

## Revisão da literatura sobre implicações para assistência de usuários de drogas da descriminalização em Portugal e Brasil

Literature review on the implications of decriminalization for the care of drug users in Portugal and Brazil

Rafael de Oliveira Mendes (<https://orcid.org/0000-0001-9984-0277>)<sup>1</sup>

Paula Gibin Pacheco (<https://orcid.org/0000-0002-6543-0605>)<sup>1</sup>

João Pedro Campos Ouro Vian Nunes (<https://orcid.org/0000-0001-5260-2335>)<sup>2</sup>

Pedro Salles Crespo (<https://orcid.org/0000-0002-3913-0916>)<sup>3</sup>

Marcelo Santos Cruz (<https://orcid.org/0000-0003-0057-2095>)<sup>1</sup>

**Abstract** *Introduction: Substance use problems remain at the core of public concern in countries sharing a common culture and a distinct history like Brazil and Portugal. Objective: To describe findings of scientific literature about the implications of drug legislation change for the care of drug users in Brazil and Portugal. Methods: This is an integrative review of literature that considers inclusion and exclusion criteria, sample selection, analyses and categorization of 21 articles selected that were published in databases PubMed, SciELO and Biblioteca do Conhecimento on-line (BON) and included ordinances and laws related to the subject. Results: We observed that production on the repercussions of changes of legislation on care is scarce. Alcohol and tobacco are still a matter of concern in both countries. In Portugal, concerns about heroin-related issues have declined in recent years, but opioids use prevalence rates remain well above those of Brazil. Crack-related problems are a Brazilian reality without parallel in Portugal. In both cases, some actions are in place to change the policy in favor of a reduced repressive approach, with differentiation between users and drug dealers, increased punishment of dealers and reduced punishment of drug users.*

**Key words** *Brazil, Drug, Public policies, Portugal, Legislation*

**Resumo** *Os problemas relacionados ao uso de drogas se mantêm como foco de preocupação em países que têm uma história em comum e trajetórias distintas como Brasil e Portugal. Objetivo: descrever os achados na literatura científica sobre os impactos das mudanças na legislação sobre drogas na assistência a estas pessoas nos dois países. Método: revisão integrativa da literatura, por meio de critérios de inclusão e exclusão, seleção da amostra, análise e categorização dos estudos com a escolha de 21 artigos publicados nas bases PubMed, SciELO e Biblioteca do Conhecimento on-line, mais portarias e leis referentes ao tema. Resultados: Observa-se que é escassa a produção sobre as repercussões das mudanças da legislação para a assistência. Nos dois países, o álcool e o tabaco se mantêm como foco de preocupação. Em Portugal, a preocupação com os problemas relacionados ao uso de heroína diminuiu nos últimos anos, mas as taxas de prevalência do uso de opióides se mantêm muito acima das do Brasil. Os problemas com o crack configuram uma realidade brasileira sem paralelo em Portugal. Em ambos os casos, há iniciativas para a mudança da política em direção à diminuição da abordagem repressiva, com a diferenciação entre usuários e traficantes, o aumento da punição dos traficantes e abrandamento da punição dos usuários.*

**Palavras-chave** *Brasil, Droga, Políticas públicas, Portugal, Legislação*

<sup>1</sup> Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av. Venceslau Brás 71, Botafogo. 22290-140 Rio de Janeiro RJ Brasil. [mendes\\_med@hotmail.com](mailto:mendes_med@hotmail.com)

<sup>2</sup> Centro Hospitalar Lisboa Norte, Universidade de Lisboa. Lisboa Portugal.

<sup>3</sup> Hospital Garcia de Orta. Almada Portugal.

## Introdução

As mudanças na legislação sobre drogas em Portugal há mais de 10 anos foram acompanhadas de modificações na assistência naquele país. Paralelamente, mudanças ocorrem também no Brasil. Conhecer os efeitos das modificações nas leis de diferentes países pode ser uma maneira de poupar esforços, compartilhar conhecimentos e aprender com as experiências existentes. Mesmo considerando as diferenças de contexto entre Brasil e Portugal, não há dúvidas de que, além de raízes históricas e culturais, compartilhamos outras semelhanças. Conhecer quais foram as implicações para a assistência de pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, que resultaram das mudanças da lei em Portugal e no Brasil foi o motivo da escolha desses países para o estudo.

Conhecer seus efeitos pode viabilizar tanto a adequação dos serviços de assistência quanto o aperfeiçoamento da legislação e, principalmente, a interlocução entre as instituições e profissionais dos campos da Justiça e da Saúde nos dois países. O objetivo do presente trabalho é descrever uma revisão integrativa da literatura sobre as mudanças nos sistemas de assistência e saúde que atendem pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas; nas leis sobre drogas e de que forma as mudanças nas leis impactam a assistência destas pessoas nos dois países.

O Brasil constitui rota de tráfico por ter extensa fronteira com os países produtores de cocaína e maconha que são escoados pelo mar e pelo ar para os maiores mercados consumidores mundiais. A disponibilidade de drogas gerada neste comércio e a ineficiência do policiamento nas fronteiras, além de fatores sociais como a pobreza, a desigualdade social e a insuficiência de investimentos em políticas sociais (saúde, cultura, educação) criam um meio propício para crescimento de mercado consumidor de drogas ilícitas no Brasil<sup>1</sup>.

A sociedade portuguesa era conservadora até o final da década de 60 e início da década de 1970, pouco aberta às sociedades modernas ocidentais, governada por uma ditadura militar e com grande influência da Igreja Católica. Por estes motivos, o fenômeno do uso de drogas iniciou-se mais tarde e com menor impacto do que em outros países europeus. Em Portugal, os primeiros usuários eram na sua maioria militares que usavam *cannabis* ao retornarem das ex-colônias portuguesas da África, onde este uso era comum,

e emigrantes de origem paquistanesa e indiana em Moçambique, que faziam uso de heroína<sup>2</sup>. A queda do regime militar e a súbita abertura do país para o resto da Europa levou a um aumento considerável do uso de drogas, que, aliado a uma profunda falta de informação acerca das substâncias psicotrópicas e dos seus diferentes efeitos, originaram um tipo de consumo com uma alta taxa de problemas associados – principalmente entre os usuários de heroína. Já em 1997, em um estudo da Comissão Europeia<sup>3</sup>, portugueses indicavam as drogas como o principal problema social do país.

## Dados epidemiológicos

Conforme se observa na Tabela 1, álcool e tabaco são as drogas mais consumidas nos dois países. Além destas, no Brasil em 2005, as drogas com maior uso na vida foram maconha (8,8%), solventes (6,1%) e benzodiazepínicos (5,6%). Comparações entre os levantamentos realizados em 2001 e 2005 no Brasil demonstraram aumento nas estimativas de uso na vida de maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, estimulantes, alucinógenos e crack<sup>4</sup>. Entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública e privada das capitais brasileiras, o uso na vida de drogas (incluindo álcool e tabaco) reduziu entre 2004 e 2010<sup>5</sup>. Neste período, o uso na vida de crack manteve o percentual de 0,7% estável nesta população.

Nas últimas décadas, a preocupação com o crescimento do uso do crack veio se somar aos principais problemas de saúde pública e social do Brasil, na atualidade. Estima-se que existam cerca de 370.000 usuários de crack nas principais capitais do país e Distrito Federal<sup>6</sup>, a maior parte deles vivendo em situação de vulnerabilidade social, com problemas de saúde e uso de outras drogas lícitas e ilícitas<sup>7</sup>.

## Método

Trata-se de uma revisão integrativa que visa descrever os achados na literatura científica sobre as implicações para as ações de assistência das mudanças das leis sobre o uso de drogas no Brasil e em Portugal. Foram levantados os artigos publicados em periódicos indexados nas bases de dados Scielo, Pubmed e a Biblioteca do Conhecimento on-line (B-on). Para este estudo foram definidos critérios de inclusão e exclusão de artigos sobre o tema geral “Assistência” e critérios

**Tabela 1.** Prevalências de uso (%) de drogas na vida e nos últimos 30 dias em levantamentos populacionais no Brasil e em Portugal.

	Brasil <sup>4</sup>		Portugal <sup>8</sup>	
	Uso na vida	Uso nos últimos 30 dias	Uso na vida	Uso nos últimos 30 dias
Álcool	74,6	38,3	73,6	50,3
Tabaco	44	18,4	46,2	26,3
Cocaína (inalada)	2,9	0,4	1,2	0,1
Cocaína (crack)	0,7	0,1		
Inalantes	6,1	0,4	*	*
Benzodiazepínicos	5,6	1,3	*	*
Maconha	8,8	1,9	9,4	1,7
Heroína	0,1	0,0	0,6	0,0
Alucinógenos	1,1	0,2		
LSD			0,6	0,6
Cogumelos			*	*
Ectasy	*	*	1,3	0,2
Anfetaminas	3,2	0,3	0,5	0,0

\* Sem informações no estudo citado.

sobre o tema geral “Legislação”. Os critérios utilizados para selecioná-los pelos títulos foram:

Assistência. Inclusão: artigos originais que descrevem a rede de assistência a pessoas com problemas com substâncias, incluindo críticas, história, descrições mais locais ou mais abrangentes da rede. Exclusão: artigos que tratam do álcool com outras finalidades que não o consumo humano (por exemplo: combustível); artigos que descrevem estudos sobre abordagens específicas de tratamento (por exemplo: ensaios clínicos, relatos de caso etc.) ou prevenção.

Legislação. Inclusão: artigos originais que descrevem as leis sobre drogas ilícitas, incluindo críticas, história, descrição. Exclusão: artigos que tratam das leis sobre beber e dirigir; artigos que tratam das leis sobre propaganda, venda ou uso de bebidas alcoólicas e tabaco.

Foram utilizadas as palavras chaves: droga, álcool, política, Brasil, Portugal, lei, legislação, rede, assistência e reforma psiquiátrica e suas correspondentes em inglês: *drug, alcohol, policy, Brazil, Portugal, law, legislation, network, assistance, treatment, psychiatric reform*. As mesmas foram usadas de forma agregada: os termos “Brasil” ou “Portugal” em conjunto com os termos “droga” ou “álcool” e conjugados com cada um dos demais termos. Assim foram usados para construir cada linha de busca e procedimento similar foi realizado com os termos em inglês.

Os artigos encontrados com estas palavras chaves foram selecionados pelos títulos, confor-

me os critérios de inclusão e exclusão. Todos os resumos selecionados foram lidos e selecionados para leitura na íntegra conforme os critérios de inclusão e exclusão. Cada uma destas etapas foi realizada por dois pesquisadores para evitar viés de seleção. A leitura de artigos na íntegra permitiu a identificação dos temas abordados que são apresentados na sessão Resultados. Os procedimentos da revisão integrativa estão descritos na Figura 1.

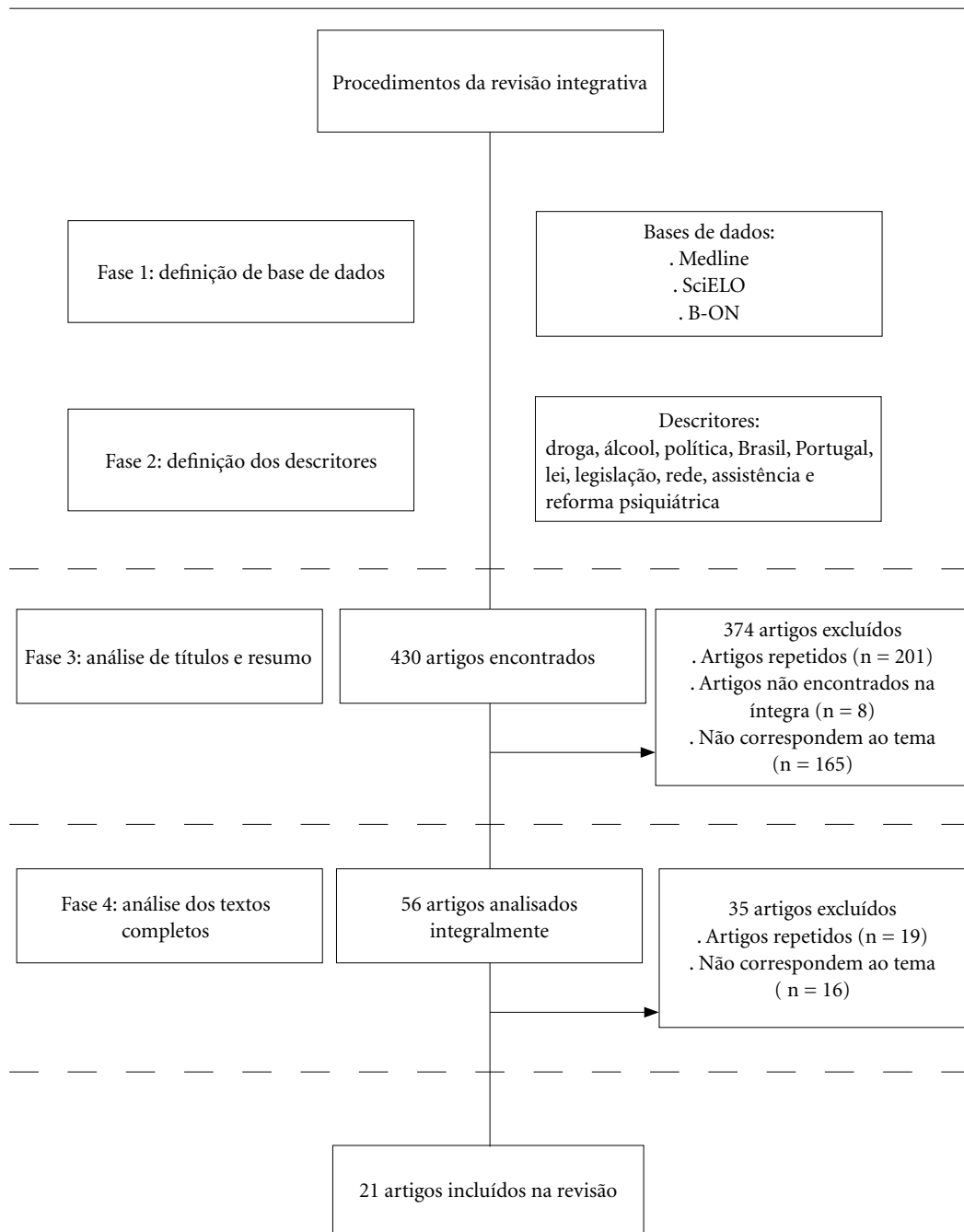
Foram incluídas na revisão as portarias e leis referentes aos temas assistência e legislação sobre drogas referenciadas nos artigos encontrados.

## Resultados

De uma forma geral, os artigos encontrados têm um caráter descritivo, com abordagem crítica tanto da história da evolução da legislação quanto da implementação da rede de assistência nos dois países. Foram encontrados poucos artigos ( $n = 3$ ) que discutem especificamente a implicação das mudanças das leis para a assistência em Portugal e nenhum sobre o contexto brasileiro. Descrevemos de forma sintética adiante os temas abordados nos artigos encontrados.

### Brasil – Legislação

Os problemas decorrentes de uso de drogas no Brasil começaram a ser percebidos como preocupação social no final do século XIX e início



**Figura 1.** Procedimentos da revisão integrativa.

do século XX. Assim, o decreto 4.294, de 1921, ofereceu bases legais para detenções e prisões de usuários e vendedores de drogas ilícitas<sup>9</sup>. O modelo médico-sanitarista, com a visão dos usuários como doentes e incapazes necessitados de tratamento, e dos comerciantes como sendo delinquentes a serem punidos prevaleceu até o iní-

cio da ditadura militar<sup>10</sup>. Então, a partir de 1964, ocorreu um período de progressiva implantação do modelo “bélico de política criminal para drogas”<sup>10</sup>.

A partir dos anos 60, o uso de diversas drogas foi amplamente difundido nos meios de protestos contra governos e guerras, passando a ser

símbolo de subversão. Neste contexto, ampliou-se a lista de substâncias ilícitas, ocorreu a equiparação de usuários a traficantes, a proibição da apologia, plantio e produção, além de endurecimento das penas, da fiscalização e da repressão. Acompanhando o recuo de algumas políticas repressoras da ditadura militar no Brasil ao final da década de 70, a lei de tóxicos de 1976 passou a reconhecer a importância de estratégias preventivas e de tratamento para a dependência de drogas. A partir de então, as leis passam a endurecer contra o tráfico e abrandar para o uso de drogas.

Seguindo essa tendência, a Lei dos Crimes Hediondos, de 1990, equiparou o tráfico ilícito de entorpecentes aos crimes considerados mais graves, enquanto a Lei das Penas Alternativas, de 1998, era proposta para evitar que a maioria dos usuários sofresse pena de privação de liberdade. Em 1997, foi aprovada a lei estadual em São Paulo que regulamenta políticas de redução de danos (RD), e somente em 2005 foi aprovada lei com o mesmo objetivo em nível federal.

Seguindo as orientações da XX Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU (UNGASS), realizada, em 1998, para discutir o problema mundial das drogas, o Brasil criou o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) sendo um órgão colegiado, para orientações no seu campo de atuação e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), elaboradora das políticas oficiais antidrogas, juntamente com o Departamento de Polícia Federal<sup>11</sup>.

Paralelamente, depois de um começo polêmico, as Estratégias de RD, focavam inicialmente, na prevenção de doenças transmissíveis<sup>12</sup>. Estas estratégias vêm sendo progressivamente assimiladas nas políticas de saúde no país e se mostraram úteis como forma de aproximação inicial aos usuários, em diferentes fases motivacionais<sup>13</sup> e em seus ambientes de consumo<sup>14</sup>.

Em 2002, foi aprovada “A Nova Lei de Tóxicos” e implementada a “Política Nacional Antidrogas”, baseada no tripé prevenção, tratamento e repressão. Em 2005, essa política foi substituída pela “Política Nacional Sobre Drogas”, que priorizou a prevenção. Ela criou novas estratégias, como a taxação de bebidas alcoólicas e tabaco, visando geração de recursos para tratamento dos usuários, reafirmou as políticas de RD e não mencionou tratamento forçado como estratégia a ser seguida, como citava a versão anterior. Assim, a política de saúde para usuários de drogas, estabelecida em 2003, buscava romper com a tradição repressiva do aparato jurídico<sup>14</sup>.

Segundo Machado e Miranda<sup>15</sup>, algumas práticas originárias do campo de controle e repres-

são tiveram papel importante em favor do processo de constituição de uma política específica de saúde. É o caso do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) e da Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas (SENAD), que contribuíram para a viabilização dos programas de RD e estimularam o trabalho dos centros de tratamento, pesquisa e prevenção.

Desta forma, a política para as drogas no final do século XX é caracterizada pela coexistência de leis proibicionistas, com distinção entre usuários e traficantes e admissão das estratégias de RD.

A lei 11.343, promulgada em 2006, mantém-se em vigor até o momento e prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Traficantes e usuários passaram a ser tratados distintamente na lei. Sobre o porte de drogas para uso pessoal, a justiça retributiva, baseada no castigo, foi substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior foi a ressocialização por meio de penas alternativas, como advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e medidas educativas. Desta forma, o porte de drogas foi despenalizado no Brasil, significando o fim da pena de privação de liberdade<sup>16</sup>. Apesar disso, o encarceramento por delitos relacionados às drogas tem aumentado no Brasil<sup>9</sup>.

Nos últimos anos, devido ao importante aumento no uso de crack no Brasil, a preocupação com o tema das drogas ilícitas tomou novo impulso. O decreto 7.179 de 2010<sup>17</sup> implementou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, seguindo o modelo de prevenção, cuidado e autoridade. Paralelamente, amplia-se a discussão da lei de drogas, inclusive a ausência de critério objetivo (como a quantidade de droga em posse) para a definição legal de quem é usuário e quem é traficante.

### **Brasil – Assistência**

Até o final dos anos 80, a assistência pública à saúde mental era centrada nos hospitais conveniados. Neste período ocorreu a expansão do número de serviços privados, beneficentes e espontâneos como Comunidades Terapêuticas e grupos como os Alcoólicos Anônimos. Na década de 90, surgiram iniciativas governamentais para diminuir a carência de serviços por meio da construção de uma ampla rede extra-hospitalar<sup>18</sup>, treinamento de equipes de multiprofissionais e definição de políticas específicas para problemas com drogas<sup>19</sup>.

Esta rede se encontra em expansão e conta com serviços e ações distintas de modo a contemplar a diversidade das pessoas que usam drogas. Entre os elementos e ações da rede se encontram as desenvolvidas pela Rede de Atenção Básica, que envolvem as Unidades Básicas de Saúde (incluindo os centros de saúde e postos de saúde), a Estratégia de Saúde da Família (que inclui as equipes do Programa de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde), os NASFs (Núcleos de Apoio a Saúde da Família) e os Consultórios na Rua (destinados ao atendimento da população de rua). Estes dispositivos têm enorme acesso a usuários de álcool e outras drogas, porque atendem a grande parcela da população em seu território, realizam ações como identificação precoce, intervenção breve<sup>20</sup> e tratamento dos casos menos graves<sup>21</sup>.

No caso do atendimento nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, como as Unidades Básicas de Saúde, Vargas et al.<sup>22</sup> afirmam que estas unidades têm a característica de serem de alta rotatividade e pouco tempo de permanência dificultando a abordagem da equipe para a continuidade do tratamento. Além disso, segundo Andrade<sup>23</sup>, embora tenha havido expansão, a Estratégia da Saúde da Família ainda apresenta cobertura populacional muito frágil, inferior a 20% em algumas grandes cidades. A baixa cobertura prejudica o vínculo territorial entre o paciente e a instituição e é um fator de sobrecarga dos Centros de Atenção Psicossocial para álcool e drogas (CAPS ad), comprometendo as funções para as quais estes foram concebidos<sup>23</sup>.

Os CAPS ad, que têm papel central na rede, são amplamente inseridos na orientação de desinstitucionalização dos pacientes, buscando manter ou reintegrá-los em suas comunidades. Busca-se a parceria e autonomia do paciente, inclusive na construção do projeto terapêutico, evitando moldes rígidos<sup>24</sup>. Até abril de 2015, haviam sido criados 308 CAPS ad no Brasil<sup>25</sup>. No entanto, segundo Souza et al.<sup>26</sup>, apesar da riqueza nas propostas de intervenções dos CAPS ad, na prática verifica-se que muitas atividades preconizadas não chegam a ser efetivadas.

Outra fragilidade da rede de atenção a pessoas com problemas com drogas se refere às dificuldades de acesso a ela. Como grande parte das pessoas que têm problemas com drogas não acessa os serviços sociais e de saúde e muitos deles vivem em situação de rua<sup>27</sup>, os Consultórios na Rua (CR) surgiram a partir de 2011<sup>28</sup> com o objetivo de oferecer cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida. Os 129 CR<sup>25</sup> exis-

tentes no Brasil contam com uma equipe multidisciplinar que se desloca a partir do seu ponto fixo para desenvolver suas atividades de atenção com os usuários de drogas onde eles estão.

Em 2011, incluíram-se entre os dispositivos da rede de atenção em álcool e drogas as Unidades de Acolhimento (UA)<sup>29</sup>. As UA têm caráter residencial transitório e voluntário, com o objetivo de oferecer cuidados contínuos para usuários em situação de vulnerabilidade social e familiar. Até abril de 2015 haviam sido criadas 34 Unidades de Acolhimento<sup>25</sup>. Encontra-se em debate<sup>23</sup> a forma mais adequada de atender às pessoas com problemas com drogas nas situações que necessitam internação. Os dispositivos utilizados atualmente são os leitos de hospital geral, os CAPS ad III e as Comunidades Terapêuticas.

A atenção às necessidades não atendidas pelas redes da saúde é efetuada pela articulação com outras redes (de assistência social, de educação e de justiça) de forma interdisciplinar/ intersectorial<sup>30</sup>. A rede de Assistência Social inclui os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) – que promovem o acesso a direitos sócio-assistenciais e os Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP).

### Portugal – Legislação

Em Portugal, ao final dos anos 1990, o governo convocou um comitê de peritos de diversas áreas para redigir um relatório aprofundado da situação e que, ao mesmo tempo, elaborasse um conjunto de recomendações para uma estratégia de intervenção global. As conclusões desta comissão foram o ponto de partida para uma série de alterações legislativas nos anos seguintes incluindo a descriminalização do uso de droga<sup>31</sup>. Assim, foi aprovada pelo governo<sup>32</sup>, a primeira Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência (ENLCDT).

Até julho de 2001, o uso de drogas era considerado crime punível com até 3 meses de prisão ou multa pecuniária. Se a quantidade de drogas apreendida fosse superior a 3 doses diárias, a pena de prisão podia chegar até 1 ano. A posse de drogas também era sempre considerada crime, podendo ser punível de diferentes formas conforme fosse considerada para uso pessoal ou tráfico.

A mais emblemática das medidas introduzidas pela Estratégia Nacional foi a descriminalização do uso, aquisição e a posse para consumo próprio de todas as substâncias psicoativas atra-

vés da aprovação da Lei n.º 30/2000<sup>33</sup>, e, posteriormente, no Decreto-Lei n.º 130-A/2001<sup>34</sup>. Esta nova Lei mantinha o estatuto de ilegalidade das drogas, mas a punição do seu uso e posse foi modificada. Qualquer cidadão não será punido judicialmente caso o uso ou a posse de drogas seja inferior ao equivalente a dez vezes o consumo diário. Para aplicar esta nova Lei, foram criadas as Comissões para a Dissuasão (CD) da Toxicod dependência, em substituição aos tribunais criminais.

As CD são constituídas por três membros, nomeados pelos Ministros da Saúde e da Justiça. O membro designado pelo Ministro da Justiça é um jurista, os outros dois são geralmente profissionais de saúde ou da área social. As comissões são apoiadas por uma equipe técnica de psicólogos, sociólogos ou assistentes sociais, e juristas. Quando os consumidores são abordados, a polícia fica com os seus dados, apreende a substância ilegal e a pessoa é então notificada para comparecer perante a Comissão. Se uma pessoa não comparecer, uma sanção administrativa pode ser aplicada na sua ausência, como por exemplo, uma multa, revogação da carteira de motorista ou licença de uso e porte de arma, serviço comunitário ou proibição de frequentar determinados locais. Na CD, as motivações para o uso, o histórico de consumos, questões de dependência, questões familiares e laborais são discutidas e caso se justifique é feito o encaminhamento para tratamento e acompanhamento.

Um resumo das diferenças da legislação do Brasil e de Portugal é visto no Quadro 1.

### Portugal – Assistência

A oferta de tratamento a usuários de drogas era praticamente inexistente em Portugal antes de 1973<sup>35</sup>. Após a revolução de 1974, foram criados pelo Ministério da Justiça os Centros de Estudo da Profilaxia de Droga para atividades de prevenção, tratamento e inserção social. Apenas em 1987, surgiu a primeira unidade de tratamento no âmbito do Ministério da Saúde (MS), o Centro das Taipas, em Lisboa. Ainda sem suporte legal foram surgindo algumas iniciativas de RD como o Programa STOP SIDA de troca de seringas em 1993 e o Programa Substituição Opiácea com Metadona em 1996.

A partir da década de 90 e em paralelo com a descriminalização do uso de drogas, procedeu-se a expansão da rede de serviços públicos para prevenção, tratamento e reinserção de dependentes de drogas. Isto ocorreu em consonância com a ENLCDT, com a criação, no MS, do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência e subsequente aprovação da Lei n.º 7<sup>36</sup>, em 1997. Também, foram criados serviços na área da redução de riscos e minimização de danos<sup>37</sup>, tais como: Equipes de Rua, Gabinetes de Apoio (fornecem serviços de higiene e alimentação mínimos, apoio psicológico e social, cuidados de enfermagem, preservativos, utensílios para uso endovenoso por troca de seringas, apoio médico e psiquiátrico), Programas de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência, Centros de Acolhimento (espaços residenciais temporários que funcionam 24h/dia), Centros de Abrigo

**Quadro 1.** Diferenças e semelhanças da legislação para drogas no Brasil e em Portugal.

	<b>Brasil</b> <sup>16</sup>	<b>Portugal</b> <sup>38</sup>
Pena de Prisão por tráfico de droga ilícita	Sim até 15 anos	Sim até 12 anos
Pena de prisão por consumo de droga	Não	Não
Diferenciação entre usuário e traficante	Interpretação (subjéctiva) do Juiz	Quantidade de droga apreendida ( $\leq$ 10 dias de uso)
Tipo de ofensa do uso	Crime	Infração administrativa
Local da administração das sanções a usuários	Tribunal	Comissões de Dissuasão (Ministério da Saúde)
Sanções possíveis para usuários	- Advertência - Prestação de serviços à comunidade - Comparecimento a programa educativo - Multa	- Suspensão do porte de arma - Cassação de autorização para exercício de profissão - Proibição de frequentar certos lugares - Multa

(espaços de pernoite) e Pontos de Contato e Informação (serviços de sensibilização, informação e escutadas populações com foco na prevenção).

Em 2004, a reavaliação da ENLCDT resultou na elaboração do Plano Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicod dependência Horizonte 2012, mantendo os princípios do humanismo e pragmatismo, centralidade no cidadão, da territorialidade e das respostas integradas.

Com a publicação da nova orgânica do MS, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 124/2011<sup>39</sup>, o Governo procedeu à criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) com a função de planeamento e acompanhamento de programas de redução do uso e prevenção. As atividades de prevenção são focadas nos jovens e coordenadas pela SICAD em cooperação com o Ministério da Educação e a Polícia, assim como com ONG's financiadas pelo Estado. Assim, as equipas desenvolvem atividades de prevenção nas escolas, centros desportivos, centros de saúde e em contextos festivos. Foi ainda desenvolvido um *website* com informações dirigidas a jovens<sup>40</sup> e uma linha gratuita de apoio telefónico. O estilo de comunicação foi deliberadamente indireto, promovendo um estilo de vida saudável evitando a abordagem questionável de condenar agressivamente o consumo<sup>41</sup>. O programa Escola Segura consiste em policiamento de proximidade junto às escolas, dissuadindo o tráfico junto a estas.

A população alvo da RD consiste em usuários de heroína e cocaína de longa data com fragilidades sociais e de saúde, que não pretendem ou não conseguem abandonar o uso e que não contactam os serviços da rede de apoio, como os serviços de tratamento da dependência. O estado financia albergues e equipas de rua majoritariamente através de ONG's. Equipas de rua realizam visitas diárias aos lugares onde os usuários de heroína costumam se agrupar e distribuem kits com seringas e agulhas limpas, água destilada, gaze e um preservativo aos consumidores.

Existem muitas estruturas diferentes entre as que prestam cuidados de assistência a usuários. Esta complexidade reflete a história atribulada da criação de respostas aos usuários, e também resulta em diferenças nas estruturas existentes e competências de cada uma entre diferentes regiões do país. Atualmente, o SICAD tenta organizar e articular todas estas estruturas preconizando um algoritmo para encaminhamento dividido por área geográfica e por 3 níveis de intervenção de acordo com a avaliação do risco da situação em que a pessoa se encontra<sup>42</sup>. A definição do ní-

vel de risco leva em consideração o padrão atual do uso de drogas, a presença de comportamentos de risco em diversas esferas do funcionamento individual (saúde, sexualidade, social, familiar) e situações comórbidas.

No Nível de Intervenção I estão envolvidos os Cuidados de Saúde Primários. No Nível de Intervenção II estão envolvidos os Cuidados de Saúde Especializados, como os Centros de Resposta Integrados, as Unidades de Alcoologia, as Comunidades Terapêuticas públicas e as Equipas de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica. O Nível III exige a intervenção dos Centros de Respostas Integradas (como o Centro das Taipas em Lisboa<sup>43</sup>) ou de outras Unidades especializadas, como as Unidades de Desabilitação (internação de curta duração), as Unidades de Alcoologia e as Comunidades Terapêuticas (internação de longa duração) e os Serviços de Especialidades Médico Cirúrgicas Hospitalares.

A Ressocialização visa o apoio ao regresso (ou início) à vida profissional<sup>44</sup> e dados da região do Algarve (sul do país)<sup>45</sup> demonstram resultados positivos. À semelhança do que acontece na maioria dos países europeus (17 dos 21 que reportaram essa informação<sup>46</sup>) em Portugal existe habitação gratuita disponível para usuários que é condicionada ao encaminhamento para tratamento ou à sua conclusão, o que ainda pode ser considerado como de inspiração abstencionista<sup>46</sup>. Lisboa foi uma das 5 cidades europeias escolhidas para um projeto piloto fundado pela União Europeia de Habitação Primeiro, não condicional ao tratamento e com resultados globalmente positivos na qualidade de vida<sup>47</sup>.

### **Implicações da Estratégia Nacional da luta contra a droga**

Adam e Raschzok<sup>48</sup> sugerem que a mudança da lei com base em evidência científica e a opinião de peritos técnicos (Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga) em Portugal foi possível por haver na ocasião simultaneamente uma grande pressão do problema com as drogas (especificamente, a heroína), instituições policiais e judiciais muito sobrecarregadas favoráveis à mudança na lei e a ausência de crenças ideológicas contrárias à descriminalização no Partido Socialista, no poder em 2001.

O tema da Droga e a sua descriminalização não são politicamente neutros. O filtro ideológico dos autores tende a juntar-se à complexidade que uma análise dos resultados implica e ao fato de não existir um Portugal-controle, ou seja, um



país hipoteticamente igual a Portugal onde não tivesse existido mudança de lei para uma comparação direta. Assim, mesmo olhando para dados objetivos, torna-se impossível perceber se as mudanças foram relacionadas unicamente à mudança de lei e não ao resto da reforma na assistência aos usuários bem como a outros fatores (a crise econômica portuguesa e outras tendências do mundo globalizado).

De qualquer forma, mais de uma década após a reforma, ela goza de uma aceitação generalizada e um impacto positivo na diminuição das consequências sanitárias relacionadas com o abuso de droga<sup>49</sup>. Pode-se destacar: 1) Aumento do número de usuários em tratamento<sup>50</sup>; 2) Aumento do consumo em adultos; 3) Redução do uso em jovens, contrário à tendência europeia; 4) Diminuição da carga sobre o sistema judicial, aumento das apreensões de droga e da confiança na polícia, apesar de ser de difícil avaliação objetiva, a opinião da polícia sobre a lei, assim como a de usuários sobre a relação com a polícia já foi alvo de algum estudo qualitativo de forma independente<sup>2,51</sup>; 5) Redução do uso problemático, ilustrado pela diminuição de novas infecções HIV em usuários de drogas<sup>50</sup> e do número de consumidores de drogas injetáveis<sup>50</sup>.

## Discussão

A revisão da literatura revela que é escassa a produção sobre as repercussões das mudanças das leis para a assistência nos dois países. São encontrados muitos estudos sobre epidemiologia nos dois países, mas poucos sobre avaliação das políticas. Os artigos encontrados são principalmente descritivos com críticas e avaliações pessoais. Encontrou-se maior quantidade de artigos brasileiros. Observa-se também que há semelhanças e diferenças entre as duas realidades. As semelhanças e diferenças foram notadas no que se refere ao contexto do uso e às preocupações com este uso, a dinâmica histórica de modificações das leis, suas repercussões sobre a clínica e a reorganização da política de assistência.

Por exemplo, nos dois países persiste a preocupação com os problemas relativos ao uso de substâncias psicoativas. Igualmente nos dois países, o álcool e o tabaco se encontram entre as drogas mais relacionadas a problemas de saúde e o uso pelos jovens se mantém como um foco de preocupação. No entanto, o crescimento do uso e os problemas relacionados ao uso do crack configuram uma realidade brasileira sem paralelo em

Portugal. Em Portugal, a preocupação com os problemas relacionados ao uso de heroína diminuiu nos últimos anos, mas as taxas de prevalência do uso de opióides se mantêm muito acima das do Brasil.

Nos dois países ocorre o debate sobre estratégias de tratamento e sobre a necessidade de adequação das leis. Em ambos os casos, há iniciativas para a mudança da política no sentido da diminuição da abordagem repressiva, com a diferenciação entre usuários e traficantes, o aumento da punição dos traficantes e abrandamento da punição dos usuários. No entanto, confirmando a oscilação na abordagem do problema, em dezembro de 2017, o governo do Brasil colocou em discussão, na CONAD, a resolução que novamente propõe um modelo proibicionista com ênfase na abstinência. Estas alterações propostas não fizeram parte do escopo do presente estudo de revisão, no entanto, foram divulgadas anteriormente à publicação desse artigo e incluem elementos importantes para a sua atualidade.

Portugal tem há mais de 10 anos experiência de legislação bem menos repressiva e a revisão da literatura sugere que as mudanças implementadas foram articuladas de modo a envolver os atores (profissionais e instituições) da Justiça e da saúde de modo mais abrangente do que no Brasil. Não encontramos estudos sobre a repercussão das modificações da lei para a assistência no Brasil.

Em Portugal, há poucos estudos com alguns resultados bastante favoráveis e outros não. Entre os resultados favoráveis da modificação das leis encontramos: a redução do uso por jovens, a diminuição da sobrecarga sobre o sistema judicial, redução do uso problemático, diminuição de novas infecções por HIV, diminuição do número de consumidores de drogas injetáveis. Entre os desfavoráveis: o aumento do consumo (uso na vida) em adultos. Sobre este último indicador servem como atenuantes o fato de o aumento se reportar ao uso na vida [segundo a própria EMCDDA<sup>8</sup>, das 3 medidas de prevalência, o uso na vida é a mais vaga (...) não refletindo a atual situação do uso de drogas] e o aumento seguir uma tendência europeia mantendo-se o consumo português abaixo da média europeia<sup>8</sup>.

## Perspectivas

A escassez de produção científica sobre o tema nos dois países demonstra a necessidade de ampliação do conhecimento por meio de pesquisas que permitam efetivamente identificar

as implicações das mudanças na legislação sobre a assistência. Para tal, impõe-se que a literatura científica seja complementada pela análise de documentos governamentais e de ONGS e articulada aos estudos com os atores no campo, incluindo gestores, profissionais e população assistida. Por isso, a importância de pesquisas-intervenções que levem em conta metodologias de implementação ampliadas, participativas, levadas a cabo em rede e contextualizadas<sup>52</sup>. De toda forma, o que é descrito na literatura sugere que é preciso progredir nas ações de prevenção ao uso de álcool e

outras drogas nos dois países. Tais ações precisam ser planejadas para médio e longo prazo e não podem ser realizadas para obter resultados imediatos, apesar da demanda da gestão, profissionais e população por respostas instantâneas. As mudanças na legislação e na rede de assistência operadas no Brasil e em Portugal com a tendência de substituição de uma abordagem repressiva por uma de saúde pública podem propiciar um maior diálogo entre as instituições da saúde e da justiça e uma atenção mais adequada às pessoas que têm problemas com drogas nos dois países.

### **Colaboradores**

RO Mendes: revisão da literatura sobre a epidemiologia do uso de drogas no Brasil, revisão do artigo. PB Pacheco: revisão da literatura sobre a legislação no Brasil. JPCOV Nunes: revisão da literatura sobre a assistência em Portugal. PS Crespo: revisão da literatura sobre a legislação em Portugal. MS Cruz: concepção, método e revisão sobre a assistência no Brasil. Todos os autores participaram da discussão e efetivamente da redação do artigo.

## Referências

1. Silva OA, Yonamine M. Drug Abuse Among Workers in Brazilian regions. *Rev Saude Publica* 2004; 38(4):552-556.
2. Domszlawski A. *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use Open Society Foundations*. New York: Global Drug Policy Program; 2011.
3. Comissão Europeia (CE). *Eurobarómetro 47.1*. Bruxelas: CE; 1997.
4. Carlini EA, organizador. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); 2006.
5. Carlini EA, organizador. *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Públicas e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras-2010*. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília 2010.
6. Bastos FI, Bertoni N, organizadores. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack-Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz; 2014.
7. Cruz MS, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Lipman L, Burnett C, Fischer B. Patterns, determinants and barriers of health and social service utilization among young urban crack users in Brazil. *BMC Health Serv Res* 2013; 13:536.
8. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *National report 2012: Portugal*. Lisbon: EMCDDA; 2013.
9. Rodrigues LBF. *Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade* [tese]. São Paulo: Faculdade de Direito; 2006.
10. Batista N. Política Criminal com Derramamento de Sangue. *Discursos Sediciosos* 1998; 3(5-6):77-94.
11. Garcia MLT, Leal FX, Abreu CC. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicol. Soc.* 2008; 20(2):267-276.
12. Bastos FI. Structural violence in the context of drug policy and initiatives aiming to reduce drug-related harm in contemporary Brazil: a review. *Subst Use Misuse* 2012; 47(13-14):1603-1610.
13. Santos VE, Soares CB, Campos CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis* 2010; 20(3):995-1015.
14. Delbon F. Avaliação da Disponibilização de Kits de Redução de Danos. *Saúde Soc* 2006; 15(1):37-48.
15. Machado AR, Miranda OS. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 2007; 14(3):801-821.
16. 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. *Diário Oficial da União* 2006; 24 ago.
17. Brasil. Decreto nº 7.637, de 8 de Dezembro de 2011 altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. *Diário Oficial da União* 2011; 8 dez.
18. Alves DSN, Silva PRF, Costa NR. Advances and challenges of psychiatric reform in Brazil 22 years after the Caracas declaration. *Medwave* 2012; 12(10):5545-5545.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. *Diário Oficial da União* 2002; 20 fev.
20. Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Rev Saude Publica* 2009; 43(1):51-61.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. N. 34*. Brasília: MS; 2013.
22. Vargas D, Oliveira MAF, Luis MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(1):73-79.
23. Andrade TM. Reflexões Sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Cien Saude Colet* 2011; 16(12):4666-4674.
24. Reis R, Garcia MLT. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. *Cien Saude Colet* 2008; 13(6):1965-1974.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Observatório do Crack. [acessado 2015 Abr 20]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outras-centros-atencao-psicossocial.html>
26. Souza J, Kantorski LP, Luiz MAV, Oliveira NF. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. *Texto contexto-enferm* 2012; 21(4):729-738.
27. Cruz MS, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Lipman L, Burnett C, Fischer B. Determinants and barriers of health and social service utilization among young urban crack users in Brazil. *BMC Health Serv* 2013; 13:5362.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União* 2011; 25 jan.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2011. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União* 2011; 25 jan.
30. Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):323-331.
31. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD). [Internet]. *Política Portuguesa* [acessado 2015 Out 28]. Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>

32. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros nº46/99, de 26 de maio de 1999. Aprova a estratégia nacional de luta contra as drogas. *Diário da República* 1999; 26 maio.
33. Portugal. Assembleia da República. Lei nº 30/2000 de 29 de novembro de 2000. Define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica. *Diário da República*, nº 276, Série I-A, p.6829-6833,2000; 29 nov.
34. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei nº130-A/2001, de 23 de abril de 2001. Estabelece a organização, o processo e o regime de funcionamento da comissão para a dissuasão da toxicod dependência, a que se refere o nº1 do artigo 5º da lei nº 30/2000 de 29 de novembro de 2000 e regula outras matérias complementares. *Diário da República* 2001; 23 abr.
35. Serviço de Intervenção nos Comportamentos aditivos e Dependências (SICAD). [Internet]. *Histórico*. [acessado 2015 Out 28]. Disponível em: [http://www.sicad.pt/PT/Institucional/Historico/Paginas/detalhe.aspx?itemId=8&lista=SICAD\\_HISTORICO&bkUrl=BK/Institucional/Historico/](http://www.sicad.pt/PT/Institucional/Historico/Paginas/detalhe.aspx?itemId=8&lista=SICAD_HISTORICO&bkUrl=BK/Institucional/Historico/)
36. Portugal. Assembleia da República. Lei nº 7, de 8 de março de 1997. Alarga a rede de serviços públicos para o tratamento e reinserção de tóxico dependente. *Diário da República* 1997; 8 mar.
37. Instituto da Droga e Toxicod dependência (IDT). Departamento de intervenção na comunidade núcleo de redução de danos, *Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos*. Lisboa: IDT; 2009.
38. Portugal. Ministério da Justiça. Decreto-Lei nº15/93 de 22 de janeiro de 1993. Capítulo III. Artigo 21. Tráfico e outras atividades ilícitas. *Diário da República* 1993; 22 jan.
39. Portugal. Ministério da Saúde (MS). Decreto-Lei nº 124, de 29 de dezembro de 2011. Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde. *Diário da República* 2011; 29 dez.
40. Tu-Alinhas.pt [Internet]. Portugal, Lisboa: SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências). [acessado 2015 Out 28]. Disponível em: <http://www.tu-alinhas.pt/InfantoJuvenil/homepage.do2>
41. Jacobsohn LS. *Explaining the boomerang effects of the National Youth Anti -Drug Media Campaign* [thesis]. Filadélfia: University of Pennsylvania; 2007.
42. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). *Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*. Lisboa: SICAD; 2013.
43. Centro das Taipas.pt [Internet]. Portugal, Lisboa: Centro das Taipas, Unidade de Desabilitação [acessado 2015 Out 28]. Disponível em: <http://www.centro-dastaipas.pt/index.php>
44. Serviço de Intervenção nos Comportamentos aditivos e Dependências (SICAD) [Internet], Reinserção [acessado 2015 Out 28]. Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/ReinsercaoMais/SitePages/detalhe.aspx?itemId=1&lista=ReinsercaoEmpregabilidade&bkUrl=BK/Intervencao/ReinsercaoMais>
45. Marujo PMM. *As políticas públicas de (re) inserção socioprofissional de toxicod dependentes: Uma avaliação de painel no acesso aos mercados de trabalho na região do Algarve* [tese]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2012.
46. Sumnall H, Brotherhood A. *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2012.
47. Busch-Geertsema V. *European Union Programme for Employment and Social Solidarity, Housing first Europe final report*. Bremen, Brussels: European Union; 2013.
48. Adam C, Raschzok A. Explaining trends in addictive behaviour policy—The role of policy coherence. *Int J Drug Policy* 2014; 25(3):494-501.
49. Moreira M, Trigueiros F, Antunes C. A avaliação da política nacional contra a droga e a toxicod dependência 1999-2004 – o processo e o impacto na nova política. *Revista Toxicod dependências* 2007, 13(3):69-81.
50. Hughes C, Stevens A. *The effects of the decriminalization of drug use in Portugal*. Sydney: The Beckley Foundation Drug Policy Programme; 2007.
51. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Annual report 2010: the state of the drugs problem in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2010.
52. Costa PHA, Mota DCBC, Cruviel E, Paiva FS, Ronzani TM. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. *Rev. Panam Salud Publica* 2013; 33(5):325-331.

Artigo apresentado em 29/01/2017

Aprovado em 29/01/2018

Versão final apresentada em 31/01/2018