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em parceria com as federações de CTs (Cruz Azul no Brasil, FEBRACT, Feteb e FENNOCT), há no Brasil mais de 1.800 CTs, que oferecem mais de 64 mil vagas (Machado et al., 2016).

A partir dos documentos Saúde Mental em Dados 12 do MS (Brasil, 2015) e do Censo de Comunidades Terapêuticas (Senad, 2011) identificou-se que os Centros de Atenção Psicossocial AD (CAPS-AD), estratégicos na atenção ao sujeito em uso prejudicial de drogas, têm menor cobertura do que as CTs. Em 2011, existiam 277 CAPS-AD cadastrados no MS e um total de 1.179 CTs. Esse cenário fica ainda mais crítico se considerarmos que, no mesmo período, o total de CAPS no Brasil, incluindo os AD, os infanto-juvenis e os CAPS Adulto de todos os tipos (I, II e III), era de apenas 1.742. Além disso, segundo os dados do Governo federal, o Brasil contaria com 336 CTs financiadas pelo plano “Crack: é possível vencer” e apenas 34 Unidades de Acolhimento (UA)¹¹ para adultos e 26 UAs para crianças e adolescentes, perfazendo um total de apenas 60 Unidades de Acolhimento (Brasil, 2016).

Diante desses dados, é necessário questionar o crescimento dos aportes de recursos públicos para as CTs e, ao mesmo tempo, o não crescimento e aprimoramento da rede já existente, inclusive

[11] As UA “[...] são serviços residenciais de caráter transitório (com um tempo de permanência determinado) que, articulados aos outros pontos de atendimento da RAPS, têm como objetivo oferecer acolhimento e cuidados contínuos de saúde; [...] funcionam 24 horas, 7 dias por semana, e são voltadas para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e precisem de acompanhamento terapêutico e proteção temporária. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis meses”. Apresentam-se em dois tipos, para adultos (UAA) e para crianças e adolescentes (UAI) (<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/unidades-de-acolhimento-ua>).

dos serviços residenciais de caráter transitório (até seis meses), voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e de outras drogas. Esses serviços, articulados aos outros pontos de atendimento da RAPS, podem oferecer acolhimento e cuidado em um modelo de atenção psicossocial já estabelecido e implantado a essas pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As CTs dirigidas a pessoas em uso prejudicial de drogas, mesmo privilegiando relações horizontalizadas, vão de encontro ao modelo de atenção psicossocial e às bases da reforma psiquiátrica. Além disso, há fortes indícios de que parte das CTs atentam contra direitos humanos fundamentais, como já apontado em relatórios de inspeção dos conselhos de psicologia citados.

Ainda assim, o Governo federal investe cada vez mais recursos públicos nas CTs. Em abril de 2018, foi lançado pelo Ministério da Justiça um edital para financiamento das CTs com recursos da ordem de R\$ 87 milhões de reais.¹² Esse edital vai ao encontro da proposta da nova política sobre drogas, apresentada pelo então ministro do Desenvolvimento Social, Osmar Terra, em março de 2018, e consolidada no mesmo mês na forma da resolução Conad no 1, que estabelece que as CTs devem ser fomentadas pela União. Assim, essa resolução abre a possibilidade para que inúmeras CTs que estavam alijadas de recursos, por não se adequarem às exigências anteriores, possam, agora, receber verbas federais.

Desse modo, fica cada vez mais evidente a necessidade de fiscalização e de regulamentação sistemática das CTs, para que, de fato, a natureza, os objetivos e os métodos dessas entidades possam ser publicamente debatidos e, então, analisados à luz do cuidado psicossocial. No entanto, há que se questionar se isso seria possível, visto que o modelo de tratamento ofertado nas CTs se contrapõe aos princípios da reforma psiquiátrica, a saber: um cuidado que considera o contexto de vida das pessoas, com atenção integral ao sujeito em dispositivos de base comunitária e territorial, na lógica da atenção psicossocial que é, enfim, o preceito do direito à saúde que é a base do SUS.

[12] Edital CT – Edital de Credenciamento Senad no 1/2018. Diário Oficial da União, no 79, p. 93.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. (org.). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998
- AMARANTE, P. “Política anti-crack. Epidemia do desespero ou do mercado antidroga?”. Texto apresentado no site do Cebes, publicado em 22 dez. 2011. Disponível em: <http://cebes.org.br/>
- BARROS, D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo; Lemos Editorial, 1994.
- BASAGLIA, F. Corpo e instituição: considerações antropológicas e psicopatológicas em Psiquiatria institucional. In: *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 12*, ano 10, nº 12, out. 2015. Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf.
- BRASIL. Governo Federal. Portal Brasil. Observatório “Crack: é possível vencer”, set. 2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>.
- CELLARD, A. A análise documental. In: *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. 2 ed. Brasília, 2011.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. *Dossiê: relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo: mapeamento das violações de direitos humanos*. São Paulo, 2016.
- COSTA, J.A. Aspectos educativos da filosofia dos doze passos: um olhar sobre as experiências de coordenadores dos grupos de alcoólicos anônimos – AA do Brasil e de Portugal.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) – Faculdades de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova Lisboa, mar. 2016.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate*, v.25, n. 58, maio/ago., p. 12-25, 2001.

DAMAS, F. B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, v. 6, n. 1, p. 50-65, 2013.

DE LEON, G. *A Comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola, 2003.

FEBRACT. Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. Comunidades terapêuticas filiadas – titulares e provisórias. Disponível em:<http://febract.org.br/portal/comunidades-terapeuticas-principios-e-diretrizes/>. Acesso em: 10 mar. 2018.

FOUCAULT, M. *Território, segurança e população*. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRACASSO, Laura. *Comunidades terapêuticas: histórico e regulamentações*. Disponível em:<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201706/20170605-134703-001.pdf>.

GUERRA, A. M. C. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In C. M. Costa & A. C. Figueiredo (org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2008, p. 23-57.

GUIMARÃES, J. Sobre o tempo: elogio à instituição negada. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP: Ribeirão Preto, 2006.

JONES, Maxwell. *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: Vozes, 1972.

MACHADO, R.et al. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

- MACHADO, M. P. et al. *Diretrizes e panorama das comunidades terapêuticas no Brasil: critérios terapêuticos, contábeis e jurídicos*. Paraná: Universidade Positivo, 2016.
- MCLELLAN, A. T. et al. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, v. 284, n. 13, p. 1689-95, 4 out. 2000.
- MARLLATT, G. A. *Redução de danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- NIDA. *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. Jul. 2014. Disponível em: https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa_2014.pdf.
- PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 569-80, fev. 2014.
- RAMÔA, M. Grupo de autoajuda em dois contextos: alcoolismo e doença mental. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, PUC-RJ, 1997.
- RAMÔA, M. A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica: um estudo sobre o projeto CAPS-AD. Tese (Doutorado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, PUC-RJ, 2005.
- ROTELLI, F. “Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste”. In: AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- SENAD. Ministério da Justiça. Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil, 2006/2007. Brasília, 2007. Disponível em: <http://infograficos.estadao.com.br/especiais/crack/levantamento.pdf>.
- SENAD. Ministério da Justiça. Censo das Comunidades Terapêuticas do Brasil. 2011. Disponível em: <http://www.ecologia.ufrgs.br>.

TEIXEIRA, M. B. et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 5, p. 1455-66, maio 2017.

VEIGA-NETO, A.; LOPES, M.C. Inclusão e governamentalidade. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 28, n. 100, set.-dez. 2007.

YASSUI & COSTA-ROSA, A estratégia de atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan.-dez. 2008.

NORMATIVOS DO QUADRO 2

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei no 10.216, de 6/4/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2 ed. Brasília, 2004.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. Lei no 12.101, de 27/11/2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm.

BRASIL(a). Ministério da Saúde, Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC no29, de 30/6/2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativa. *Diário Oficial da União*, 20/9/2011. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-29-de-30-de-junho-de-2011>.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Portaria no 3.088, de 23/12/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 131, de 26/1/2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos estados, municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as comunidades terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n o 55/2013. Esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa no 29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como comunidades terapêuticas e entidades afins.

BRASIL. Ministério da Justiça. Senad. Portaria nº 70, de 18/10/2013 Senad. *Diário Oficial da União*, 21 out. 2013, no 204, seção 1, p. 31.

BRASIL. Ministério da Justiça. Senad. Portaria nº 10, de 28/2/2014. *Diário Oficial da União*, 7 mar. 2014, no 45, seção 1, p. 43.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Conad. Resolução no1, de 19/8/2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad, as entidades que realizam acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 834, de 26/4/2016. Redefine procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0834_26_04_2016.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.588, de 21/12/2017. Altera as portarias de consolidação no 3 e no 6, de 28/9/2017 para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>.

BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução no 1, de 9/3/2018. Define diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD aprovada pelo decreto no 4.345, de 26/8/2002. *Diário Oficial da União*, 13 mar. 2018, no 49, seção 1, p. 128.



O IMPACTO DA DESCRIMINALIZAÇÃO DE DROGAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

✦ DÉBORA GOMES-MEDEIROS

✦ LUÍS FERNANDO TÓFOLI¹

[1] DÉBORA GOMES-MEDEIROS: Médica psiquiatra, mestranda em Saúde Coletiva (Unicamp), membro do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo (Coned-SP).

LUÍS FERNANDO TÓFOLI: Médico psiquiatra, doutor em Psiquiatria pela USP, professor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

RESUMO

A criminalização de condutas associadas à produção, à venda e ao consumo de psicoativos tornou-se a forma hegemônica de atuação do Estado sobre a problemática das drogas ao longo do século XX. Esse modelo mostrou-se, contudo, ineficaz para a contenção da oferta e da redução da demanda por drogas no mercado mundial, associando-se também a riscos sociais e sanitários, como o aumento da violência e das mortes evitáveis, do encarceramento, da sobrecarga dos sistemas penitenciário e de justiça penal, da restrição da pesquisa médica e do acesso à saúde. Desde a década de 1970, países e estados experimentaram modelos de descriminalização da conduta de uso, opção que pode ser avaliada à luz das evidências científicas. Os dados disponíveis apontam que a descriminalização do uso não se associa à redução do preço das drogas ou ao aumento da prevalência de uso e da mortalidade por uso de drogas. Essa política associou-se à redução da sobrecarga judicial, à redução da incidência de doenças infectocontagiosas entre usuários de drogas e ao aumento do encaminhamento de usuários para tratamento. Embora não seja uma política livre de riscos, as melhores evidências disponíveis sugerem a descriminalização do porte como uma mudança necessária na formulação de políticas sobre drogas.

Palavras-chave: políticas de drogas, descriminalização do porte de drogas, proibicionismo.

INTRODUÇÃO

A longa relação que a humanidade desenvolveu no curso da história com as substâncias psicoativas não suscitou alarme na maior parte do tempo. Em uma grande variedade de tempos e lugares, os estados alterados de consciência gerados por tais substâncias fizeram parte de ritos mágicos, cerimônias festivas ou aplicações curativas, entre outros usos. Até recentemente, a aplicação de sanções penais direcionadas como forma de controle do uso abusivo de psicotrópicos foi pontual e excepcional (Escotado, 1998).

Contemporaneamente, em especial a partir do século XX, começa a vigorar o modelo de interdição penal e combate à produção, consumo e comércio de drogas por parte dos Estados e de organizações internacionais. Tal modelo de criminalização foi esboçado na Conferência Internacional do Ópio, realizada em Haia no ano de 1912 e, ainda que colocado em segundo plano durante as grandes guerras mundiais, foi retomado em 1961, na Convenção Única sobre Entorpecentes, já sob coordenação da Organização das Nações Unidas (ONU) (Fiore, 2012).

A criminalização das condutas relacionadas a drogas como forma específica de os Estados abordarem os problemas por elas causados teve entre seus objetivos principais a prevenção e o combate ao abuso dessas substâncias (ONU, 1971), o combate ao tráfico ilícito de substâncias (ONU, 1988) e mesmo a criação de “um mundo livre de drogas” (ONU, 1998).

Destaca-se, nesse regime de governança internacional, o artigo 3o da Convenção de Viena de 1988, no qual as partes signatárias se comprometem a tipificar como infrações penais, no direito interno, a detenção, a aquisição ou o cultivo de drogas para consumo pessoal (ONU, 1988).

Ainda assim, tanto as drogas disponíveis como seus mercados vêm se diversificando e expandindo como nunca antes. Estima-se que cerca de 275 milhões de pessoas (aproximadamente 5,6% da população mundial entre 15 e 64 anos) fizeram uso de drogas ao menos uma vez no ano de 2016. Aproximadamente 31 milhões de pessoas apresentam quadros de transtornos relacionados ao uso de substâncias e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorreram aproximadamente 450 mil mortes resultantes do uso de drogas no ano de 2015 (UNODC, 2018).

Enfrenta-se, ainda, uma potencial expansão dos mercados de drogas orientada pela oferta, com a produção de ópio e a manufatura de cocaína atingindo os maiores níveis já registrados: a produção de ópio aumentou em cerca de 65% entre 2016 e 2017 e atingiu 10.500 toneladas, enquanto a manufatura global de

cocaína atingiu 1.410 toneladas, aumentando 56% entre 2013 e 2016. Já o cultivo de Cannabis foi reportado por 145 países entre 2010 e 2016 (UNODC, 2018).

É nesse cenário que se propõem, desde o início do século XXI, políticas alternativas à criminalização de condutas relacionadas ao uso de drogas. Isso vem acontecendo especialmente em estados norte americanos e países do Oeste da Europa e da América Latina (Maag, 2003).

No entanto, diante da grande heterogeneidade nas alternativas à criminalização do uso de psicoativos, um breve esclarecimento de termos comumente utilizados para defini-las se faz necessário. Essas propostas podem ser resumidas, para fins didáticos, em 1) políticas de despenalização do porte para uso; 2) descriminalização do porte ou do uso; 3) regulamentação por legalização ou por 4) uso medicinal. As diversas formas de política estão dispostas, de forma resumida, no Quadro 1.

Na atual lei de drogas brasileira (Brasil, 2006), a conduta do porte para uso continua sendo tratada criminalmente, apesar da ausência de penas de privação de liberdade, ou seja, de uma política de despenalização. Apesar de rigorosamente se tratar de uma “desprisionalização”, já que ainda estão previstas penas de trabalho comunitário e pagamento de cestas básicas, autores como Boiteux (2006) dão preferência ao termo despenalização. Optamos por classificar a política dessa forma por ela não estar associada, do ponto de vista do legislador, à forma mais grave de pena possível no Brasil, o encarceramento.

Diferentemente, os regimes de descriminalização do porte de drogas têm legislações nas quais portar uma ou mais drogas para uso pessoal não é considerado crime. Diversos países no continente americano e na Europa descriminalizaram o porte de drogas para uso pessoal: Chile, Colômbia, Costa Rica, Holanda, Alemanha e Portugal são alguns dos exemplos (Senad, 2015).

A descriminalização do porte para uso pessoal diferencia-se da regulamentação pela legalização, quando uma ou mais drogas são tornadas lícitas para controle. Aqui, um exemplo é a regulamentação da Cannabis pelo Canadá e pelo Uruguai, onde, conforme lei sancionada em 2013, o Estado passa a controlar e regular atividades de importação, produção, aquisição, armazenamento, comercialização e distribuição dessa substância (República Oriental do Uruguai, 2013).

Por fim, diversos países e um considerável número de unidades federativas estadunidenses regulamentam o uso da maconha para fins medicinais. Esse status poderá, no futuro, ser compartilhado também com outras substâncias, como a metilenodioximetanfetamina (MDMA) e a psilocibina.

QUADRO 1

Modelos de políticas alternativas à criminalização de todas as condutas relacionadas às drogas

<p>1. Despenalização do porte para uso pessoal</p>	<p>O porte de substâncias ilícitas é considerado crime e encaminhado ao sistema de justiça criminal. Porém, quando é caracterizada a finalidade do porte como sendo para uso pessoal, não são aplicadas penas privativas de liberdade.</p> <p>Exemplo: Política de drogas brasileira</p>
<p>2. Descriminalização do porte para uso pessoal</p>	<p>O porte de uma ou mais substâncias ilícitas não é considerado um crime quando caracterizada a finalidade de uso pessoal. A produção e o comércio dessas substâncias (tráfico) continuam sendo criminalizados.</p> <p>Exemplo: Política de drogas portuguesa</p>
<p>3. Regulamentação por legalização</p>	<p>As condutas relacionadas ao uso, ao comércio ou à produção de determinada substância deixam de ser consideradas crimes e passam a ser regulamentadas por legislação específica.</p> <p>Exemplos: Políticas de controle da Cannabis uruguaia e canadense</p>
<p>4. Regulamentação do uso medicina</p>	<p>O uso terapêutico de determinada substância ilícita deixa de ser considerado crime e passa a ser regulamentado por legislação específica. O uso, a produção ou o comércio da mesma substância para outra finalidade seguem, a princípio, criminalizados.</p> <p>Exemplos: Política de regulamentação do uso medicinal de Cannabis em diversos estados americanos e em Israel.</p>

Definido esse cenário, é importante frisar que, entre essas quatro opções, este artigo irá focar, na forma de uma revisão narrativa crítica sem a pretensão de exaurir a questão, a aplicação de políticas de descriminalização de condutas relacionadas ao porte de drogas para uso pessoal. Portanto, diferente da confusão conceitual que é comum na cobertura midiática, é importante ter em conta que a discussão em foco é o binômio *criminalização* × *descriminalização das condutas do usuário*. Não trataremos neste artigo de legalização, da descriminalização de determinadas modalidades de tráfico, nem de uso medicinal.

Para tal, iremos analisar as evidências científicas disponíveis em diversos campos, incluindo a epidemiologia, a economia e as ciências criminais, entre outros. Também examinaremos, ao final, como exercício comparativo, algumas evidências relativas às políticas criminalizantes.

EXAMINANDO AS CONSEQUÊNCIAS DA DESCRIMINALIZAÇÃO DAS DROGAS

Ao se pensar em descriminalização de drogas, os principais temores suscitados estão associados ao aumento do uso e, conseqüentemente, ao crescimento dos danos associados a esse uso, especialmente o uso problemático. Nesta seção examinaremos, portanto, em que grau esses pressupostos estão firmados nos dados disponíveis. Verificaremos também potenciais efeitos virtuosos das políticas de descriminalização.

Parte considerável dos estudos relacionados aos efeitos sociais e sanitários de leis que descriminalizam o uso de drogas referem-se a resultados observados em Portugal, que há quase duas décadas aprovou legislação que descriminalizou o uso e o porte de drogas ilícitas em quantidades que seriam suficientes para o suprimento individual por até dez dias de consumo (República Portuguesa, 2000). Embora, na atualidade, como já mencionado, o caso português esteja longe de ser uma exclusividade, ele é, certamente, o mais consolidado e apto para avaliação de seus impactos. É importante ressaltar que a mudança da legislação portuguesa fez parte de um processo mais amplo de aperfeiçoamento das políticas de cuidado e atenção aos usuários de drogas.

Uma das conseqüências sociais temidas em relação a modelos de descriminalização diz respeito à potencial redução do preço das drogas, que poderia levar ao aumento das taxas de uso. Esse indicador foi avaliado empiricamente no modelo português por Félix e Portugal (2017). Os resultados encontrados não evidenciaram decréscimo nos preços de varejo da cocaína e dos opioides no período subsequente à descriminalização. Os autores do estudo concluíram do que a descriminalização não aparenta causar dano pelo proposto mecanismo de redução do preço e aumento de uso dessas substâncias.

Outro temor associado à experiência portuguesa foram as predições de aumento de uso, de uso problemático e de danos relacionados ao uso de drogas, que também foram avaliados. Hughes e Stevens (2010) observaram que as evidências não indicaram aumentos significativos de prevalência de uso. Paralelamente, o estudo aponta para alguns ganhos sociais e sanitários após a alteração legal: houve redução significativa da população de pessoas presas por crimes relacionados às drogas, reduzindo a sobrecarga judiciária. Foi também percebida uma queda do número de usuários problemáticos e das taxas de uso na população prisional (Hughes e Stevens, 2010).

A análise de Hughes e Stevens (2010) ressaltou ainda outros ganhos sanitários significativos, como um declínio importante do

número de novos usuários de drogas diagnosticados com HIV ou Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS) – particularmente relevante quando lembramos que Portugal tinha, em 1999, a segunda maior prevalência de infecção por HIV entre usuários de drogas na União Europeia (Hughes e Stevens, 2010).

Essa tendência de queda se manteve, sendo reapresentada em estudo de revisão posterior (Csete, 2016). A importante redução da mortalidade relacionada ao uso de drogas entre 1999 e 2002 e o papel da reforma no aumento do encaminhamento de usuários de heroína para tratamento também foram desdobramentos positivos identificados (Hughes e Stevens, 2010).

Em estudo posterior, baseando-se em inquéritos populacionais relativos ao consumo de drogas na população portuguesa realizados antes e depois da reforma legislativa, Hughes e Stevens (2012) observaram ainda que houve declínio do uso recente ou atual de drogas entre a população mais jovem (15 a 24 anos). O aumento máximo da prevalência de uso recente verificado foi de 7% na população entre 25 e 34 anos, mantendo-se em padrões comparativamente baixos, contudo, os valores absolutos (Hughes e Stevens, 2012).

Dados mais recentes apontam também para uma baixa mortalidade associada às drogas na comparação entre Portugal e outros países da União Europeia. Enquanto a taxa média de mortalidade por overdose de drogas (primariamente atribuída ao uso de opioides) foi de 18,3 mortes por milhão de habitantes entre 15 e 64 anos na Europa, em Portugal a taxa encontrada foi de 4,5 por milhão. Num exemplo comparativo com países que adotam políticas rígidas de criminalização do usuário, podemos destacar a taxa encontrada na Suécia, a segunda maior entre todos os países pesquisados, de 93 mortes por milhão de habitantes na mesma faixa etária (Observatório Europeu das Drogas e da Toxicod dependência, 2016).

Destacamos, por fim, que inquérito realizado com a população portuguesa verificou que, numa comparação entre 25 países europeus no que se refere ao uso de *Cannabis*, cocaína, anfetaminas e ecstasy, a prevalência do consumo nos últimos doze meses em Portugal foi menor que a média para todas essas substâncias, notavelmente ocupando a penúltima e a última posição nos casos do uso de anfetamina e de ecstasy. Os dados contrariam fortemente, portanto, a temida associação entre descriminalização e crescimento epidêmico do uso (Balsa, Vital e Urbano, 2017). Deve-se mencionar, no entanto, que as taxas portuguesas de prevalência de uso de drogas ilícitas já eram tradicionalmente mais baixas que a média europeia e, portanto, que o importante é a constatação de

que não houve crescimento relevante após a descriminalização. Ampliando a análise das políticas portuguesas para o contexto europeu, também verificamos uma ausência de evidências de que a mudança de regime jurídico aumente a prevalência do uso de drogas. Análises do Observatório Europeu de Drogas e Toxicodpendência (OEDT) (2011), indicaram que não é possível inferir uma associação simples entre a legislação e as variações nas taxas de uso da *Cannabis* (OEDT, 2011).

Esses resultados coincidem com achados prévios de Degehardt et al. (2008). Os autores avaliaram dados acerca da epidemiologia do uso de drogas em amostras de indivíduos de diferentes países, representando todas as regiões do mundo, e verificaram que o uso de drogas não se associava de forma simples à política de drogas vigente. Assim, países com políticas mais restritivas em relação ao uso de drogas não apresentaram menores prevalências de uso quando comparados a países com política mais tolerantes (Degehardt et. al, 2008). Em contrapartida, Vuolo (2013) avaliou países da União Europeia e evidenciou que o contexto da política sobre drogas parece afetar o consumo, descrevendo, porém, chances de uso 79% menores entre jovens de países onde o uso pessoal é descriminalizado.

O impacto da descriminalização sobre a prevalência do uso precoce de drogas foi avaliado na República Tcheca. Em 2010, o país descriminalizou a posse de pequenas quantidades de diversas substâncias ilícitas, incluindo a *Cannabis*. Considerando a maior preocupação relativa ao uso de maconha por adolescentes, Červený et al. (2017) avaliaram os efeitos dessa política sobre a idade de início do uso. Os achados dos autores explicitaram uma ausência de efeito da mudança da política sobre a idade de iniciação.

Em 1976, a Holanda adotou um modelo de não penalização da posse e da venda de pequenas quantidades de *Cannabis*. Embora comumente se chame esse processo de “legalização”, a política de tolerância holandesa ainda não chegou à regulamentação pela legalização completa dessa droga. O país, no entanto, não criminaliza o uso e investe em modalidades de cuidado baseadas na estratégia de redução de danos (RD). Em relação à maconha, os holandeses apresentam uma prevalência de consumo mais modesta do que países vizinhos, e não são particularmente suscetíveis a escalonar o uso. Há ainda indicações de que, em vez de um “efeito porta de entrada” para outras drogas, tenha ocorrido uma separação dos mercados das drogas ilícitas classificadas como “leves” ou “pesadas” (MacCoun, 2011).

O governo suíço também promoveu uma avaliação crítica da experiência de países no que concerne à descriminalização da *Cannabis* na Europa, nos Estados Unidos e na Austrália. Não foi

detectada, nessa avaliação, nenhuma relação sistemática entre a prevalência do uso de maconha ou outras drogas ilícitas com a política de drogas adotada (Maag, 2003).

Os dados são consoantes com os achados prévios de Thies e Register (1993), que, ao avaliar o efeito da descriminalização da maconha sobre o uso dessa droga, do álcool e da cocaína em estados norte-americanos, não encontraram um impacto significativo.

Tomados em conjunto, os achados apresentados nesta seção apontam para uma ausência de evidências quanto aos temores mais habitualmente propagados no que se refere às consequências de políticas de descriminalização – como redução de preços ou supostas “epidemias” de uso –, apontando ainda para alguns efeitos sociais e sanitários positivos, como a redução de mortalidade associada ao uso e da incidência de doenças infecciosas, o maior encaminhamento de pacientes para tratamento, a redução da sobrecarga dos sistemas jurídico e prisional e até mesmo a hipótese de uma redução da prevalência de uso pela população mais jovem.

O IMPACTO ESPECÍFICO DA DESCRIMINALIZAÇÃO DA MACONHA

Embora não tenham corroborado as mais frequentes preocupações relativas à descriminalização, alguns estudos evidenciaram dados que demandam atenção no campo da saúde pública. Nesse caso, a maior parte dos trabalhos se refere ao contexto específico de descriminalização da maconha. Esses estudos são focados nos contextos estadunidenses e australianos, países nos quais algumas unidades federativas descriminalizaram a *Cannabis* e outras, não.

Do ponto de vista do impacto na criminalidade, um estudo nos Estados Unidos avaliou o impacto dos processos de descriminalização da maconha em crimes violentos e contra o patrimônio. Não foi encontrada associação entre descriminalização da droga e taxas de crimes. Houve uma tendência de menores taxas de crimes nos estados que descriminalizaram, mas essas associações não atingiram significância estatística (Maier et al., 2017).

Bretteville-Jensen et al. (2011) avaliaram o impacto da descriminalização da *Cannabis* sobre a iniciação de seu uso na Austrália, encontrando um deslocamento do uso para mais jovens, embora sem, mais uma vez, aumento nas taxas de prevalência de uso. Efeitos semelhantes foram encontrados por Miech e colaboradores (2015) na Califórnia, que descriminalizou o uso da *Cannabis* em 2010. Nesse estudo, evidenciou-se um aumento no consumo de maconha em alunos do 12º ano em relação a períodos anteriores equivalentes.

Em relação a um desvio para maior uso por jovens, deve-se levar em consideração a existência de estudos que associam o uso na

adolescência ao prejuízo do desempenho educacional e ao abandono escolar, resultando em maior dependência do Estado (Hall e Degehardt, 2009), risco aumentado de desenvolvimento de transtorno depressivo e comportamento suicida na vida adulta (Gobbi et al., 2019), e risco maior de desenvolvimento de sintomas e transtornos psicóticos, especialmente entre usuários pesados, embora sem uma relação inequívoca de causalidade (Marconi et al., 2016).

Vale notar, porém, que Williams e Bretteville-Jensen encontraram, em um estudo australiano mais amplo e mais recente, uma diferença nos efeitos da descriminalização da maconha quando observados em períodos mais longos. Nos primeiros cinco anos após a descriminalização, foi observado um desvio do início de uso para mais jovens. No entanto, após esse período, não houve efeitos significativos da descriminalização sobre o início de uso nem na juventude, nem na vida adulta (Williams e Bretteville-Jensen, 2014). Ou seja, o efeito de desvio da iniciação da *Cannabis* para populações mais jovens, segundo observado na Austrália, se deu de forma transitória após a descriminalização exclusiva da droga. No estudo de Miech et al. (2015), também se especula que o resultado encontrado em estudantes do 12º ano possa ser um efeito de coorte, ou seja, tem aspectos geracionais e, portanto, potencialmente moldáveis por ações de saúde pública.

Outra preocupação suscitada por modelos de descriminalização da *Cannabis* se refere à população pediátrica. Wang et al. (2014) avaliaram os efeitos dessa política sobre a exposição não intencional de crianças de até nove anos à substância nos Estados Unidos, e observaram que, embora o número de exposições tenha sido baixo, as taxas de exposição aumentaram nos estados que adotaram políticas de descriminalização. Vale lembrar que é complexo, em estudos de desenho ecológico como este, determinar se a provável maior tolerância à droga na sociedade, que é o provável fator mais relevante para esse aumento de casos, foi causa ou consequência da decisão política de descriminalizar a maconha.

Ainda no que diz respeito aos riscos infantis, a Academia Americana de Pediatria emitiu um relatório técnico em 2014 afirmando que a descriminalização da posse de maconha para jovens pode ser uma alternativa razoável no lugar de um processo criminal, desde que seja acoplada à educação sobre a droga e a programas de tratamento (Ammerman et al., 2015).

Por fim, destaca-se uma avaliação do impacto da descriminalização da maconha sobre motoristas da Califórnia, que encontrou resultados discrepantes: não houve diferença significativa nos testes positivos para THC entre motoristas que dirigiam à noite aos finais de semana nos períodos anterior e posterior à descrimi-

nalização; houve, porém, aumento da prevalência de canabinoides no sangue de vítimas de acidentes fatais (Pollini et. al, 2015).

Examinar os efeitos específicos da descriminalização exclusiva da maconha quando comparados à descriminalização de todas as drogas nos leva a um cenário aparentemente contraditório: descriminalizar todas as drogas parece ter um efeito mais virtuoso, inclusive no consumo de *Cannabis*, do que somente a droga ilícita considerada mais leve (mas também a que tem a maior prevalência de consumo).

Embora mais estudos ainda sejam necessários – tanto em cenários nos quais houve descriminalização do uso de todas as drogas como naqueles que apenas retiraram o uso de maconha da legislação penal – para respondermos a essa aparente contradição, é importante levar em consideração o que se busca com uma tomada de decisão desse tipo. Considerando os resultados em saúde pública, a facilitação de acesso à assistência social e de saúde, a redução de iniquidades geradas pelo sistema criminal (como veremos na seção seguinte) e o fato de que as populações mais vulneráveis são aquelas que justamente usam drogas com potencial de abuso maior, como crack, no Brasil, e metanfetamina e opioides em outros países, é importante ter em conta que a descriminalização de todas as drogas poderia trazer resultados mais positivos e menores riscos associados.

OS CUSTOS SOCIAIS E SANITÁRIOS DA CRIMINALIZAÇÃO

Tendo examinado os resultados disponíveis relativos às políticas de descriminalização gerais e específicas para a maconha, é também relevante olharmos as consequências do modelo alternativo focado na criminalização. Cabe lembrar aqui que, apesar da política explícita de despenalização, o Brasil ainda criminaliza a conduta necessária para o usuário, que é portar a droga.

É também relevante ter em mente que, ainda que sua principal justificativa seja a proteção da saúde pública, as políticas de criminalização de substâncias não foram eficazes em diminuir a prevalência de seus usos nem tampouco a dos problemas de saúde diretamente associados a eles. Foram ainda menos efetivas em conter a diversificação e a ampliação dos mercados de drogas (UNODC, 2018).

As evidências dos efeitos de tais políticas não terminam apenas em uma mera ineficácia. Mais do que isso, apontam para a presença de danos sociais e sanitários associados à sua implementação. Os impactos sobre os níveis de violência, a sobrecarga do sistema prisional e de justiça, a restrição do acesso à saúde e o atraso do desenvolvimento de pesquisas médicas já foram bem analisados pela literatura e devem ser levados em conta na formulação de uma política sobre drogas cientificamente orientada.

Assim, Werb et al. (2011) demonstraram, numa revisão sistemática, que 93% dos estudos que avaliaram os impactos da aplicação das leis de drogas observaram efeitos adversos nos níveis de violência. Os autores concluem seu artigo afirmando que as evidências disponíveis sugerem que a violência armada e altas taxas de homicídio seriam uma consequência inevitável da proibição das drogas (Werb et al., 2011).

As evidências também apontam para a associação da criminalização e da repressão com um aumento das taxas de homicídios. Por exemplo, o aumento do número de assassinatos ocorridos no México em conjunto com operações militares anti-drogas chegou a impactar a expectativa de vida ao nascer no país (Aburto et al., 2016). Da mesma forma, a política de repressão ostensiva implementada nas Filipinas por Rodrigo Duterte associa-se à escalada de violência e a mortes evitáveis (McCall, 2017; Bouckaert, Human Rights Watch, 2017).

Longe de ser um fenômeno isolado ou periférico, a política de criminalização e a “guerra às drogas” associa-se, também nos Estados Unidos, ao aumento da brutalidade policial, especialmente dirigida às minorias afro-americanas (Cooper, 2015). Fenômeno semelhante ocorre no Brasil, onde também se observa uma distribuição desigual do uso excessivo da força nas ações policiais, que é mais intensa em áreas periféricas e dirigida à população de homens jovens e negros (Cano et al., 2004; Lima et al., 2017).

No âmbito da repressão policial, importa ainda destacar que o policiamento repressivo contribui significativamente para o risco de infecções por HIV, constituindo barreira para o acesso a serviços de troca de seringas e de substituição de opioides (Csete et al., 2016).

As políticas de criminalização do uso de drogas impactam também o sistema judiciário e prisional, e sua implementação associa-se a altas taxas de encarceramento, com marcante viés racial. Nos Estados Unidos, a repressão ao comércio e uso de drogas foi responsável, desde 1972, por um aumento em cinco vezes da população carcerária, sendo notável que nesse país, em 2014, os negros tivessem cinco vezes mais chances de ser encarcerados ao longo da vida que a população branca (Moore e Elckavich, 2008; Csete et al., 2016).

Mais uma vez, as consequências da política de criminalização das drogas no Brasil acompanham o processo norte-americano, verificando-se um aumento significativo da população prisional – a terceira maior população carcerária do mundo –, sendo os

crimes associados ao tráfico de drogas responsáveis pelo encarceramento de 26% da população prisional masculina e 62% da população feminina (Brasil, 2017). Aqui, cabe salientar que uma porcentagem importante da quantidade de drogas que acarretou o aprisionamento estaria no limite do que é considerado uso pessoal em legislações de outros países (Carlos, 2015).

Para os fins deste artigo importa, ainda, debater os impactos sanitários dos altos índices de encarceramento associado às políticas de criminalização das drogas. No Brasil, a taxa de mortes violentas intencionais na população carcerária foi, em 2013, 6 vezes superior àquela observada no país como um todo no mesmo ano, e as chances de contrair tuberculose são 28 vezes maiores que as da população geral (Brasil, 2014). A prevalência de transtorno por uso de substâncias também se mostrou mais elevada na população carcerária nacional que na população geral (Canazaro e Argimon, 2010).

Por fim, destacamos que a criminalização do uso de drogas não afeta somente o risco à saúde, mas também o acesso a tratamentos. Nutt (2015) cita o banimento de determinadas medicações tradicionais da farmacopeia, como a *Cannabis*, e a limitação dos estudos com substâncias de potencial uso terapêutico, como a dietilamida do ácido lisérgico (LSD), o MDMA e a psilocibina, como os principais entraves impostos pelos regimes de proibição à pesquisa científica nos últimos cinquenta anos (Nutt, 2015).

Por fim, outro elemento importante a ser levado em conta no cenário brasileiro é a seletividade penal. Não obstante a despenalização da posse para consumo pessoal, evidências sugerem que usuários estejam sendo encarcerados como traficantes. Em 2011, mais de 90% dos condenados por tráfico não portavam arma alguma quando presos e negavam envolvimento prévio com facções criminosas (Instituto Sou da Paz, 2012). Mais recentemente, foi demonstrado que as apreensões de drogas necessárias para condenar um indivíduo com maior escolaridade são maiores do que para os menos escolarizados (Associação Brasileira de Jurimetria, 2019). Um estudo sobre prisões provisórias no Rio de Janeiro indicou que pessoas submetidas a prisão provisória por porte de droga destinada ao tráfico e que não resultaram em condenações por esse crime (55% da amostra de 1.330 réus) permaneceram, em média, cerca de sete meses encarceradas até que os casos fossem esclarecidos ou extintos por falta de provas (Lemgruber e Fernandes, 2015). Embora nesse estudo não seja esclarecido quantos desses réus eram, de fato, usuários, estes e outros dados sugerem cautela ao afirmar-se que usuários de drogas não estariam sendo presos no Brasil.

CONCLUSÕES

As políticas de criminalização de condutas associadas a algumas substâncias psicoativas predominaram como mecanismo de atuação do Estados e organismos internacionais sobre a problemática das drogas ao longo do século XX.

Esse tipo de intervenção voltada primariamente à repressão jurídica e policial da produção, da venda e do consumo de drogas, genericamente denominado proibicionismo, não se mostrou eficaz em seus objetivos de controle da oferta e de combate ao uso dessas substâncias ou dos danos a ele associados. Concomitantemente, produziu efeitos nocivos no que concerne à segurança e à saúde públicas, bem como impôs atrasos ao desenvolvimento científico.

Uma análise desse cenário que combina, em níveis nacional e internacional, baixa eficácia e alta nocividade de um modelo de política sobre drogas torna possível inferir a racionalidade subjacente às políticas que, a partir da década de 1970, se desenvolveram como alternativas à criminalização, especificamente no que concerne ao uso de psicoativos tornados ilícitos.

No que se refere às políticas alternativas à criminalização das condutas de uso, já é possível avaliar alguns de seus resultados. Embora não sejam livres de riscos e demandem análise e intervenção cuidadosa no que se refere aos seus impactos sobre a população pediátrica e adolescente, os modelos de descriminalização do uso se mostraram promissores quanto à redução da sobrecarga do sistema criminal, à incidência de doenças infectocontagiosas e à mortalidade associadas ao uso de drogas. As experiências de descriminalização avaliadas contrariam, ainda, os temores da opinião pública relativos ao risco de queda de preços e de aumento de prevalência de uso. A ideia de que decriminalizar somente a maconha possa gerar melhores impactos nas políticas públicas do que a descriminalização do porte de todas as substâncias ilegais não é sustentada pelas evidências empíricas.

Uma extensa revisão da literatura publicada na revista médica *Lancet*, focada em saúde pública e política de drogas, traz um diagnóstico preciso e uma série de sugestões de reformulações nas políticas sobre drogas, incluindo a descriminalização de condutas de menor potencial ofensivo, como o uso, a posse e a venda de pequenas quantidades; a retirada de forças militares e paramilitares, que tendem a exacerbar a violência na perseguição a traficantes; a adoção da redução de danos como pilar central nos sistemas de saúde; a atenção a questões de gênero; e a inclusão da saúde, dos direitos humanos e do desenvolvimento como métricas de avaliação para políticas sobre drogas (Csete et al., 2016).

Ao avaliarmos especificamente o contexto nacional,

observamos que a política proposta pela lei no 11.343/2006, embora visasse a que os usuários de drogas não fossem foco do sistema de justiça criminal, e sim da assistência médica e social, constituiu-se em seu processo de aplicação como “um copo meio vazio de médico e cheio de prisão” (Campos, 2015). Na busca de atender aos efeitos desejados pelo legislador ao tempo da redação da lei, entendemos que a descriminalização do porte para uso pessoal, longe de configurar, como se ouve, uma “legalização das drogas”, representa a busca da salvaguarda de direitos fundamentais dos cidadãos que usam drogas ilícitas.

Assim, considerando as altas taxas de homicídio, de violência policial, de encarceramento e de risco à saúde que se apresentam como consequências da aplicação da atual política nacional sobre drogas, a descriminalização do uso de todas as drogas no Brasil apresenta-se não só como uma alternativa plausível, mas como uma opção necessária.

BIBLIOGRAFIA

ABURTO, José Manuel et al. Homicides in Mexico reversed life expectancy gains for men and slowed them for women, 2000-10. *Health Affairs*, v. 35, n. 1, p. 88-95, 2016.

AMMERMAN, Seth et al. The impact of marijuana policies on youth: clinical, research, and legal update. *Pediatrics*, v. 135, n. 3, p. e769-e785, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE JURIMETRIA. *Avaliação do impacto de critérios objetivos na distinção entre posse para uso e posse para tráfico*, 2019. Disponível em: <https://abj.org.br/cases/avaliacao-do-impacto-de-criterios-objetivos-na-distincao-entre-posse-para-uso-e-posse-para-trafico/>. Acesso em 31 mar. 2019.

BALSA, Casimiro; VITAL, Clara; URBANO, Cláudia. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016-17.

BOITEUX, Luciana (2006). A nova lei antidrogas e aumento de pena do delito de tráfico de entorpecentes. *Boletim IBC-Crim*, n. 167, p. 8-9, out. 2006.

BOUCKAERT, Peter; HUMAN RIGHTS WATCH (ORGANIZATION). *License to Kill: Philippine Police Killings in Duterte's War on Drugs*. Human Rights Watch, 2017.

BRASIL. Lei no 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 2006

BRASIL; Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Levantamento nacional de informações penitenciárias: Infopen*. Atualização junho de 2016. Brasília, 2017.

BRASIL; Ministério da Justiça. *Levantamento nacional de informações penitenciárias*. 2014.

BRETTEVILLE-JENSEN, Anne Line et al. *Decriminalization and initiation into cannabis use*. Department of Economics, Working Papers Series 1130, The University of Melbourne, 2011.

- CAMPOS, Marcelo da Silveira. *Pela metade: as principais implicações da nova lei de drogas no sistema de justiça criminal em São Paulo*. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2015.
- CANAZARO, Daniela; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, p. 1323-33, 2010.
- CANO, Ignacio et al. O impacto da violência no Rio de Janeiro. *Laboratório de Análise da Violência Working Paper, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Fall, 2004*.
- CARLOS, Juliana O. Política de drogas e encarceramento em São Paulo, Brasil. *International Drug Policy Consortium Relatório de Informações*, 2015.
- ČERVENÝ, Jakub et al. Cannabis decriminalization and the age of onset of cannabis use. *International Journal of Drug Policy*, v. 43, p. 122-9, 2017.
- COOPER, Hannah L. F. War on drugs policing and police brutality. *Substance Use & Misuse*, v. 50, n. 8-9, p. 1188-94, 2015.
- CSETE, Joanne et al. Public health and international drug policy. *The Lancet*, v. 387, n. 10026, p. 1427-80, 2016.
- DEGENHARDT, Louisa et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS medicine*, v. 5, n. 7, p. e141, 2008.
- ESCOHOTADO A. *Historia general de las drogas*. Madri: Editorial Espasa Calpe, 1998.
- FÉLIX, Sónia; PORTUGAL, Pedro. Drug decriminalization and the price of illicit drugs. *International Journal of Drug Policy*, v. 39, p. 121-9, 2017.
- FIORE, Mauricio. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos estudos CEBRAP*, n. 92, p. 9-21, 2012.
- GOBBI, Gabriella et al. Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young

adulthood: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 2019.

HALL, Wayne; DEGENHARDT, Louisa. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *The Lancet*, v. 374, n. 9698, p. 1383-91, 2009.

HUGHES, Caitlin Elizabeth; STEVENS, Alex. A resounding success or a disastrous failure: re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalization of illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, n. 31, p. 101-13, 2012.

HUGHES, Caitlin Elizabeth; STEVENS, Alex. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *The British Journal of Criminology*, v. 50, n. 6, p. 999-1022, 2010.

INSTITUTO SOU DA PAZ. *Prisões em flagrante na cidade de São Paulo: relatório da pesquisa*. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.soudapaz.org/o-que-fazemos/documento/prisoos-em-flagrante-na-cidade-de-sao-paulo>. Acesso em: 31 mar. 2019.

LEMGRUBER, Julita; FERNANDES, Marcia (coord.). *Tráfico de drogas na cidade do Rio de Janeiro: prisão provisória e direito de defesa*. *Boletim Segurança e Cidadania*, n. 17, novembro de 2015.

LIMA, R. et al. *11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017.

MAAG, Verena. Decriminalisation of cannabis use in Switzerland from an international perspective – European, American and Australian experiences. *International Journal of Drug Policy*, v. 14, n. 3, p. 279-81, 2003.

MACCOUN, Robert J. What can we learn from the Dutch cannabis coffeeshop system? *Addiction*, v. 106, n. 11, p. 1899-1910, 2011.

MAIER, Shana L.; MANNES, Suzanne; KOPPENHOFER, Emily L. The implications of marijuana decriminalization and legalization on crime in the United States. *Contemporary Drug Problems*, v. 44, n. 2, p. 125-46, 2017.

- MARCONI, Arianna et al. Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophrenia bulletin*, v. 42, n. 5, p. 1262-9, 2016.
- MCCALL, Chris. Philippines president continues his brutal war on drugs. *The Lancet*, v. 389, n. 10064, p. 21-2, 2017.
- MIECH, Richard A. et al. Trends in use of marijuana and attitudes toward marijuana among youth before and after decriminalization: The case of California 2007-2013. *International Journal of Drug Policy*, v. 26, n. 4, p. 336-44, 2015.
- MOORE, Lisa D.; ELKAVICH, Amy. Who's using and who's doing time: incarceration, the war on drugs, and public health. *American Journal of Public Health*, v. 98, n. Supplement_1, p. S176-S180, 2008.
- NUTT, David. Illegal drugs laws: Clearing a 50-year-old obstacle to research. *PLoS Biology*, v. 13, n. 1, p. e1002047, 2015.
- OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICO-DEPENDÊNCIA. *Relatório anual 2011 - Evolução do Fenômeno da Droga na Europa*, 2011.
- OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICO-DEPENDÊNCIA. *Relatório europeu sobre drogas - Tendências e evoluções*, 2016.
- POLLINI, Robin A. et al. The impact of marijuana decriminalization on California drivers. *Drug and alcohol dependence*, v. 150, p. 135-40, 2015.
- REPÚBLICA ORIENTAL DO URUGUAI. Ley 19.172, *Marijuana y sus derivados, control y regulación del Estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución*, 2013. Disponível em: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2979706.htm>. Acesso em: 31 mar. 2019.
- REPÚBLICA PORTUGUESA. Lei nº 30/2000 de 29 de novembro. Define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica. 2000. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/599720/details/maximized>. Acesso em: 31 mar. 2019.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, Ministério da Justiça (SENAD). *Levantamento sobre legislação de drogas nas Américas e Europa, e análise comparativa de prevalência do uso de drogas*, 2015.

THIES, Clifford F.; REGISTER, Charles A. Decriminalization of marijuana and the demand for alcohol, marijuana and cocaine. *The Social Science Journal*, v. 30, n. 4, p. 385-99, 1993.

UNITED NATIONS. *Secretary-General Calls On All Nations to Say 'Yes' To Challenge Of Working Towards Drug-Free World*, 1998. Disponível em: <https://www.un.org/press/en/1998/19980608.ga9411.html>. Acesso em: 31 mar. 2019

UNITED NATIONS. *Convention on Psychotropic Substances*, 1971.

UNITED NATIONS. *United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, 1988. Disponível em: https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf. Acesso em: 31 mar. 2019.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *World Drug Report 2018*. United Nations Publications, 2018.

VUOLO, Mike. National-level drug policy and young people's illicit drug use: A multilevel analysis of the European Union. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 131, n. 1-2, p. 149-56, 2013.

WANG, George S. et al. Association of unintentional pediatric exposures with decriminalization of marijuana in the United States. *Annals of Emergency Medicine*, v. 63, n. 6, p. 684-9, 2014.

WERB, Dan et al. Effect of drug law enforcement on drug market violence: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, v. 22, n. 2, p. 87-94, 2011.

WILLIAMS, Jenny; BRETTEVILLE-JENSEN, Anne Line. Does liberalizing cannabis laws increase cannabis use? *Journal of Health Economics*, v. 36, p. 20-32, 2014.

REALIZAÇÃO



APOIO FINANCERO



APOIO

