

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“Estratégias do Ministério da Saúde para o enfrentamento do uso de drogas ilícitas”

por

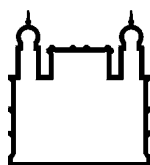
Glória Maria de Sousa Rocha

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Gabriela Rieveres Borges de Andrade

Brasília, abril de 2015.

Esta dissertação, intitulada



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“Estratégias do Ministério da Saúde para o enfrentamento do uso de drogas ilícitas”

apresentada por

Glória Maria de Sousa Rocha

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Elenice Machado da Cunha

Prof.^a Dr.^a Jeni Vaitsman

Prof.^a Dr.^a Gabriela Rievers Borges de Andrade – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 14 de abril de 2015.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

R672e Rocha, Glória Maria de Sousa
Estratégias do ministério da saúde para o enfrentamento do
uso de drogas ilícitas. / Glória Maria de Sousa Rocha. -- 2015.
66 f.

Orientador: Gabriela Rieveres B. de Andrade
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Drogas Ilícitas. 2. Transtornos Relacionados ao Uso de
Substâncias - prevenção & controle. 3. Redução do Dano.
4. Estratégias. 5. Programas Nacionais de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.29

Dedico esta dissertação ao Ministério da Saúde, que me proporcionou a oportunidade de realizar o mestrado. Desejo que este trabalho contribua para todos aqueles interessados no tema.

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar , gostaria de agradecer à DEUS porque como para ele são todas as coisas, então toda honra e glória à DEUS em primeiro lugar.

Gostaria de agradecer à minha querida orientadora Gabriela Rieveres que , foi atenciosa, paciente e dedicada para me oferecer o apoio necessário na realização da dissertação, sua contribuição foi fundamental para o desenvolvimento deste trabalho. Obrigada, Gabriela!

Aos amigos Jozue Marques e Deborah Proença pelos suas preciosas dicas e sugestões.

Ao Jorge que me ajudou na parte de informática.

Aos coordenadores e professores do mestrado, pela valiosa contribuição no processo de aprendizagem.

A minha mãe Diva Rocha e filhas, Iara Rocha e Eva Rocha pela compreensão delas na minha caminhada profissional.

Por fim, agradeço aos meus colegas pelo apoio, amizade e acolhimento.

RESUMO

Este estudo analisou as estratégias do Ministério da Saúde na política de prevenção e enfrentamento ao uso de drogas ilícitas, no período de 2007 a 2014, com o objetivo de resgatar o percurso histórico das ações do Ministério da Saúde, identificando, por meio de pesquisa documental em sítios de domínio público e em bases de dados disponíveis na internet, as estratégias de prevenção e redução de danos e seus principais avanços e desafios para implementação de políticas para enfrentar o problema das drogas na atenção básica em saúde. Os dados coletados suscitaram reflexões sobre os desafios enfrentados pelo Ministério da Saúde no campo da drogadição e pode-se evidenciar importantes avanços, tais como: preconização de intersetorialidade, integralidade e ações focadas nos cuidados do dependente no seu ambiente familiar e social, aproximando para uma intervenção na perspectiva humanizada.

Palavras-chave: Drogas ilícitas. Prevenção. Redução de Danos. Enfrentamento às drogas. Ministério da Saúde. Revisão Documental.

ABSTRACT

This study analyzed the role of the Ministry of Health, and its policies regarding both prevention and approaches to the use of illegal drugs, from 2007 to 2014. The object of the study was to show the history of the strategies of prevention and damage control, based on documentary data in the public domain and in databases available online, and the progress and challenges encountered in the implementation of such policies. The data collected shows the scope of the challenges faced by the Ministry of Health in relation to drug addiction and confirms important advances made in such areas as intersectoriality, intergration and treatment of addicts in family and social environments conducive to a more humane approach.

Keyword: Illegal drugs. Prevention. Damage control. Aproaches to drugs. Ministry of health. Documentary review.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CENBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CGMAD	Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas
CnaR	Consultórios na Rua
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CSA	Comitês de Serviço de Área
CSR	Comitês de Serviço Regionais
DAB	Departamentos de Atenção Básica
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
eAB	equipes de Atenção Básica
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
eSF	equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
IB	Intervenções breves
Index Psi	Index Psi Periódicos Técnico-Científicos
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde

NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde
PIEC	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNSP	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAP	Revista de Administração Pública
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUPERA	Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento

SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 JUSTIFICATIVA	14
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	16
4 O PROBLEMA DAS DROGAS	20
4.1 BREVE HISTÓRICO E CONCEITOS BÁSICOS	20
4.2 LEI DA PSIQUIATRIA E A MUDANÇA DE PARADIGMAS AO ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS...	24
4.3 POLÍTICA NACIONAL SOBRE AS DROGAS E O MINISTÉRIO DA SAÚDE	26
5 ENFRENTAMENTO À DROGADIÇÃO NO ÂMBITO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	32
5.1 PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS	32
5.2 PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	37
5.3 DADOS SOBRE O USO DE DROGAS	39
6 RESULTADOS E ANÁLISES: A AGENDA DA SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA DROGADIÇÃO	43
7 CONCLUSÕES.....	55
REFERÊNCIAS	59

INTRODUÇÃO

O uso abusivo de drogas no Brasil e no mundo tem se tornado cada vez mais foco de preocupação do poder público. O problema, que envolve fatores econômicos, políticos e sociais, vem demandando intervenções e políticas integradas e intersetoriais.

Como um problema de segurança pública está o processo de produção não autorizada das drogas ilícitas e tráfico ilegal. Como um problema de saúde pública, tem surgido novas opções de tratamento e de prevenção ao uso abusivo de drogas que vêm sendo introduzidas no Sistema Único de Saúde (SUS). Diferente do que acontecia anteriormente, em um modelo de exclusão e de criminalização, onde o usuário era isolado, busca-se tratar o usuário de drogas sem retirá-lo do seu ambiente familiar e social.

Enquanto um problema de saúde pública compreende-se que, não só a pessoa que faz uso abusivo de drogas tende a ter a sua saúde comprometida, como a violência gerada em torno da produção, distribuição e consumo de drogas, com a ruptura de vínculos sociais e familiares e o aumento do sentimento de insegurança, afetam as condições de vida e da saúde das comunidades. As populações mais pobres são mais vulneráveis a esses efeitos. Nesse sentido, a questão das drogas deve ser compreendida em suas múltiplas facetas, demandando ações e políticas intersetoriais, de educação, geração de renda e saúde.

As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e se torna importante ter uma compreensão global do problema. Pode-se afirmar que o consumo de drogas é um grave problema de saúde pública. Para se estabelecer diretrizes, ações e metas na constituição de políticas do Ministério da Saúde é importante ter uma perspectiva transversalizada que compreenda o fenômeno das drogas de modo integrado e diversificado em ofertas terapêuticas, preventivas, educativas e promotoras da saúde.

Em resposta ao persistente e complexo problema das drogas ocorreram, ao longo das últimas décadas, mudanças no campo da prevenção e tratamento da drogadição no Brasil. Um desafio para as políticas de saúde tem sido inserir ações no campo da Atenção Básica para a prevenção e acompanhamento do tratamento da drogadição. O presente trabalho tem como objetivo levantar, identificar e descrever as estratégias, programas e ações que têm sido elaboradas e implementadas no âmbito do Ministério da Saúde, dando ênfase às ações voltadas para a prevenção ao uso de drogas ilícitas na Atenção Básica. Para isso, serão pesquisados os documentos publicados pelo Ministério da Saúde e casa civil sobre o tema

entre 2007 e 2014, analisando como se deu o percurso que resulta na atual política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de drogas ilícitas.

O trabalho está estruturado da seguinte forma: Primeiramente esclarece os objetivos propostos , logo em seguida a metodologia para se definir como será realizada a revisão bibliográfica-documental do presente estudo e assim assinalar os resultados encontrados nos documentos e artigos no transcorrer da dissertação. Por meio dessa pesquisa se descreve alguns conceitos básicos para o entendimento da proposta do trabalho, levanta-se breve percurso histórico do tema, assim como também aponta a mudança de paradigmas no enfrentamento às drogas após a lei da psiquiatria e faz um paralelo da política nacional sobre as drogas e o Ministério da Saúde ; em seguida contextualiza como foi enfrentado o problema das drogas no Ministério da Saúde através da prevenção e redução de danos, aponta também alguns dados sobre o uso de drogas no Brasil para esclarecer como se encontra a real situação do problema das drogas; nos resultados e análises da revisão documental e bibliográfica, se discute a agenda da saúde para o enfrentamento da drogadição no âmbito do Ministério da Saúde – assinalando as inovações implementadas e as principais estratégias para prevenção das drogas na Atenção Básica. Por fim sintetiza o trabalho, apontando as limitações do estudo e sinalizando avanços e aspectos que necessitam de mudanças para tornar mais eficaz a política pública no enfrentamento as drogas ilícitas no âmbito do Ministério da Saúde.

1 JUSTIFICATIVA

As mudanças nas noções sobre drogas influenciaram o entendimento sobre as ações governamentais dirigidas aos problemas decorrentes do uso de drogas nas sociedades modernas. A constatação de que se tornou um grave problema de saúde pública no Brasil, exige uma ação política eficaz para reduzir o nível de problemas relacionados ao uso de drogas, evitando que se assista de forma passiva ao fluxo de tal problemática.

O aumento do consumo de drogas no Brasil e no mundo tem trazido uma série de novos problemas e desafios para o campo da saúde pública. No caso do Brasil, esses desafios se dão não apenas em relação ao tratamento da dependência química, mas à inclusão do tema nas ações de prevenção e de acompanhamento das famílias, no campo da atenção básica. O Ministério da Saúde vem propondo ações e diretrizes para a inserção de ações, em todos os níveis de atenção voltadas para atenção integral ao usuário de drogas. É importante, portanto, conhecer essas ações bem como os desafios para que se concretizem.

Este trabalho tem como foco o papel da Atenção Básica por compreender o potencial da prevenção no atendimento humanizado do usuário de droga, como também família e comunidade, para se obter redução da demanda por drogas. Ao desenvolver ações comprometidas com a promoção, educação, prevenção e acompanhamento dos usuários e suas famílias na perspectiva da integração social, familiar e produção da autonomia dos usuários podem contribuir, não apenas para a redução do consumo, mas para diminuir o sofrimento decorrente deste consumo nos diversos segmentos da sociedade. Nesse sentido, este trabalho visa conhecer e analisar as estratégias desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde (MS) para que essas ações se concretizem na Atenção Básica em Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar políticas e diretrizes para o enfrentamento do uso de drogas, elaborados no âmbito do Ministério da Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as estratégias de prevenção elaboradas no âmbito do Ministério da Saúde.
- Assinalar as diretrizes para promover ações de prevenção ao uso de drogas na Atenção Básica em Saúde.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Este estudo é uma pesquisa bibliográfica-documental que, conforme definido por Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), “*é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos*” (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 5). Neste estudo, foram levantados 10 documentos produzidos pelo Ministério da Saúde entre 2007 e 2014, que abordam a questão das drogas. Os documentos são decretos, normas, manuais e diretrizes políticas produzidos pelo Ministério da Saúde e Casa Civil.

O objetivo é analisar o desenvolvimento da abordagem sobre as drogas pelo Ministério da Saúde e os desafios atuais enunciados, principalmente em relação à questão da prevenção às drogas na atenção básica. No intuito de apoiar as análises foi realizado um levantamento bibliográfico em bancos de dados disponíveis *online* (BVS, LILACS, RAP, Index Psi, BDENF Enfermagem) a fim de levantar a produção nacional sobre as drogas enquanto problema de saúde pública, os avanços e desafios alcançados no tratamento e, principalmente, na prevenção às drogas na atenção básica. Os artigos encontrados também serviram de fonte para identificar os documentos de interesse.

Os documentos levantados foram selecionados por intermédio de fontes oficiais em buscas *online* em sites do governo e ministérios, de artigos revisados e de conversas informais com técnicos do Ministério da Saúde – áreas técnicas de Saúde Mental e Departamento de Atenção Básica, ambos da Secretaria de Atenção à Saúde.

Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) propõem os seguintes itens a serem observados na análise documental:

- I. Contexto: primeira etapa de avaliação de um documento, quanto ao contexto histórico e sócio-político e do público a que se destina o texto.
- II. Autor (ou os autores): conhecer quem escreveu um documento permite avaliar a autenticidade e credibilidade do texto, bem como os interesses declarados de quem o escreveu.
- III. Autenticidade e confiabilidade do texto: para a terceira etapa, novamente se faz necessário o conhecimento sobre o autor, pois é preciso averiguar a relação existente entre o autor e o texto.

- IV. Natureza do texto: dependendo do tipo de suporte em que o texto será acessado, seu conteúdo poderá variar enormemente, pois normalmente se destina à públicos distintos e específicos.
- V. Conceitos-chave e a lógica interna do texto: exame do argumento do texto. Atenção à linguagem empregada e regionalismos.
- VI. Análise documental: a análise propriamente dita. Na medida em que outras informações acerca dos dados (título, ano, autor, entre outros) são conhecidas, é preciso debater o documento no intuito de delinear conhecimentos, conceitos e conteúdos.

O quadro I apresenta os documentos selecionados, os autores, o ano e um resumo especificando o conteúdo:

Quadro I: Documentos selecionados para o estudo (2007-2014).

	Título do documento	Autores	Ano	Resumo
1	Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.	Casa Civil	2007	Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências.
2	Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009	MS	2009	Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010)
3	Diretrizes do NASF – Cadernos de Atenção Básica, nº 27	MS	2009	Aborda a atuação das equipes NASF no território, separando-a por temas: saúde mental; saúde da mulher; saúde da criança; alimentação e nutrição; saúde do idoso; práticas corporais e atividade física; práticas integrativas e complementares; e serviço social.
4	Política Nacional de Atenção Básica	MS	2012	Define as diretrizes e orientações do Ministério da Saúde para Estados e Municípios no que concerne às obrigações e responsabilidades das equipes de saúde e gestões estaduais e municipais quanto à Atenção Básica no Brasil.
5	Manual Consultório na Rua	MS	2012	Contextualiza e caracteriza a população em situação de rua no Brasil, define as atribuições da equipe multiprofissional e as especificidades do atendimento, bem como os problemas mais comuns e estratégias de cuidado.
6	Portaria nº 2.681, de 7 de	MS	2013	Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único

	novembro de 2013			de Saúde (SUS).
7	Saúde mental – Cadernos de Atenção Básica, nº 34	MS	2013	Apresenta estratégias de intervenções terapêuticas em saúde mental na Atenção Básica.
8	Caminhos do Cuidado – Manual do tutor/Manual do Aluno	MS	2013	Manual destinado ao tutor/Aluno do curso do Projeto “Caminhos do Cuidado” - Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica.
9	Portaria nº 1.031, de 20 de maio de 2014	MS	2014	Reconhece e habilita programas nos Municípios similares ao Programa Academia da Saúde, mediante cadastro no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB).
10	Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Cadernos de Atenção Básica, nº 39, v. 1	MS	2014	Apresenta ferramentas para a implantação e a qualificação do processo de trabalho das equipes NASF, segundo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

Enquanto tema transversal às políticas públicas de saúde, selecionou-se documentos que versam especificamente sobre o tema e também sobre programas e projetos que têm relação indireta e auxiliam no enfrentamento à drogadição – como no caso dos programas Academia da Saúde e Saúde na Escola. Os documentos foram analisados conforme o tipo de abordagem preventiva predominante, definida pelo Ministério da Saúde em seu Manual de Redução de Danos: a) Primária, que inibe ou impede o consumo; b) Secundária, que promove a mudança do padrão de consumo, reduzindo, evitando ou substituindo práticas de uso; c) Terciária, que trata os danos físicos, psicológicos e sociais do consumo das drogas (BRASIL, 2001 p.25). Na abordagem preventiva adotada, os documentos¹ foram, assim, analisados e classificados, conforme quadro II, a seguir:

Quadro II – Análise e classificação dos documentos conforme abordagem de prevenção às drogas do Ministério da Saúde

Prevenção Primária	Manual Consultório na Rua
Prevenção	Política Nacional de Atenção Básica

¹ Ressalta-se a inclusão de um mesmo documento em mais de uma abordagem de prevenção, pois considerou-se o conteúdo de cada documento analisado.

Secundária	Manual Consultório na Rua
	Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009
	Diretrizes Do NASF – Cadernos de Atenção Básica, nº 27
	Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013
	Saúde mental – Cadernos de Atenção Básica, nº 34
	Portaria nº 1.031, de 20 de maio de 2014
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Cadernos de Atenção Básica, nº 39, v. 1
	Caminhos do Cuidado – Manual do Tutor
	Caminhos do Cuidado – Manual do Aluno
Prevenção Terciária	Saúde mental – Cadernos de Atenção Básica, nº 34
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Cadernos de Atenção Básica, nº 39, v. 1
	Diretrizes Do NASF – Cadernos de Atenção Básica, nº 27
	Manual Consultório na Rua
	Política Nacional de Atenção Básica
	Saúde mental – Cadernos de Atenção Básica, nº 34
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Cadernos de Atenção Básica, nº 39, v. 1

No que se refere à Atenção Primária à Saúde, foram estudados os cursos SUPERA (Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento) e Caminhos do Cuidado. Ambos caracterizam-se como ferramentas fundamentais no enfrentamento à drogadição. Os dois se destinam a públicos distintos e são de iniciativas de diferentes órgãos do governo: o SUPERA da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e o Caminhos do Cuidado do Ministério da Saúde. O SUPERA é citado apesar de não ser do Ministério da Saúde devido ser importante para o aperfeiçoamento dos profissionais de nível superior das equipes do SUS.

Para análise também foram consultados decreto Nº6.286 e portarias Nº1.190, Nº2.286, Nº1.031 que regulamentam as políticas e instituem programas para prevenção das drogas na Atenção Básica, como o Programa Saúde na Escola e o Programa da Academia da Saúde.

4 O PROBLEMA DAS DROGAS

4.1 Breve histórico e conceitos básicos

A Organização Mundial de Saúde define ‘droga’ como sendo “*toda substância, natural ou sintética, capaz de produzir em doses variáveis os fenômenos de dependência psicológica ou dependência orgânica*” (OMS, 2008). A OMS define o uso de drogas como um problema de saúde e esse tipo de abordagem é recente. Nem sempre as drogas foram consideradas um problema e, quando o foram, as ações se deram mais no sentido repressivo e de criminalização do usuário do que de tratamento.

Ainda muito se discute a respeito de terminologias e conceitos mais adequados. De modo geral, podem-se dividir em substâncias ilícitas e lícitas. As drogas ilícitas são substâncias psicoativas ou psicotrópicas cuja produção e comercialização constituem crime; as mais consumidas são a maconha, as inalantes/solventes, a cocaína, crack, merla e bazuka. As drogas lícitas são substâncias psicoativas ou psicotrópicas cuja produção, comercialização e consumo não constituem crime. O consumo de drogas lícitas, especialmente álcool e tabaco, é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil (Brasil, 2001).

O consumo das drogas constitui um fenômeno transversal a todas as sociedades, classes etárias e grupos sociais. Torna-se problema a partir da relação que cada sociedade estabelece com ela. Nas sociedades modernas, o uso de drogas é definido como sendo de **uso**, de **abuso** ou de **dependência**.

Ao se classificar o uso de drogas como de **uso**, significa dizer que o usuário consome de forma administrável qualquer quantidade de droga. No caso do **abuso**, entende-se que ocorre um padrão no consumo, aumentando as possibilidades de consequências que prejudicam o usuário de drogas. O abuso de drogas compreende não somente danos físicos e mentais, mas também sociais (BRASIL, 2011, p.41).

Já a **dependência**, como bem define Pacheco, é classificada como uma enfermidade crônica que provoca alterações fisiológicas, psicológicas e sociais e que se caracteriza por uma tendência compulsiva para o consumo de drogas (PACHECO et al, 2009).

o Ministério da Saúde reconhece três *tipos* de prevenção: a) Primária, que inibe ou impede o consumo; b) Secundária, que promove a mudança do padrão de consumo,

reduzindo, evitando ou substituindo práticas de uso; c) Terciária, que trata os danos físicos, psicológicos e sociais do consumo das drogas (BRASIL, 2001 p.25).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001 p. 24), as abordagens são divididas em quatro *modelos* de prevenção², a saber:

- I. Sanitarista: compreendendo o uso de drogas como epidemia que podem ser enfrentada com intervenções, tais quais a oferta de informações à população;
- II. Saúde Pública: compreendendo o uso de drogas como uma doença que pode ser curada com medicamentos e hábitos saudáveis;
- III. Psicossocial: compreendendo que o consumo de drogas está associado aos fatores psicológicos e sociais para, então, atuar em cada caso mediante intervenções terapêuticas;
- IV. Sociocultural: compreendendo o consumo das drogas dentro de contexto sócio-culturais e promovendo padrões comportamentais mais saudáveis.

Para o enfrentamento as drogas o Ministério da Saúde reconheceu a redução de danos como estratégia de saúde pública e define como estratégias pragmáticas, própria do campo da saúde pública, que visa reduzir os danos causados pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas. Aplica-se aos indivíduos que não conseguem se abster e adotam comportamentos de risco ligados ao uso de drogas(Brasil,2001).

A palavra *droga*, advém do termo holandês *droog*, que significa “*barris de coisas secas*”. O termo foi difundido com as Cruzadas no século XIV, quando os europeus fizeram contatos com outros povos e conheceram diversas substâncias novas, as chamadas *especiarias* (VARGAS, 2001, p. 94). Considerar que o uso de um conjunto específico de substâncias é um problema a ser combatido e tratado é algo relativamente recente na história da humanidade. Há cerca de um século a utilização de qualquer substância psicoativa não era controlada ou reprimida.

Até a década de 20, não havia qualquer regulamentação oficial sobre as drogas ilícitas no País. Esse período, marcado pelo desenvolvimento da industrialização, constituiu-se como o marco inicial no Brasil do controle sobre drogas, e resultou na publicação de uma lei

² É preciso ressaltar a diferença conceitual adotada pelo Ministério da Saúde para *tipos* e *modelos* de prevenção, em que o primeiro refere-se ao tipo de ação adotada para prevenir e o segundo, refere-se à forma como o comportamento de consumo é entendido.

restritiva ao consumo dessas drogas, com punições àqueles usuários “que não seguissem as recomendações médicas”(Inglez-Dias,2014).

O uso social e da criminalização do uso de drogas tem origem no ocidente moderno e está diretamente relacionada à consolidação da atividade médica profissionalizada, nos âmbitos técnico, comercial e social. No âmbito técnico, destaca-se a utilização de substâncias entorpecentes/ psicoativas como anestésico cirúrgico, bem como no tratamento de ex-combatentes de guerra³. Após a guerra civil norte-americana (1861-1865), hospitais empregaram ópio e morfina no tratamento aos feridos, e alguns veteranos de guerra se tornaram dependentes químicos . No âmbito comercial, diversas substâncias psicoativas compunham os produtos médicos amplamente consumidos no Brasil, chamados comumente de elixires ou tônicos. Venda e uso de medicamentos inadvertidos de drogas com alta capacidade de vício fisiológico (principalmente opiáceos) alicerçaram o primeiro contingente significativo de viciados – até mesmo a cocaína era usada terapeuticamente. (MORAIS,1997, p.3).

Com relação ao âmbito social refere-se, principalmente, ao ideário técnico produzido pela medicina para implementação e exclusividade do manejo de políticas públicas da chamada saúde pública. Os médicos legistas e os psiquiatras foram atores centrais na formulação de tal ideário em relação as drogas (MORAIS,1997, p.4).

Sob a égide do discurso médico-farmacológico que orientou o Direito Penal no século XX, entorpecentes são conceituados como

Venenos que agem efetivamente sobre o córtex cerebral, suscetíveis de promover agradável ebriedade, de serem ingeridos em doses crescentes sem determinar envenenamento agudo ou morte mas capazes de gerar estado de necessidade tóxica, graves e perigosos distúrbios de abstinência, alterações somáticas e psíquicas profundas e progressivas. (GRECO FILHO, 2011, p. 3).

No Brasil, no início do século XX médicos legistas e psiquiatras atribuíram ao alcoolismo e aos narcóticos as causas do atraso social que ameaçava a ordem pública e, por isso, recomendavam o controle médico e criminal do uso de drogas (MORAIS, 1997, p. 4). O Decreto-lei 4.294 de 1921 decretou punições aos que comercializavam cocaína, ópio, morfina e seus derivados e a internação aos usuários a fim de “evitar a prática de atos criminosos ou a completa perdição moral”, além de estabelecer mecanismos processuais e de julgamento para esses casos. Em 1934, o Decreto-lei 4.294 foi substituído pelo Decreto-lei 24.505,

³ Éter e cocaína foram as primeiras substâncias anestésicas usadas em cirurgias pela medicina moderna.

consolidando a criminalização do uso e venda de substâncias entorpecentes de modo semelhante à legislação atual (MORAIS, 1997, p. 6).

Quatro anos depois, em 1938, foi publicado o Decreto-lei 891, que aprovou a lei de fiscalização de entorpecentes, reafirmando a condenação do ópio e da cocaína e incluindo nesta classe drogas como maconha e heroína. Quanto ao uso, o documento classificou a toxicomania como doença de notificação compulsória, que não podia ser tratada em domicílio. A internação em hospital psiquiátrico era tida como obrigatória quando determinada pelo juiz, ou facultativa, como indica o artigo 29, parágrafo 1º. do Decreto (BRASIL, 1938).

O Decreto lei de 891, incorporado ao Código Penal de 1941 (Decreto-lei nº3.689 de 03/10/1941) o qual confirmou a opção do Brasil de não criminalizar o consumo e sim o tráfico, correspondia às aspirações do governo Getúlio Vargas para conter comportamentos desviantes, tendo como foco o trabalhador. Entrava em cena o ideal da abstinência como fator de segurança pública, ratificado posteriormente, na década de 70, com a publicação da Lei n.º 6.368/1976, na qual dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Essa lei manteve-se em vigor nas três décadas seguintes, estimulando ações referentes à prevenção e à repressão ao tráfico e ao uso indevido de substâncias entorpecentes causadoras de dependência física ou psíquica. As primeiras décadas do século XX evidenciam que a problemática das drogas no Brasil esteve, em grande parte de sua história, mais conectada às questões de segurança do que às de saúde pública, tendo como enfoque a repressão em detrimento da prevenção. (Machado, Boarini, 2013)

Segundo Eduardo Viana Vargas:

Exceções à parte, tais políticas caracterizaram-se pela criminalização da produção, do tráfico e do uso de drogas com propósitos não terapêuticos e pela crescente ampliação de substâncias consideradas drogas de uso ilícito. Por outro lado, foram os saberes médico-farmacológicos os nominalmente acionados, na grande maioria dos casos, para fundamentarem cientificamente tais políticas de repressão. (VARGAS, 2001, p.54)

A década de 1960 foi decisiva para a difusão do padrão médico-sanitário, sendo o uso de drogas considerado como sinônimo de dependência. Em 1961, a Convenção Única sobre os Estupefacientes (narcóticos) foi apresentada pelos Estados Unidos e, no ano seguinte, a sua Corte Suprema explicitou que o consumidor era um doente e não um delinquente como vinha sendo apontado (VARGAS, 2001).

A Convenção, promulgada no Brasil também em 1961, significou o ingresso definitivo do País no cenário internacional de combate às drogas e de intensificação da repressão. Em

1964, tem-se estabelecida a fronteira entre o modelo sanitário e o modelo bélico opressor de política criminal para usuários de drogas.

Até a década de 80, o consumo de drogas ilícitas não era considerado um problema de saúde pública, as ações de redução da oferta diminuíram os investimentos em saúde pública e em prevenção, concentrando nos âmbitos da justiça e da segurança maior parte dos recursos financeiros. Na segunda metade da década de 80 é que se rompeu o hiato criado entre a segurança e a saúde pública com relação ao uso de drogas, com a constatação da inadequação da estratégia de combate as drogas, diante do aumento tanto da variedade como do uso e a precocidade do consumo de drogas, o Estado brasileiro, com o apoio dos movimentos sociais em prol dos direitos humanos, criou políticas públicas relacionadas as pessoas que usam drogas. No início da década de 90 as drogas foi considerada como problema de saúde pública, desencadeado além de outros fatores pela a epidemia da AIDS, surgiu então uma Política Nacional de Saúde referente ao tema (Machado, Boarini, 2013).

No Brasil, muitos autores tem apontado para uma inadequação das medidas exclusivamente repressivas, sendo necessário políticas integradas, respaldadas por dados científicos que considerem demandas específicas da comunidade, que tenham como metas o controle do consumo, a melhoria das condições sociais e de saúde, a liberdade individual e a contabilização dos custos sociais (BATISTA, 2011).

No século XXI foram, paulatinamente, surgindo mais políticas oficiais de combate ao uso das drogas consideradas ilícitas. Essas substâncias foram sendo consideradas um inimigo interno e externo e sua produção e consumo deveriam ser combatidas nacional e internacionalmente. No Brasil, este problema têm demandado, cada vez mais, a intervenção do poder público, combinado políticas repressivas e de tratamento à drogadição, em uma política nacional que abrange diferentes ministérios.

4.2 Lei da psiquiatria e a mudança de paradigmas ao enfrentamento às drogas

Em se tratando de saúde pública brasileira, a Lei da Psiquiatria (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001) foi o primeiro grande passo para o enfrentamento ao uso de drogas ilícitas no Brasil. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) foram implantados,

estabelecendo uma relação diferenciada com os dependentes químicos. Outras medidas preventivas também foram sendo adotadas por equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) a partir da Reforma Psiquiátrica.

A Lei nº 10.216 dispõe acerca da proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e projeta o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Em 1989, o deputado Paulo Delgado deu entrada no Projeto Lei que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Esta lei é sancionada em 2001 pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, dando novo ritmo para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

Com a promulgação da Lei 10.216 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, a política de saúde mental, alinhada com as diretrizes da reforma Psiquiátrica, passa a se consolidar e ganha maior sustentação. O Ministério da Saúde destinou recursos financeiros específicos para criação de Centros de Atenção Psicossocial na rede territorial com base na lei recém aprovada. Com a Portaria 336 de 2002, são criadas modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de acordo com o porte: CAPS-I, CAPS-II, CAPS-III (funcionando 24 horas), CAPS-AD (álcool e outras drogas) e CAPS-i (crianças e adolescentes). A expansão da rede de CAPS viabiliza a substituição do modelo hospitalocêntrico vigente por redes de atenção especializadas que tem como base o modelo de serviço de atenção diária, como o hospital dia e os núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Nesses serviços ganham expressão novas formas de lidar com o paciente e a comunidade, de modo que o paciente não seja retirado do seu ambiente social, comunitário e familiar. Os serviços passam a ter o papel de intermediar a relação entre o paciente e sua família, comunidade e trabalho.

Os CAPS-AD tem como proposta atender os pacientes que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas de forma integrada com a comunidade e articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatorios, leitos hospitalares, hospitais-dia) e da rede básica de saúde (unidades básicas de saúde, entre outras). Articulam-se, também, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Desta forma, os CAPS-AD buscam atender às múltiplas necessidades dos usuários e utilizam os recursos terapêuticos para promover a reabilitação psicossocial e reinserção social dos usuários atendidos. Profissionais dos CAPS-AD utilizam a abordagem voltada para a diminuição da vulnerabilidade e redução dos fatores de riscos específicos e fortalecimento dos

fatores de proteção, ajudando tanto na prevenção quanto no tratamento, procurando inserir a família, a comunidade e todos os segmentos sociais disponíveis.

Na Lei da Psiquiatria, artigo 6º, determina-se que a internação psiquiátrica somente seja realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. São três os tipos de internação considerados: voluntária com o consentimento do usuário; involuntária a pedido de terceiros; compulsória determinada pela justiça. No Brasil, as políticas e práticas dirigidas para pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas têm suas diretrizes em consonância com a Lei 10.216 que, por sua vez, respalda-se nas propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2004).

4.3 Política Nacional sobre as drogas e o Ministério da Saúde

Considerado “*caso de polícia*” – conforme definido por Souza e Kantorski (2007) – no que se refere ao fluxo e à ação dos órgãos públicos relacionados à política de combate à drogadição no Brasil, o enfrentamento às drogas tem sua atuação centrada no Gabinete de Segurança Institucional – que coordena e integra as ações de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social relacionadas às políticas públicas sobre drogas. Subordinado ao Gabinete de Segurança Institucional está o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), reponsável por organizar e integrar as instâncias nacionais públicas (como as dos Ministérios da Justiça e da Saúde), privadas e não-governamentais para combater o uso e o tráfico de drogas.

O SISNAD, formado pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)⁴ e o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), concentra as políticas públicas relacionadas ao enfrentamento às drogas, tanto pelo ponto de vista jurídico/ criminal, quanto preventivo/ educativo, abrangendo outras instâncias do Executivo Federal. Deverá prescrever “*medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas*”; estabelecer “*normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas*”; e, definir crimes (BRASIL, 2006).

⁴ Muito embora sua estrutura organizacional esteja centrada em órgãos públicos “penalizadores”, a alteração na nomenclatura indica uma mudança significativa do ponto de vista repressor das políticas públicas sobre drogas. SENAD, CONAD e SISNAD eram, respectivamente, chamados de Secretaria Nacional Antidrogas, o Conselho Nacional Antidrogas e Sistema Nacional Antidrogas.

Criada pela Medida Provisória nº 1.669, de 19 de junho de 1998, a SENAD articula e coordena as estratégias de governo centradas em três eixos de ação que permitem:

- a) A realização de um diagnóstico situacional, sobre o consumo de drogas, seu impacto nos diversos domínios da vida da população e as alternativas existentes. Este diagnóstico vem se consolidando, por meio de estudos e pesquisas de abrangência nacional, na população geral e naquelas específicas que vivem sob maior vulnerabilidade para o consumo e o tráfico de drogas.
- b) A capacitação dos atores sociais que trabalham diretamente com o tema drogas, e também de multiplicadores de informações de prevenção, tratamento e reinserção social. Esse esforço tem permitido a formação e a articulação de uma ampla rede de proteção social, formada por conselheiros municipais, educadores, profissionais das áreas de saúde, de segurança pública, entre outros.
- c) A implantação de projetos estratégicos de alcance nacional que ampliam o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade. Também no cenário internacional, o Brasil além de participar dos principais fóruns de discussão sobre o tema vem fomentando a cooperação por meio de acordos com organismos internacionais e com países das Américas, Europa e África. (Ministério da Justiça, 2015).

Promovendo a integração de órgãos e entidades estaduais, municipais e do Distrito Federal, o CONAD é responsável, principalmente, pelo acompanhamento e atualização da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), bem como da gestão dos recursos do FUNAD. Além do ministro da Justiça, do secretário nacional e um representante técnico da SENAD, têm representação no CONAD: a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República; o Ministério da Educação; o Ministério da Defesa; o Ministério das Relações Exteriores; o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; o Ministério da Saúde, sendo um da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; o Ministério da Justiça, sendo um do Departamento de Polícia Federal e um da Secretaria Nacional de Segurança Pública; o Ministério da Fazenda, sendo um da Secretaria da Receita Federal e um do Conselho de Controle de Atividades Financeiras; os Conselhos Estaduais de Entorpecentes ou Antidrogas; organizações, instituições ou entidades nacionais da sociedade civil; e, por fim, profissionais autônomos.

O Ministério da Saúde desenvolve políticas próprias que devem ser acompanhadas e respeitadas pelas orientações elaboradas no SISNAD. O papel do Ministério da Saúde consiste em elaborar normas, acompanhar e avaliar os programas federais que tangem a saúde pública, bem como a implementação de políticas públicas de saúde acerca do tema. O documento “*Ações na área de AIDS e drogas: relatório final*”, do Ministério da Saúde (1999), é claro quanto às atribuições de cada órgão público:

A política do governo brasileiro para o tratamento das questões relacionadas às drogas – lícita e ilícitas –, incluindo o uso indevido, está afeta a três ministérios – Justiça, Saúde e Educação – e a uma secretaria ligada à Casa Militar da Presidência da República – a Secretaria Nacional Antidrogas.

O **Ministério da Justiça** ocupa-se das questões relacionadas ao combate ao tráfico e ao consumo de drogas ilícitas e da regulamentação de assuntos pertinentes à área, atuando através da Política Federal.

O **Ministério da Saúde** é responsável pela elaboração das políticas de prevenção e tratamento do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, que se implementam através de serviços do Sistema Único de Saúde-SUS e de uma extensa rede de instituições privadas, de caráter filantrópico e lucrativo. Essa rede atua sobretudo no campo do tratamento da dependência.

O **Ministério da Educação** atua na prevenção primária do uso, através da proposição de políticas e estratégias de educação para a saúde presentes nos currículos escolares e implementadas pelos sistemas formal e informal de ensino.

A **Secretaria Nacional Antidrogas** – criada recentemente – tem por função a formulação e a coordenação de uma Política Nacional Antidrogas, em seus componentes de repressão ao tráfico, prevenção do uso e tratamento de dependência. Ela substituiu o Conselho Federal de Entorpecentes que, até 1998, funcionava junto ao Ministério da Justiça, com essas atribuições. (BRASIL, 1999, p. 10. Grifo do autor).

Mesmo muitas vezes tratado como uma situação a ser combatida com punições e repressões, o consumo de drogas é compreendido por todas as instâncias que atuam no seu enfrentamento como um fenômeno transversal a todas as sociedades, faixas etárias e grupos sociais.

Para a saúde, a dependência de drogas é considerada um distúrbio multi-fatorial, que muitas vezes segue o curso de uma doença recorrente e remittente crônica. A crença de que a dependência de drogas pode ser considerada uma "doença auto adquirida", com base na livre escolha individual que conduz à primeira experiência com drogas ilícitas, tem contribuído para que o estigma e a discriminação sejam associados à toxicodependência. No entanto, as evidências científicas indicam que o desenvolvimento da doença é resultado de uma interação complexa e multi-fatorial entre a exposição repetida à droga e a alguns fatores biológicos e ambientais (Brasil, 2001a).

A Política Nacional sobre Drogas (PNAD) diferencia o usuário de drogas, o indivíduo que faz uso indevido, o dependente e o traficante e considera importante que sejam tratados diferentemente. Esta política consiste em cinco eixos:

- 1) Prevenção: baseada na filosofia da “Responsabilidade Compartilhada”, orienta-se para a “promoção de valores morais e éticos, da saúde, do bem-estar social, da integração sócio-econômica, do aperfeiçoamento

do sistema familiar e da implementação de uma comunidade saudável” (BRASIL, 2001, p. 13);

- 2) Tratamento, recuperação e reinserção social: Identifica em diferentes etapas o tratamento, a recuperação e a reinserção social, que devem ser permanentemente disponibilizados para usuários que almejam a recuperação;
- 3) Redução dos danos sociais e à saúde: cria estratégias de saúde visando a diminuição de consequências do uso indevido de drogas na medida em que reduz as situações de risco;
- 4) Redução da oferta: também chamada de “repressão”, coordena as ações dos setores governamentais nas três esferas de governo responsáveis pelas atividades de repressão, bem como todos os que, de alguma forma, possam apoiar a sua ação e facilitar o seu trabalho.
- 5) Estudos, pesquisas e avaliações: estimula os estudos, análises e avaliações que permitam oferecer maior eficácia ao sistema responsável pelas ações repressivas, bem como maior conhecimento sobre as drogas e todas as etapas, ações, atividades e processos que a cercam, direta ou indiretamente.

A redução de oferta se pauta principalmente em abordagens repressivas, enquanto a redução de danos respeita a escolha do indivíduo sem discriminação ou julgamento moral. A redução de oferta está relacionado especificamente à segurança dos indivíduos com relação à violência e crimes, decorrentes do tráfico, e bloqueio das drogas vindos do exterior (SOUSA; KANTORSKI, 2007). Cada vez mais cedo crianças e adolescentes estão tendo experiências com algum tipo de droga: álcool, tabaco e solventes, sendo medicamentos e maconha os mais utilizados. Este consumo pode inseri-los na marginalização em virtude de perdas e prejuízos ao se tornarem dependentes químicos. A condição de exclusão na qual usuários de baixa renda se encontram, inclusive de usufruto de seus direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal de 88, já favorecem um contexto de risco à drogadição (SUDBRACK, 1996).

Enquanto política repressiva, caracterizada pelo combate ao uso e tráfico e cuja legislação não teve significativas alterações desde 1934, vigorando o Decreto-lei 891, de 1938, até os dias de hoje com apenas 3 dos seus 65 artigos revogados, é claro o aspecto

retrógrado e pouco moderno do entendimento sobre drogas no Brasil. Zaluar já considerava ineficaz a política repressiva. A autora afirma ser simplório reduzir os problemas em decorrência das drogas apenas a questões de escolaridade, profissionalização ou falta de emprego no mercado de trabalho formal. Profissionais bem remunerados, estudantes universitários de famílias prósperas também são consumidores. A diferença do usuário pobre é que este tem dificuldade no acesso aos serviços de tratamento, como também à defesa, no caso de problemas com a justiça (ZALUAR, 1997, p. 13).

As tentativas de tratar e prevenir o uso de drogas mediante duras sanções penais para os usuários de drogas não tem sido eficazes, pois, os usuários não mudam sua conduta em relação à dependência de drogas, que acarreta alterações neurológicas no cérebro. Os custos para tratamento de prevenção e redução de danos são muito mais baixos se comparados aos custos indiretos causados pela dependência química não tratada (prisões, desemprego, aplicação da lei, consequências para a saúde, entre outros).

Nas últimas décadas surgiram alternativas à tradicional abordagem exclusivamente repressiva às drogas, tais como: a legalização de algumas substâncias, a atenção aos usuários sob a perspectiva de redução de danos e a combinação destas ações. Dada à dimensão do problema na maioria das sociedades mundiais e os poucos recursos disponíveis, deve ser feita uma abordagem clara e coerente para o planejamento de serviços, salientando que existe a necessidade de desenvolvê-los de modo a atingirem o maior número de indivíduos possível e obter o maior impacto ao menor custo, conforme mencionado pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2008, no *Principles of Drug Dependence Treatment*. Isto é mais provável de ser alcançado com amplos serviços de base comunitária de saúde, trabalhando com indivíduos em suas próprias comunidades por longos períodos de tempo.

A ONU (2008) recomenda ações de promoção dos nove princípios, a saber:

- I. Disponibilidade e acessibilidade de tratamento da toxicodependência;
- II. Planejamento, triagem, avaliação, diagnóstico e tratamento;
- III. Tratamento pontual da toxicodependência;
- IV. Tratamento da toxicodependência, direitos humanos, e dignidade do paciente;
- V. Subgrupos visados e condições especiais;
- VI. Tratamento da dependência e sistema de justiça criminal;
- VII. Orientação, envolvimento participação da comunidade com o paciente;

- VIII. Apoios do Governo e criação de clínica destinadas a prestação de serviços voltadas ao tratamento da dependência;
- IX. Sistemas de tratamento: desenvolvimento de políticas, planejamento estratégico e coordenação de serviços.

Estes princípios devem ser priorizados para responder à situação local e às circunstâncias, implementadas em etapas progressivas conforme disponibilidade de recursos e estágios de desenvolvimento do sistema de tratamento. A importância de manter um equilíbrio adequado entre a aplicação da lei e a redução da procura/abordagens de saúde pública foi destacada pela Declaração de Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas (UNGASS), em 1998, e pela Política e Declaração sobre os Princípios Orientadores da Redução da Demanda de Drogas, trazendo à tona uma abordagem global na política de drogas (ONU, 2008). Além disso, nas últimas décadas, importantes avanços têm sido feitos na compreensão da dependência de drogas e de métodos para a sua prevenção e tratamento. Este documento é uma ação conjunta da ONU com a Organização Mundial de Saúde (OMS), visando articular os princípios fundamentais subjacentes para o tratamento eficaz da dependência de drogas.

Segundo a ONU(2008) diferentes pesquisas indicam que os gastos com o tratamento produzem uma economia em termos de redução do número de vítimas de crime, bem como os gastos reduzidos para o sistema de justiça criminal . Vale lembrar que, em tais situações, uma resposta a transtornos por uso de drogas é desenvolvido como "*blocos de construção*", em que as intervenções mais diversas e sofisticadas podem ser desenvolvidas e incorporadas no sistema de tratamento e mais recursos se tornam disponíveis (ONU, 2008).

5 ENFRENTAMENTO À DROGADIÇÃO NO ÂMBITO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

5.1 Prevenção e redução de danos

As diretrizes para política de atenção aos usuários de drogas no âmbito de atuação do Ministério da Saúde estão integradas às propostas elaboradas pela Área Técnica de Saúde Mental/Álcool e Drogas, e articuladas com as demais áreas do próprio ministério. Estão, também, em consonância com os princípios da política mental vigente do Ministério da Saúde, regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2001) sancionada em 6 de abril de 2001, constitui a política de Saúde Mental oficial a mesma para todas as unidades federativas. Esta lei vem sendo o instrumento legal/ normativo máximo em sintonia com as propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2004).

A política do Ministério da Saúde para o enfrentamento às drogas é da prevenção e redução de danos, principalmente entre os mais jovens, uma vez que “[...] *os programas preventivos mais eficazes são aqueles que abordam os aspectos psicossociais associados ao uso de drogas e trabalham as habilidades de resistência ao consumo, bem como as crenças relacionadas a este consumo*” (DE MICHELI ET AL, 2004, p. 311). Assim como também, os autores salientam o papel das habilidades de competência pessoal na prevenção ao uso de drogas.

[...] programas de prevenção deveriam estimular a competência para promover “resiliência” ao uso de drogas, termo que tem sido utilizado para designar a capacidade de resistir às pressões externas e internas que facilitariam o uso de drogas. (DE MICHELI et al, 2004, p. 312).

Visando minimizar riscos e danos associados ao uso e abuso de drogas, estratégias de redução de danos está amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, que define a saúde como direito de todos e dever do Estado, cujas políticas sociais e econômicas devem reduzir o risco de doença e outros agravos, as estratégias de redução de danos devem incluir ações de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde, bem como ofertar “*tratamento para*

dependência e doenças clínicas, vacinação e distribuição de material educativo, preservativos e kits para injeção mais segura” (INGLEZ-DIAS et. al., 2014, p. 148).

Após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde publicou portarias voltadas para a estruturação de rede de atenção em saúde mental. A Portaria GM/336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) define normas e diretrizes para organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, os CAPS-AD. A Portaria SAS/189 de 20 de março de 2002 (MS, 2002) amplia a Portaria GM/336 e cria “os serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004). Com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários, o Ministério da Saúde no âmbito do SUS instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, via Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002 (BRASIL, 2002).

Mediante as multiplicidades de níveis de organização das redes assistenciais, o MS propõe a criação de CAPS-AD com projetos terapêuticos voltados para atenção específica aos usuários de drogas, dentro da perspectiva estratégica de redução de danos e à promoção da saúde, baseando-se em dispositivos comunitários articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Instituídos originalmente pela Portaria Ministerial nº 336/02 – substituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada posteriormente em 21 de maio de 2013 –, esses dispositivos oferecem atendimento diário na modalidade intensiva, semi-intensiva e não intensiva. Com 268 estabelecimentos disponíveis atualmente no Brasil (MAIS, 2015), os CAPS-AD são apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção como internação domiciliar. (BRASIL, 2004).

O advento da AIDS na década de 1980, chamou a atenção para a questão do uso de seringas compartilhadas entre os usuários de drogas. O uso de drogas, especialmente as injetáveis (UDI) possibilita a transmissão do HIV e da hepatite B e C através do compartilhamento de agulhas. O uso de drogas não injetáveis também está ligado à transmissão do HIV através do aumento de comportamentos sexuais de risco.

De acordo com a Organização das Nações Unidas a partilha de material de injeção contaminado é uma das principais vias de transmissão do HIV em muitas regiões, incluindo Europa Oriental, Central, do Sul e do Sudeste Asiático e de alguns países da América Latina (ONU, 2008).

Entre 1994 e 1999, um projeto pioneiro do Ministério da Saúde atuou na prevenção, redução de danos e tratamento para promoção da saúde e prevenção das DST/Aids e do uso indevido de drogas nas escolas. As ações do Projeto de Prevenção às DST/HIV/Aids e ao Uso Indevido de Drogas foram executadas em 15 estados, concentrando esforços onde a incidência de Aids e do uso de drogas era maior (Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Com apoio do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP) e amparado em experiências mais adequadas à “*realidade epidemiológica, social e político-institucional das áreas identificadas como de maior risco*” (BRASIL, 1999, p. 8) no Brasil, o projeto teve duração de 52 meses e estimulou novas alternativas de intervenção e diretrizes em localidades, como os projetos baseados em estratégias de redução de danos. (BRASIL, 1999, p. 9). Baseada em critérios epidemiológicos e de capacidade instalada, dez unidades da federação foram selecionadas para implantação do projeto, prioritariamente: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Bahia e Ceará, com base em critérios epidemiológicos e de capacidade instalada. (BRASIL, 1999, p. 14). Foram cinco linhas de ação:

1. Promoção da saúde e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, com ênfase na aids, e do uso indevido de drogas no ambiente escolar (projetos em escolas), implantado em 10 sistemas públicos de ensino e atingindo 1.347 escolas.
2. Capacitação de pessoal estratégico para o desenvolvimento das ações com implantação e operação de 2 centros de treinamento regionais e 3 centros de referência.
3. Redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas, com 12 projetos implantados e 8 centros de tratamento apoiados.
4. Apoio técnico e financeiro a organizações comunitárias, atuando nas áreas de prevenção, assistência e capacitação de pessoal, com 18 projetos apoiados (projetos comunitários).
5. Estudos de avaliação e pesquisa, com o objetivo de levantar a situação de base, antes das intervenções, produzir subsídios para as ações de prevenção e tratamento e avaliar as ações do PROJETO, com 12 projetos apoiados. (BRASIL, 1999, p 5)

O projeto dividiu-se em três áreas de atuação:

- a) prevenção primária: projetos executados em Escolas, Projetos Comunitários e Centros de Referência, voltados à grupos de risco como crianças em situação de rua, usuários de drogas injetáveis e estudantes de primeiro e segundo graus, com atividades de informação, educação e comunicação;

- b) prevenção terciária (redução de danos): para controlar a transmissão do vírus HIV pelo compartilhamento de seringas, os projetos previam a troca de seringas usadas por um conjunto de prevenção, com seringas esterilizadas, álcool para anti-sepsia, preservativos e material educativo que orientavam o uso limpo dos equipamentos de injeção e informam endereço de serviços de tratamento da droga-dependência, existentes na região.
- c) tratamento: com desenvolvimento de ações de tratamento do usuário de drogas, em regimes variados de abordagem terapêutica e de reinserção social.

No entanto, a ausência de amparo legal dificultou as ações do projeto na medida em que muitos setores compreenderam que ações de redução de danos fomentariam o uso de drogas ao invés de combatê-lo. No entanto, é preciso salientar que *“a experiência internacional não tem confirmado nem o aumento do número de usuários, nem do consumo de drogas em razão da disponibilização de equipamentos esterilizados para limitar o uso compartilhado de seringas”* (BRASIL, 1999, p. 37). Dados preliminares do projeto mostraram que 40% dos usuários de drogas injetáveis atendidos em Porto Alegre solicitaram encaminhamento para o tratamento da dependência.

Outra iniciativa do Ministério da Saúde foi o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (Portaria GM 816, de 30 de abril de 2002), que considera a *“necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários”* (BRASIL, 2004, p. 6). Ainda, considera que *“a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica”* (BRASIL, 2004, p. 23). Nesse sentido, instituída em 2011, pela Portaria nº 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial dedica-se a atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

As ações da Rede de Atenção Psicossocial propostas voltam-se ao respeito da dignidade da pessoa humana, tratando os usuários como cidadãos brasileiros a fim de obter a

promoção de saúde necessária a eles, combatendo os preconceitos e possíveis estigmas, de modo a não deixá-los à margem da sociedade. Assim, objetivam assegurar o acesso de qualidade à assistência médica, psíquica e social, com atendimento multidisciplinar e integralizado, pois a humanização é o foco a ser alcançado com estratégia do autocuidado. É imprescindível reconhecer as necessidades de cada pessoa, tratando-as individualmente, diversificando as estratégias focando no reestabelecimento do assistido em sua integralidade, reinserindo-o socialmente, trabalhando lado a lado com a família e a comunidade.

Por conseguinte, defende-se uma comunicação clara e promoção de ações educativas e, se possíveis, preventivas, pois o consumo de drogas pode trazer transtornos mentais e sociais que carecem de tratamento terapêutico integral. Deve promover o acesso à atenção psicossocial da população nas unidades básicas de saúde, tratando o problema do consumo de drogas como uma questão social, tendo as famílias como ponto de apoio ao tratamento, articulando e integrando os pontos de atenção das redes de atendimento. Em seu art. 4º, são elencados os objetivos da Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011):

- I - Promover cuidados em saúde especialmente grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II - Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III - Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV - Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V - Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI - Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII - Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- IX - Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços através de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. (BRASIL, 2011).

A Rede é composta pela Atenção Básica a Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, bem como de atendimento residencial de caráter transitório e atenção hospitalar, além de estratégias específicas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Contudo, destaca-se o papel da Atenção Básica:

a) Unidade Básica de Saúde - serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Unidade Básica de Saúde como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. (BRASIL, 2011).

Pode-se destacar a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF), adotada pelo Ministério da Saúde como modelo de Atenção Básica, que reforça a concepção de um atendimento integral e humanizado fundamentados na intersetorialidade, descentralização, corresponsabilidade e priorização das comunidades.

5.2 Prevenção e redução de danos na Atenção Básica

Para o Ministério da Saúde, o avanço da Estratégia Saúde da Família e a implantação de novos serviços substitutivos em saúde mental – em especial os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – é um progresso da política de saúde pública brasileira.

Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado com afinco à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises etc. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatorios e da Atenção Básica (AB) em qualquer uma de suas formas. [...] A realidade das equipes de Atenção Básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de Saúde da Família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. (BRASIL, 2004, p. 78-79).

De acordo com informações do caderno Orientações para Proceder Auditoria na Atenção Básica, do Ministério da Saúde, a Atenção Básica é *“um conjunto de ações de caráter individual ou coletivos, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde*

voltados para a promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2004, p. 5).

Um marco histórico na saúde no Brasil foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que possibilitou uma profunda reflexão sobre a política sanitária da época. Um dos avanços significativos da Conferência foi estender a assistência à saúde a toda a população brasileira e a criação do SUS sob a responsabilidade de um só Ministério, com destaque para o entendimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo adotado como prioritário pelo Ministério da Saúde para a Atenção Básica, prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, dos recém-nascidos aos idosos sadios ou doentes de forma integral e contínua, da mulher dona de casa à executiva, do homem sedentário ao atleta (BRASIL, 2004). Ela tem por objetivo a ampliação da cobertura de atenção à saúde da família, atingindo a equidade e melhorando a qualidade de atenção à população em geral (BRASIL, 2004). Enquanto ordenadora da Rede, é dever da Atenção Básica e suas equipes de saúde primar pela integridade da saúde de sua população adscrita.

Implantar programas de prevenção ao consumo de drogas na ESF é tratar o assunto dentro de um espaço de socialização, com núcleo básico de atendimento a fim de lidar com o problema identificando os principais fatores de riscos e criando um vínculo entre assistido, profissionais de saúde e família. No entanto, Schimith & Lima (2004), alertam que, para colocar em prática as mudanças requeridas na Atenção Básica, é importante que as atividades sejam desenvolvidas em equipe e de forma a compartilhar os conhecimentos, concretizando-se em cuidados efetivos.

Lidar com o problema do uso abusivo de álcool e drogas na perspectiva da Atenção Básica requer, portanto, reforçar o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) como base de articulação, que promove a mediação de novas estratégias no âmbito da atenção em saúde de forma universal, mantendo, inclusive, fonte financiadora própria, tal qual carecem as estratégias de redução de danos no Brasil. Neste sentido, ações de promoção à saúde são centrais ao considerar a vulnerabilidade social e o contexto em que o paciente está inserido. Por meio da equipe multidisciplinar é possível o reconhecimento das características e necessidades dos usuários e seus familiares, a fim de implantar programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às realidades diversas. As ações preventivas visam evitar o contato com as drogas e, quando esse contato já foi estabelecido, promover estratégias de redução dos danos, para prevenção à danos maiores.

Nesse sentido, por meio do trabalho de prevenção e redução de danos realizado na Atenção Básica é possível identificar as peculiaridades e subjetividades contidas no tema, nos resultados dessa dissertação estão assinalados as ações específicas da Atenção básica para prevenção ao uso de drogas ilícitas, lembrando que:

O consumo de drogas não atinge de maneira uniforme toda a população e sua distribuição é distinta nas diferentes regiões do país, apresentando inclusive diferenças significativas em uma mesma região, tanto nos aspectos sociais quanto nas vias de utilização e na escolha do produto. (BRASIL, 2004, p. 26).

5.3 Dados sobre o uso de drogas

Dados do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Obid/Senad), coletados e publicizados no II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em 2005, mostram que o número de pessoas que afirmaram já ter usado algum tipo de droga passou de 19,4%, em 2001, para 22,8% quatro anos depois, *“o que corresponde a uma população estimada de aproximadamente 11.603.000 pessoas, excluindo-se da análise o álcool e o tabaco”* (OBID, 2005). Realizada em todos os estados e no Distrito Federal (107 municípios com mais de 200 mil habitantes, e Palmas/TO), a pesquisa também revelou que maconha, benzodiazepínicos e estimulantes foram as drogas cujo aumento no uso foi mais relevante e considera imprescindível que campanhas de prevenção e redução de danos sejam fortalecidas.

Pode-se notar que para três drogas houve aumento importante (Maconha, Benzodiazepínicos e Estimulantes) quando se excluem da análise Álcool e Tabaco. Isto denota que não se pode deixar de lado nas campanhas de prevenção os medicamentos, como: Ansiolíticos (Benzodiazepínicos) e Anorexígenos (Estimulantes). (OBID, 2005)

Como o próprio Obid aponta: “ao contrário da alta prevalência observada por outros estudos realizados pelo Cebrid como, por exemplo, entre estudantes (15,5%) [2004] e meninos de rua (44,4%) [2003] o uso na vida de Solventes aumentou de 5,8% em 2001 para 6,1% em 2005” (OBID, 2005).

Em 2010, a Senad publicou o primeiro levantamento nacional para averiguar o uso de álcool e drogas entre universitários brasileiros. Foram entrevistados 18 mil estudantes em 100 instituições de ensino diferentes, tanto públicas quanto privadas. Os resultados apontaram que

quase metade (48%) dos estudantes alegaram já terem feito uso de algum tipo de substância na vida – sendo maconha a mais consumida e os anfetamínicos e tranquilizantes em segundo e terceiro lugares, respectivamente (OBID, 2010).

A pesquisa do Obid também avaliou os fatores de risco.

Este estudo destacou a exposição a fatores de risco como sexo desprotegido e beber e dirigir. 18% dos estudantes responderam terem dirigido sob efeito do álcool nos 12 meses anteriores, e 12% sob efeito de mais de 5 doses. 27% pegaram carona com colegas alcoolizados no mesmo período. Em relação ao sexo de risco, 8% relataram não terem usado nenhum método contraceptivo nas relações dos últimos 30 dias. (OBID, 2010)

O Obid aponta que o consumo de álcool, tabaco e outras drogas é maior entre os universitários do que na população em geral. Dados levantados por pesquisa do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) em 1997 – que desde 1987 monitora o consumo de drogas por crianças e adolescentes em São Paulo – mostraram que o consumo tem se iniciado cedo: *“51,2% dos estudantes pesquisados já tinham usado álcool antes dos 12 anos de idade; 11,0%, tabaco; 7,8% solvente; 2,0%, ansiolíticos e 1,8%, anfetamínicos”* (BRASIL, 1999, p. 17).

Considerando que 22,8% da população brasileira já fez uso de substâncias ilícitas ao menos uma vez na vida, conforme dados do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (OBID, 2005, p. 33), o consumo de drogas entre pessoas em situação de rua é mais alto do que na população em geral: cerca de 35,5% das pessoas que vivem nas ruas é por problemas de alcoolismo e/ou drogas, segundo perfil epidemiológico traçado em 2007 (BRASIL, 2012). Assumindo que o risco de uso e abuso de drogas é maior dentre este grupo populacional, os outros 64,5% correm mais risco de também se tornarem usuários eventuais e/ou abusivos.

Os meninos em situação de rua são, em várias partes do mundo onde o comportamento foi estudado, o grupo populacional em que se encontraram as mais altas taxas de prevalência de uso de drogas. Em nosso País, o Cebrid encontrou, em 1993, que das crianças estudadas em situação de rua, de cinco grandes cidades brasileiras, entre 57,0% e 90,5% consumiram drogas pelos menos uma vez na vida, e entre 23,5% e 76,0% as utilizavam frequentemente. As drogas mais consumidas por essas crianças eram o tabaco (acima de 70% de uso diário), os inalantes (entre 24% e 42%), a maconha (entre 10% e 25%) e o álcool (6% a 30%). O uso de cocaína foi encontrado apenas nas cidades da Região Sudeste, onde alcança a taxa de 4,5% a 6% de uso diário, e o de anticolinérgicos, na Região Nordeste (8% a 18%). O uso de medicamentos tinha tomado sérias proporções em Fortaleza, entre esses menores: passou de 25,5% de uso diário em 1989, para 42,0% em 1993. (BRASIL, 1999, p. 15).

As estratégias de redução de danos tornaram-se uma importante ferramenta de abordagem das populações em situação de rua pelas equipes de saúde, seja nos Consultórios na Rua, seja nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2012, p. 73).

Para Ana Regina Noto, houve poucas mudanças no panorama geral do consumo ao se analisar as pesquisas realizadas no Brasil desde 1987. A autora alerta para problemas na rede pública de saúde em relação ao atendimento aos usuários de drogas.

No levantamento de 2003 foram observadas negligências sérias de várias questões de saúde e cidadania. Por exemplo, embora 44,3% dos entrevistados tenham relatado o desejo de parar ou reduzir o consumo de drogas, apenas 0,7% procuraram ajuda em postos de saúde ou hospitais, mostrando a dificuldade de acesso ao sistema de saúde. As principais referências mencionadas foram as instituições que atendem diretamente a essa população. No entanto, a fragilidade da rede de assistência é evidente. Das 70 instituições mapeadas nas seis capitais pesquisadas em 1997, apenas 11 permaneciam atuantes em 2003. (NOTO, 2003, p. 1)

O Relatório Final do Projeto de Prevenção às DST/HIV/Aids e ao Uso Indevido de Drogas, do Ministério da Saúde (1999), afirma que, além da diminuição da produtividade e as mortes prematuras, *“o custo imposto pelo uso de drogas psicoativas corresponde, em seu conjunto, a 7,9% do nosso Produto Interno Bruto (PIB), ou seja, cerca de vinte e oito bilhões de dólares ao ano”* (BRASIL, 1999, p. 15). A maior parcela desta quantia destina-se ao tratamento de dependência do álcool e tabaco, porém casos de abuso de drogas ilícitas também oneram o orçamento público. Em um intervalo de quatro anos (1993 a 1997), as internações hospitalares (pagas pelo SUS) para tratamento classificado ‘dependência de droga’ (CID 304) duplicaram – seus gastos totais passaram de cerca de 900 mil dólares ao ano para quase três milhões (BRASIL, 1999).

Em 1993, pesquisa realizada pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo constatou que:

[...] 10% a 15% da força de trabalho [...] tem problemas de dependência de drogas e/ou álcool e [...] solicitou três vezes mais licenças médicas; esteve envolvido em 15% a 30% [...] dos acidentes de trabalho ocorridos no período estudado; foi responsável por 50% do absenteísmo; e utilizou um número oito vezes maior de diárias hospitalares, comparativamente aos demais trabalhadores. As famílias dos trabalhadores com problemas de dependência química utilizaram três vezes mais serviços de assistência médica e social, em relação à média geral. (BRASIL, 1999, p. 15)

Já em 2004, o Ministério da Saúde atestou que os gastos anuais com média e alta complexidade referentes a transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas foi de mais de 32 milhões de reais. A publicação salienta a grande diferença entre drogas ilícitas e lícitas (álcool), apontando que as políticas públicas devem centrar ainda mais esforços em políticas de prevenção às drogas lícitas (BRASIL, 2004, p. 19 e 20). Entretanto, mesmo com o aumento do gasto anual (em 2009 o gasto foi de cerca de 58 milhões e 270 mil reais), a expansão da Rede de Assistência Psicossocial com implantação dos CAPS-AD, bem como a prevenção precoce e atuação por meio de intervenções breves tiveram efeitos positivos, não apenas aos usuários de álcool, mas ao enfrentamento de todo tipo de droga – legal ou não – e no orçamento da União, uma vez que 36,30% dos leitos hospitalares psiquiátricos de baixa qualidade assistencial foram fechados entre dezembro de 2002 e 2010 (BRASIL, 2011e, p. 16).

Os gastos Federais do Programa de Saúde mental tiveram aumento real no período entre dezembro de 2002 e 2009. O ano de 2006 ficou marcado com um fato histórico – nele, pela primeira vez, os gastos federais extra-hospitalares do Programa de Saúde Mental ultrapassaram os gastos do Programa com hospitais. Isto significou uma efetiva reorientação do financiamento, seguindo a mudança do modelo de atenção à saúde mental. (BRASIL, 2011e, p. 19).

Ademais, políticas de educação e informação em saúde (estratégias pouco exploradas no Brasil) são fundamentais no combate à drogadição e nos resultados positivos de futuros levantamentos, como salienta Sanchez et. al. em pesquisa sobre como a informação pode influenciar no uso de drogas entre jovens e adolescentes (entre 16 e 24 anos) em situação de risco. Do universo pesquisado, 51,61% alegou que era não-usuária e que o principal motivo era a informação a que tiveram acesso. Como principal forma de acesso a essa informação, a família foi apontada em primeiro lugar, seguida por experiência com amigos e mídia. Entre os respondentes usuários de drogas prevaleceu a falta de informações e conhecimentos vagos a respeito do tema (SANCHEZ et. al., 2010).

6 RESULTADOS E ANÁLISES: A AGENDA DA SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA DROGADIÇÃO

Diferentes alternativas de enfrentamento às drogas têm surgido no âmbito das políticas de saúde brasileiras. O decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, que institui a Política Nacional sobre Drogas (Pnad), visa *“orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de danos, levando em consideração os determinantes de saúde, entendidos como: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico”* (BRASIL, 2001 p.18).

No âmbito da Atenção Básica, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo estratégias, programas e ações tais como: os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), o Programa Saúde na Escola (PSE), o Programa Academia da Saúde (PAS), os Consultórios na Rua (CnaR) e as Intervenções Breves (IB). A medicina de família e comunidade insere-se em um dos projetos de reforma em saúde compondo uma das ideologias sanitárias elaboradas na segunda metade do século XX. A partir da década de 1970 no México, de 1980 em Cuba e de 1990 no Brasil sua inserção vem se deslocando para os serviços de saúde (BRASIL, 2005).

No primeiro nível de atenção, as Intervenções Breves (IB) foram identificadas como técnica assertivas na detecção do consumo prejudicial de substâncias psicoativas.

As IB são capazes de motivar os pacientes a efetuarem mudanças e de sensibilizá-los a buscarem tratamento, quando necessário. A técnica consiste basicamente na identificação do problema e na disponibilização de conselhos e orientações, sendo possível o monitoramento periódico de metas individuais acordadas de redução/cessação do consumo. As IB demandam pouco tempo e podem adequar-se facilmente às rotinas dos serviços da APS. (RAMALHO, 2011, p. 208).

O Ministério da Saúde em Saúde mental- cadernos de Atenção Básica, nº 34 do ano de 2013(Quadro I), orienta que as intervenções breves – normalmente indicadas aos usuários em uso abusivo de drogas – podem durar de cinco a 30 minutos, com etapas curtas, aplicadas em sequência, a saber: identificação e dimensionamento dos problemas e dos riscos; a oferta de aconselhamento, orientação e/ou monitoramento de compromissos assumidos pelo usuário. É uma primeira ferramenta a ser utilizada pelo profissional de saúde para que o paciente possa contar seu sofrimento a um interlocutor com disponibilidade e atenção para ouvir o que tem a dizer. Assim, tornar-se possível fortificar uma relação de vínculo e empatia. (BRASIL, 2013).

Jucá, Nunes e Barreto (2009) destacam que ainda existem muitas dificuldades a serem resolvidos para tornar mais eficiente a atuação profissional junto aos usuários. Contudo, as autoras ressaltam que as angústias profissionais que giram em torno do despreparo técnico, da falta de aporte na bibliografia para diagnósticos mais precisos e também na pluralidade de identificação e nomeação do sofrimento psíquico dos usuários não devem ser interpretadas como fatores desmotivacionais ou de apatia profissional (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009, p. 181).

A prática de cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas no PSF deve priorizar medidas seletivas de prevenção e de prevenção primária por meio de ações de promoção da saúde envolvendo o indivíduo, as famílias, os grupos e a comunidade na criação de condições de redução da demanda de oferta de drogas. Sendo que, o que deve fazer a diferença na atuação do PSF é a criatividade, a inovação, a qualidade, a integralidade e a singularidade da assistência oferecida pelos profissionais da equipe de saúde. (BARROS; PILON, 2006, p. 1).

Neste sentido, o Departamento de Atenção Básica vem desenvolvendo ações e/ou adequando programas já existentes que acompanhem essas diretrizes, como o Programa Saúde na Escola, instituído em 2007 (Decreto nº 6286), o Programa Academia da Saúde, de 2011 (Portaria nº 2.681) e os Consultórios na Rua (Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011).

A drogadição tem questões específicas que demandam qualificação permanente por parte dos profissionais que lidam com esses usuários e suas famílias. Situações imprevisíveis e, muitas vezes, violentas, podem surgir devido à abstinência. Ganham destaque, as estratégias de educação permanente como o curso Supera, ou “Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento”, desenvolvido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e destinado aos profissionais de nível superior das equipes de saúde da família (eSF) e de atenção básica (eAB) do SUS, e o recém criado Caminhos do Cuidado, criado com a contribuição de agentes comunitários de saúde para profissionais de nível técnico e médio das eSF e eAB.

Ramalho (2011) salienta que *“o treinamento em técnicas específicas e a disponibilização de diretrizes clínicas estatais podem auxiliar os profissionais a detectar precocemente problemas e a estruturar os serviços devidamente”* (RAMALHO, 2011, p. 209). Os cursos são realizados em parceria entre departamentos do Ministério da Saúde (Departamento de Atenção Básica e Departamento de Saúde Mental) com vistas a capacitar os

profissionais da ESF que lidam com a realidade de suas comunidades. Desde a publicação, em 2002, da Política Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde vem fortalecendo “*um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, o que garante às pessoas com transtornos mentais acesso a todos os serviços de saúde disponíveis às comunidades em que vivem, inclusive às Unidades de Saúde da Família*” (BRASIL, 2009, p. 40).

a. Curso Supera

Iniciado em 2006, o curso Supera é oferecido na modalidade à distância. Foi originalmente destinado aos profissionais de nível superior das equipes de saúde do SUS, em especial os que atuam em CAPS-AD. Sua abrangência foi estendida às equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) quando no sétimo módulo foi introduzido, em 2009. Sua meta é qualificar em técnicas de detecção precoce e intervenção breve todos os profissionais de nível superior que atuam na Estratégia Saúde da Família no Brasil por meio de agentes multiplicadores. A intenção é que o material disponibilizado seja transmitido àqueles profissionais que não se inscreveram ou que não conseguiram uma vaga, para que todos tenham condições de atuar no enfrentamento às drogas de maneira assertiva.

Fazem parte do escopo do curso: O uso de substâncias psicoativas no Brasil (epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais); Os efeitos no organismo; A detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência; As intervenções breves para casos de uso de risco; Os encaminhamentos para média e alta complexidade; As redes comunitárias e de saúde no atendimento aos usuários; e, a detecção e o atendimento de usuários na atenção básica. Para se ter uma ideia do seu alcance, em sua sétima edição, segundo o site do curso, irá oferecer dez mil vagas. Na proposta, são reforçados três pontos fundamentais destinados à prevenção e ao tratamento:

A identificação do padrão de uso de drogas psicoativas dos pacientes acolhidos na rede por meio do auxílio de instrumentos de triagem e diagnóstico; a realização de procedimentos de intervenção breve para usuários que estejam na faixa de uso de risco; o correto encaminhamento de pessoas que apresentem dependência de álcool e drogas para tratamento adequado, quando houver demanda que exija intervenções de maior nível de complexidade, como internação, por exemplo. (BRASIL, 2009, p. 45).

Possui carga horária de 120 horas e sete módulos: Módulo 1 – O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais; Módulo

2 – Efeitos de substâncias psicoativas no organismo; Módulo 3 – Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas; Módulo 4 – Intervenção breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas; Módulo 5 – Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas; Módulo 6 – As redes comunitárias e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas; Módulo 7 – A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde.

b. Projeto Caminhos do Cuidado

O Projeto Caminhos do Cuidado foi lançado em 2013 pelo Ministério da Saúde e consiste em uma formação em saúde mental, especificamente para crack, álcool e outras drogas ilícitas. Diferentemente do Curso Supera⁵, o Projeto Caminhos do Cuidado é destinado a profissionais de nível médio e técnico das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB), ou seja, agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem. O projeto envolve os Departamentos de Atenção Básica (DAB/SAS), de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGETS) e de Atenção Especializada e Temática, por meio da Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CGMAD/DAET/SAS) do Ministério da Saúde, além da articulação entre diversas instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) e Escolas de Saúde Pública.

Sua meta é audaciosa e pretende capacitar todos os profissionais dessas categorias – quase 300 mil alunos. Para tanto, estão sendo formados 1.200 tutores que ministrarão o curso, na modalidade à distância. O projeto trabalha com a quebra da lógica do “*especialismo*” no cuidado em saúde mental, propondo uma convergência da atenção que envolva diversas áreas e setores e, ainda, promova a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) em seus propósitos, uma vez que os profissionais da Atenção Básica passam a dispor de ferramentas para o acolhimento dos usuários e se tornam multiplicadores dessa linha de cuidado.

Outro potencial do projeto é o fortalecimento das próprias gestões estaduais, dos agentes comunitários de saúde e da atenção básica nas RAPS, como um todo, nos territórios.

⁵ Embora de escopos similares, o Curso Supera e o Projeto Caminhos do Cuidado se destinam a públicos distintos e são iniciativas de diferentes órgãos do governo: o primeiro, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e o segundo, do Ministério da Saúde.

Embora a extensão do público e do território seja desafiador, a questão da descentralização e articulação com os gestores, o curso acumulará expertise entre seus tutores e alunos com possibilidade real de ampliação de projetos de enfrentamento da drogadição a partir das experiências reais, trazidas pelos profissionais da ponta.

Para análise do conteúdo foram revistos o Manual do Tutor e o Manual do Aluno lançados em 2013 pelo Ministério da Saúde(Quadro I).

c. Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foram instituídos por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com a missão de apoiar e ampliar as ações da Estratégia de Saúde da Família. As equipes Nasf devem ser constituídas por profissionais de diferentes formações e áreas do conhecimento, “*compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das eSF*”. (BRASIL, 2009, p. 7). A composição das equipes NASF varia de acordo com a necessidade local de cada UBS considerando, também, as especificidades da comunidade – por exemplo, uma comunidade que possui muitos casos de obesidade e outras doenças crônicas (diabetes e hipertensão, por exemplo), a equipe NASF deverá possuir um profissional de nutrição dentre seus membros.

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASF, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (BRASIL, 2009, p 7)

O trabalho das equipes do NASF prestam apoio às equipes de referência, contribuindo para resolutividade e orienta-se por ferramentas e instrumentos de trabalho pré-definidos, testadas e aprovadas por projetos práticos como, por exemplo, o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido

em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. (BRASIL, 2009, p. 27)

Representando um trabalho em conjunto entre toda a equipe em benefício da saúde de um usuário e sua família, ou mesmo para um grupo específico de usuários, o PTS se desenvolve em quatro momentos: diagnóstico, definição das metas (de curto, médio e longo prazos), divisão das responsabilidades e avaliação. No diagnóstico, o acolhimento e a escuta são fundamentais e favorecem o vínculo. Nesta etapa, é importante também “*identificar as necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades mais relevantes de quem busca ajuda*”. (BRASIL, 2013, p. 56) A valorização das potencialidades “*permite a ativação de recursos terapêuticos que deslocam respostas estereotipadas, favorecendo a emergência de novos territórios existenciais e a reconfiguração daqueles já vigentes*”. (BRASIL, 2013, p. 56). Para além das dimensões subjetivas, é imprescindível mapear o contexto social e histórico, bem como o que já foi realizado com o usuário em termos de tratamento terapêutico.

Outra ferramenta utilizada pelo o NASF é o Projeto de Saúde no Território(PST), uma estratégia das equipes da Saúde da Família e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de formar e investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades. Identifica uma área e/ou população vulnerável ou em risco, por exemplo alta prevelência de consumidores de drogas(Brasil,2009).

Para análise do conteúdo foram revistos três documentos cadernos de Atenção Básica nº 27, 34 e 39 cada um com suas especificidades específicas, em períodos diferentes nos anos de 2009, 2013 e 2014 (Quadro I).

d. Consultório na Rua

Instituída pelo Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua é uma resposta ao aumento dessas populações nas cidades brasileiras.

“Faz parte do esforço de estabelecer diretrizes e rumos que possibilitem a (re)integração destas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, o

acesso pleno aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros, o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno, considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência do espaço público da rua. Para tanto, vale-se do protagonismo de movimentos sociais formados por pessoas em situação de rua, entre outras ações que contribuam para a efetivação deste processo.” (BRASIL, 2008, p. 4)

A população de rua está exposta a diversas intempéries que aumentam a sua vulnerabilidade social. Transtornos psíquicos, doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose e uso de drogas são os problemas frequentes. Frente ao aumento do consumo de substâncias psicoativas foram lançados, em 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD, 2009-2010) seguido do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC, 2010) visando intervir nas causas e consequências do uso excessivo e prejudicial de álcool e outras drogas (TONDIN; NETA; PASSOS, 2013). Instituídos, respectivamente, pela Portaria Ministerial nº 1.190, de 4 de junho de 2009, do Ministério da Saúde, e pelo Decreto Presidencial nº 7.179, de 20 de maio de 2010, da Presidência da República, PEAD e PIEC diferenciam-se, principalmente, na sua abrangência. PEAD visa

- I - Ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS);
- II - diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; e
- III - construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários. (BRASIL, 2009a).

Já o PIEC é instituído para além das ações no âmbito da saúde, integrando e articulando permanente as *“políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas (PNAD)”* (BRASIL, 2010).

Como estratégia integrante do PEAD, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, lançou os Consultórios de Rua, com o objetivo de *“reduzir, por meio de ofertas de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço de rua, a lacuna assistencial histórica das*

políticas de saúde voltadas para o consumo de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua” (TONDIN; NETA; PASSOS, 2013).

Advindo de um projeto piloto em Salvador, realizado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) em parceria com a prefeitura municipal de Salvador desde 1999, os Consultórios de Rua tinham como princípios norteadores o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade. Entretanto, compreendendo que o projeto carecia de adequações para o atendimento integral às populações em situação de rua por equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB), o Departamento de Atenção Básica e a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, ambas do Ministério da Saúde, adaptaram seus projetos originais de equipes de Saúde da Família sem domicílio e Consultório de Rua e instituiu os *Consultórios na Rua*, em que as equipes possuem uma conformação especial e horários diferenciados, com necessidades de trabalho específicas – insumos, ferramentas, conhecimentos técnicos e saberes – e se configuram em uma modalidade de equipe de Atenção Básica. São equipes itinerantes, que devem respeitar as regras sociais e psicodinâmicas das ruas (como horários e locais mais frequentados) de modo a acessar o maior número de usuários possível na medida em que vão ao seu encontro. Atualmente, segundo dados do Observatório Crack, do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, existem 129 Consultórios na Rua em funcionamento no Brasil. (OBSERVATÓRIO, 2015).

Considerando que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vê o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, com vistas a sua atenção integral, as populações em situação de rua são definidas pela PNAB como:

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, 2012, p 13)

Estabelecidos na PNAB, os Consultórios na Rua (CnaR) são parte da Rede de Atenção Psicossocial, componente Atenção Básica, e são formados por equipes multiprofissionais, cujo atendimento é dado *in loco*, ou seja, no local em que essas populações se encontram e/ou vivem, com atividades itinerantes – compartilhadas e integradas às UBS, NASF e, se necessário, aos CAPS (em todas as suas variações) (BRASIL, 2012).

Para análise do conteúdo foram revistos os seguintes documentos: Manual Consultório na Rua lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2012, Portaria nº 1190, de 4 de junho de 2009 que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS, documento sobre Política Nacional de Atenção Básica de 2012(Quadro I). Como também outros textos complementares.

e. Programa Saúde na Escola

A prevenção nas escolas foi motivada pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) ao reunir, em 1970, vários países para debater o uso de drogas e sua prevenção. Nessa reunião foi dada ênfase à escola como um espaço privilegiado para atividades de prevenção. Segundo Brito et. al.(2008):

A adolescência caracteriza-se por profundas transformações de natureza física e psicológica ocorrentes na vida dos indivíduos, refletidas tanto no âmbito familiar quanto no sociocultural nos quais esses adolescentes estão inseridos. (BRITO et. al., 2008, p. 190)

Os autores citam a transição entre a infância e a adolescência como um momento de conflito interno, em que os papéis sociais estão se adaptando às mudanças fisiológicas e psicológicas.

A visão biologistica é insuficiente para compreender o amadurecimento do indivíduo nesta etapa do crescimento e ensaios científicos demonstram que os jovens não possuem informações suficientes para assegurar comportamentos sexuais livres de risco. Portanto, estratégias que possam causar impacto nesta clientela são de suma importância para a melhora da qualidade de vida. Por isso, a escola pode ser o espaço crucial para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades junto aos alunos e à comunidade, tornando possível a aquisição de hábitos de vida que venham a promover a própria saúde. (BRITO et. al., 2008, p. 191)

Instituído pelo Decreto nº 6286, de 5 de dezembro de 2007, o Programa Saúde na Escola (Quadro I) é uma parceria entre os ministérios da Saúde e Educação que visa “*a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde*” (BRASIL, 2007). O Programa vai ao encontro da Política Educacional e dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), que conceituam a educação como um exercício de cidadania e voltada à melhoria da qualidade de vida. Dentre os objetivos do PSE destacam-se a promoção da saúde e da cultura da paz entre os educandos,

a construção de sistemas de atenção social focados na promoção da cidadania e dos direitos humanos e o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde.

Em consonância com seus objetivos, as ações em saúde previstas no PSE devem considerar a prevenção do consumo do álcool e outras drogas. Como afirma Büchele, Coelho e Lidner (2009):

É imprescindível procedermos a um diagnóstico da situação do consumo de drogas nas comunidades, nas escolas, entre outras. A educação preventiva deve ser integrada a outros programas educacionais e considerar os programas sociais e de saúde, delimitando claramente suas ações. (BÜCHELE; COELHO & LIDNER, 2009, p. 269).

Assim, as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica que aderirem ao programa devem analisar o contexto sociocultural em que a escola está inserida e elaborar estratégias de enfrentamento de drogas conforme a realidade dos educandos, com o apoio pedagógico dos professores em uma parceria intersetorial.

f. Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde é um programa do governo federal, instituído em 2011 e redefinido em 2013, pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013(Quadro I), que teve como base fundamental o programa recifense Academia da Cidade. Dentre suas diretrizes, destaca-se o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial visando o enfrentamento da dependência de crack e outras drogas. Como programa precursor, com mais de dez anos de experiência local a Academia da Cidade em Recife realiza ações vinculadas a CAPS-AD, colocando em prática orientação da Rede de Atenção Psicossocial em utilizar a atenção básica como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

Para a Eliane Jany Barbanti, “*encontrar um programa de condicionamento físico que seja adequado à pessoa, sempre é de interesse no tratamento da adição*”. (BARBANTI, 2012, p. 3). A autora realizou uma pesquisa com 141 pessoas, entre dependentes químicos e depressivos, que comprovou melhora nos aspectos da qualidade de vida (capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental) em todos os pacientes.

Além disso, o exercício físico alivia e reduz o estresse, libera endorfinas (antidepressivos naturais), melhora o humor e promove interação com outras pessoas. Ao mesmo tempo, a fundamentação do Programa Academia da Saúde é clara no que diz respeito

a não exclusividade de ações do Programa às atividades físicas. É claro o entendimento do Ministério da Saúde de que as Academias da Saúde devem ser espaços de protagonismo social, local e comunitário que buscam revitalizar áreas em situação de vulnerabilidade social, com protagonismo dos sujeitos, participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde.

Como um projeto que integra ações da atenção básica, da vigilância em saúde e da promoção em saúde, o Programa prima pela intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações, interdisciplinaridade na produção do conhecimento e do cuidado, integralidade do cuidado, intergeracionalidade e territorialidade, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde (BRASIL, 2013). Embora intersetorial, ele faz parte da Rede de Atenção à Saúde como um dos componente da Atenção Básica, configurando-se como outro dispositivo de entrada do Sistema Único de Saúde, tal qual as Unidades Básicas de Saúde. O programa incentiva a implantação de polos em locais onde há espaços públicos subutilizados ou grande incidência de violência. Podendo ser praças, quadras de esporte, campo de futebol, parques municipais, ou outras localizadas de natureza semelhante, os polos passam por uma reestruturação de forma a adequá-los às necessidades do programa. Assim, dotados de estrutura física adequada, equipamentos e profissionais qualificados, os polos da Academia da Saúde são espaços públicos de promoção da saúde com cronograma de atividades que compreende desde práticas corporais e atividades físicas até ações de educação em saúde e inclusão social.

O Programa Academia da Saúde adota uma concepção ampliada de saúde e estabelece como ponto de partida o reconhecimento do impacto social, econômico, político e cultural sobre a saúde. Por isso, apesar do nome, o Programa não se restringe a realização de práticas corporais e atividades físicas e promoção da alimentação saudável. Mais do que isso, os polos foram concebidos como espaços voltados ao desenvolvimento de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais e que adotam como valores norteadores de suas atividades o desenvolvimento de autonomia, equidade, empoderamento, participação social, entre outros. (SOBRE, 2015).

As perspectivas são positivas. O programa já alcançou 2.660 municípios, em todas as Unidades da Federação no Brasil, e pretende habilitar outros 4.800 polos até o final de 2015. Ademais, foi lançada a nova Política Nacional de Promoção da Saúde (PNSP) com a portaria nº 1.031, de 20 de maio de 2014(Quadro I), que visa, dentre outras ações, assegurar o acesso da população, sobretudo às mais vulneráveis, à educação em saúde, à melhoria da qualidade de vida e ao envelhecimento saudável, ações que estão na base de sustentação do trabalho de

enfrentamento às drogas. A nova PNSP amplia a ação do Programa Academia da Saúde na medida em que garante a implantação de mais de três mil pólos do Programa que já estão habilitados e aguardam liberação de recursos. Lembrando que o Programa é responsável pela melhora de hábitos saudáveis na população atendida, aberto ao público e muito procurado por comunidades com altos índices de violência, tráfico e consumo de drogas.

Outra ação importante, porém com menor abrangência e ainda em fase de experimentação, é a ação *#tamojunto*, de prevenção ao uso de drogas nas escolas para adolescentes entre 11 e 14 anos. A ação é parte do “*Programas de Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas em Escolas e Comunidades*”, da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde e visa instrumentalizar adolescentes com habilidades e recursos específicos para que possam lidar com influências sociais, adquirindo conhecimento sobre drogas e suas consequências para a saúde. O projeto busca a disseminação de informações com base no modelo de influência social global, valorizando aspectos individuais cognitivos dos adolescentes e o pensamento crítico frente às informações fornecidas. A proposta é pontual, com doze aulas semanais de 50 minutos.

7 CONCLUSÕES

O debate histórico do tema das políticas públicas sobre drogas no Brasil reflete um descompasso nos campos da segurança e da saúde pública. Enquanto o ordenamento público federal concentra o enfrentamento às drogas em políticas de repressão e combate, considerando o tema como de ordem de Segurança Pública, um dos desafios que as políticas públicas de saúde publicadas pelo Ministério da Saúde (MS) enfrentam é identificar o problema como de saúde e não mais de segurança. Na medida em que as políticas repressivas se mostram cada vez mais ineficazes e as ações de prevenção, principalmente as que centram esforços na educação, comunidade e informação social têm maiores e melhores resultados, o caminho escolhido pelo MS vem se desenhando como o mais acertado.

Garantir o acolhimento do usuário de drogas na atenção primária e o encaminhamento para outros níveis de atenção, quando necessário, fortalecendo a educação em saúde para população, envolvendo as comunidades/famíliares/usuários nas ações de saúde, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos são práticas previstas pela Política de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas, em uma perspectiva ampliada de saúde pública (BRASIL, 2004).

A lei 10.216, marco legal da reforma Psiquiátrica, mudou de forma histórica as diretrizes básicas do SUS, garantindo aos serviços de saúde mental e consequentemente aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de drogas a assistência descentralizada com serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas as desigualdades existentes, ajustando as ações às necessidades da população.

O Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, depende de uma ampliação da cobertura assistencial em saúde. A assistência aos usuários de drogas deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, tanto em hospitais como nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-AD), como também deve fazer parte das ações da Estratégia de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde e nas ações intersetoriais.

A estratégia de política pública de redução de danos foi se consolidando como produtora de saúde, deixando de ser uma ação vinculada exclusivamente a programas de

Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e passou a nortear as políticas do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e Saúde Mental. Novos paradigmas éticos, clínicos e políticos se estabelecem na medida em que a estratégia de redução de danos tem seu escopo ampliado (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 154).

A partir dos resultados obtidos pode-se constatar que diferentes alternativas de enfrentamento às drogas têm surgido no âmbito das políticas de saúde brasileiras, porém a construção de uma rede de cuidado eficaz para o atendimento em saúde mental e ao usuário de drogas é ainda um desafio. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde vêm defendendo o trabalho conjunto entre a atenção primária, a saúde mental e a atenção aos usuários de álcool e drogas com proposta prática de atenção, de forma criativa e inovadora, que objetive sua inserção e integração, pois a prevenção seria a base de todo o processo.

No âmbito da Atenção Básica, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo estratégias, programas e ações, que tem promovido intervenções importantes na prevenção primária, secundária e terciária, conforme demonstrado na classificação dos documentos na abordagem de prevenção às drogas do MS, no quadro II. A Atenção Básica oferece estratégias de intervenção como atividades culturais, educativas, esportivas e recreativas, que estimulam a abstinência da droga e incentivam o diálogo franco e aberto com o dependente e com a família. Atividades estas que valorizam o ser humano, o motivam para uma vida saudável, melhorando a autoestima e as relações familiares e sociais.

A família é a referência básica na formação de uma pessoa e tem passado por transformações e enfrentado vários desafios contemporâneos, entre eles, o abuso e a dependência do álcool e outras drogas. Sabe-se que a prevenção e tratamento de drogas deve incluir a família, levando em consideração as necessidades reais da população e os contextos nos quais as famílias estão inseridas. A família deve ser acolhida, orientada e motivada para participar do tratamento, onde a equipe terapêutica tem que ter uma atitude empática com a população em situação de risco. Assim torna-se necessário pensar a questão dentro de perspectivas mais amplas, considerando o bem estar físico, psicológico e social da população. Nesse contexto, as contribuições da saúde pública passaram a desenvolver intervenções significativas junto a população através dos trabalhos dos profissionais que atuam nos CAPS, ESF, EACS, NASF e demais integrantes da rede.

O trabalho das equipes do NASF prestam apoio às equipes de referência, contribuindo para resolutividade e representando um trabalho em conjunto entre toda a equipe em benefício da saúde de um usuário e sua família, ou mesmo para um grupo específico de usuários.

É imprescindível que os profissionais de saúde sejam constantemente treinados, a fim de aprimorar seus conhecimentos, competências, habilidades e atitudes em prol de um atendimento integral resolutivo e humanizado, tratando cada paciente de forma individual em suas necessidades de modo a reduzir a nocividade que as drogas causam. Nesse sentido os membros das equipes de saúde da família e da atenção básica, hoje, podem receber capacitação com os advenços dos cursos SUPERA e Caminhos do Cuidado.

As populações em situação de rua que possuem vínculos familiares interrompidos e fragilizados também vêm sendo assistida através dos consultórios na rua, preenchendo a lacuna assistencial histórica das políticas de saúde voltadas para o consumo de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua.

No âmbito educacional sabe-se que a escola é um espaço privilegiado para atividades de prevenção. Pode-se constatar que o Programa Saúde na Escola está em concordância com a Política Educacional e dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), que conceituam a educação como um exercício de cidadania e voltadas à melhoria da qualidade de vida. Porém é interessante ser desenvolvido trabalho intersetorial voltado para revisão e reformulação dos parâmetros curriculares vigentes, garantindo a inclusão consistente de álcool e drogas nas grades curriculares escolares.

Outro dado importante encontrado nos resultados foi que a Política Nacional de Promoção de Saúde ampliou a ação do Programa Academia da Saúde implantando mais de três mil pólos do programa favorecendo melhora de hábitos saudáveis na população atendida, sendo muito procurado por comunidades com altos índices de violência, tráfico e consumo de drogas. Portanto, oferecendo uma prevenção primária e secundária para esta população.

O caminho seguido pelo Ministério da Saúde, conforme comprovado por dados preliminares em projetos pilotos – como o caso de Porto Alegre e usuários de drogas injetáveis, em 1999 – é mais que acertado. Identificar e traçar estratégias de educação em saúde, com informações qualificadas, atendimento preciso e individualizado, oferta de atividade física, acompanhamento familiar e escolar para os usuários deve ser reforçado não somente com políticas nacionais, mas parcerias estaduais e municipais. A atuação do controle social é, também, fundamental. A participação da comunidade no amparo e aceitação dessas famílias e usuários solidifica o vínculo e auxilia no enfrentamento à drogadição, inclusão de

novos dispositivos de saúde, programas e ações fomentando o trabalho de equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família foram fundamentais na consolidação destes novos paradigmas profissionais e institucionais/ organizacionais.

Não podemos afirmar que a saúde tenha superado os entraves da questão das drogas, uma vez que as experiências e dados estatísticos demonstram que o problema das drogas no país ainda é muito sério. Na teoria, percebe-se que a Atenção Básica é capaz de cobrir grande parte dos aspectos necessários a uma atenção integral aos usuários de drogas, na prática a violência que permeia o uso de drogas pode impedir uma ação mais assertiva das equipes de saúde. Entretanto, podemos concluir que o Ministério da Saúde tem avançado e realizado algumas estratégias importantes para promoção da prevenção do uso de drogas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 16, v. 12, p. 4665-4674, 2011.

BARBANTI, Eliane Jany. A importância do exercício físico no tratamento da dependência química. In: **Educação Física em Revista**, v.6, n.1, jan-abr, 2012.

BARROS, Marcelle Aparecida de & PILLON, Sandra Cristina. Programa saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 144 – 149, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 20 set. 2013.

BATISTA, Nilo. **Política criminal com derramamento de sangue**. Discursos sediciosos. São Paulo: Antígona, 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 4. ed. Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Ações na área de AIDS e drogas: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sexualidade, prevenção das DST/AIDS e uso indevido de drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-261729>>. Acesso em: 10 de março de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 03. Nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 816/GM, de 30 de abril de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-816.htm>>. Acesso em: 03. Nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação permanente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. (Caderno de atenção básica).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028/GM de 1º de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 03. Nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 03. Nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 03. Nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013**. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html>. Acesso em: 22. Mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013**. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html>. Acesso em: 03. Nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em: 03. Nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.031, de 20 de maio de 2014**. Habilita programas em desenvolvimento nos Municípios como similares ao Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1031_20_05_2014.html>. Acesso em: 03. Nov. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Manual de Redução de Danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa “De Volta para Casa”**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 86 p. il. color. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. 1. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 144 p. il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011d, 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 8, Ano VI, nº 8, janeiro de 2011**. Brasília, 2011e. **Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental**. 24p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf>. Acesso em: 22. Mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 160 p. il. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **De mãos dadas: parcerias fortalecem a qualificação para o tratamento de dependência química**. In: **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano X, n. 24, p. 39-46, out-dez, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 98 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p. il. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ): Manual instrutivo para**

as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e equipes Parametrizadas) e NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. 176 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 116 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 60 p. il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 340 p. il. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto-lei n. 821, de 25 de novembro de 1938**. Aprova a lei de fiscalização de entorpecentes. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1938. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm>. Acesso em: 08. Fev. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Política Nacional sobre Drogas**. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 27 ago. 2001. nº 165. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2001b. 22p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 03. Nov. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 03. Nov. 2014.

BRASIL. Casa Civil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: : estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. CARLINI, E. A. et. al. (supervisão). São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2002d.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2006a.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 03. Nov. 2014.

BRASIL. Casa Civil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. CARLINI, E. A. et. al. (supervisão). São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2006b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm>. Acesso em: 03. Nov. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; STEMPLIUK, Vladimir de Andrade; BARROSO, Lúcia Pereira (Org.). Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009d. 48 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 22. Mar. 2015.

BRITO, Maria Eliane M. et al. Educação em saúde com pré-adolescentes de uma escola pública no município de Fortaleza – CE. In: **DST - J bras Doenças Sex Transm**, n.20, v. 3-4, p. 190-195, 2008.

BÜCHELE, Fátima; COELHO, Elza Berger Salema; LINDNER, Sheila Rubia. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2000. In: **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9 , n.16, p.115-29, set.2004/fev.2005.

CARLINI, E.A. et. al. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005**. São Paulo: CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia); UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), 2007. 468 p.

CONSELHO Nacional de Políticas sobre drogas. Ministério da Justiça. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/CONAD/>>. Acesso em: 22. Mar. 2015.

CONTE, Marta. et. at. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. Porto Alegre, **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 1, jan./jun., p. 59-77, 2004.

DE MICHELI, Denise; FISBERG, Mauro; FORMIGONI, Maria Lucia O.S. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. In: **Rev Assoc Med Bras**, n.50, v. 3, p. 305-313, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GRECO FILHO, Vicente. **Toxicos. Prevenção – Repressão: Comentários à Lei n. 11.343/2006**. 14 ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

INGLEZ-DIAS, Aline. et. al. Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.1, p.147-157, 2014.

JUCÁ, Vlândia Jamile dos Santos; NUNES, Mônica de Oliveira; BARRETO, Suely Galvão. Programa de saúde da família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.173-182, 2009.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. In: **Psicologia: Ciência e Profissão**, n. 33, v. 3, p. 580-595, 2013.

MAIS sobre os serviços disponíveis em saúde mental. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>>. Acesso em: 22. Mar. 2015.

MORAIS, Paulo César de Campos. **Mitos e omissões: repercussões da legislação sobre entorpecentes na região metropolitana de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Grupo de Estudos sobre Criminalidade e Controle Social, 1997. Disponível em: <<https://www2.mp.pa.gov.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/MITOS%20E%20OMISS%C3%83%E2%80%A2ES.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

NOTO, Ana Regina. et.al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas Entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2003. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/Sem_logo/329779.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2015.

NOTO, Ana Regina. **Uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas capitais brasileiras**. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/pop_especificas/327680.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2015.

OBSERVATÓRIO crack, é possível vencer. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/consultorio-na-rua.html>>. Acesso em: 22. Mar. 2015.

PACHECO, José Eusébio Palma. et al. Factores de risco e de protecção das toxicodependências em crianças e jovens adolescentes: contributos para a sua compreensão. In: **Mudanças – Psicologia da Saúde**, n. 17, v. 1, p. 33-38, jan-jun, 2009.

PAIVA, Fernando Santana; RONZANI, Telmo Mota. Inserção do psicólogo na atenção primária à saúde: possibilidades e desafios do trabalho em saúde coletiva. In: **Rev. APS**, v. 12, n. 1, p. 88-92, jan-mar. 2009.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n.1, p.154-162, 2011.

POLÍTICAS sobre drogas. Ministério da Justiça. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas>>. 2015. Acesso em: 22. Mar. 2015.

OLIVEIRA JÚNIOR, Eudes Quintino de. **A legalidade da internação compulsória de viciados em droga**. Disponível em: <<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI171217,91041-+legalidade+da+internacao+compulsoria+de+viciados+em+droga.>>. Acesso em: 20 out. 2013.

RAMALHO, Ludmila Eleonora Gomes. As diretrizes estaduais no Atendimento ao Dependente Químico pela Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais. In: **Rev APS**, n. 14, v. 2, p. 207-215, abr-jun, 2011.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. In: **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, ano I, n. I, jul., 2009.

SANCHEZ, Zila van der Meer. et al. O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, v. 3, p. 699-708, 2010.

SCHIMITH, M. D. & LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa da Família. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, dez, 2004.

SILVEIRA, Ricardo Wagner Machado; REZENDE, Diogo; MOURA, Willian Araújo. Pesquisa-intervenção em um CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, n. 3, v. 2, p. 184-197, 2010.

SOARES, C. B.; JACOBI, P. R. Adolescentes, drogas e aids: avaliação de um programa de prevenção escolar. In: **Cad. Pesq.**, n.109, p.213-37, 2000.

SOBRE o Programa Academia da Saúde. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1028-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/academia-da-saude-svs/12-academia-da-saude-svs/13816-sobre-o-programa>>. Acesso em: 22. Mar. 2015.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. In: **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD)**, v. 3, n.2, artigo 2, 2007.

SOUZA, Jacqueline de. et al. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. In: **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n. 21, v. 4, p. 729-738, out-dez, 2012.

SUDBRACK, Maria Fátima Olivier. **Construindo redes sociais: metodologia de prevenção à drogadição e à marginalização de adolescentes de famílias de baixa renda**. Brasília: Dep. Psicologia Clínica IP/UnB, 1996. Disponível em: <<http://www.infocien.org/Interface/Colets/v01n02a06.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

TAFFARELLO, Rogério Fernando. **Drogas: Falência do proibicionismo e alternativas de política Criminal**. Universidade de São Paulo. Faculdade de Direito, São Paulo, 2009.

UNODC. **Relatório Mundial sobre Drogas**. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, 2013.

VARGAS, Eduardo Viana. **Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de drogas**. 2001. 600 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política). Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2001. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/VCSA-78CSU2>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

VELHO, Jaci Donizete; Moretti, Morgana; GAVIOLI, Elaine Cristina. O abuso de Êxtase no Brasil: Uma droga de final de semana ou algo mais? In: **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 2, 2008.

WHO. **Principles of Drug Dependence Treatment**. S.l: 2008. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/>. Acesso em: 30 mar. 2013.

ZALUAR A. Exclusão e políticas públicas: dilemas teóricos e alternativos políticos. In: **Rev Bras Ciênc Soc**, v. 12, n. 35, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-69091997000300003&Ing=pt&nnm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2007.