

Política de drogas no Brasil: uma abordagem de saúde pública baseada em pesquisas realizadas em um país em desenvolvimento

Marcelo Ribeiro, MSc, PhD,^{1,2,3}

Luciane Ogata Perrenoud,¹ Sérgio

Duailibi, MD, PhD,^{1,3}

Lígia Bonacim Duailibi, MSc,¹

Clarice Madruga, MSc, PhD,³

Ana Cecília Petta Roseli Marques, MD, PhD,^{3,4}

Ronaldo Laranjeira, MD, PhD^{1,3,5}

¹ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brasil.

² Centro de Referência para Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD) – Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Drogas (INPAD), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brasil.

⁴ Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD), Brasil.

⁵ Consultor de Políticas Públicas (Programa Recomeço), Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência: Marcelo Ribeiro (marcelo@uniad.org.br); Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas, UNIAD, UNIFESP, Rua Borges Lagoa, 570, 8º andar, conjunto 802, 04038-020, São Paulo (SP), Brasil.

RESUMO

O Brasil é um dos maiores países do mundo, e possui grandes diferenças demográficas, econômicas, sociais, culturais, e principalmente, amplas desigualdades regionais. O país tem superado diversos desses obstáculos e tem tido bons resultados com relação à saúde nas últimas duas décadas. Avanços significativos também têm sido observados nas políticas públicas de drogas no país. A legislação anti-tabaco brasileira está entre as mais avançadas do mundo, e levou a uma redução de 50% no número de fumantes ao longo dos últimos 30 anos. Por outro lado, a indústria do álcool é caracterizada pela fraca regulação legislativa e incompatibilidade entre leis regionais. Estes fatores, juntamente com o alto número de propagandas que incentivam o uso do álcool, além do baixo custo e grande disponibilidade desta substância, têm levado a um aumento significativo no consumo de álcool. Ainda, o Brasil tem enfrentado dificuldades em áreas como o aumento do uso de substâncias psicoativas, associadas a um crescimento de casos de violência doméstica, violência urbana, mortes e criminalidade. Nesse contexto, esse artigo pretende mostrar algumas experiências interessantes e importantes da política pública de drogas no Brasil nos últimos tempos. Embora o sistema público de saúde ofereça diversas opções de tratamento para o uso de substâncias, serviços importantes como centros de desintoxicação ainda não estão disponíveis no país. O debate nacional a respeito da legislação de drogas ainda é predominantemente teórico, e carece de embasamento técnico e científico. Desse modo, apesar dos esforços despendidos nas últimas três décadas, o país ainda tem um longo caminho a percorrer até a construção de uma política de drogas consistente e efetiva. Assim, este artigo objetivou revisar os principais marcos no desenvolvimento de políticas públicas sobre drogas no Brasil ao longo das últimas décadas, refletindo a respeito do futuro da legislação Brasileira na área.

Palavras-chave: Legislação sobre drogas, abuso de substâncias, epidemiologia, Brasil, abuso de tabaco, abuso de álcool, centros de tratamento para o uso de substâncias.

Para citar este artigo: Ribeiro M, Perrenoud LO, Duailibi S, Duailibi LB, Madruga C, Marques ACPR, Laranjeira R. The Brazilian drug policy situation: the public health approach based on research undertaken in a developing country. *PublicHealthReviews*. 2014; 35 (2): 1-32.

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país de dimensões continentais, habitado por quase 191 milhões de habitantes (**Figura 1**).¹ O país é um dos cinco membros do bloco econômico BRICS - Brazil, Rússia, Índia, China e África do Sul - e possui o sétimo maior produto interno bruto (PIB) do planeta: US\$2,252 trilhões.²

Durante as últimas três décadas, o Índice de Desenvolvimento Humano (HDI) no Brasil aumentou de 0.522 para 0.730 (20%).³ Por outro lado, o país continua a enfrentar dificuldades de ordem estrutural de grande magnitude, além de possuir amplas desigualdades sociais e regionais (**Figura 2**):⁴ enquanto as regiões Sul-Sudeste possuem HDI semelhantes aos de Portugal (média = 0,85), alguns estados do Norte-Nordeste têm índices em torno de 0,7, semelhantes a países como Indonésia e Botsuana.³ Quase a metade da riqueza nacional é produzida por dois estados da união - São Paulo e Rio de Janeiro.⁵ Ainda assim, o HDI dos brancos que habitam ambos está entre os 40 melhores do planeta, ao passo que o dos negros, entre os 70.⁶

Mesmo sendo uma nação republicana há mais cento e vinte anos (1889), o Brasil foi governado sob golpes de estado ou medidas de exceção em pelo menos metade desse período. Além disso, durante o referido intervalo, o país teve apenas dois períodos democráticos ininterruptos por mais de duas décadas.⁷

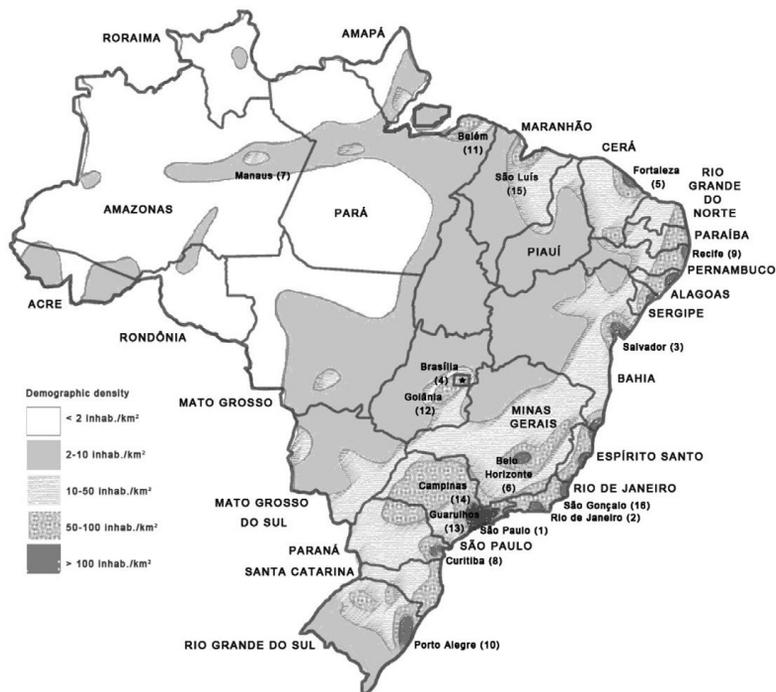


Figura 1. Divisões políticas e densidade demográfica no Brasil. O país possui 27 estados, além do Distrito Federal (Brasília).¹ Cidades com mais de um milhão de habitantes estão localizadas no mapa. A maior parte da população brasileira reside em áreas litorâneas, e no Sudeste e Sul do país.

Desde a sua redemocratização, retomada após vinte um anos de ditadura militar (1964-1985) e com a promulgação de uma nova constituição (1988), o país vem incrementando e diversificando sua organização social civil, além de melhorar e fortalecer suas instituições democráticas.⁸ Ainda assim, as já mencionadas desigualdades econômicas e a exclusão social continuam a

comprometer a qualidade da democracia brasileira.⁹ Desse modo, apesar do crescente reconhecimento da comunidade internacional,¹⁰ a mesma ainda é considerada “falha,”¹¹ especialmente pela falta de participação e de cultura política por parte de uma porção considerável da população brasileira que ainda vive com acesso precário saúde e à educação, e segue afastada e alienada das decisões políticas do país.^{12,13}

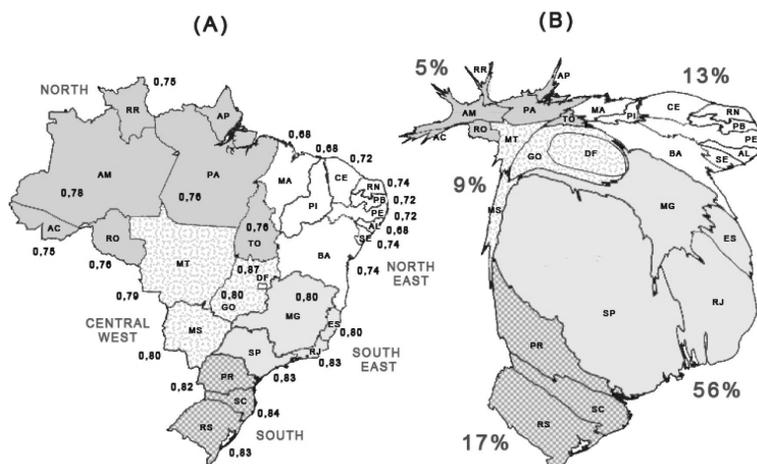


Figura 2. (A) Mapa político do Brasil e seus Índices de Desenvolvimento Humano (HDI) para cada estado. Os maiores índices são observados no Sul e Sudeste do país, e os menores, no Norte e Nordeste.³ (B) Contribuição de diferentes regiões políticas ao Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil (2012): as regiões Sul e Sudeste produziram 73% da riqueza no País.⁵

Esse é o contexto no qual o presente artigo pretende caracterizar o consumo de substâncias psicoativas (SPA) pelos

brasileiros, apresentar os avanços no campo das políticas públicas para o álcool, tabaco, drogas prescritas e substâncias ilícitas bem como os desafios relacionados à produção científica e sua ulterior aplicação pelas instituições políticas municipais, estaduais e federais. Ao final do artigo, serão discutidas as possíveis causas desse cenário.

É importante destacar que nosso grupo de pesquisa, o Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), tem desenvolvido e testado diversos modelos de políticas públicas sobre drogas, e realizado uma série de estudos epidemiológicos a fim de caracterizar a ocorrência de problemas relacionados ao álcool e outras drogas na população brasileira. Ainda, estivemos ativamente envolvidos no debate sobre a legislação de drogas no Brasil desde 1994.¹⁴

MÉTODO

As principais pesquisas acerca (1) da epidemiologia do consumo de SPA no Brasil, (2) dos modelos de políticas públicas testados em estudos de campo e (3) das avaliações de eficácia / efetividade das ações implementadas pelos governos municipais, estaduais e federal foram reunidas pelos pesquisadores dessa revisão a partir de consulta nas bases e dados MEDLINE [<http://www.pubmed.com>] e LILACS (*Latin-American and*

Caribbean Literature in Health Sciences), além dos documentos publicados pela Organização Pan-Americana da Saúde, identificados através da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) [<http://www.bireme.br>]. As buscas foram realizadas utilizando os seguintes descritores: "alcohol", "tobacco", "marijuana", "cocaine", "crack cocaine", "prescription drugs", "amphetamines", "methylphenidate" e "illicit drugs," juntamente com os termos "Brazil", "public policy" e "drug policy," referentes ao tema do presente estudo.

A pesquisa incluiu apenas artigos em língua inglesa, salvo algumas exceções nas quais artigos em português também foram analisados, quais sejam: (1) documentos oficiais produzidos pelos Poderes Executivos estaduais e federal, seus ministérios, secretarias e institutos de planejamento e estatística; (2) leis municipais, estaduais e federais aprovadas pelos poderes legislativos das referidas instâncias; (3) artigos acerca de assuntos paralelos ao tema em questão, que não possuíam publicações em língua inglesa; (4) artigos sobre do tema, publicados em língua portuguesa em revistas indexadas pela MEDLINE ou LILACS cuja relevância e ausência de similares em língua inglesa justificou sua inclusão no texto final.

RESULTADOS

A informação científica acerca da experiência brasileira no campo das políticas públicas do álcool, tabaco e demais SPA foi organizada nessa revisão considerando os seguintes critérios: (1) o conteúdo revisado foi dividido considerando as SPA mais consumidas no Brasil, quais sejam: tabaco, álcool, drogas prescritas e drogas ilícitas; (2) as políticas relacionadas às referidas substâncias aparecem no texto em ordem decrescente de acordo com a extensão e o sucesso de sua aplicação; (3) a rede de tratamento em implementação no país, por se tratar de um fenômeno recente e em fase amadurecimento, será discutido em uma seção em separado.

Tabaco

O consumo de tabaco no Brasil apresentou um crescimento significativo durante os anos 80: em 1989, 34,8% dos brasileiros declaravam-se fumantes regulares.¹⁵ No entanto, a partir de 1990, a legislação federal para o controle do tabagismo tornou-se mais interventiva,¹⁶ com aprovação de taxações específicas para vendas no varejo (41,3%) (1990), colocação de alertas para os danos provocados pelo consumo - com texto (1996) e ilustrações (2001) -, proibição da propaganda comercial e de patrocínios a eventos culturais pela indústria do cigarro (2000), implementação

de programas tratamento, capacitação da rede primária para a cessação tabagismo e aconselhamento por telefone (*Quitline*) (2001), além do aumento do controle sobre os produtos derivados do tabaco - produção e venda.¹⁷ Novas taxações em 2006 tornaram os preços dos cigarros brasileiros duas vezes mais caros do que em 1989 - mesmo considerando o aumento inflacionário do período.¹⁷

A criação de espaços públicos livres de fumaça de cigarro - especialmente em casas noturnas, *shopping centers* e restaurantes - foi regulamentada na forma de lei apenas a partir dos anos de 2000, em parte devido ao lobby da indústria do tabaco.¹⁸ Assim, leis municipais que baniam completamente a fumaça ambiental do tabaco (FAT) foram sendo aprovadas: na cidade do Rio de Janeiro em 2008,¹⁹ e em 2009 o estado de São Paulo, o mais populoso da União - 40 milhões -, foi o primeiro a banir o tabagismo em lugares fechados em todos os seus municípios.²⁰ Por fim, em 2011, a restrição da FAT em locais fechados foi transformada em lei federal.²¹

Algumas outras medidas foram tomadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), tais como a proibição de aditivos com sabores nos cigarros e derivados e expressões "baixo teor", "light" ou suave impressas nas embalagens.²²

Além disso, o Brasil participou ativamente das negociações da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) (2003), dentro da Organização Mundial da Saúde (OMS), e vem sendo considerado uma *soft power leadership* nessa área, tanto pelo exemplo de sua política de controle do tabagismo, como por sua capacidade de disseminação regional para os outros países em desenvolvimento, especialmente na América Latina.²³ A convenção foi aprovada pelo Congresso Nacional em 2005 e promulgada pela Presidência da República no ano seguinte.²⁴

O impacto de tais medidas já pôde ser sentido em 2003, com a redução dos fumantes regulares de 35% (1989) para 22%.²⁵ Posteriormente, um levantamento domiciliar constatou queda pela metade do tabagismo no Brasil, entre 1989 e 2008, atingindo naquele ano 17% da população.^{17,26}

Sobre a rede de tratamento, Raw et al. observaram que o país ainda não conseguiu disseminar abordagens efetivas em sua rede atenção primária, privilegiando assim a criação de centros de excelência de maior complexidade. Além disso, o acesso à medicação indicada para o tratamento da dependência de nicotina ainda está centralizado em demasia, provocando atrasos no fornecimento e dificultando o acesso de uma parcela maior da população a esses. A *Quitline* também tem demonstrado impacto reduzido.²⁷

Outras situações ainda são consideradas preocupantes por pesquisadores e autoridades sanitárias brasileiras, tais como a desinformação quanto as 'formas alternativas' de consumo - como narguiles, erroneamente considerados menos prejudiciais por boa parcela da população⁸ -; a falta de monitoramento das atividades da indústria do tabaco e a necessidade de intensificação da política de taxação e aumento de preços.²⁹

Álcool

No Brasil o consumo de bebidas alcoólicas gera inúmeros e sérios problemas: 25% dos adultos - cerca de 32 milhões de pessoas - apresentam algum problema relacionado ao uso de álcool e desses 9% são dependentes - cerca de 11 milhões de brasileiros.³⁰ O padrão de *binge drinking* é preferido por 30%.³¹ Apesar da maioria da população ser abstêmia (48%), o consumo de álcool está altamente concentrado em um grupo restrito de bebedores pesados: 2,5% desses consomem 15% do álcool vendido no país ou 10% dos bebedores mais pesados, consomem 45% do mercado nacional de bebidas.³²

Dentre a população adolescente, metade consumiu álcool no último ano e um terço são bebedores regulares.³³ Entre estudantes, 59% daqueles cursando o ensino fundamental - 10-13 anos de idade - e 81% do ensino médio - 14-18 anos de idade - experimentaram álcool ao menos uma vez na vida.³⁴

Os preceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a construção de políticas públicas para o álcool são conhecidos pela comunidade científica brasileira.^{35,36} No entanto, o comércio nacional de bebidas alcólicas permanece desregulado e regido essencialmente por leis de mercado,^{37,38} uma vez que não é necessário possuir licença específica para vender bebidas.³⁹ Em 2005, o número de pontos de venda era de aproximadamente de dois milhões, ou seja, um estabelecimento para cada 140 brasileiros adultos, de acordo com um estudo apresentado por Seligman (2005), durante o Fórum Internacional de Qualidade de Vida e Saúde - Alcoolismo: quem paga essa conta?, em Porto Alegre, Brasil.⁴⁰ Em regiões de grande exclusão social, como nas favelas de São Paulo, a concentração de pontos de venda de álcool pode atingir números astronômicos, tais como 29 pontos de venda/km ou 1 ponto de venda para cada 12 "barracos"⁴¹.

Apesar da venda para menores de idade ser vedada por lei federal, a maioria dos adolescentes - cerca de 80% - consegue comprar bebidas alcólicas sem qualquer tipo de certificação por parte dos proprietários.⁴² Apenas recentemente (2011), o estado de São Paulo aprovou uma lei específica acerca das responsabilidades e penas previstas para os donos de bares, restaurantes, casas noturnas, supermercados e lojas de conveniência que venderem ou permitirem a presença de

menores de idade consumindo bebidas alcoólicas no interior de seus estabelecimentos.⁴³

Beber e dirigir

Brasil tem uma frota de mais de 87 milhões de veículos⁴⁴. Os acidentes automobilísticos são a segunda causa mais frequente de morte violenta no Brasil - atrás apenas dos homicídios -, sendo responsáveis anualmente por mais de 150 mil ferimentos, 35 mil desses fatais, representando um custo de US\$ 14 bilhões/ano.⁴⁵

A mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil é de 20 mortes por 100.000 habitantes, 3-4 vezes mais do que a observada em países como o Canadá, Japão e Suécia.⁴⁶ Uma parcela considerável desses casos está relacionada ao consumo de álcool. Concentrações de álcool no sangue de aproximadamente 0,6g/l foram encontradas em cerca de metade das necrópsias em estudos realizados em São Paulo (n=1.555),⁴⁷ Rio de Janeiro (n=348)⁴⁸ e Brasília (n=442).⁴⁹ Ainda, estudos indicam que cerca de um terço dos motoristas já dirigiram intoxicados ao menos em uma ocasião.^{39,50}

Problemas com o consumo de álcool também atingem os motoristas de caminhão. A frota brasileira de caminhões é estimada em cerca de 1,85 milhão de veículos, responsável por cerca de 60% da tonelagem total de produtos transportados no

Brasil.⁵¹ Estudos com amostras de motoristas de caminhão no Brasil, recrutados por conveniência, apontam que a grande maioria dos mesmos bebeu e dirigiu ao menos uma vez na vida e cerca de um quarto bebe todos os dias.⁴⁶

Em 2008, o governo federal aprovou uma lei com tolerância de 0,2g/l para BAC,⁵² com imediata redução das admissões (28%) e dos custos hospitalares (39%), bem como da mortalidade por acidentes de trânsito (13%)⁵³. Na cidade de São Paulo, um estudo comparou teste de bafômetro (n=3854) obtidos às sextas-feiras, entre 23h e 3h, dos anos de 2007 e 2009 e detectou uma redução de 45% de motoristas com testes de bafômetro positivos.⁵⁴ Apesar do impacto positivo, a fiscalização deficiente, a falta de equipamentos - bafômetros - e baixa capacitação dos policiais, bem como a sensação de impunidade por parte dos motoristas, são uma ameaça constante ao sucesso das medidas contra o beber e dirigir adotadas pelo Brasil recentemente⁵⁵⁻⁵⁶.

A Indústria do Alcool

O Brasil é o quarto maior produtor de bebidas alcoólicas do mundo e possui a maior cervejaria do planeta, Cia. de Bebidas das Américas (AMBEV) que detém mais da metade do mercado interno brasileiro de cervejas e figura entre as três maiores empresas do país^{32,57}, com geração de lucros anuais exorbitantes e grande poder de influencia no país.⁵⁸ A influência da indústria

do álcool no Brasil sobre os rumos da política nacional pode ser observada claramente durante os preparativos para a Copa de Mundo de 2014, quando o governo federal revogou a proibição da venda de bebidas alcoólicas dentro de estádios de futebol 'a pedido' da FIFA e de seus patrocinadores.⁵⁹ Outro exemplo é a veiculação de anúncios comerciais: no início dos anos 2000 organizações civis exigiam a aprovação de uma lei que proibisse a propaganda de bebidas³⁷. Apesar dos esforços, os anúncios de bebidas fermentadas (graduação alcoólica $\leq 13\%$) são permitidos entre as 21h e 6h²¹.

A indústria de bebidas alcoólicas, temendo o recrudescimento de tentativas de regulamentação governamentais, criou um código de autoregulamentação para suas estratégias de marketing - proibição do conteúdo sexual, de desenhos ou da participação de atores menores de 25 anos³⁷. Vendrame & Pinsky (2011) realizaram uma revisão sistemática sobre o tema e concluíram que a autorregulamentação da publicidade de bebidas alcoólicas é pouco eficaz e não cumpre com os objetivos de se evitar, por exemplo, que publicidade seja direcionada às crianças e aos adolescentes.⁶⁰

As indústrias possuem, ainda, programas e financiamentos de profissionais com o objetivo de disseminar os conceitos de "beber responsável" e de "álcool e saúde," ⁶¹ criando argumentos e contra-argumentos acadêmicos para influenciar

políticas públicas, além de construir uma imagem positiva de si junto ao público.⁶² Esta situação gerou, na época do seu lançamento, debates intensos entre membros universitários acerca da legitimidade e das implicações éticas desse tipo de parceria.^{38,39,63}

Fechamento de bares: A Experiência da cidade de Diadema

Diadema é um município industrial localizado na região metropolitana de São Paulo que possui cerca de 360 mil habitantes. Em 1999, a cidade detinha um dos maiores índices de homicídio do país - 103 por 100.000 habitantes -, dos quais 65% ocorreram dentro ou nas cercanias de bares.⁶⁴ Em 2002, um projeto de lei foi enviado pela Prefeitura e aprovado pela Câmara Municipal da cidade determinando o fechamento desses estabelecimentos após às 23h e instituindo um esquema de fiscalização intensivo e diário. Todos os homicídios entre janeiro de 1995 e julho de 2005 e as ocorrências de violência contra a mulher entre julho de 2000 e julho de 2005 foram analisados. Ao final, observou-se que o número mensal de homicídios em Diadema - 22 em média -, estável entre 2000 e 2002, caiu abruptamente para 12 e assim permaneceu nos anos que se seguiram (2002-2005), uma redução de 61%. Já os episódios mensais de violência contra a mulher, caíram de 48 para 25 (52%)⁶⁵.

Drogas Prescritas

A cultura da automedicação é bastante arraigada entre os brasileiros,⁶⁶ mesmo entre crianças e adolescentes.⁶⁷ Um levantamento nacional apontou que o consumo de ansiolíticos e derivados anfetamínicos no último ano entre estudantes brasileiros entre 10 e 19 anos (n=50,890) era da ordem de 2,6% e 1,7%, sendo quase duas vezes maior entre as meninas.³⁴

Benzodiazepínicos (BDZ)

Os BDZ estão entre as classes de medicamentos mais prescritos no Brasil.⁶⁸ Apesar da venda desses medicamentos possuir uma regulamentação formal e severa pela agência sanitária brasileira (ANVISA), estudos com amostras de conveniência apontam que cerca de um quinto dos usuários consegue adquiri-los sem receita médica.⁶⁸ Estudos qualitativos com usuários de BDZ apontam que os mesmos são (1) prescritos sem orientação adequada, (2) utilizados por períodos de tempo prolongados e (3) adquiridos facilmente sem receita médica.^{69,70} Evidências de prescrição e uso indiscriminado de BDZ entre os idosos brasileiros também já foram publicadas.⁷¹

Derivados Anfetamínicos

No Brasil, o consumo de derivados anfetamínicos como droga de abuso, seja pela via oral, injetável ou fumada, é raramente encontrado. No entanto, o país sempre foi um dos

maiores consumidores de derivados anfetamínicos indicados para o tratamento da obesidade, tais como: o fenproporex, a anfepramona e o mazindol.⁷² A prescrição e o comércio dessas substâncias são marcados por inúmeras irregularidades: a prescrição indiscriminada pelos médicos, o uso de fórmulas proibidas pela ANVISA e a venda irregular, especialmente por farmácias de manipulação.^{72,73}

Outro importante problema de saúde pública relacionado aos derivados anfetamínicos é o uso dos mesmos por caminhoneiros e motoristas de ônibus no Brasil. Aproximadamente um quarto destes indivíduos fazem uso da substância diariamente, e mais da metade utilizam anfetaminas com muita frequência.⁴⁶ A necessidade do cumprimento do prazo de entrega da mercadoria é o argumento mais encontrado. As anfetaminas são geralmente adquiridas ilegalmente em postos de gasolina ou em farmácias.⁴⁸

As constatações citadas acima somadas à existência de opções mais seguras para o tratamento da obesidade contribuíram para que a ANVISA proibisse nacionalmente o comércio de derivados anfetamínicos.⁷⁴ O impacto dessa medida sobre o consumo e a saúde da população brasileira, bem como sobre o comportamento comércio ilegal dessas substâncias ainda aguardam investigações e estudos.

Quanto ao consumo de metilfenidato no Brasil há pouca informação. Uma revisão sobre as publicações acerca dessa substância nos últimos dez anos, encontrou que (1) a produção nacional dessa droga aumentou de 23kg (2000) para 226kg (2006); (2) a indústria farmacêutica participa ativamente do financiamento da maior parte das pesquisas brasileiras publicadas sobre o tema; (3) geralmente os benefícios deste são ressaltados, enquanto o seu risco de abuso e de dependência, minimizados.⁷⁶

Opióides

O consumo de heroína é raro ou praticamente inexistente no Brasil. No entanto, médicos e enfermeiros com acesso facilitado aos medicamentos opióides – fentanyl, propofol e meperidina – parecem estar mais vulneráveis a apresentar problemas relacionados ao uso problemático com essas substâncias.⁷⁷ Em um estudo que entrevistou uma amostra aleatória e representativa dos anestesistas da cidade de Belo Horizonte (n=157), 3% dos mesmos referiram ter consumido opióides na vida.⁷⁸ O Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) possui um serviço específico para médicos dependentes de SPA, dos quais 70% é composto por anestesistas dependentes de opiáceos.⁷⁷ Não foram encontrados estudos que investigassem o

consumo de opióides e suas complicações entre indivíduos portadores de dor crônica.

Drogas Ilícitas

Maconha

Estudos epidemiológicos com amostras representativas da população brasileira apontam que cerca de 2-3% da população adulta consumiu maconha nos últimos 12 meses.⁷⁸⁻⁸⁰ Entre os adolescentes, a maconha é consumida por cerca de 4% dos indivíduos ^{78,80}

De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), 29,7% dos que consumiram nos últimos 12 meses preenchem critérios para dependência dessa substância, ou seja, 0,75% da população brasileira ou 1,1 milhão de brasileiros entre 15 - 64 anos.⁸⁰ De acordo com o mesmo estudo, um terço dos dependentes de maconha já tentou interromper sem sucesso o consumo da droga e um quarto relatou sintomas de abstinência.

Pouco se sabe sobre os usuários de maconha que procuram tratamento no Brasil. Quando em 2000, a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) criou o primeiro ambulatório específico para dependentes de maconha, a possibilidade dessa droga causar dependência, possuir sintomas de abstinência ou de estar relacionada com

complicações psiquiátricas ou cognitivas ainda era tabu no país.

⁸¹ Um perfil dos pacientes atendidos nesse serviço (n=160) entre 2003-2004 mostrou que se tratavam essencialmente de homens jovens - idade média = 32 anos -, com curso superior e empregados. Em média, fumavam maconha há 15 anos, tendo iniciado aos 16 anos e atingido o uso diário aos 21 anos, consumindo atualmente 2 cigarros de maconha por dia.⁸²

Cocaína e Crack

O Brasil consome anualmente um terço de toda a cocaína destinada ao mercado sul-americano,⁸³ e é hoje o maior consumidor de crack do planeta.⁸⁴ Entre 2004 e 2010, o volume das apreensões dessa droga no Brasil triplicou.⁸⁵ Segundo o II LENAD,⁸⁴ 2,2% da população brasileira entre 15 - 64 anos utilizou algum tipo de droga derivada da cocaína nos últimos 12 meses - 1,7% dos brasileiros (2,5 milhões de habitantes) utilizaram cocaína intranasal, sendo essa forma de consumo cinco vezes maior entre os homens (2,9); o consumo cocaína fumada (crack, merla ou pasta base) no último ano atingiu 0,8% dos residentes do país entre 15 e 64 anos (1,15 milhão de habitantes).

Quarenta e um por cento daqueles que consumiram cocaína no último ano apresentaram em algum momento os critérios

diagnósticos para dependência dessa droga.⁸⁴ Além disso, a associação entre o consumo de cocaína/crack e a presença de comorbidades e de prejuízos cognitivos, de envolvimento em atividades ilegais e de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) já foram adequadamente documentados no Brasil.^{79,86} A relação entre o consumo de crack e a violência urbana será discutida em maior detalhe no decorrer deste artigo.

Drogas Injetáveis

O Brasil possui atualmente prevalência muito baixa de usuários de drogas injetáveis (UDI). Segundo Bastos et al. (2008), cerca de 0,035% dos brasileiros que vivem em cidades - cerca de 50 mil indivíduos - utilizaram drogas injetáveis durante o ano de 2005 - o uso na vida parece atingir cerca de 1% da população brasileira entre 15 e 49 anos (cerca de 625 mil habitantes).⁷⁹ A cocaína é a droga de escolha, sendo excepcionais os casos de usuários exclusivos de opiáceos, como a heroína.⁸⁷

A incidência e prevalência de AIDS e Hepatite C entre UDI diminuiu significativamente entre 1982 e 2002,^{88,89} provavelmente devido aos programas de troca de seringas estabelecidos no Brasil na década de 1990, a alterações na via de administração destas substâncias, e a alta taxa de mortalidade

entre usuários de drogas.⁹⁰ No entanto, um aumento significativo no uso de drogas injetáveis e na incidência de AIDS entre usuários de substâncias têm sido identificadas no sul do estado de São Paulo, especialmente em comunidades menos favorecidas e com menor acesso à informação.

Metilenedioximetanfetamina (MDMA)

Pouco se sabe acerca do consumo de MDMA no Brasil. No entanto, há evidência de um aumento no uso desta substância, especialmente entre a população jovem⁹³. Apesar da ausência de estudos epidemiológicos nacionais a respeito do uso dessa substância, dois estudos descritivos^{94,95} de frequentadores de *raves* e casas noturnas recrutados por conveniência traçaram um breve perfil dos usuários desta substância, sem, no entanto, investigar a associação entre consumo de MDMA e complicações clínicas ou doenças psiquiátricas.

Rede de Tratamento no Brasil

Antecedentes Históricos

Ao longo de quase todo o século XX, o tratamento dos transtornos mentais era realizado dentro de instituições asilares anacrônicas e degradadas (manicômios), nas quais os

“alienados” eram internados por longos períodos – muitas vezes por toda a vida –, quase sempre sem atendimento médico formal, passando fome, dormindo em colchões de palha e submetidos a todo o tipo de humilhação.⁹⁶

Durante o período de arrefecimento e término do regime militar (1978-1985), movimentos inspirados nas ideias do psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980) se organizaram com o intuito de conquistar direitos civis para os pacientes e o fechamento dos manicômios.^{97,98} Em 1990, o Brasil se tornou signatário da Declaração de Caracas,⁹⁹ e em 2001 a “Lei da Reforma Psiquiátrica” (Lei Nº 10.216), que determinava o fechamento de todos os manicômios e a criação de uma rede assistencial de base comunitária foi aprovada pelo Congresso Nacional.

Ainda assim, no início dos anos 2000, havia em média 1 serviço ambulatorial para cada 250 mil brasileiros,¹⁰¹ e as vagas hospitalares ainda predominavam.¹⁰⁰ No caso das SPA, havia raríssimos serviços ambulatoriais, que podiam encontrados em algumas universidades federais e estaduais de grandes centros urbanos, tais como São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador; as unidades de desintoxicação inexistiam e moradias assistidas e as *half-way houses* não passavam de experiências isoladas.¹⁰²

Centros de Apoio Psicossociais - Álcool e Drogas (CAPS-AD)

Em 1988, a nova constituição brasileira criou o Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a todo cidadão acesso universal, integral e gratuito à saúde.⁴ A porta de entrada do SUS são as Estratégias de Saúde da Família (ESF), serviços de atendimento baseados na comunidade e encarregados de implantar os programas de tratamento e de prevenção essenciais e de fazer os encaminhamentos de maior complexidade.⁴ Em tese, todos os municípios brasileiros até 20 mil habitantes devem ter ESF; aqueles entre 20 e 70 mil habitantes, devem ter também Centros de Apoio Psicossociais (CAPS I) para o atendimento geral aos cidadãos portadores de transtornos mentais; por fim, municípios com mais de 70 mil habitantes devem possuir um serviço específico para o tratamento dos problemas relacionados ao consumo de SAS, denominado Centros de Apoio Psicossociais - Álcool e Drogas (CAPS-AD).¹⁰³

Os CAPS-AD são estruturas ambulatoriais multidisciplinares responsáveis não apenas pelo tratamento, como também pela organização, gerenciamento e capacitação de toda rede de atenção voltada para a reinserção social dos usuários.¹⁰⁴ Atualmente, existem cerca de 260 CAPS-AD funcionando em todo país, ou seja, uma unidade para cada 150 mil brasileiros (**Figura 3**).

Programas de "outreach"

Ao lado dos CAPS-AD, o governo federal tem um programa de *outreach* baseado em estratégias de redução de danos, denominado "Consultórios de Rua". De acordo com o Ministério da Saúde, o objetivo dos consultórios de rua é promover ações de saúde junto os usuários de drogas mais graves, muitas vezes vivendo em situações adversas¹⁰⁶. Para isso, uma equipe formada por ao menos um profissional de saúde mental, da atenção básica e da assistência social utilizam uma perua ("van") para realizar intervenções *in loco*. Em 2010, havia programas de consultório de rua registrados junto ao Ministério da Saúde em 19 capitais brasileiras e em outras 12 cidades da federação (Figura 3).¹⁰⁶ Ainda não há dados epidemiológicos acerca da efetividade, tampouco do impacto dos consultórios de rua sobre a saúde e a recuperação dos usuários de drogas.

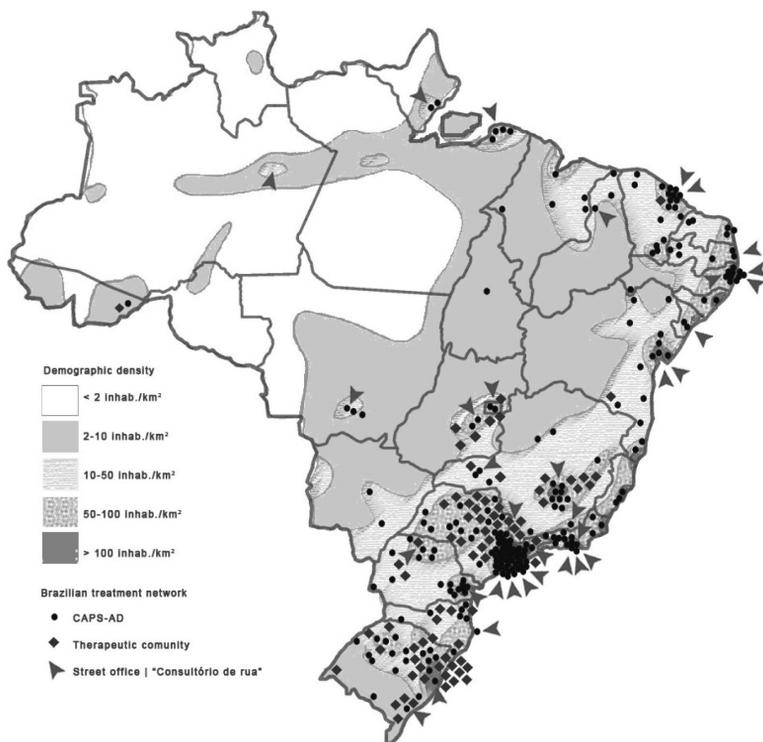


Figura 3. A rede de tratamento no Brasil, de acordo com a densidade demográfica de diferentes regiões.^{103,105,111} Serviços de tratamento são escassos mesmo em cidades com densidade populacional média, e são praticamente inexistentes em áreas esparsamente populadas. A maioria destes serviços estão concentrados no Sul e Sudeste do país.

Clínicas de Desintoxicação

Há uma enorme carência de vagas hospitalares no Brasil. Após o fechamento da maior parte das instituições asilares, o país pouco avançou na criação de vagas de internação, especialmente aquelas voltadas para as necessidades agudas dos usuários de SPA, tais como as enfermarias de desintoxicação,

dentro ou fora de hospitais gerais.^{107,108} Segundo a Subcomissão de Políticas Sociais sobre Dependentes Químicos do Senado Federal, o Brasil conta atualmente 11 mil vagas para o tratamento da dependência química, sendo 9 mil dessas para permanência de até 48 horas – ou seja, o país oferece 0,34% do número de leitos preconizados pela Organização Mundial da Saúde.¹⁰⁹

Comunidades Terapêuticas

O Brasil também possui uma rede de comunidades terapêuticas, ligadas a grupos religiosos ou de ex-usuários de drogas, cujo surgimento remonta ao início dos anos setenta e hoje detêm a maioria das vagas para internação no país.¹¹⁰ Em muitos municípios da União são a única opção de tratamento.¹¹¹ As comunidades possuem uma federação nacional (FEBRACKT) e desde 2001 normas mínimas de funcionamento foram estabelecidas pela ANVISA¹¹² (**Figura 3**). Todas elas trabalham com a tríade internação voluntária, convívio entre pares e espiritualidade¹¹². No entanto, a grande maioria destes serviços não é filiada à FEBRACKT, funciona em condições precárias de organização e higiene e não possui um plano de tratamento, conduzindo-se algumas vezes por preceitos estritamente religiosos e outras vezes impondo castigos físicos e cárcere privado.¹¹³ Um estudo multicêntrico com usuários de crack de

seis brasileiros e do distrito federal internados nesses locais está sendo realizado pelo INPAD.

Grupos de mútua-ajuda e estruturas de apoio social

Apesar de amplamente distribuídas e presentes em quase todas as cidades do território nacional, os grupos de mútua-ajuda (AA, NA, Amor Exigente), além de organizações de apoio de natureza religiosa, como a Pastoral da Sobriedade, os Judeus Alcoólicos, Comprometidos com Drogas e Seus Parentes (JACS) são pouco estudadas pelos pesquisadores e muito pouco integradas às estratégias de tratamento das autoridades de saúde brasileiros.¹¹⁴

Por fim, modelos de moradia assistida ou de casas de acolhimento transitório são ainda um projeto a ser implementado, que até o momento possui apenas experiências isoladas.¹⁰² Programas direcionados à geração de renda e reintegração ao trabalho também são incipientes, apesar dos esforços realizados por pesquisadores para enfatizar a importância de tais serviços para a recuperação dos usuários de drogas¹¹⁵.

Política de drogas e legislação

Apesar de o Brasil possuir legislações direcionadas à regulamentação do consumo de SPA desde a primeira metade do século XIX, foi durante a ditadura militar brasileira (1964-1985) que um conjunto sistematizado de normas relacionadas ao porte, consumo e ao tráfico de drogas, a chamada Lei de Entorpecentes (Lei Nº 6368/1976), entrou em vigor, impondo duras penas restritivas de liberdade para todas as três situações.¹¹⁶

Com o advento da redemocratização (1985) e da promulgação da nova constituição brasileira (1988), o debate acerca da necessidade de se aprovar uma nova lei de drogas ganhou fôlego pelo país. Os debates, no entanto, se arrastaram por mais de vinte anos até a aprovação da nova lei (Lei Nº 11.343/2006); embora a mesma tenha mantido o porte de drogas criminalizado, o mesmo passou a ser punido pela restrição de direitos e prestação de serviços à comunidade ao invés da privação de liberdade.^{116,117}

Quanto ao gerenciamento da política nacional sobre drogas, o governo federal possui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). O mesmo é composto pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), vinculada ao Ministério da Justiça e pelo Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD), vinculado diretamente à Presidência da República¹¹⁷.

Narcotráfico e violência

O tráfico de drogas tem afetado profundamente a realidade social, política e econômica no Brasil, e está intrinsecamente associado com o crime organizado, a violência e a incidência de homicídios nas regiões metropolitanas do país.¹¹⁸⁻¹²¹ Ao mesmo tempo, a fragilidade social brasileira, causada pelas discrepâncias sociais e econômicas no país - o Coeficiente de Gini no Brasil é o décimo maior do mundo¹²² - tornam o Brasil ainda mais vulnerável ao comércio ilegal de drogas e armas, e à corrupção e violência associadas a estas atividades¹²¹.

Essa situação propiciou a dispersão do uso de *crack* e intensificou seus efeitos adversos pelo país. Os primeiros relatos do uso desta substância no Brasil foram realizados em bairros abandonados e degradados pela ausência do poder público, que tornaram-se pontos de reunião para usuários e traficantes, e foram, então, denominado "cracolândias". A cracolândia de São Paulo possui centenas de moradores, que somados aos frequentadores regulares, chega atingir duas mil pessoas durante as madrugadas, quando o consumo de drogas é mais intenso.¹²³

No geral, os esses usuários possuem uma situação instável de moradia, envolvem-se em atividades ilícitas para sustentar seu consumo de *crack* e com frequência fazem troca do sexo por

droga¹²⁴⁻¹²⁶. Cerca de um terço dos mesmos sofreu algum tipo de violência recentemente e mais da metade, presenciou alguma morte¹²⁶. A mortalidade entre um grupo de usuários de *crack* (n=131) internados para tratamento de desintoxicação na cidade de São Paulo, entre 1992 e 1994, foi de 21% em 5 anos¹²⁷, a maior taxa de mortalidade entre usuários de cocaína no mundo¹²⁸. Estudos demonstram que a maioria destas mortes foram causadas por homicídios¹²⁹. Desse modo, a violência acompanha o consumo do *crack* no país, na medida em que esse se insere em espaços de abandono e de degradação social, está relacionado a padrões de dependência de maior gravidade e mobiliza o narcotráfico nesses locais¹²⁴⁻¹²⁶.

Protocolos de Tratamento e Capacitação Profissional

Atualmente, no Brasil, não existem programas de capacitação direcionados a profissionais da saúde que trabalham com dependência química, ou para aqueles que realizam atendimento primário. Dadas as proporções continentais do país, a telemedicina tem ganhado destaque como ferramenta para a educação, formação e consulta profissional¹³¹. Várias universidades, além da própria SENAD, vêm oferecendo cursos breves sobre a dependência química, muitos deles realizados *online*¹³². Ainda, algumas universidades oferecem cursos de pós-

graduação na área, regulamentados pelo Ministério da Educação, fornecendo um título acadêmico de especialista para aqueles que trabalham com o tratamento do uso de substâncias. No entanto, programas estruturados de ensino ou formação profissional no tratamento da dependência química ainda não foram desenvolvidos em nível nacional. As diretrizes para o tratamento de problemas relacionados ao uso de substâncias preconizadas pela Associação Médica Brasileira (AMB)¹³³ não foram adotadas por nenhuma instância governamental.

DISCUSSÃO

Apesar dos esforços despendidos nas últimas três décadas, o Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer até a construção de uma política de drogas consistente. As políticas de controle do consumo de tabaco implementadas são uma experiência de sucesso, que reduziram pela metade o número de fumantes em trinta anos²⁵ e posicionaram o Brasil entre os países detentores das políticas em relação tabaco mais avançadas. Ainda assim, o tabagismo continua relacionado a cerca de 200 mil mortes/ano no país¹³⁴, e dois fenômenos relativos ao modo de consumo merecem menção e, certamente, abordagens específicas: (1) há uma tendência à adoção padrões de consumo mais pesados pelas mulheres¹³⁵, (2) os brasileiros que habitam as zonas rurais,

ao lado daqueles com menor escolaridade, mostraram-se mais refratários às políticas de controle adotadas até aqui¹³⁶. Além disso, o sistema de tratamento ainda precisa de aprimoramento para se tornar universal e acessível a todos os cidadãos²⁷. Por fim, o monitoramento à indústria do tabaco deve ser permanente, de forma a evitar que as empresas driblem as leis em vigor¹³⁷.

Diferentemente do tabagismo, as políticas públicas voltadas para o consumo de álcool ainda se mostram incipientes. Uma das maiores barreiras à criação de uma legislação para o controle das bebidas alcóolicas é o fato de o consumo dessa substância ser considerado um entretenimento por boa parte da população, especialmente entre os mais pobres, que a consideram livre de problemas ou complicações³⁵. Entre os jovens os bares são sinônimos de diversão e busca de socialização¹³⁸. Assim, a combinação de mercado desregulado com a forte influência das indústrias, conjectura a tríade: propaganda, baixo preço e alta disponibilidade, que parecem estar fortemente associados com o crescente aumento do consumo nos últimos vinte anos no país⁴¹.

Devido ao aumento crescente no consumo recreacional de medicamentos prescritos nos últimos anos, os Estados Unidos têm buscado medidas mais eficazes para o monitoramento dos receituários e o controle de dispensação para prevenir o comportamento de *doctor shopping* ou *drug diversion*¹³⁹. No

Brasil, não há uma divulgação periódica sobre a movimentação comercial desses produtos pelas autoridades sanitárias, fazendo com que a situação pareça estar sob controle. Apesar de não existir monitoramento da venda de medicamentos pela internet, a ANVISA estima que há um aumento crescente de sites ilegais de produtos farmacêuticos, consistindo, em sua maioria, de psicotrópicos e anabolizantes, que representam 67% do total de medicamentos vendidos; ainda, ao menos um quarto destas substâncias são forjados ou provêm de cargas roubadas¹⁴⁰.

Apesar da existência de 3,5 milhões de usuários regulares e 1,5 milhão de dependentes⁸⁰, a maconha ainda não possui protocolos ou programas de abordagem específicos no país. Pelo contrário, a droga tem sido considerada mais sob o ponto de vista dos direitos individuais, do que como causadora potencial de dependência e de comorbidade¹⁴¹. Esse debate se confunde ainda mais quando os resultados de estudos clínicos acerca das indicações medicinais dos canabinóides são referidos como sendo da planta *Cannabis*, logrando a nocividade da mesma¹⁴². A recente legalização do comércio de maconha nos estados americanos do Colorado e de Washington, bem como a iminência da aprovação no Uruguai¹⁴⁴, reacendeu o debate da legalização no Brasil, sem que este produzisse, até o momento, alguma tendência de alteração nas leis vigentes.

Inúmeras falhas em diversos setores foram as causas para que hoje o Brasil ocupe o lugar de maior consumidor de *crack* do mundo.⁸⁴ O impacto social causado pelo modo de consumo dessa droga tem influenciado as políticas de organização de serviços para o tratamento da dependência química no Brasil seja nos níveis federal, estadual e municipal.

No entanto, a construção desta rede de atenção tem esbarrado em questões estruturais, técnicas e ideológicas. Quanto aos aspectos estruturais, os CAPS-AD têm-se mostrado incapazes de atender às demandas dos usuários e manejar as diversidades sociais e regionais do país^{114,145}. Atualmente, os CAPS-AD lidam com diversas responsabilidades, incluindo o treinamento intensivo e contínuo das suas equipes de profissionais¹⁴⁶. Apesar da grande quantidade de clientes em potencial, os serviços dos CAPS-AD são raramente demandados por indivíduos com padrões de dependência química de maior gravidade. Estes indivíduos desenvolvem vínculos institucionais precários, costumam lidar com altos níveis de exclusão social e discriminação e se envolverem em atividades ilegais com maior regularidade - tais fatores dificultam a busca por serviços de saúde^{113,114}. Um agravante é que os CAPS-AD, destinados aos casos mais difíceis e de menor adesão,¹⁴⁵ acabam sendo porta de entrada para todos os casos de dependência química, ficando suas vagas são ocupadas cronicamente por pacientes de

menor gravidade, gerando, assim, longas listas de espera para o atendimento^{114,147}. Por fim, a conexão entre os CAPS-AD e a rede básica de saúde é precária e praticamente inexistente entre os serviços de internação^{109,113}.

Quanto aos aspectos técnicos, o governo federal e alguns estados brasileiros definem o modo de atuação da rede de atendimento como “redução de danos”, espelhando-se nos modelos adotados na Europa, Canadá e Estados Unidos a partir dos anos de 1980 para fazer frente à disseminação da AIDS, hepatite C e demais doenças sexualmente transmissíveis, que dizimavam os UDI naquele período. Diferentemente desses países, o modelo de tratamento brasileiro procura aplicar abordagens baseadas em redução de danos para os usuários de todos os tipos de drogas, independentemente da gravidade da dependência e das particularidades farmacológicas e socioculturais de cada substância. Além disso, o termo “redução de danos” é utilizado de forma abrangente, incluindo em seu rol de ações abordagens de redução de demanda e de oferta¹⁴⁹. O impacto dessas medidas sobre a saúde ou sobre os padrões de consumo dos usuários de SPA permanece desconhecido, restringindo a política em iniciativas isoladas, como a distribuição de cachimbos descartáveis e manteiga de cacau para usuários de crack¹⁵⁰, sem embasamento científico prévio nem estabelecimento de metas a serem alcançadas, causando

uma lacuna entre a intervenção e o encaminhamento para uma rede de tratamento.

Para muitos dos adeptos de Franco Basaglia (1924-1980) e de Michel Foucault (1926-1984), apanágios dos movimentos de reforma psiquiátrica dos anos de 1980, a abertura de clínicas de desintoxicação ou convênios com comunidades terapêuticas – algumas, ainda que poucas, claramente baseadas nos modelos de Maxwell Jones (1907-1990) – representam o “retorno aos manicômios”^{114,151}, e a adoção da testagem de drogas em situações específicas, cerceamento de direitos¹⁵². As abordagens voltadas para a abstinência são quase sempre consideradas irrealistas, metas pouco possíveis de serem atingidas¹⁵³. A criação de protocolos de tratamento coercitivo para os casos graves – cujos aspectos clínicos, éticos, legais e de saúde pública são frequentemente discutidos nos EUA e na Europa¹⁵⁴ a fim de desenvolver ou aperfeiçoar protocolos de tratamento – é considerada uma ação impositiva, por vezes equiparada ao cárcere privado e à tortura praticados durante o regime militar^{151,155}.

Ao comentar o papel dos modelos de redução de danos para o tratamento da dependência química, McKeganey (2012) considera que essa “encontra-se em uma encruzilhada, onde os seus proponentes terão de fazer uma escolha entre encontrar uma maneira de alinhar suas idéias, políticas e práticas com a ênfase na abstinência e recuperação, ou o risco de

marginalização da corrente principal da política de drogas no Reino Unido, concentrando-se primeiro e acima de tudo em defender uma reforma da política de drogas¹⁵⁶. Esse cenário pode ser transposto para a realidade brasileira, com um agravante: a redução de danos muitas vezes é vista como sendo capaz de substituir as estratégias de redução de demanda e oferta vigentes, tidas como retrógradas, ineficazes e autoritárias¹⁵⁵.

Embora o Brasil possua uma Secretaria e um plano estratégico para as políticas relativas ao consumo de SPA, as decisões e a condução das mesmas são realizadas por grupos posicionados em outros setores do governo - como o Ministério da Saúde e da Justiça - resultando em uma ausência de liderança na condução da política nacional de drogas¹⁵⁷.

Apesar das recentes melhorias no desenvolvimento econômico e qualidade de vida no Brasil, os homicídios e a violência ainda são problemas recorrentes¹²². Embora haja uma relação clara entre o tráfico de drogas, o crime organizado e a violência, muitos não consideram que a polícia brasileira esteja realizando um trabalho eficiente na investigação e punição destes crimes¹⁵⁸. Tal situação pode ser atribuída, em parte, ao uso recorrente da força policial, que é utilizada de forma isolada e desorganizada; nesse contexto, quase sempre mira o tráfico de drogas, mas acaba acertando os usuários e suas mazelas sociais¹⁵⁹. Além disso, a frequência do envolvimento de membros

da polícia e governo com redes de tráfico de drogas faz com que muitos cidadãos passem a crer que a relação entre o narcotráfico e estes setores do serviço público seja inevitável e irreversível, muitas vezes levando a duas conclusões polarizadas: deixar a situação como está, uma vez que nada pode ser feito a respeito, ou 'solucionar' este problema por intermédio da legalização do uso de drogas¹⁵⁸. Contudo, as estratégias de repressão do tráfico de drogas, tais como o monitoramento do comércio de substâncias, a conformidade com os parâmetros legais vigentes, e a busca de melhorias sociais para os indivíduos e comunidades afetadas pelo uso de drogas, têm sido associados a reduções significativas em índices de violência^{160,161}, e devem ser incluídos em qualquer plano nacional de política de drogas.

CONCLUSÃO

Mesmo em face das dificuldades descritas, o cenário para as políticas de drogas brasileiras é melhor do que há trinta e tende a avançar. No entanto, as confusões conceituais e as transposições ideológicas sem um adequado filtro técnico, ao lado da ausência de rumos de claros na condução das políticas e da gestão dos recursos, possivelmente retardarão a adoção de medidas de saúde pública eficazes, capazes de combinar modelos de redução de demanda, oferta e danos que

considerem as diferenças regionais e contribuam para melhorar e reduzir as diferenças sociais que ainda atravancam a democracia e a cidadania no Brasil. Por outro lado, a consciência da importância de trabalhar com definição de prioridades, estabelecendo critérios como eficácia, eficiência e equidade, bem como da necessidade de melhorias na gestão de recursos financeiros, tem crescido entre os pesquisadores brasileiros^{131,132}, e deve funcionar como uma fonte de orientação, debate e avaliação da política de drogas e saúde pública no país¹⁶².

Lista de Abreviações:

ANVISA = Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BDZ = Benzodiazepínicos

CAPS-AD = Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas

FEBRACT = Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

HDI = Índice de Desenvolvimento Humano

II BNADS = Segunda Pesquisa Nacional sobre Álcool e Drogas

INPAD = Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Drogas

SAS = Substância psicoativa

SENAD = Secretaria Nacional Anti-Drogas

Conflitos de Interesse: Nenhum.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 - características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. [In Portuguese]
2. The World Bank. GDP (current US\$). Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD> (Acessado em 13 February 2014).
3. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento humano 2013 - A ascensão do sul: O progresso Humano em um Mundo Diversificado. Disponível em: <http://www.undp.org/content/dam/philippines/docs/HDR/HDR2013%20Report%20English.pdf> (Acessado em 1 July 2013).
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377:1778-97.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PIB dos municípios revela concentração e desigualdades na geração de renda. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=354> (Acessado em 13 February 2014). [In Portuguese]
6. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - Brazilian Office. Relatório de desenvolvimento humano - Brasil 2005: racismo, pobreza e violência. Brasília: PNUD Brasil; 2005. [In Portuguese]
7. Bethell L. On democracy in Brazil - past and present. London: Institute of Latin American Studies; 1994.
8. Power TJ, Zucco Jr. C. Elite preferences in a consolidating democracy: the Brazilian legislative surveys, 1990-2009. *Lat Am Polit Soc*. 2012;54:1-27.
9. Hagopian F. Paradoxes of democracy and citizenship in Brazil. *Lat Am Res Rev*. 2011;46:216-27.
10. Comissão Europeia. Brazil - country strategy paper 2007-2013. Disponível em : http://eeas.europa.eu/brazil/csp/07_13_en.pdf (Acessado em 15 June 2013).
11. The Economist. Democracy Index 2012: Democracy is at a standstill. Disponível em : https://www.eiu.com/public/topical_report.aspx?campaignid=DemocracyIndex12 (Acessado em 20 July 2013).

12. Koonigs K. Strengthening citizenship in Brazil's democracy: local participatory governance in Porto Alegre. *Bull Lat Am Res.* 2004;23:79-99.
13. Fernandes RR, Sousa HR, Ramos FS. Há relação entre a lei, a democracia, fatores socioeconômicos e o nível de corrupção em diferentes estados brasileiros? Disponível em : <http://www.anpec.org.br/encontro2008/artigos/200807211718170-.pdf> (Acessado em 28 June 2013).
14. Laranjeira R, Mitsuhiro SS. Addiction research centres and the nurturing of creativity. National institute on alcohol and drugs policies, Brazil. *Addiction.* 2012;107:727-32.
15. Monteiro CA, Benicio MH, lunes R, Gouveia NC, Taddei JA, Cardoso MA. Nutritional status of Brazilian children: trends from 1975 to 1989. *Bull World Health Organ.* 1992;70:657-66.
16. Raw M, Laranjeira R. Brazil takes steps to control tobacco. *BMJ.* 1995;311:1046.
17. Szklo AS, de Almeida LM, Figueiredo VC, Autran M, Malta D, Caixeta R, et al. A snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. *Prev Med.* 2012;54:162-7.
18. Sebrie EM, Glantz SA. "Accommodating" smoke-free policies: tobacco industry's Courtesy of Choice programme in Latin America. *Tob Control.* 2007;16:e6.
19. Bialous SA, Presman S, Gigliotti A, Muggli M, Hurt R. A resposta da indústria do tabaco à criação de espaços livres de fumo no Brasil. *Rev Panamericana Salud Publica = Pan Am J Public Health.* 2010;27:283-90. [In Portuguese] 20. Bialous SA, Martins S. Brazil: Sao Paulo takes the lead. *Tob Control.* 2009; 18:341.
21. Brasil - Presidência da República. Lei Nº 12.546 de 2011. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9294.htm (Acessado em 29 June 2013). [In Portuguese]
22. Brasil - Ministério da Saúde. Resolução - RDC Nº 14, de 15 de março de 2012. Disponível em : http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/anvisa/2012/rdc0014_15_03_2012.html (Acessado em 13 February 2014). [In Portuguese]
23. Lee K, Chagas LC, Novotny TE. Brazil and the framework convention on tobacco control: global health diplomacy as soft power. *PLoS Med.* 2010;7:e1000232.

24. Brasil - Presidência da República. Decreto N° 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5658.htm (Acessado em 25 February 2014).
25. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ.* 2007;85:527-34.
26. Almeida L, Szklo A, Sampaio M, Souza M, Martins LF, Szklo M, et al. Global Adult Tobacco Survey data as a tool to monitor the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) implementation: the Brazilian case. *J Environ Res Public Health.* 2012;9:2520-36.
27. Raw M, McNeill A, Murray R. Case studies of tobacco dependence treatment in Brazil, England, India, South Africa and Uruguay. *Addiction.* 2010;105: 1721-8.
28. Morton J, Song Y, Fouad H, Awa FE, Abou El Naga R, Zhao L, et al. Crosscountry comparison of waterpipe use: nationally representative data from 13 low and middle-income countries from the Global Adult Tobacco Survey (GATS). *Tobacco control.* 2013; epub ahead of print.
29. Jurgens C. Brazil and tobacco use: a hard nut to crack. *Bull World Health Organ.* 2009;87:812-3.
30. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32:231-41.
31. Castro DS, Sanchez ZM, Zaleski M, Alves HN, Pinsky I, Caetano R, et al. Sociodemographic characteristics associated with binge drinking among Brazilians. *Drug Alcohol Depend.* 2012;126:272-6.
32. Caetano R, Mills B, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. The distribution of alcohol consumption and the prevention paradox in Brazil. *Addiction.* 2012; 107:60-8.
33. Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Laranjeira R, Caetano R. Padrões de uso de álcool entre adolescentes brasileiros. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32:242-9.

34. Carlini ELA, Noto AR, Sanchez ZVDM, Carlini CMA, Locatelli DP, Abeid LR, et al. VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras. Brasília: SENAD; 2010. [In Portuguese]
35. Laranjeira R, Romano M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26:68-77.
36. Duailibi S, Laranjeira R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Rev Saude Publica.* 2007;41:839-48.
37. Pinsky I, Laranjeira R. Alcohol in Brazil: recent public health aspects. *Addiction.* 2004;99:524.
38. Pinsky I, Laranjeira R. Ethics of an unregulated alcohol market. *Addiction.* 2007;102:1038-9; discussion 9-40.
39. Campos VR, de Souza ESR, Duailibi S, Laranjeira R, Palacios EN, Grube JW, et al. Drinking and driving in southeastern Brazil: results from a roadside survey study. *Addict Behav.* 2013;38:1442-7.
40. Seligman, M., 2005. Alcoolismo e responsabilidade social. Apresentado no Fórum Internacional de Qualidade de Vida e Saúde - Alcoolismo: Quem paga essa conta?, Porto Alegre, Brasil, 8 de abril.
41. Laranjeira R, Hinkley D. Avaliação da densidade de pontos de vendas de álcool e sua relação com a violência. *Rev Saude Publica.* 2002;36:455-61.
42. Romano M, Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescents em duas cidades do Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica.* 2007;41:495-501.
43. Governo do Estado de São Paulo. Lei N° 14.592 de 19 de outubro de 2011. Disponível em : <http://www.alcoolparamenoreseproibido.sp.gov.br/wp-content/uploads/pl698a11-parcial.pdf> (Acessado em 13 February 2014).
44. Departamento Nacional de Trânsito. Frota brasileira de veículos - 2013. Disponível em : <http://www.denatran.gov.br/frota2013.htm> (Acessado em 23 July 2013) [In Portuguese]

45. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Departamento Nacional de Trânsito. Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras. Brasília: IPEA/DENATRAN/ANTP; 2006. [In Portuguese]
46. Bacchieri G, Barros AJ. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Rev Saude Publica.* 2011;45:949-63.
47. de Carvalho Ponce J, Munoz DR, Andreuccetti G, de Carvalho DG, Leyton V. Acidentes fatais relacionados ao álcool na cidade de São Paulo. *Accid Anal Prev.* 2011;43:782-7.
48. Abreu AMM, Lima JMB, Matos LN, Pillon SC. Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18: 513-20.
49. Santos Modelli ME, Pratesi R, Tauil PL. Alcoolemia em vítimas fatais de acidentes de trânsito no Distrito Federal, Brasil. *Rev Saude Publica.* 2008;42: 350-2. [In Portuguese]
50. Dualibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Prevalência do beber e dirigir em Diadema, estado de São Paulo. *Rev Saude Publica.* 2007;41:1058-61.
51. Massara VM. Brief synopsis of the Brazilian freight transport and future development. *J Infrastructure Dev.* 2012;4:77-90.
52. Departamento Nacional de Trânsito. Lei Nº 11.705 de 19 de junho de 2008. Disponível em : http://www.denatran.gov.br/publicacoes/download/ctb_e_legislacao_complementar.pdf (Acessado em 13 February 2014). [In Portuguese]
53. Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Acidentes de trânsito causando vítimas: possível reflexo da lei seca nas internações hospitalares. *Rev ABRAMET.* 2009;27:16-25. [In Portuguese]
54. Campos VR, de Souza e Silva R, Duailibi S, dos Santos JF, Laranjeira R, Pinsky I. Efeito da nova lei de trânsito na prevalência do beber e dirigir em São Paulo, Brazil. *Accid Anal Prev.* 2013;50:622-7.
55. Pinsky I, Labouvie E, Pandina R, Laranjeira R. Drinking and driving: predriving attitudes and perceptions among Brazilian youth. *Drug Alcohol Depend.* 2001;62:231-7.
56. Pechansky F, Chandran A. Why don't northern American solutions to drinking and driving work in southern America? *Addiction.* 2012;107:1201-6.

57. Laranjeira R, Marques AC, Ramos Sde P, Campana A, Luz E, Jr, Franca J. Who runs alcohol policy in Brazil? *Addiction*. 2007;102:1502-3.
58. Hayashi N. Beer beats oil as AmBev value rises toward top: corporate Brazil. Disponível em : <http://www.bloomberg.com/news/2012-06-18/beerbeats-oil-as-ambev-value-rises-toward-top-corporate-brazil.html> (Acessado em 20 June 2012).
59. Caetano R, I. P, Laranjeira R. Should soccer and alcohol mix? Alcohol sales during the 2014 World Soccer Cup games in Brazil. *Addiction*. 2012;107:17223.
60. Vendrame A, Pinsky I. Ineficácia da autorregulamentação das propagandas de bebidas alcoólicas: uma revisão sistemática da literatura internacional. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33:196-202.
61. Pantani D, Sparks R, Sanchez ZM, Pinsky I. 'Responsible drinking' programs and the alcohol industry in Brazil: killing two birds with one stone? *Soc Sci Med*. 2012;75:1387-91.
62. Wolburg JM. How responsible are "responsible" drinking campaigns for preventing alcohol abuse? *J Consum Mark*. 2005;22:176-7.
63. de Andrade AG. Ethics of alcohol policy in Brazil: why it is possible to be independent when we sit at the same table with the alcohol industry. *Addiction*. 2008;103:854-5.
64. Departamento de Polícia de Diadema. Violence records, Diadema: 1995-2005. Diadema: Diadema Police Department; 2005.
65. Duailibi S, Ponicki W, Grube J, Pinsky I, Laranjeira R, Raw M. O efeito da restrição do horário de funcionamento de bares na violência relacionada ao álcool. *Am J Public Health*. 2007;97:2276-80.
66. Carvalho MF, Pascom AR, Souza-Junior PR, Damacena GN, Szwarcwald CL. Características da utilização de medicamentos na população brasileira, 2003. *Cadernos Saude Publica*. 2005;21 Suppl:100-8.
67. Pereira FS, Bucaretychi F, Stephan C, Cordeiro R. Automedicação em crianças e adolescentes. *J Pediatria*. 2007;83:453-8.
68. Kapczinski F, Amaral OB, Madruga M, Quevedo J, Busnello JV, de Lima MS. Uso e mau-uso de benzodiazepínicos no Brasil: uma revisão. *Subst Use Misuse*. 2001;36:1053-69.

69. Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC, Alves VC, Galduróz JCF, Kuroiwa W, et al. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24:6873.
70. Orlandi P, Noto AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informants-chave no município de São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13:896-902.
71. Spanemberg L, Nogueira EL, da Silva CT, Dargel AA, Menezes FS, Cataldo Neto A. High prevalence and prescription of benzodiazepines for elderly: data from psychiatric consultation to patients from an emergency room of a general hospital. *Gen Hosp psychiatry*. 2011;33:45-50.
72. Nappo SA, de Oliveira EM, Morosini S. Inappropriate prescribing of compounded antiobesity formulas in Brazil. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 1998;7:207-12.
73. Carneiro MFG, Guerra Júnior AA, Acurcio FA. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24:1763-72.
74. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC N° 52, de 6 de outubro de 2011. Disponível em : <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/anorexigenos/pdf/RDC%2052-2011%20DOU%2010%20de%20outubro%20%202011.pdf> (Acessado em 1 July 2013).
75. Mariotti Kde C, Ortiz RS, Souza DZ, Mileski TC, Froehlich PE, Limberger RP. Trends in counterfeit amphetamine-type stimulants after its prohibition in Brazil. *Forensic Sci Int*. 2013;229:23-6.
76. Itaborahy C, Ortega F. O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18:803-16.
77. Palhares-Alves HN, Vieira DL, Laranjeira RR, Vieira JE, Nogueira-Martins LA. Perfil clínico e demográfico dos anestesiológicos usuários de álcool e outras drogas atendidos em um serviço pioneiro no Brasil. *Rev Bras Anestesiologia*. 2012;62:356-64.

78. Carlini EA, Galduróz JCF, Silva AAB, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, et al. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID/ SENAD; 2006. [In Portuguese]
79. Bastos FI, Bertoni N, Hacker MA, Grupo de Estudos em População SeA. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil, 2005. *Rev Saude Publica*. 2008;42 Suppl 1:109-17.
80. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. II levantamento nacional de álcool e drogas - o uso de maconha no Brasil. Disponível em : http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/Press_Maconha_Slte1.pdf (Acessado em 18 July 2013). [In Portuguese]
81. Zanatta K, Almeida AO, Pinheiro A, Michelotti G. Será que vicia? Universidade cria ambulatório para usuários de maconha e reacende polêmica sobre a droga Disponível em : <http://www1.folha.uol.com.br/revista/1302200004.htm> (Acessado em 13 February 2014). [In Portuguese]
82. Jungerman FS, Laranjeira R. Characteristics of cannabis users seeking treatment in Sao Paulo, Brazil. *Rev Panamericana Salud Publica = Pan Am J Public Health*. 2008;23:384-93.
83. United Nations Office on Drug and Crime. World Drug Report - 2010. Vienna: United Nations; 2010.
84. Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro M, I. P, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). *Addict Behav*. 2014;39:297-301.
85. United Nations Office on Drug and Crime. World Drug Report - 2012. Vienna: United Nations; 2012.
86. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cadernos Saude Publica*. 2008;24 Suppl 4:s545-57.
87. Carvalho HB, Bueno R. Infecção pelo HIV e seus determinantes em sete cidades brasileiras. In: Mesquita F, Seibel S, (editors). Consumo de drogas: desafios e perspectivas. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 21-53. [In Portuguese]

88. Hacker MA, Leite IC, Renton A, Torres TG, Gracie R, Bastos FI. Reconstruindo a epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis brasileiros. *Cadernos Saude Publica*. 2006;22:751-60.
89. Lampe E, Espirito-Santo MP, Martins RM, Bello G. Epidemic history of Hepatitis C virus in Brazil. *Infect Genet Evol*. 2010;10:886-95.
90. Barbosa Junior A, Szwarcwald CL, Pascom ARP, Souza Junior PB. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cadernos Saude Publica*. 2009;25:727-37. [In Portuguese]
91. Pechansky F, Woody G, Inciardi J, Surratt H, Kessler F, Von Diemen L, et al. HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. *Drug Alcohol Depend*. 2006;82 Suppl 1:S109-13.
92. Hacker MA, Leite I, Friedman SR, Carrijo RG, Bastos FI. Poverty, bridging between injecting drug users and the general population, and "interiorization" may explain the spread of HIV in southern Brazil. *Health Place*. 2009;15:5149.
93. Barrionuevo A. Ecstasy ensnares upper-class teenagers in Brazil Disponível em : <http://www.nytimes.com/2009/02/15/world/americas/15ecstasy.html?pagewanted=all&r=1> (Acessado em 1 August 2013).
94. de Almeida SP, Silva MT. Ecstasy (MDMA): efeitos e padrões de uso relatados por usuários de São Paulo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25:11-7.
95. Battisti MC, Noto AR, Nappo S, Carlini Ede A. A profile of Ecstasy (MDMA) use in Sao Paulo, Brazil: an ethnographic study. *J Psychoactive Drugs*. 2006; 38:13-8.
96. Paulin LF, Turato ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2004;11:241-58.
97. Fusar-Poli P, Bruno D, Machado-De-Sousa JP, Crippa J. Franco Basaglia (1924--1980): three decades (1979--2009) as a bridge between the Italian and Brazilian mental health reform. *Int J Soc Psychiatry*. 2011;57:100-3.
98. Mari Jde J, Saraceno B, Rodriguez J, Levav I. Mental health systems in Latin America and Caribbean countries: a change in the making. *Psychol Med*. 2007;37:1514-6.

99. Caldas de Almeida JM, Horvitz-Lennon M. Mental health care reforms in Latin America: an overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatr Serv.* 2010;61:218-21.
100. Csillag C. Psychiatric reform law comes into effect in Brazil. *Lancet.* 2001;357: 1346.
101. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MD, Mari Jde J. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29:43-6.
102. Laranjeira R, Elbreder MF, Perrenoud LO, Ribeiro M. Moradias assistidas para dependentes químicos. In: Ribeiro M, Laranjeira R, (editors). *O tratamento do usuário de crack.* Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 514-9.
103. Brasil - Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Disponível em : http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf (Acessado em 27 June 2013). [In Portuguese]
104. Brasil - Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Disponível em : http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf (Acessado em 29 July 2013). [In Portuguese]
105. Número de vagas está longe do previsto e prometido. Em *Discussão - Rev Audiências Públicas Senado Federal* 2011;8:38. [In Portuguese]
106. Brasil - Ministério da Saúde. Consultórios de rua do SUS. Disponível em : http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult_rua17_1_11.pdf (Acessado em 7 July 2013). [In Portuguese]
107. Larrobla C, Botega NJ. Restructuring mental health: a South American survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36:256-9.
108. Duailibi LB, Ribeiro M. Enfermaria especializada. In: Ribeiro M, Laranjeira R, (editors). *O tratamento do usuário de crack.* Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 540-7. [In Portuguese]
109. Reabilitação desafia a sociedade. Em *Discussão - Rev Audiências Públicas Senado Federal.* 2011;8:32-5. [In Portuguese]
110. Comunidades oferecem 80% das vagas e querem ajuda do Estado. Em *Discussão - Rev Audiências Públicas Senado Federal.* 2011;8:60-2. [In Portuguese]

111. Siqueira MM, Barbosa DA, Laranjeira R, Hopkins K. Substâncias psicoativas e a provisão de cuidados especializados: o caso do Espírito Santo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29:315-23.
112. Fracasso L, Landre M. Comunidade terapêutica. In: Ribeiro M, Laranjeira R, (editors). O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 503-13. [In Portuguese]
113. Ilha F, E. R. No RS, dois terços das comunidades não têm condições para funcionar. Disponível em : <http://oglobo.globo.com/pais/no-rs-dois-tercos-das-comunidades-nao-tem-condicoes-para-funcionar-9218458>(Acessado em 29 July 2013). [In Portuguese]
114. Laranjeira R, Zaleski M. Políticas públicas. In: Ribeiro M, Laranjeira R, (editors). O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 633-52. [In Portuguese]
115. Iniciativas de assistência e reinserção social ainda engatinham. Em *Discussão - Rev Audiências Públicas Senado Federal* 2011;8:55-6. [In Portuguese]
116. Ribeiro MM. Aspectos legais. In: Silveira DX, Moreira FG, (editors). *Panorama atual de drogas e dependência.* São Paulo: Atheneu; 2006. p. 469-76. [In Portuguese]
117. Secretaria Nacional sobre Drogas. *Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil.* Brasília: SENAD; 2010. [In Portuguese]
118. Geffray C. Social, economic and political impacts of drug trafficking in the state of Rondônia, in the Brazilian Amazon. In: Geffray C, Fabre G, Schiray M, (editors). *Globalisation, drugs and criminalization - final research report on Brazil, China, India and Mexico.* Marseille: UNESCO/MOST; 2001.
119. Mingardi G. Money and the international drug trade in Sao Paulo. *Int Soc Sci J.* 2001;53:379-86.
120. Zaluar A. Violence in Rio de Janeiro: styles of leisure, drug use, and trafficking. *Int Soc Sci J.* 2001;53:369-78.
121. Saporì LF, Sena LL, Silva BFA. A relação entre o comércio do crack e a violência urbana na região metropolitana de Belo Horizonte. In: Saporì LF, Medeiros R, (editors). *Crack - um desafio social.* Belo Horizonte: Editora PUC Minas; 2010. p. 38-80. [In Portuguese]
122. Ribeiro WS, Mari Jde J, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LM, et al. The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One.* 2013;8:e63545.

123. Drugs in Brazil - cracking up. Disponível em : <http://www.economist.com/news/americas/21575810-worlds-biggest-crack-market-seeks-better-way-deal-addicts-cracking-up> (Acessado em 12 July 2013).
124. Paim Kessler FH, Barbosa Terra M, Faller S, Ravy Stolf A, Carolina Peuker A, Benzano D, et al. Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *Am J Addict.* 2012;21:370-80.
125. Santos Cruz M, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Villar LM, et al. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *Int J Drug Policy.* 2013;24:432-8.
126. Duailibi L, Ribeiro M, Laranjeira R. Estudo sociodemográfico de usuários de crack no Bairro da Luz - área central da cidade de São Paulo ("Cracolândia"). Disponível em : www.inpad.org.br (Acessado em 12 July 2013).
127. Ribeiro M, Dunn J, Laranjeira R, Sesso R. High mortality among young crack cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study. *Addiction.* 2004;99:11335.
128. Degenhardt L, Singleton J, Calabria B, McLaren J, Kerr T, Mehta S, et al. Mortality among cocaine users: a systematic review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend.* 2011;113:88-95.
129. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. *Causa mortis* em usuários de crack. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28:196-202.
130. Goncalves DA, Fortes S, Campos M, Ballester D, Portugal FB, Tofoli LF, et al. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35:304-8.
131. Tomlinson M, Rudan I, Saxena S, Swartz L, Tsai AC, Patel V. Setting priorities for global mental health research. *Bull World Health Organization.* 2009;87:438-46.
132. Secretaria Nacional sobre Drogas. Capacitação. Disponível em : <http://portal.mj.gov.br/senad/main.asp?ViewID=%7B3A1B2C37-4B6D-4C9280F8-6BD24F53CBAF%7D¶ms=itemID=%7B3DE302EF-93BE4BF5-8921-C45C762640D9%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D> (Acessado em 23 June 2013).

133. Associação Médica Brasileira. Projeto diretrizes. Disponível em : <http://www.projetodiretrizes.org.br/amb.php> (Acessado em 3 June 2013).
134. Instituto Nacional de Câncer. Tabagismo - um grave problema de saúde pública. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
135. Instituto Nacional de Câncer. Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab) - relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
136. Azevedo e Silva G, Valente JG, Almeida LM, Moura EC, Malta DC. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009;43 Suppl 2:48-56.
137. Pantani D, Pinsky I, Monteiro A. Publicidade de tabaco no ponto de venda. São Paulo: INPAD; 2011.
138. Caetano R, Laranjeira R. A 'perfect storm' in developing countries: economic growth and the alcohol industry. *Addiction*. 2006;101:149-52.
139. Holmes D. Prescription drug addiction: the treatment challenge. *Lancet*. 2012; 379:17-8.
140. Fagundes LL, Karl FJ, Silva PC, Leite VM. Comércio ilegal de medicamentos pela Internet: um estudo de caso. Disponível em : http://www.icofcs.org/2012/ICoFCS2012_05.pdf (Acessado em 13 February 2014).
141. Noto AR, Pinsky I, Mastroianni Fde C. Drugs in the Brazilian print media: an exploratory survey of newspaper and magazine stories in the year 2000. *Subst Use Misuse*. 2006;41:1263-76.
142. Crippa JA, Hallak JE, Zuardi AW. Marijuana, feijoada and the debate on drug legalization. *Front Psychiatry*. 2013;4:7.
143. Hawken A, Caulkins J, Kilmer B, Kleiman M. Quasi-legal cannabis in Colorado and Washington: local and national implications. *Addiction*. 2013;108:837-8.
144. How will Uruguay's marijuana law work? Disponível em : <http://www.economist.com/blogs/economist-explains/2013/08/economist-explains-1> (Acessado em 10 August 2013).
145. Andrade TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16:4665-74.

146. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Avaliação dos centros de atenção psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. São Paulo: CREMESP; 2010.
147. Ribeiro M, Perrenoud LO. Ambulatório especializado: estrutura, funcionamento e indicações. In: Ribeiro M, Laranjeira R, (editors). O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 521-30.
148. Teixeira LP. Bangkok 2004. The spread of harm-reduction programs in Brazil. HIV/AIDS policy & law review / Canadian HIV/AIDS Legal Network. 2004;9:94-5.
149. Room R. Working towards harm reduction in Brazil. *Addiction*. 2002;97:14889.
150. Domanico A, Malta M. Implementation of harm reduction toward crack users in Brazil: barriers and achievements. *Subst Use Misuse*. 2012;47:535-46.
151. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas. Disponível em : http://www.crpasp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf (Acessado em 13 February 2014).
152. Curso de Extensão Universitária 'Drogas e Direitos humanos' PCeDU, ,, Declaração de direitos dos usuários de drogas por uma política de redução dos danos. Disponível em : http://www.flacso.org.br/portal/pdf/area_saude_publica_direitos_humanos/2008_DECLARACAO_DIREITOS_DOS_USUARIOS_DROGAS.pdf (Acessado em 13 February 2014).
153. Santos VE, Soares CB, Campos CMS. [Harm reduction: analysis of the concepts that guide practices in Brazil]. *Physis*. 2010;20:995-1015.
154. Kallert TW, Mezzich JE, Monahan J. Coercive treatment in psychiatry - clinical, legal and ethical aspects. Hoboken (NJ): Wiley-Blackwell; 2011.
155. Lancetti A, Chioro A, Vargas B, Zapparoli C, Petuco DRS, Castilho EWV, et al. Drogas e cidadania: em debate. Brasília: CFP; 2012.
156. McKeganey N. Harm reduction at the crossroads and the rediscovery of drug user abstinence. *Drugs Educ Prev Pol*. 2012;19:276-83.
157. Pulverizados, órgãos e iniciativas não conseguem se articular. Em *Discussão - Rev Audiências Públicas Senado Federal*. 2011;8:50.

158. Boyum DA, Caulkins JP, Kleiman MAR. Drugs, crime and public policy. In: Wilson JQ, Petersilla J, (editors). Crime and public policy. New York (NY): Oxford University Press; 2011. p. 368-410.
159. Wacquant L. The militarization of urban marginality: lessons from the Brazilian metropolis. *Int Pol Sociology*. 2008;2:56-74.
160. Strang J, Babor T, Caulkins J, Fischer B, Foxcroft D, Humphreys K. Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *Lancet*. 2012;379:71-83.
161. Briggs D. Crack cocaine users: high society and low life in South London. London: Routledge; 2011.
162. da Costa e Silva VL, Pantani D, Andreis M, Sparks R, Pinsky I. Bridging the gap between science and public health: taking advantage of tobacco control experience in Brazil to inform policies to counter risk factors for noncommunicable diseases. *Addiction*. 2013;108:1360-6.