



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Aline Gabriela Simon Neves

As políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil: uma análise da construção política de 1990 a 2015

Rio de Janeiro

2018

Aline Gabriela Simon Neves

As políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil: uma análise da construção política de 1990 a 2015

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde

Orientador: Prof. ^a Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

N518p Neves, Aline Gabriela Simon.
As políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil:
uma análise da construção política de 1990 a 2015 / Aline
Gabriela Simon Neves. -- 2018.
121 f. ; tab.

Orientador: Tatiana Vargas de Faria Baptista.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro,
2018.

1. Políticas Públicas. 2. Álcool. 3. Drogas Ilícitas. 4. Saúde
Pública. 5. Saúde Mental. 6. Brasil. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.290981

Aline Gabriela Simon Neves

As políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil: uma análise da construção política de 1990 a 2015

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde

Aprovada em: 30 de outubro de 2017

Banca Examinadora

Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social

Dra. Marly Marques da Cruz
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Dra. Eliane Portes Vargas
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Dra. Camila Furlanetti Borges
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2018

Ao meu filho Antônio, e meu esposo Rodrigo

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo fazer um estudo descritivo da construção das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil entre 1990 a 2015, identificando seus atores, enunciados, estratégias e conflitos. Foi realizado um esforço de não tratar as políticas públicas de álcool e outras drogas separadamente, visto que o objetivo do trabalho incluiu apresentar as relações estabelecidas entre as principais políticas públicas na área, como as de saúde e justiça, que se apresentam como enunciadores de estratégias políticas para a área. Identificamos cinco principais momentos que caracterizam este percurso: a estruturação da rede substitutiva de saúde mental desarticulada da área de álcool e drogas e a expansão da estratégia de redução de danos; a criação da Senad e de uma pauta antidrogas; a institucionalização das políticas públicas de saúde e da justiça na área de álcool e drogas; o realinhamento das políticas públicas da justiça na área de álcool e drogas e a inclusão do álcool na agenda das políticas públicas de saúde mental, e, por fim, a entrada do crack na agenda das políticas públicas de saúde mental e a expansão das comunidades terapêuticas. Também foram discutidos alguns pontos que consideramos ser tensionamentos destas políticas, como o sentido dado à estratégia de redução de danos e os modelos de cuidado, a discussão sobre a legalização e descriminalização das drogas na sociedade e a entrada do crack no discurso das políticas. Esta análise indicou que no Brasil, não haveria uma política de drogas, mas uma política plural de drogas que envolve a saúde, a justiça, a cultura, a economia e questões como violência, criminalidade e desigualdade. Também identificamos sua hibridez, uma espécie de tensão interna nestas políticas, representada por forças que ora pesam para o proibicionismo e conservadorismo, e ora para perspectivas que visam à reinserção, a intersetorialidade e o fortalecimento do papel do usuário.

Palavras-chave: políticas públicas - álcool - drogas ilícitas - saúde pública - saúde mental

ABSTRACT

This work aimed to make a descriptive study of the construction of public policies in the area of alcohol and other drugs in Brazil between 1990 and 2015, identifying their actors, statements, strategies and conflicts. An effort was made not to treat public policies on alcohol and other drugs separately, since the objective of this study was to present the relations established between the main public policies in the area, such as health and justice, which present themselves as strategy enunciators policies for the area. We identified five main moments that characterize this path: the structuring of the substitutive network of mental health disarticulated from the area of alcohol and drugs and the expansion of the harm reduction strategy; the creation of Senad and an anti-drug agenda; the institutionalization of public health and justice policies in the area of alcohol and drugs; the realignment of the public policies of justice in the area of alcohol and drugs and the inclusion of alcohol in the public mental health policy agenda; and, finally, the entry of crack into the public mental health policy agenda and the expansion of therapeutic communities . We also discussed some points that we consider to be tensions of these policies, such as the meaning given to the harm reduction strategy and models of care, the discussion about the legalization and decriminalization of drugs in society and the crack entry in the policy discourse. This analysis indicated that in Brazil, there would be no drug policy, but a plural drug policy involving health, justice, culture, economics and issues such as violence, crime and inequality. We have also identified its hybridity, a kind of internal tension in these policies, represented by forces that time for prohibitionism and conservatism, and now for perspectives that aim at reinsertion, intersectoriality and strengthening the role of the user.

Key-Words: public policies - alcohol - illicit drugs - public health - mental health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA - Alcoólicos Anônimos
ABORDA - Associação Brasileira de Redutores de Danos
ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRATO - Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais
ABMP - Instituto Brasileiro do Direito da Criança e do Adolescente
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CGMAD - Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras drogas
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD - Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas
CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CID - Classificação Internacional das Doenças
CT - Comunidade Terapêutica
CONFEN - Conselho Federal de Entorpecentes
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONAD - Conselho Nacional Sobre Drogas
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CFM - Conselho Federal de Medicina
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CRM - Conselho Regional de Medicina
CONGEMAS - Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social
DAET - Departamento de Atenção Especializada e Temática
DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
DST - Doença Sexualmente Transmissível

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
FONSEAS - Fórum Nacional de Secretários da Assistência Social
FUNAD - Fundo Nacional Antidrogas
FNSP - Fundo Nacional de Segurança Pública
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GM - Gabinete do Ministro
GHC - Grupo Hospitalar Conceição
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental
LEAP - Associação dos Agentes da Lei contra a proibição
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social
ME - Ministério da Educação,
MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MS - Ministério da Saúde
MJ - Ministério da Justiça
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NA - Narcóticos Anônimos
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF - Núcleos de Apoio à Clínica da Família
PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PL - Projeto de Lei
PNAD - Política Nacional Sobre Drogas
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSB - Partido Socialista Brasileiro
PRDs - Programas de Redução de Danos
PV - Partido Verde
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

REDUC - Rede Brasileira de Redução de Danos
RELARD - Rede Latino-Americana de Redução de Danos
RENILA - Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
RETSUS - Rede de Escolas Técnicas do SUS
RD - Redução de Danos
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SISNAD - Sistema Nacional Antidrogas
SRH - ad - Serviço Hospitalar de Referência para atenção aos usuários de álcool e outras drogas
SENAD - Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SNPFRE - Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes
SUS - Sistema Único de Saúde
SUAS - Sistema único de Assistência Social
SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
STF - Supremo Tribunal Federal
UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
UFBA - Universidade Federal da Bahia
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo
USP - Universidade de São Paulo
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 11 |
| CAPÍTULO 1: DESENHO DO ESTUDO..... | 17 |
| 1.1 ALGUNS CAMINHOS PARA A ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA..... | 17 |
| 1.2 SOBRE AS ENTREVISTAS..... | 19 |
| CAPÍTULO 2: O ÁLCOOL E AS OUTRAS DROGAS: UM PANORAMA HISTÓRICO..... | 25 |
| 2.1 AS RELAÇÕES ENTRE JUSTIÇA E PSIQUIATRIA NA QUESTÃO DAS DROGAS..... | 25 |
| 2.2 O MOVIMENTO PROIBICIONISTA..... | 28 |
| 2.3 O SURGIMENTO DAS PRIMEIRAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL..... | 31 |
| 2.3.1 As Reformas Psiquiátrica e Sanitária no Brasil..... | 33 |
| CAPÍTULO 3: OS MOMENTOS E MOVIMENTOS DAS POLÍTICAS: O PERCURSO INSTITUCIONAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL..... | 38 |
| 3.1 A ESTRUTURAÇÃO DA REDE SUBSTITUTIVA DE SAÚDE MENTAL DESARTICULADA DA ÁREA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS (1990-1997)..... | 38 |
| 3.2 A CRIAÇÃO DA SENAD E DE UMA PAUTA ANTIDROGAS (1998-2000)..... | 42 |
| 3.3 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DA JUSTIÇA NA ÁREA DE ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL (2001-2003)..... | 45 |
| 3.4 O REALINHAMENTO DA POLÍTICA PÚBLICA DA JUSTIÇA NA ÁREA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A INCLUSÃO DO ÁLCOOL NA AGENDA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL (2004-2009)..... | 52 |
| 3.5 A ENTRADA DO CRACK NA AGENDA PÚBLICA E DA SAÚDE MENTAL E A EXPANSÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (2010-2015)..... | 60 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 4.1 | CAPÍTULO 4: OS PONTOS DE TENSIONAMENTO DAS POLÍTICAS: O DEBATE EM TORNO DE ALGUNS TEMAS QUE MERECEM SER DESTACADOS..... | 88 |
| | O SENTIDO DADO À ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS E OS MODELOS DE CUIDADO. DE QUE CUIDADO ESTAMOS FALANDO?..... | 88 |
| 4.2 | O DEBATE DAS DROGAS NA SOCIEDADE. QUE PAÍS É ESTE?..... | 94 |
| 4.3 | A ENTRADA DO CRACK NO DISCURSO DAS POLÍTICAS. QUE LUGAR É ESTE?..... | 99 |
| | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 103 |
| | REFERÊNCIAS..... | 107 |
| | ANEXOS..... | 118 |

INTRODUÇÃO

No Brasil, no período mais recente, as políticas públicas na área de álcool e outras drogas¹ têm sido formuladas, principalmente, pelo Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras drogas² ou Área Técnica de Saúde Mental (CGMAD/DAET/SAS/MS), e pelo Ministério da Justiça, através da Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (Senad/MJ).

A Coordenação Geral de Saúde mental é a responsável pela formulação, implementação e avaliação da rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas na rede SUS³, enquanto a Senad é a responsável pela consolidação das propostas de atualização da Política Nacional Sobre Drogas e por articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e reinserção dos usuários de drogas (Decreto nº. 7.426/2011).

Alguns marcos políticos institucionais foram importantes na constituição de uma política pública na área de álcool e outras drogas no Brasil a partir dos anos 2000. Ressalta-se que algumas mudanças vinham ocorrendo desde os anos 1990, onde iniciam-se transformações na política nacional e que vêm se aprofundando até os dias de hoje, como a criação do SUS, a implementação dos programas de redução de danos e a reestruturação dos serviços substitutivos em saúde mental, em oposição a um cenário anteriormente marcado pela prevalência das internações psiquiátricas e privatização da assistência.

Neste sentido, em 2001, é promulgada a lei federal nº 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, inclusive dos usuários de álcool e outras drogas, cujo tratamento havia sido baseado na internação e exclusão social (Machado e Miranda, 2007).

Essa lei, embora apresente mudanças em relação ao seu projeto original⁴, representou uma luta do movimento da Reforma Psiquiátrica que buscava o fim das instituições manicomiais e um novo olhar social sobre a questão da loucura.

¹ Em nosso país, a visibilidade do álcool enquanto problema de saúde pública foi anterior a das outras drogas, dado seu uso abusivo e as graves consequências em termos de saúde pública. Para além das construções políticas que envolvem essa diferença, e para fins didáticos, utilizarei a expressão “álcool e outras drogas” para se referir às políticas públicas na área.

² Componente do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET) criado pelo Decreto Presidencial nº 8.065, de 7 de agosto de 2013.

³ Fonte: www.portalsaude.gov.br. Acesso em 16 de maio de 2016.

⁴ Projeto de lei (PL) nº 3.657/89 do deputado Paulo Delgado.

Em 2002, a Portaria GM/MS n.º 336, estabeleceu a criação de **Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad)**, serviço ambulatorial de atenção diária em saúde mental, que deve oferecer atendimento individual, em grupo e em oficinas terapêuticas, além de buscar a inserção do usuário na família e na sociedade.

Por meio do Decreto Presidencial n.º 4.345, de 26 de agosto de 2002, foi instituída a **Política Nacional Antidrogas (PNAD)**, conduzida pela Senad. O documento desta política apresentava o uso indevido de drogas como uma ameaça à sociedade, devendo ser combatido por meio de medidas preventivas e de repressão ao tráfico de drogas. Apesar de seu perfil proibicionista, esta política passa a apoiar a estratégia de redução de danos como medida preventiva.

Em 2003, é lançada a **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas**, que reconhece uma lacuna assistencial e a ausência de uma política pública integral voltada para os usuários de álcool e outras drogas.

Esta política passa a preconizar ações de prevenção, tratamento e educação, além de reconhecer o desafio de que o consumo dessas substâncias seria um **grave problema de saúde pública** (Brasil, Ministério da Saúde, 2003).

O desenvolvimento das ações de redução de danos, nesta política, baseadas na escolha e na singularidade do sujeito, passam a ser consideradas estratégicas, assim como a implementação dos CAPSad.

Assim, a partir dessa política, o Ministério da Saúde trata o uso indevido das drogas como uma questão de saúde pública, ao passo que a Senad traz uma visão proibicionista das drogas, imputando a ela, a responsabilidade pelos altos índices de violência no país (PNAD, 2003).

Já a partir de 2005, identificamos uma inflexão importante das políticas públicas na área, principalmente naquelas conduzidas pela Senad. Destaca-se uma abordagem “sobre” as drogas, e não exatamente “contra” as drogas, a partir do texto da **Política Nacional sobre Drogas**, criada pela Senad, em 2005, em um processo chamado de “realinhamento”, e uma ênfase na trajetória das políticas públicas para a questão do crack, quando o Governo Federal lança o “**Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack**”, em 2010, que se desdobraria no Programa “**Crack, é preciso vencer**”.

O crack passa a ser alvo de políticas públicas e pauta de debates na mídia e na sociedade civil, a partir do surgimento de uma “epidemia” de uso da droga e da necessidade de internação compulsória dos usuários.

Fazendo referência a um cenário local, que pode nos indicar um pouco os desdobramentos desta política, em 2011, na cidade do Rio de Janeiro, a secretaria municipal de assistência social da prefeitura, com a ajuda da polícia, iniciou um processo de retirada compulsória de usuários de crack das ruas, colocando-os em abrigos.

Em 2012, o então prefeito Eduardo Paes edita o Decreto nº. 36.356, que instituiu um programa chamado “Rio Acolhedor”, com o objetivo de garantir o acesso da população em situação de rua a serviços de saúde, cultura e emprego. Por outro lado, o prefeito passa a defender frente à mídia a internação compulsória dos usuários de crack⁵.

Ao mesmo tempo em que o crack era uma droga que deveria ser “vencida”, as políticas que vão surgindo passam a indicar também a necessidade de criação de estratégias intersetoriais na prevenção do uso das drogas, visto que o próprio Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack trazia esta nuance, assim como as políticas de saúde desenvolvidas na época.

A partir disso são desenvolvidas diversas estratégias, como consultórios na rua, CAPSad III, que passam a ter leitos de internação e a funcionar 24 horas por dia, o incentivo à expansão de Comunidades Terapêuticas (CTs), recurso utilizado no tratamento dos usuários de drogas, além de pesquisas na área, principalmente em relação ao crack (Fiocruz, 2014).

Também abrem-se espaços para a participação de outros atores para além da saúde e da justiça, como, por exemplo, a assistência social e a igreja⁶, esta última, muito em função de uma atuação específica da bancada religiosa, principalmente da evangélica, no âmbito do legislativo, e sua associação com as comunidades terapêuticas, e que vêm se expandindo nos últimos anos. Além disso, as drogas deixam de ser referidas como uma ameaça para serem reconhecidas como um problema social complexo (Alves, 2009).

No entanto, embora, em determinado momento, essas políticas parecem apontar na direção de uma lógica mais ampliada no tratamento dos usuários de drogas, ainda permanece mascarado certo conservadorismo que não permite um real avanço em torno da superação de uma visão estereotipada do usuário de drogas, que o associa, principalmente, à criminalidade. Esta visão estereotipada dos usuários de drogas encobre problemas estruturais de nossa sociedade, como a desigualdade e a marginalização.

⁵ É importante lembrar também que a cidade do Rio de Janeiro precisava preparar-se para receber dois importantes eventos mundiais, a Copa do Mundo e as Olimpíadas, o que reforçava uma mudança rápida na estrutura urbana de modo a atender as condições para recebimento destes eventos.

⁶ Ressalte-se que a igreja não é uma instituição homogênea, existem diferentes seguimentos e disputas entre as organizações religiosas que preconizam práticas e modelos igualmente diferentes. A atuação das igrejas merece um estudo específico e não será possível aprofundar tal aspecto na tese. No máximo indicaremos a atuação desse segmento na análise da política quando se mostrar relevante.

Existem aspectos socioculturais marcantes que envolvem o consumo de drogas no Brasil, principalmente das drogas consideradas ilícitas, visto este consumo estar associado a contextos de uso e às vulnerabilidades sociais.

MacRae (2001) cita o papel dos “heredocontroles”, representados por agentes especialistas em problemas sociais, tais como médicos e policiais. Embora possam ter legitimidade, não são capazes de controlar a complexidade dos problemas relacionados ao consumo de psicoativos, visto que o consumo de drogas é multidimensional e não somente relacionado à delinquência e à patologia.

As políticas econômicas e sociais também exercem seus efeitos sobre a questão das drogas na atualidade. As condições perversas da estrutura econômica e social de nosso país têm gerado os “supranumerários inempregáveis”, na definição de Castel (1998), referindo-se ao conjunto de pessoas que se encontram sem emprego e sem as condições clássicas de proteção e seguranças sociais, fazendo da droga uma válvula de escape.

Souza (2009) nos chama a atenção para a “ralé”, se referindo a uma classe de indivíduos precarizados, socialmente e politicamente abandonados, sendo esquecidos e apenas percebidos no debate público como pessoas carentes ou perigosas. Estes indivíduos seriam tratados de maneira fragmentada e por discussões superficiais que não apontam a realidade do problema.

Para Arlacon (2012), há fortes indícios de que a violência comumente vinculada ao problema-drogas, afeta de modo inequívoco adolescentes e jovens pobres, aqueles para os quais as ações do poder público são restritas, e em geral, violentas.

Na própria pesquisa nacional sobre o crack (Fiocruz, 2014), foram os marcadores de exclusão social que mais chamaram a atenção. O relatório da pesquisa, publicado em 2014, revelou que no Brasil, os usuários de crack são majoritariamente adultos jovens, com idade média de 30 anos, predominantemente do sexo masculino (78,68%), com predomínio de usuários “não-brancos”, com uma expressiva proporção de moradores de rua (40%) e com baixa escolaridade, representando um grupo bastante vulnerável socialmente (Fiocruz, 2014).

Apesar do consumo ser maior entre os usuários do sexo masculino, os dados sobre a violência são impactantes em usuárias do sexo feminino, visto que 44,5% das mulheres que fazem uso regular do crack revelaram ter sofrido violência sexual (Fiocruz, 2014).

Estas questões indicam a complexidade que envolve o consumo de drogas em nossa sociedade, pois ultrapassa os limites colocados pelas políticas de saúde e segurança pública, as principais áreas que a legitimam, mas que não conseguem dar conta de sua multiplicidade.

Todavia, Vargas (1998) aponta que a medicalização e a criminalização foram fundamentais na construção do fenômeno das drogas no discurso médico e jurídico nas sociedades modernas, contribuindo para o delineamento das políticas públicas de álcool e outras drogas na atualidade.

Da mesma forma, Vargas (2006) indica que haveria um contraste entre a ênfase repressiva das políticas antidrogas atualmente em vigor e aquelas que vigoravam há pouco mais de um século, quando as drogas, de uso medicamentoso ou não, não estavam sujeitas à criminalização, sendo que o processo de criminalização das drogas seria contemporâneo ao desenvolvimento da indústria farmacêutica.

Neste sentido, o ponto em que queremos chegar é que as políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil apresentam uma teia complexa de relações, pois envolvem a saúde, a justiça, a cultura, a economia e questões como violência, criminalidade e desigualdade, sendo assim, um processo que apresenta conflitos, contradições e tensionamentos entre seus diversos atores, estratégias e conteúdos.

Álcool e outras drogas é uma temática que enseja um debate constante, pois as políticas públicas, no Brasil, acabam muitas vezes assumindo soluções conservadoras e refletindo uma fragilidade de atuação das diversas áreas que tentam dar conta de sua complexidade, visto que existem muitos saberes em disputa, por vezes, conciliando, e outras, rechaçando estratégias.

Além disso, embora existam muitas pesquisas sobre a temática de álcool e outras drogas no Brasil, se faz necessário um estudo que identifique e arrisque algumas sínteses acerca da direcionalidade das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no país desde 1990, de modo que possamos ter uma visão abrangente de seus principais atores, estratégias, seus conflitos e de seu dinamismo, configurando problemas atuais ou mesmo atualizando processos mais antigos.

Neste sentido, a inflexão para o crack, no momento mais atual, e a presença de uma epidemia do consumo da droga, noticiada pela mídia, é algo que precisa ser discutido, assim como o conservadorismo que envolve o debate de drogas na sociedade.

Podemos problematizar também a expansão de algumas estratégias e modelos alternativos de tratamento aos usuários de álcool e drogas, como, por exemplo, as comunidades terapêuticas, assim como o sentido que tem sido dado pelas políticas públicas às práticas de redução de danos no Brasil. Isso gera outros pontos de discussão, como a inserção da problemática das drogas na área específica de saúde mental, bem como sua aproximação com a Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido, define-se como **objetivo geral** desse estudo, apresentar a construção das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil entre 1990 e 2015, identificando seus principais momentos, atores, estratégias, enunciados e conflitos.

Para apresentar os resultados do estudo, a tese foi estruturada em 5 capítulos:

No **capítulo 1** apresentaremos o desenho do estudo, contendo as estratégias metodológicas e alguns caminhos para a pesquisa.

No **capítulo 2** apresentaremos um panorama histórico sobre as políticas relacionadas ao uso do álcool e das outras drogas no Brasil, tendo em vista a discussão dos principais saberes que passaram a legitimar essa questão, assim como o início das primeiras práticas de assistência aos usuários de drogas no Brasil.

No **capítulo 3** apresentaremos os argumentos e caminhos que levaram a constituição de uma política pública na área de álcool e outras drogas no Brasil, seus principais marcos e desdobramentos, as mudanças na orientação política e estratégias estabelecidas, os principais atores participantes desse processo, como se comportam no tempo de desenvolvimento da política, o que apresentam e que discursos desenvolvem.

No **capítulo 4** apresentaremos os discursos e contradições que norteiam o processo das políticas públicas na área, como as divergências entre os modelos de tratamento e o sentido dado à estratégia de redução de danos, o debate sobre a legalização e criminalização das drogas e a suposta epidemia de crack.

No **capítulo 5** apresentaremos as considerações finais buscando uma síntese analítica dessa trajetória das políticas nessa área.

CAPÍTULO 1. DESENHO DO ESTUDO

1.1. ALGUNS CAMINHOS PARA A ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA

No presente estudo, parto do reconhecimento de que uma política pública se constrói a partir de atores que possuem diferentes inserções e argumentos. Essa política também vai receber as influências e refletir os tensionamentos de um determinado contexto social, econômico e político.

Para Baptista e Mattos (2011), um de estudo de políticas públicas deve valorizar os processos e sujeitos envolvidos na construção cotidiana da ação política governamental e não-governamental, com suas diferenças, disputas e conflitos, e não se restringindo aos enunciados oficiais ou instituições formais. Assim, embora as políticas públicas sejam definidas no âmbito oficial e materializadas em textos oficiais, é preciso reconhecer que há uma dinâmica permanente no processo político levando a reposicionamentos, novas negociações e construção de diretrizes que tanto podem aprofundar uma diretriz inicialmente pactuada como contradizê-la.

Neste sentido, um estudo que busca entender a construção das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil, deve considerar estas políticas dentro de um determinado contexto e também seu significado na orientação da política nacional e no debate em torno de seus diferentes atores, argumentos, estratégias e conflitos.

Partindo desta orientação, esta pesquisa, de natureza qualitativa, tem como objetivo descrever a construção das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil de 1990 a 2015, fazendo algumas sínteses e identificando seus principais marcos institucionais, atores, enunciados, estratégias e conflitos.

No projeto de pesquisa, a intenção inicial era tratar os anos 2000, a partir da institucionalização das políticas públicas de álcool e outras drogas, no entanto, o estudo mostrou a necessidade de retomar aos anos 90.

O início do estudo em 1990 se tornou importante à medida em que se reconhece um conjunto de transformações na política nacional que ocorrem neste momento e que possibilitou o desenvolvimento de institucionalidades específicas na área de álcool e drogas a partir dos

anos 2000. Entre estas transformações estão: a criação do SUS, a implementação dos programas de redução de danos e a reestruturação dos serviços substitutivos em saúde mental.

Além disso, é importante indicar que o estudo privilegiará o âmbito institucional e oficial das políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil, com destaque para saúde e justiça, que se apresentam como enunciadores de estratégias políticas para essa área, além do reconhecimento da linearidade de seus marcos institucionais que oferecem uma visão abrangente da política.

Para o desenvolvimento do estudo, foram utilizadas as seguintes fontes de dados necessárias à compreensão da construção das políticas na área:

- **Revisão Bibliográfica:** como existem muitos trabalhos que tratam do tema, foram feitas escolhas a partir de autores-chave que participam deste debate e que trabalham temas relacionados à temática de álcool e drogas, como políticas públicas e legislação na área de álcool e drogas, histórico do uso de álcool e drogas, Reforma Psiquiátrica, crack e desigualdade social, drogas e violência, drogas e criminalização, drogas e medicalização, rede de assistência aos usuários de álcool e drogas, redução de danos, entre outros. A revisão buscou abarcar os autores que são referência para o debate da área bem como que se dedicaram a analisar o desenvolvimento de políticas de álcool e drogas. Ressalte-se que não foi feita uma revisão sistemática da literatura, mas uma busca ativa a partir de um conjunto de referências.

- **Análise de documentos institucionais e relatórios de acesso público irrestrito:** procurou-se conhecer e elaborar sínteses sobre os principais documentos oficiais relacionados à condução das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil (documentos, portarias, leis e relatórios técnicos), decretos presidenciais e acesso à projetos de lei do legislativo federal. Esses documentos têm sido expedidos, em sua grande maioria, pela Senat e pelo Ministério da Saúde. Estas estruturas sofreram importantes transformações no decorrer do período, o que gera implicações no processo de construção dos documentos e em seu conteúdo. Por se tratar de documentos de acesso público não foram encontradas dificuldades de acesso, sendo que a maioria dos textos e documentos foram encontrados a partir de buscas em sites institucionais.

- **Entrevistas:** Foram entrevistados 8 atores que participam da discussão das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil no período que abarca o estudo.

1.2. SOBRE AS ENTREVISTAS

As entrevistas foram essenciais, pois possibilitaram a investigação de questões junto a “atores-chave” que trouxeram os argumentos, debates e questões em torno das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil.

Esses atores foram escolhidos em função de sua importância na discussão das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil, sendo realizado um levantamento prévio em relação à inserção dos entrevistados que incluiu gestores, líderes de movimentos sociais e pesquisadores da área.

Esse levantamento foi resultado da leitura dos relatórios das conferências, debates, pesquisas acadêmicas, documentos não-oficiais e busca em *sites* da internet que tratavam da temática das drogas.

Como a pesquisa priorizou o âmbito institucional e oficial das políticas públicas na área de álcool e drogas, os relatórios técnicos das conferências e os sites institucionais nos ajudaram a identificar e acessar com mais facilidade os gestores e ex-gestores da área, inclusive, em muitos casos, os documentos forneciam os endereços eletrônicos dos mesmos.

Quanto aos atores da sociedade civil, em sua maioria, foram identificados a partir dos sites dos movimentos sociais e de entrevistas na internet, sendo que a dificuldade de acesso a esses atores foi maior, pois não obtivemos sucesso no contato a partir dos e-mails e telefones disponibilizados nestes sites. É importante destacar que há uma atuação dos movimentos sociais que não se expressou nas entrevistas e documentos de forma clara, e que exige estudos, no entanto, buscamos reconhecer na pesquisa o que houve de diálogo nesses movimentos em relação a temas como Aids e redução de danos, e, mais recentemente, em torno de questões como a legalização e descriminalização das drogas.

Também num segundo momento, um profissional que trabalha no Ministério da Saúde, na área Técnica de Saúde Mental, nos indicou alguns nomes e seus respectivos endereços eletrônicos, o que pode ter gerado um viés de seleção na escolha de alguns entrevistados.

A maioria dos gestores e pesquisadores entrevistados ocuparam cargos, principalmente, no Ministério da Saúde e na Senad, e quase todos são médicos-psiquiatras, com trajetórias profissionais na área de saúde pública e ligados ao movimento da Reforma Psiquiátrica. Assim, a fala desses e de outros entrevistados que incluem, também, um militar da reserva, uma assistente social e um médico psiquiátrica com trajetória clínica, certamente

sofreu a influência de sua inserção, o que não invalida a nossa proposta, pois os conflitos, argumentos e debates que não estão presentes nos documentos oficiais fazem parte da dinâmica de construção das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil.

O nome dos entrevistados foi suprimido do texto, visto não ser a atuação pessoal de cada um o objetivo do trabalho, mas sim, os seus argumentos e os que eles trazem de possibilidade na sustentação e configuração das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil (**Tabela 1**).

Tabela 1: Entrevistados e inserção profissional

| Entrevistados | Inserção profissional |
|----------------------|--|
| Entrevistado 1 | Médico psiquiatra e ex-coordenador nacional de saúde mental |
| Entrevistado 2 | Médico psiquiatra e ex-secretário da Diretoria de Articulação e Coordenação de Políticas Sobre Drogas/Senad |
| Entrevistado 3 | Ex-secretário nacional da Senad |
| Entrevistado 4 | Médico psiquiatra e pesquisador na área de álcool e drogas |
| Entrevistado 5 | Assistente social e pesquisadora na área de álcool e drogas |
| Entrevistado 6 | Médico psiquiatra e ex-técnico da coordenação nacional de saúde mental e da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República |
| Entrevistado 7 | Militante da Reforma Psiquiátrica e pesquisador da área de saúde mental |
| Entrevistado 8 | Militante e representante do movimento social na área de redução de danos |

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, na medida em que foram pré-definidas um conjunto de questões, mas com certa liberdade de acrescentar outras conforme o decorrer das entrevistas. Também as questões não seguiram necessariamente uma ordem e nem a mesma forma com que foram inicialmente definidas.

No começo da entrevista, foi aberto espaço para o entrevistado tirar quaisquer dúvidas sobre a pesquisa e o tema por ela abordado. As entrevistas foram compostas por questões abertas, sem cercear a fala dos sujeitos. Também pelo fato dos atores possuírem diferentes atuações espaço-temporais, as conversas foram diferentemente conduzidas em cada caso.

O roteiro de entrevistas foi construído após análise documental preliminar, para que as perguntas norteassem os questionamentos do estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se no **Anexo A**, e o roteiro das entrevistas encontra-se no **Anexo B**.

Inicialmente, pensamos em organizar as entrevistas por blocos, no entanto, durante as entrevistas, foram seguindo uma ordem aleatória, mas que incluía: (1) referência institucional do entrevistado e trajetória profissional, principalmente na área de álcool e outras drogas; (2) o contexto e os marcos políticos em torno da condução das políticas públicas na área; (3) principais atores participantes da política; (4) principais espaços de negociação política; (5) principais ações desenvolvidas na área; e (6) conflitos em torno da formulação das políticas.

As entrevistas foram transcritas literalmente, para melhor sistematização da pesquisa. A partir da análise dos documentos e entrevistas, delimitamos os momentos que consideramos ser principais na construção das políticas de álcool e outras drogas no Brasil (**Tabela 2**). Posteriormente, foram organizados os eixos de categorização das políticas públicas na área, assim como suas principais categorias e variáveis (**Tabela 3**).

Tabela 2: Principais momentos, eventos e documentos das políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil (1990-2015)

| Momentos | Principais Eventos | Documentos |
|-------------------|---|--|
| 1990-1997 | <p>Surgimento dos primeiros movimentos de redução de danos no Brasil (Aborda, Reduc, Relard) e projetos-pilotos de intervenção financiados pela OMS</p> <p>A reestruturação da rede substitutiva de saúde mental</p> <p>Criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental</p> | <p>Lei n.º 8.080/1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;</p> <p>Portaria SAS n.º 189/91 e SAS n.º 224/92; Machado (2006); Passos e Souza (2011)</p> |
| 1998-2000 | <p>XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas</p> <p>I Fórum Nacional antidrogas</p> <p>Criação da Senad</p> | <p>Decreto n.º 2.362/1998: institui o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (Conad); Machado e Miranda (2007); Garcia, Leal e Abreu (2008)</p> |
| 2001- 2003 | <p>Aprovação da Lei Federal de Saúde Mental</p> <p>III Conferência Nacional de Saúde Mental</p> <p>II Fórum Nacional Antidrogas</p> <p>Início da regulamentação das comunidades terapêuticas</p> <p>Criação da Política Nacional Antidrogas do Ministério da Justiça</p> <p>Criação da Política do Ministério da Saúde para a área de álcool e drogas</p> | <p>Lei n.º 10.216/2001: dispõe sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;</p> <p>Portaria GM/MS n.º 336/2002: redefine as modalidades de CAPS;</p> <p>Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001);</p> <p>RDC Anvisa n.º101/2001: estabelece normas mínimas para as comunidades terapêuticas;</p> <p>Decreto Presidencial n.º 4.345/2002: institui a Política Nacional Antidrogas (PNAD);</p> <p>Portaria GM/MS n.º 457/2003: instituiu o Grupo de Trabalho em Álcool e outras Drogas (GAOD);</p> <p>Documento da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas (2003); Machado e Miranda (2007); Andrade (2011)</p> |

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Tabela 2: continuação

| Momentos | Eventos | Documentos |
|------------------|---|--|
| 2004-2009 | III Fórum Nacional Sobre drogas | Portaria GM/MS n.º 2.197/2004: redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, e dá outras providências; |
| | Realinhamento da política de drogas do Ministério da Justiça | Portaria GM/MS n.º 429/2005: institui o Comitê Técnico Assessor para a Política de Álcool e de Outras Drogas do Ministério da Saúde; |
| | Criação da Política Nacional sobre Drogas do Ministério da Justiça | Resolução n.º 3/CONAD/2005: aprova a política nacional sobre drogas; |
| | Mudança na Lei de Drogas | Lei n.º 11.343/2006: instituiu o Sisnad; |
| | Criação de uma política específica para o álcool | Decreto Presidencial n.º 6.117/2007: aprova a política nacional sobre o álcool; |
| | Criação da “Lei Seca” | Portaria GM/MS n.º 1.190/2009: institui o PEAD; |
| | Criação do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS - PEAD | Andrade (2011) |
| 2010-2015 | IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial | Decreto Presidencial n.º 7.179/2010: cria o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; |
| | Criação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas | Projeto de Lei n.º 7663/2010: acrescenta e altera dispositivos à Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006; |
| | Programa “Crack, é possível vencer” | Relatório de gestão da Área Técnica de Saúde Mental (2011); |
| | Criação da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no SUS - RAPS | Portaria GM/MS n.º 131/2012: institui incentivo financeiro para as Comunidades Terapêuticas; |
| | Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos, Associação dos Agentes da Lei contra a proibição (LEAP), Rede Pense Livre | RDC Anvisa n.º 29/2011: regulamenta as normas de funcionamento das comunidades terapêuticas; |
| | “Programa de Braços Abertos” - município de São Paulo | Portaria MS/GM n.º 3.088/2011: institui a RAPS |
| | Financiamento público das comunidades terapêuticas | Resolução Conad n.º 1/2015: regulamenta as comunidades terapêuticas |
| | Criação da Frente Parlamentar em defesa das comunidades terapêuticas | Andrade (2011); Oliveira e Santos (2009); Arlacon (2012); Souza (2016) |

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Tabela 3: Resumo dos principais eixos, categorias e variáveis da pesquisa

| Eixos de caracterização da Política de álcool e drogas | Categorias | Variáveis |
|---|---|---|
| Contexto da Política | Trajatória da Política (marcos institucionais e legais) | Momentos da política Atores políticos e relações estabelecidas Estratégias e temas Conflitos |
| Principais atores | Senad, Ministério da Saúde, Anvisa, Igreja | Formas de interação entre os atores Conflitos |
| Estratégias da Política | A estruturação da rede substitutiva de saúde mental desarticulada da área de álcool e drogas; a expansão da estratégia de redução de danos As políticas antidrogas A institucionalização das políticas de saúde e da justiça na área de álcool e drogas O realinhamento da política O álcool e o crack na agenda das políticas públicas de saúde mental; A expansão das comunidades terapêuticas | Momentos da política Dispositivos de cuidado definidos (CAPSad, consultórios na rua, redução de danos, comunidades terapêuticas) Ações realizadas no combate às drogas (PNAD, PEAD, Plano Crack, RAPS, Comunidades Terapêuticas) Conflitos |
| Principais enunciados e debates | Redução de danos e modelos de Cuidado Drogas e Sociedade Crack e políticas públicas | Abstinência Internação compulsória Descriminalização e Legalização Epidemia de Crack Reforma Psiquiátrica e comunidades terapêuticas Conflitos |

Fonte: Elaboração própria, 2017.

A perspectiva desse trabalho privilegiou o gestor federal. Embora entenda que as iniciativas locais sejam de extrema importância para a efetivação das políticas públicas de álcool e drogas no Brasil, visto estar mais próxima do território de vida dos usuários, as políticas nacionais têm tido um papel fundamental na definição, indução e implementação de políticas na área.

Por fim, destaco os limites desta pesquisa, visto que o objetivo não foi esmiuçar todos os atores, estratégias, enunciados e conflitos que dão sustentação à construção das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil, mas sim, de trazer algumas sínteses e questionamentos que possam contribuir para outras análises e discussões sobre os rumos dessas políticas.

CAPÍTULO 2. O ÁLCOOL E AS OUTRAS DROGAS: UMA REVISÃO HISTÓRICA

Neste capítulo apresentaremos uma revisão histórica das questões que envolveram o uso do álcool e das outras drogas nas sociedades ocidentais, indicando, sem o compromisso de aprofundar, como a psiquiatria e a justiça passaram a se articular historicamente e transformaram-se no espaço de saber privilegiado que daria conta dessa questão, sendo atravessada também por uma perspectiva moralizadora.

Também será apresentado um panorama internacional e nacional de um movimento marcado pela proibição à comercialização e consumo de drogas, principalmente daquelas consideradas ilegais, assim como o início das primeiras práticas de prevenção e assistência aos usuários de drogas no Brasil, principalmente a partir da década de 1980. Esses elementos históricos contribuem para a análise da configuração política no período de estudo proposto.

2.1 AS RELAÇÕES ENTRE JUSTIÇA E PSIQUIATRIA NA QUESTÃO DAS DROGAS

A história brasileira e seus discursos são marcados pelas influências da Europa e Estados Unidos, em diferentes momentos, principalmente entre os séculos XVII até primeira metade do século XX.

Nos EUA, até o século XVII, o consumo de bebidas alcoólicas era considerado elevado e sem restrições, e não aparentava ser um problema. No entanto, uma série de mudanças demográficas e sociais fizeram com que o uso excessivo de bebidas alcoólicas passasse a ser dimensionado como um problema social.

Foucault (1990) aponta que a origem desse conjunto de transformações sociais, ocorridas na segunda metade do século XVIII, estiveram associadas à formação dos Estados Modernos. Os instrumentos de governo baseados em tecnologias de poder, se integram a técnica disciplinar e passam a atuar sobre a multiplicidade dos homens e seus processos de vida, como o nascimento, a morte e a doença.

No final do século XIX, dois movimentos se destacam em relação ao consumo de álcool: o Movimento de Temperança e o Movimento Proibicionista.

O Movimento de Temperança, embora estivesse circunscrito a sociedade norte-americana, se estendeu a outros países. Influenciado pela cultura e pela religião protestante, este movimento marca o início de uma posição de viés religioso e moralista em relação ao uso

do álcool, lhe conferindo um significado preconceituoso e valorativo, surgindo o pensamento de que o álcool e outras drogas eram “representantes do demônio” (Medeiros, 2005).

No início do século XX, o Movimento de Temperança, então vigente, dá lugar ao Movimento Proibicionista, cujos aspectos incidiam na influência do álcool e dos bares no comportamento do trabalhador. Houve a mobilização da população em um movimento contra o álcool, e campanhas foram realizadas objetivando o fechamento de bares. Esse fato culminou na aprovação da Lei Seca nos EUA, que permaneceu em vigor entre os anos de 1919 e 1933.

Para Medeiros (2005), o reaparecimento do álcool decorrente da revogação da Lei Seca contribuiu para a criação dos Alcoólicos Anônimos (AA) entre os anos de 1930 e 1940, e em 1953, os Narcóticos Anônimos (NA), sendo que ambos os programas⁷ baseiam-se na concepção de que a dependência química é uma doença e não um sintoma de outra patologia.

No Brasil, um outro movimento, a medicina higienista, começava a ganhar força e a pautar o planejamento urbano da maioria das cidades, principalmente a partir da chegada da família real no século XIX.

Devido a mudanças sociais e econômicas que se seguiram, como o crescimento das cidades e da população, tornou-se necessária a aplicação de medidas, visando o controle social e o reordenamento do espaço urbano (Costa e Rozenfeld, 2000).

As bases para a intervenção na saúde do povo se estabelece segundo o pensamento de que para aumentar o poder e a riqueza nacional era necessária uma população grande, bem cuidada e controlada (Costa e Rozenfeld, 2000).

Em 1830, é realizada uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro que através de uma inspeção, fez observações a respeito da situação dos loucos, alcoólatras e mendigos que circulavam soltos pelas ruas da cidade, representando uma ameaça à ordem social e fato preocupante para a higiene pública.

Como resultado, em 1852, é criado no Rio de Janeiro o Hospício de Pedro II como um espaço de reclusão e tratamento dos alienados. Em 1889, com a instauração da República, o Hospício de Pedro II é desvinculado da gestão religiosa, passando a se chamar Hospício Nacional dos Alienados. Também no mesmo período, o então Governo Campos Sales impôs drásticas reduções orçamentárias à assistência psiquiátrica que começou a degradar-se.

Já em 1902, um inquérito conduzido pelo Governo Rodrigues Alves revela que o Hospital Nacional não era um local de tratamento adequado (Costa, 2007). Rodrigues Alves

⁷ Tanto para a atuação do Alcoólicos Anônimos como dos Narcóticos Anônimos, seriam necessários estudos específicos.

decide então reformular a assistência e nomeia Juliano Moreira como novo diretor do Hospital Nacional. Em 1903, sob sua influência, é promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos alienados.

Em 1923, é fundada no Rio de Janeiro a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) pelo psiquiatra Gustavo Riedel, com o objetivo de melhorar a assistência e prevenir o aparecimento das doenças mentais. Aos poucos, os ideais da LBHM foram se deslocando das aspirações iniciais da instituição e passaram a penetrar no domínio cultural a partir da invasão do campo social pela higiene mental (Costa, 2007).

Em consequência, o pensamento psiquiátrico vigente no Brasil, durante as três primeiras décadas do século XX, era atravessado por um discurso moral que considerava o alcoolismo uma doença hereditária e que deveria ser tratada e prevenida através de medidas eugênicas. Neste sentido, as classes menos favorecidas passam a ser vistas como propícias para o desregramento, a doença e o vício: “os atributos psíquicos dos indivíduos não brancos, negros, amarelos ou mestiços foram assim considerados patológicos em si e o único remédio neste nível era o saneamento racial proposto pela eugenia” (Costa, 2007: 58).

Uma das maneiras de se conceber este projeto de normatização social esteve associada à Revolução política de 1930, no Brasil, onde o governo revolucionário parece ter apoiado os psiquiatras da LBHM em suas campanhas antialcoólicas. Este apoio ligava-se à vigilância policial mais severa dos delinquentes, alcoólatras e outros marginais e à criação do Departamento Nacional de Saúde, que reagrupou no plano nacional todos os dispositivos institucionais psiquiátricos do país e que havia, aparentemente, aderido às ideias de combate ao alcoolismo propostas pela LBHM (Costa, 2007).

Neste sentido, a psiquiatria passou a relacionar o consumo do álcool com a criminalidade e às minorias raciais, sendo responsável pela entrada de um saber jurídico para conter o seu consumo (Sáad, 2001).

Após a Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passa a introduzir o discurso organicista e definir os conceitos relativos tanto ao álcool quanto a outras substâncias, enfatizando seus aspectos bioquímicos. Assim, o álcool deixa de ser compreendido apenas em seu aspecto moral para ocupar também uma posição no saber médico.

É importante destacar que para Conrad (2007), “ em casos como o do alcoolismo, o processo de medicalização foi realizado, primeira e principalmente, pelo movimento social dos Alcoólicos Anônimos, sendo que os médicos foram ‘adotantes tardios’ da visão do alcoolismo como uma doença” (Conrad, 2007:20).

No entanto, a compreensão da dependência de álcool e outras drogas como doença e a existência de critérios diagnósticos, cuja operacionalização foi definida a partir da primeira edição do **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (DSM-I), em 1952, contribuíram para a existência de uma política referente ao álcool e as outras drogas apoiada no discurso médico, acentuando ainda mais o caráter de doença.

Em 1967 o alcoolismo também é definido como doença pela **Classificação Internacional das Doenças** (CID-8), a partir da VIII Conferência Mundial de Saúde (Medeiros, 2005).

Vale lembrar que a criação desses manuais também representou uma forma de faturar a cobertura de tratamento dos veteranos de guerra nos EUA, e que, posteriormente, se desdobraria na regulação da testagem de fármacos, contribuindo ainda mais para a sustentação de um discurso médico (Zorzanelli, Bezerra Jr e Costa, 2014).

Assim, quando a medicina transforma o alcoolismo em doença, ela cria mecanismos de controle para venda do tratamento, a partir dos manuais diagnósticos, e estabelece dois mecanismos de inclusão e exclusão: a consideração das drogas de uso médico e não médico (problema médico) e das drogas lícitas e ilícitas (problema jurídico/crime).

Para Fiori (2006), a criminalização, a medicalização e a moral foram as balizas fundamentais na configuração das drogas como um “problema social” nas sociedades modernas (Fiori, 2006:22, grifo do autor).

2.2. O MOVIMENTO PROIBICIONISTA

Antes da existência de que qualquer política direcionada à assistência e prevenção ao uso de álcool e drogas, essa questão foi perpassada por tratados e acordos internacionais que reprimiam o seu uso e desqualificavam a figura do usuário.

O primeiro grande conflito relacionado ao comércio de drogas ficou conhecido como “guerra do ópio”⁸. O desdobramento desse conflito deu lugar a uma tentativa de regulação da produção, comercialização e consumo do ópio e se constituiu em um marco dos futuros tratados internacionais sobre drogas.

⁸ No século XIX, a Inglaterra comercializava para China o ópio trazido basicamente da Índia. Em 1839, o ópio representava metade das exportações inglesas para China. O governo Chinês, em resposta à elevada importação e consumo de ópio, publicou um decreto proibindo a importação do produto. Essas ações resultaram em duas guerras entre esses países em 1834-1843 e 1856-1858.

No Brasil, o uso de outras drogas nem sempre foi considerado ilegal. A cocaína, a heroína e a morfina eram consumidas pelas elites urbanas, sobretudo no Rio de Janeiro. Também a morfina e a cocaína eram utilizadas para fins terapêuticos, sendo facilmente encontradas nas drogarias e no comércio ambulante.

Em 1925 ocorreu uma discussão internacional com a proposta de penalização do comércio de drogas, considerado uma “imoralidade internacional”, referência influenciada pelos EUA. Também no mesmo ano, surgem no Brasil preocupações em relação ao poder destrutivo dos psicotrópicos⁹ (Cecílio, 2010). Assim, a questão do mercado de drogas caminhava junto com a construção de sua ilegalidade, tanto no interior do saber jurídico, quanto no saber médico.

Em 1928 um requerimento elaborado por laboratórios e prestigiosos farmacêuticos teria sido enviado às autoridades políticas brasileiras, vindo a pressioná-las para que o Estado passasse a ser o vendedor exclusivo e controlador dessas substâncias (Cecílio, 2010).

A **Liga das Nações**¹⁰, antecessora da Organização das Nações Unidas (ONU), propôs tratados cada vez mais duros para reprimir o tráfico internacional de drogas. Em 1936, a Conferência de Genebra marcou o panorama da proibição internacional com a imposição do modelo estadunidense, que obrigava os países signatários a criarem departamentos próprios de repressão ao tráfico de drogas ilícitas.

No Brasil, em 1938, é publicada a primeira Lei de Fiscalização de Entorpecentes por meio do Decreto-Lei n.º 891, sancionado pelo Presidente da República Getúlio Vargas. A maconha, até então consumida pelas camadas mais pobres da sociedade em razão de seu baixo valor comercial, veio também a ser proibida a partir de sua edição.

Em 1946, o Conselho Econômico e Social da ONU estabeleceu a **Comissão de Narcóticos**¹¹ como o órgão central das Nações Unidas para as políticas relacionadas às drogas. A Comissão permitiu que os Estados-membros analisassem a situação mundial das drogas e tomassem medidas a nível global em seu âmbito de ação.

⁹ Dentre as drogas psicoativas, algumas são procuradas pelos seus efeitos prazerosos, podendo levar ao seu uso abusivo ou dependência, sendo chamadas de psicotrópicas.

¹⁰ A Liga das Nações foi uma organização internacional, idealizada em 1919, em Versalhes, onde as potências vencedoras da Primeira Guerra Mundial se reuniram para negociar um acordo de paz. A Liga das Nações, tendo fracassado em manter a paz no mundo, foi dissolvida por volta de 1942. Porém, em 1946, o organismo passou as responsabilidades à recém-criada Organização das Nações Unidas (ONU).

¹¹ Esta Comissão também passou a monitorar a implementação das três convenções internacionais de controle de drogas, e está habilitada a atuar em todas as áreas relacionadas com os objetivos das convenções, incluindo a inclusão de substâncias nas listas de controle internacional. Fonte: www.unodoc.org. Acesso em 15 de janeiro de 2016.

Neste sentido, uma série de encontros internacionais foram promovidos pela ONU, dos quais resultaram tratados sobre a questão das drogas, destacando-se a Convenção Única de Narcóticos (1961)¹², a Convenção de Drogas Psicotrópicas (1971)¹³ e a Convenção contra o Tráfico Ilegal de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas (1988)¹⁴, também chamada de Convenção de Viena. Esses tratados têm por objetivo regular o uso de diferentes substâncias químicas para uso medicinal e estabelecer normas, visando prevenir e controlar o abuso em relação ao uso de algumas substâncias.

Para Fonseca e Bastos (2012), essas convenções foram uma resposta a questões sociais e políticas relacionadas ao uso de drogas em determinados momentos da história. A necessidade de estabelecer um código comum entre as diferentes nações ao problema do consumo de drogas, integraria os esforços de sedimentação de uma ordem global. Ainda segundo os autores, quase todos os países signatários adotaram leis restritivas ao consumo de drogas, alinhando suas políticas nacionais às normas internacionais.

Ocorre que diversos interesses políticos e comerciais apoiavam esse proibicionismo, e a criação de arranjos globais para regulação do consumo de drogas permitiu a sustentação de um mercado que atendia a esses interesses.

No Brasil, em 1968, seguindo a tendência internacional da política de combate às drogas, foi editado o Decreto-Lei n.º 385, que alterava a redação do Código Penal Brasileiro. Através deste decreto, passou-se a estabelecer a mesma sanção penal para traficante e usuário.

Interessante destacar é que nas décadas de 1960 e 1970, surgia na Europa, EUA, e América Latina, o movimento da contracultura, que contestava os valores sociais, culturais e comportamentais da época, buscando novos espaços e canais de expressão, como o consumo de drogas. Também surgem diversos movimentos de contestação política, igualdade de direitos e de luta pela democracia, principalmente na América Latina, que vivenciou os processos ditatoriais. Apesar disso, o que vimos no Brasil foi um recrudescimento da legislação penal e de um movimento proibicionista que encobriu, ou pelo menos, calou qualquer proposta de uma política mais abrangente sobre as drogas.

¹² Esta convenção teve por objetivo limitar a posse, o uso, o comércio e a produção de droga para uso médico e científico, e normatiza o combate ao tráfico de drogas por meio da cooperação internacional.

¹³ Esta convenção teve por objetivo discutir a diversificação e a expansão do abuso de drogas no mundo e introduzir o controle sobre as drogas sintéticas, de acordo com seu potencial de abuso e valor terapêutico.

¹⁴ Esta convenção estabeleceu novas medidas contra o comércio de drogas, lavagem de dinheiro, produção e comercialização de precursores químicos utilizados na fabricação de diferentes substâncias psicoativas.

2.3 O SURGIMENTO DAS PRIMEIRAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL

Ainda na década de 1970, é editada a lei n.º 5.726, de 29 de outubro de 1971, que dispôs de medidas de tratamento, como a internação em estabelecimentos hospitalares e de medidas repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes. Além disso, esta lei não faz qualquer referência ao tratamento para a população usuária de drogas, exceto daqueles referidos como "infratores" e "viciados" (Alves, 2009).

Em 1976, foi aprovada e promulgada a lei n.º 6.368, que reafirmou a tendência de abordar o uso e a dependência de drogas no campo médico-psiquiátrico, já verificada na lei de 1971.

Algumas modificações nas propostas assistenciais incluíram a substituição do termo "viciado" por "dependente de drogas", a proposição da criação de estabelecimentos especializados na rede pública de saúde e o tratamento em regime extra-hospitalar, mas que não representaram uma mudança efetiva no atendimento a esses usuários que ainda continuavam às margens de uma assistência de qualidade.

Alves (2009) aponta que a ausência de serviços extra-hospitalares e a restrição do acesso ao sistema de saúde aos contribuintes previdenciários, fez da internação psiquiátrica um recurso terapêutico possível a uma importante parcela de usuários de drogas.

É importante destacar também que, a partir da década de 1970, o Brasil passa a adotar o modelo das comunidades terapêuticas, que seriam instituições filantrópicas e de cunho religioso destinadas ao tratamento da dependência de álcool e outras drogas.

As Comunidades Terapêuticas começaram a ser instituídas no século XX por iniciativas realizadas em diversos países do mundo. Uma das principais experiências de comunidade terapêutica surgiu na Inglaterra, em 1959, tendo sido idealizada por Maxwell Jones. Este modelo era caracterizado por um conjunto de propostas de reformulação da instituição hospitalar através da organização de grupos de discussão e de diversas atividades envolvendo a família, os funcionários e o próprio paciente no tratamento (Amarante, 1998). Esta experiência, embora tenha sofrido críticas na medida em que a intervenção se reduzia ao espaço asilar, se tornou inspiração para iniciativas no âmbito da Reforma Psiquiátrica, principalmente na Itália.

No Brasil, no entanto, o modelo de comunidade terapêutica sofreu as influências dos programas "Synanon" e "Day Top Village", ambas fundadas nos Estados Unidos e cujos

expoentes faziam parte da tradição cristã. Entre os preceitos destes programas estavam a mudança de atitude e comportamento associado à dependência de substâncias psicoativas, o desenvolvimento da autoconsciência individual, a persuasão grupal e a auto exposição.

Em nosso país, as primeiras comunidades terapêuticas datam da década de 1970, sendo a maioria fundadas por pastores, como a “Comunidade Cristã S8” (Niterói - RJ), fundada pelo Pastor Jeremias Fontes, em 1971; a “Desafio Jovem” (Brasília - DF), fundada pelo Pastor Galdino Filho, em 1972; o “Movimento para Libertação de Vidas” (Maringá - PR), fundada pelo pastor Nilton Tuller, em 1975; e a “Fazenda do Senhor Jesus” (Campinas - SP), fundada pelo Padre Haroldo Rahm, em 1978¹⁵.

O surgimento destas instituições pode ser visto como o reflexo da ausência de uma rede assistencial que oferecesse suporte a esses usuários, mas também já indicavam o surgimento de um projeto de poder das instituições religiosas no Brasil, principalmente as de cunho protestante, ao tomar para si o fenômeno das drogas e reforçar o mercado de serviços assistenciais na área.

Seguindo, em 1980, é criado o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes (SNPFRE), que “integra as atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determine dependência física ou psíquica, bem como as atividades de recuperação de dependentes” (Decreto Presidencial n.º 85.110/1980).

Através desse Sistema foi criado o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), vinculado ao Ministério da Justiça e órgão central desse sistema. Além disso, o Confen possuía representantes de vários Ministérios como Justiça, Saúde, Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social, Fazenda e Relações Exteriores e por representantes do Departamento da Polícia Federal, Vigilância Sanitária e Associação Médica Brasileira.

O Confen propiciou o surgimento de práticas de prevenção, tratamento e pesquisa na área de drogas, mesmo com posições contrárias de seus conselheiros a essas ações (Machado e Miranda, 2007).

Algumas contribuições do Confen, como o apoio às experiências dos centros de referência¹⁶, às comunidades terapêuticas e aos projetos de redução de danos voltados para a

¹⁵ Fonte: <http://www.aberta.senad.gov.br>. Acesso em 05 de janeiro de 2018.

¹⁶ A maior parte dos Centros de Referência foram criados nas universidades públicas, como por exemplo, o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas (Nepad), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, da Universidade Federal de São Paulo. Muitos atores que influenciaram as políticas de saúde para álcool e drogas no Brasil atuaram nestes centros.

prevenção da transmissão do HIV/Aids por usuários de drogas injetáveis, foram relevantes para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil, influenciando também a política sanitária (Machado e Miranda, 2007).

O apoio do Confen às comunidades terapêuticas contribuiu para que elas se aproximassem do meio acadêmico e do poder público. Isso se traduziu em melhorias assistenciais, mas permitiu também que essas comunidades, criadas a partir de iniciativas pessoais ou de grupos religiosos, passassem a reivindicar financiamento público para sua operacionalização. O apoio a essas instituições contribuiu para a difusão de uma forma de atenção baseada em cuidados morais e de uma concepção antidrogas (Machado, 2006).

No entanto, em outros momentos, o Confen abriu a possibilidade de construção de práticas não orientadas exclusivamente pela perspectiva repressiva. Em 1988, o Confen publicou o documento “Política Nacional na Questão das Drogas”, cujo conteúdo refletiu o cenário de redemocratização vivido no Brasil. Algumas ações previstas nas leis n.º 5.726 de 1971 e n.º 6.368 de 1976, foram questionadas nesse documento, como as prisões e as internações dos usuários de drogas.

Como vimos, embora as medidas de prevenção estivessem presentes na lei de drogas de 1976, se tratava de uma prevenção nos moldes de um modelo médico-psiquiátrico e atravessado por uma perspectiva repressora. Essa perspectiva de prevenção passa a sofrer transformações a partir da incorporação do movimento da redução de danos nas políticas de álcool e drogas, principalmente a partir da década de 1990, como veremos adiante.

Neste contexto, importa-nos destacar dois movimentos que surgem na segunda metade da década de 1970, e que, ao mesmo tempo, atravessavam essas questões, e que possibilitaram importantes transformações nas práticas de saúde pública voltadas aos usuários de drogas: os movimentos das Reformas Psiquiátrica e Sanitária.

2.3.1 As Reformas Psiquiátrica e Sanitária no Brasil

Em um cenário de luta contra o Estado autoritário, uma série de críticas às instituições asilares e à privatização da assistência pública tornam-se mais consistentes. Denúncias de

fraude no financiamento dos serviços e de violência aos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos levaram a um quadro que culminou na “Crise da Dinsam”¹⁷ (Amarante, 1998).

Como efeito da crise, em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que juntou reivindicações trabalhistas (aumento salarial, regularização da situação de trabalho e formação de recursos humanos), críticas à assistência psiquiátrica e ao autoritarismo das instituições, denúncias ao modelo oficial de caráter predominantemente privatizante e “hospitalocêntrico” e a luta pelo humanismo nos hospitais (Amarante, 1998).

Passam a ser discutidas a implementação de políticas públicas visando a melhoria da assistência psiquiátrica, além de críticas à instituição asilar e ao modelo privatista da assistência consolidado no governo militar, que levou a um aumento considerável no país dos leitos psiquiátricos contratados em hospitais conveniados (Tenório, 2002).

Também na década de 1980, com o enfraquecimento e queda do regime militar, criou-se um ambiente político favorável para as propostas reformistas da saúde. Neste contexto, se consolidou o movimento sanitário, que surge como um conjunto de críticas ao modelo de saúde na época vigente, marcado por forte centralização, autoritarismo, desigualdade no acesso e inadequado às necessidades de saúde da população.

Partindo da crítica ao modelo hegemônico preventivista, que normatizava a prática médica através de uma leitura universalizante das problemáticas de saúde, o movimento sanitário delimitou o campo da Saúde Coletiva no Brasil.

Este movimento representou uma nova inflexão para o conceito de saúde a partir do entendimento de que o estudo do processo saúde-doença teria como foco não apenas a sua dimensão biológica, mas também a sua determinação histórica e social, apreendendo, assim, as relações entre saúde e sociedade (Escorel et al., 2005).

Em 1986, tendo em vista a realização da Assembleia Nacional Constituinte que definiria uma nova ordem jurídica institucional para o Brasil, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final integrou o projeto da Reforma Sanitária brasileira e que, posteriormente, serviu de base para a formulação das diretrizes gerais do Sistema único de Saúde (SUS) presentes na Constituição Federal de 1988¹⁸.

¹⁷ A Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) era o órgão do Ministério da Saúde responsável pela área de saúde mental. Apesar de, em 1987, este grupo ter sido responsável pela criação do Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados ao consumo do álcool (PRONAL), o programa foi interrompido por falta de recursos.

¹⁸ O Relatório Final da VIII CNS propôs que o novo sistema nacional de saúde deveria reger-se pelos princípios da universalização, descentralização, integralidade, regionalização, participação da população e fortalecimento do município (Brasil, Ministério da Saúde, 1986).

Também na segunda metade da década de 1980, acontecimentos importantes na área de saúde mental contribuíram para a legitimação do movimento reformista. Em março de 1987, foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz da Rocha Cerqueira na cidade de São Paulo, e que, segundo Amarante (1997), buscava funcionar como um aparato alternativo entre o hospital e a comunidade.

Em maio de 1989, a prefeitura de Santos inicia uma intervenção no hospital psiquiátrico “Casa de Saúde Anchieta”, devido às denúncias recorrentes de maus tratos aos pacientes ali internados. Esta intervenção inaugurou um novo programa de saúde mental organizado em torno do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), onde se inicia um processo de organização de serviços e ações de saúde mental efetivamente substitutivo à internação psiquiátrica, a partir da organização de estratégias de cuidado no território interligadas a este serviço, como pronto-socorro psiquiátrico, cooperativas de trabalho, centros de convivência e lares abrigados. Em relação à experiência de Santos, Yasui (2006) destaca que:

Não se tratou apenas da construção de uma rede de novos serviços, os NAPS, mas da organização de um complexo sistema de saúde que implicou uma tessitura de uma rede intersetorial ativando e provocando outras secretarias e outras instituições, em um projeto de transformação social (YASUI, 2006: 42).

Em junho de 1987 do mesmo ano é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) que refletiu as discussões e propostas travadas no âmbito da VIII Conferência Nacional de Saúde. Esta conferência representou um importante passo na legitimação do movimento da Reforma Psiquiátrica e no exercício da democratização da saúde. As propostas de seu relatório exigiam um papel ativo do Estado na construção de políticas intersetoriais e na oferta de ações e serviços de saúde, com vistas à redução das iniquidades, assim como a sua articulação com a cidadania.

Também em dezembro do mesmo ano foi realizado o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental na cidade de Bauru, em São Paulo, que com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, objetivou discutir a questão da loucura para além dos limites assistenciais, fazendo com que tais questões fossem levadas à sociedade. Isso levou ao projeto de desinstitucionalização, importante na reordenação dos novos serviços, das ações em saúde mental e do movimento como um todo.

Além da superação de todo um imaginário social da loucura, o movimento antimanicomial questiona a própria natureza do saber psiquiátrico e de suas instituições, propondo alternativas de tratamento contrárias às tradicionais. Como aponta Tenório (2002):

Não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial, essa é a proposta da reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2002:30).

Também neste período, o Ministério da Saúde reconheceu a importância de se investigar a epidemia de Aids no Brasil e de se criar um programa nacional para o controle dessa doença. Assim, em 1987, foi criada a Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids no Ministério da Saúde, sendo posteriormente transformada na Coordenação Nacional de DST/Aids¹⁹.

Em 1988 é aprovado o texto final da nova Constituição Federal Brasileira que ficou conhecida como “Constituição Cidadã”. Na nova Carta estão expressos os princípios, direitos e garantias fundamentais do Estado, onde se inclui o direito à saúde (art.6).

Esse cenário repercutiu em avanços e transformações no âmbito das ações de saúde pública voltadas à prevenção do uso de drogas no Brasil, pois em várias partes do mundo, como na Europa e Estados Unidos, as políticas públicas de saúde começavam a se voltar para as pessoas que usavam drogas, pela ameaça de que a epidemia de HIV/Aids fugisse ao controle a partir desta população (Andrade, 2011).

Em 1989, influenciado pelas experiências internacionais²⁰, o Brasil adotou, pela primeira vez, o uso da estratégia da redução de danos no município de Santos, onde se concentrava a maior parte dos casos de Aids em usuários de drogas injetáveis, a partir da distribuição de seringas entre estes usuários. No entanto, a consolidação deste projeto não se

¹⁹ Atualmente chamado de Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Fonte: www.aids.gov.br. Acesso em 12 de setembro de 2017.

²⁰ A lógica da redução de danos relacionada ao uso de drogas tem origem em duas vertentes. Uma nascida na Grã-Bretanha, em 1926, a partir do relatório Rolleston, um estudo que concluiu que os abusadores de opiáceos poderiam, através de ajuda especializada, reduzir os danos provocados pelo uso da droga, mantendo-se o uso da droga. A outra vertente nasceu na Holanda, na década de 1970, a partir de dois estudos científicos, o Relatório Baan e o Relatório Cohen, que sugeriram como política pública a legalização da Cannabis. Assim, o governo holandês cria, através de uma legislação específica, a distinção entre drogas leves e pesadas, visando uma lógica de redução de danos que visava reduzir os efeitos do proibicionismo internacional vigente.

deu sem conflitos e resistências, dado o conservadorismo e preconceito da sociedade brasileira (Machado, 2006).

Contudo, se utilizando das experiências de outros países, muitas delas publicadas em revistas de elevado conceito científico, aos poucos, os Programas de Redução de Danos foram se fortalecendo no Brasil, passando a ser reconhecidos internacionalmente como uma importante estratégia do Programa Brasileiro de DST/Aids. Além disso, resultados de estudos multicêntricos revelaram aumento do uso de preservativos e redução do compartilhamento de seringas e da prevalência de HIV, como resultado das ações deste programa e à eficácia das ações de Redução de Danos (Andrade, 2011).

Sendo assim, na década de 1980, identificamos o início das primeiras práticas de assistência à saúde voltadas aos usuários de drogas, ainda que orientadas por um modelo baseado na internação psiquiátrica.

Apesar disso, o surgimento do Confen e os movimentos sanitarista e da reforma psiquiátrica, viriam contribuir no surgimento de novas estratégias de prevenção e atenção aos usuários de drogas, como o controle do HIV/Aids, que possibilitou o desenvolvimento dos programas de redução de danos, e a formulação e institucionalização de políticas públicas nas décadas seguintes, o que será apresentado no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3. OS MOMENTOS E MOVIMENTOS DAS POLÍTICAS: O PERCURSO INSTITUCIONAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

Neste capítulo apresentaremos a trajetória e os principais marcos institucionais das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil a partir de 1990, destacando seus diferentes momentos, atores, estratégias e indicando, quando possível, os conflitos em torno de sua construção, assim como será feito um esforço de não tratar as políticas de saúde e de justiça separadamente, mas apontar, quando possível, suas relações e disputas.

Além disso, apesar de estarem organizados dentro de uma linha do tempo, estes momentos não são estanques, dado o dinamismo das políticas públicas, com suas diversas nuances e perspectivas.

3.1 A ESTRUTURAÇÃO DA REDE SUBSTITUTIVA DE SAÚDE MENTAL DESARTICULADA DA ÁREA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS (1990-1997)

Num cenário marcado pela promulgação da Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080, de 1990), as ideias propostas pela Reforma Psiquiátrica sofrem um amadurecimento, dado a sua repercussão social, a permanência de políticas reformistas no campo da saúde mental e de experiências anteriores bem-sucedidas, como a criação do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, em 1987, na cidade de São Paulo.

O financiamento público dos programas de saúde mental passa a ser redirecionado para serviços extra-hospitalares e substitutivos à internação, através do estímulo à criação e regulamentação pelo Ministério da Saúde dos CAPS e NAPS, normatizados pelas portarias SAS n.º 189/91 e SAS n.º 224/92.

No entanto, é importante destacar que apesar do incentivo dado à criação destes serviços, não encontramos nestes documentos menção de atendimento específico aos usuários de álcool e drogas.

Em 1991, o Ministério da Saúde institui a Coordenação Nacional de Saúde Mental, instância inédita e responsável pela formulação e implementação da política na área, o que viabilizou o desenvolvimento de ações e incentivos à criação de novos serviços substitutivos em saúde mental. A indução do nível federal na condução e desenvolvimento da política é

indicada pela ampla quantidade de portarias federais apresentadas pelo Ministério da Saúde a partir da década de 1990²¹.

Borges e Baptista (2008), percorrem a trajetória da política de saúde mental no período de 1990 a 2004, definindo quatro momentos de sua produção normativa: germinativo, de latência, de retomada e de expansão. Para as autoras, nos primeiros momentos a ênfase foi de estruturação inicial de condições de viabilidade para a Reforma Psiquiátrica, com destaque para o controle, tentativa de diminuição de leitos e embates políticos importantes.

Também, em 1991, é criado o Serviço de Atenção ao Alcoolismo e à Dependência Química, voltado para ações de prevenção, assistência e tratamento na área de álcool e outras drogas²² (Pereira, et al., 2013).

Segundo Machado (2006), apesar da Coordenação Nacional de Saúde Mental reconhecer, neste período, que o uso de drogas, sobretudo de bebidas alcoólicas, trazia comprometimentos graves para a saúde da população, por outro lado, não participou da construção de respostas a essa situação no setor público de saúde e nem na inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no processo de reestruturação da atenção em saúde mental.

Em agosto de 1992 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM), sendo precedida por 24 conferências estaduais e por aproximadamente 150 conferências municipais em todo o país. O início de seu relatório ressalta a importância da Conferência de Caracas²³ para a transformação do modelo assistencial em saúde mental e da IX Conferência Nacional de Saúde que aprovou o fortalecimento da municipalização da saúde.

O documento também reafirma a garantia dos direitos conquistados e adquiridos na Constituição, nas leis, nos estatutos e “na possibilidade de realização de um novo projeto social” (Brasil, Ministério da Saúde, 1994:5), contribuindo para o avanço da Reforma Psiquiátrica no país.

²¹ Para uma análise dos documentos normativos expedidos pelo Ministério da Saúde relativos à política de saúde mental no período de 1990 a 2004, ver Borges (2007) e Borges e Baptista (2008).

²² As referências a este programa são muito pouco explicitadas na literatura e não conseguimos identificar como se deu o seguimento do mesmo.

²³ A conferência realizada em 1990, na Venezuela, representou um marco na reorientação da assistência em saúde mental na América Latina. No entanto, é importante destacar que lideranças do movimento reformista brasileiro apontam que a partir da Conferência de Caracas, adotou-se no Brasil uma política de reorientação dos serviços de saúde mental, deixando de lado uma luta mais ampla de desinstitucionalização e reforma radical da saúde mental (Amarante, 1998).

Neste sentido, é importante destacar que esta conferência, assim como a I CNSM, não trataram da temática das drogas de maneira específica, o que demonstra pouca articulação das áreas de saúde mental e da própria Reforma Psiquiátrica com a questão das drogas.

Também na década de 1990, a estratégia de redução de danos se expande no cenário nacional através de diferentes programas e ações, a partir da criação dos Programas de Redução de Danos (PRDs) conduzidos, principalmente, pelo Departamento de DST-Aids do Ministério da Saúde.

Em 1994, a ONU passou a apoiar o desenvolvimento de programas de prevenção de Aids entre usuários de drogas no Brasil, como os projetos de redução de danos, cuja implementação foi favorecida também pelo financiamento do Banco Mundial.

De acordo com Passos e Souza (2011), o Programa Nacional de DST-Aids, ao inserir no cenário nacional um conjunto de estratégias de redução de danos, criou um conjunto de articulações e tensões que permitiu que essa estratégia fosse aos poucos deixando de ser uma estratégia de prevenção das DST/Aids e se tornasse um novo paradigma, ao incluir o protagonismo dos usuários em suas ações.

Importante lembrar do papel do Confen no desenvolvimento das ações de redução de danos. Em 1996, foi publicado o documento “Programa de Ação Nacional Antidrogas”, que propôs a intensificação das ações públicas nas áreas de prevenção, repressão, recuperação e reinserção social (Brasil, Ministério da Justiça, 1996).

No entanto, apesar de incluir preocupações do campo saúde pública, o documento não propôs nenhuma articulação com o setor público de saúde, onde estavam em curso o processo de construção do SUS, de reestruturação da atenção em saúde mental e dos programas de redução de danos no Brasil.

Os projetos de redução de danos permitiram uma flexibilização nas formas de abordagem do usuário de drogas, ao deixar de visar exclusivamente o estabelecimento da abstinência, além da aproximação destes usuários com o SUS. Também permitiu dar visibilidade à realidade das práticas de atenção aos usuários de drogas, visto que, na década de 1990, ainda existia uma grande precariedade de serviços, falta de treinamento dos profissionais na área e preconceito por parte dos mesmos (Ministério da Saúde, 1999).

Não é estranho que, neste momento, tenha se registrado um crescimento das comunidades terapêuticas no Brasil (Ministério da Saúde, 2004), dada a persistente lacuna assistencial de serviços públicos voltados para a dependência química, ratificando a omissão do poder público para essa área.

Em 1996 é criada a **Associação Brasileira de Redutores de Danos (Aborda)** com o objetivo de capacitar e articular os Programas de Redução de Danos, além de organizar e mobilizar politicamente os usuários de drogas e os agentes redutores de danos, que buscavam mais autonomia na gestão dos programas (Passos e Souza, 2011). Esta associação se difundiu em vários estados brasileiros e passou a assumir um papel ativo na luta dos direitos dos usuários de drogas.

Outros movimentos surgem no final da década de 1990, como a **Rede Brasileira de Redução de Danos (Reduc)** e a **Rede Latino-Americana de Redução de Danos (Relard)**. Estes atores têm desenvolvido um papel importante na capacitação de profissionais, na sensibilização de gestores locais e ao fazer pressão frente à política, visando à adoção de legislações menos repressivas (Fonseca e Bastos, 2014).

Em 1999 foi editado um Projeto de Lei (PL n.º 1.279) que tratava do fornecimento de seringas e agulhas descartáveis e esterilizadas aos centros de tratamento voltados aos usuários de álcool e drogas, no entanto, depois de anos de tramitação no Congresso, foi arquivado pela Mesa Diretora da Câmara dos Deputados, em 2007.

Neste sentido, apontamos que, neste momento, a área de álcool e drogas não aparecia como prioridade na agenda da política de saúde mental e nem na estruturação de sua rede, apesar dos avanços das ideias trazidas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

De acordo com um dos entrevistados (Entrevistado 5), a coordenação nacional de saúde mental e o departamento de DST/Aids tinham completa autonomia e pouco dialogavam. Além disso, foi apenas a partir dos anos 2000 que a estratégia de redução de danos se aproximou do campo da saúde mental:

Então, na verdade, a saúde mental se fortaleceu, a área de HIV/Aids precisou demonstrar que a redução de danos tinha efetividade para o controle das doenças sexualmente transmissíveis para que houvesse um encontro no final dos anos 90, início do ano 2000 que foi a ideia de aproximar a abordagem da redução danos com o campo da saúde mental porque isso não era articulado, isso não era...eles tinham completa autonomia, a reforma psiquiátrica e controle de HIV/Aids não necessariamente dialogavam (Entrevistado 5).

Apesar de na década de 1990 terem sido criadas condições favoráveis, principalmente no setor saúde, como o processo de implementação do SUS, a reestruturação da atenção em saúde mental e dos programas de redução de danos, as mesmas não foram suficientes para que

se estabelecesse uma política pública de álcool e drogas (Machado, 2006), permanecendo também desarticulada da área de saúde mental.²⁴

3.2 A CRIAÇÃO DA SENAD E DE UMA PAUTA ANTIDROGAS (1998-2000)

A partir do ano de 1998, o Brasil dá início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda²⁵ e da oferta²⁶ de drogas, após a realização da **XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas**, que convocou uma sessão específica para tratar a questão das drogas no mundo²⁷.

Como resultado, os países que faziam parte da ONU assumiram um compromisso, cada qual, de ter uma política nacional sobre drogas. O plano de ação desta Assembleia estabelecia o ano de 2008 como prazo para o alcance dessa meta e intitulava-se “**A drug free world - we can do it**” (ONU, 1998, grifo do autor).

Neste contexto, por meio do Decreto Presidencial nº 2.362, de 19 de junho de 1998, o presidente Fernando Henrique Cardoso instituiu o **Sistema Nacional Antidrogas** (Sisnad), composto pela **Secretaria Nacional Antidrogas** (Senad) e pelo **Conselho Nacional Antidrogas** (Conad), que passa a substituir o Confen.

O Sisnad tinha a função de integrar as atividades de prevenção e repressão, sendo que coube à Senad executar ambas as atividades. A Senad e o Conad foram alocados no Gabinete Militar da Presidência da República, atualmente denominado Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

O fato da Senad e do Conad terem sido alocados neste gabinete, nos indica o peso que a política de drogas passou a ter neste momento, se tornando prioridade na agenda governamental. Além disso, ela é criada num momento em que vários órgãos semelhantes são criados na América Latina por influência dos EUA, que considerava ser importante ter um órgão que tratasse do problema das drogas vinculado à presidência da República, ou seja, investido de poder. Isso estaria ligado à toda ideologia de guerra às drogas americana.

²⁴ Machado (2006) cita que em situações pontuais, foram criados serviços substitutivos especializados. Em 1996, em Natal/RN e em 1998, em Santo André/SP, surgiram os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), destinados a dependentes de drogas, no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira, iniciando uma prática de atenção que começou a aproximar a saúde mental da área de álcool e outras drogas.

²⁵ Ações referentes à prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas ao tratamento, à recuperação, à redução de danos e à reinserção social de usuários e dependentes.

²⁶ Atividades inerentes à repressão da produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas.

²⁷ Observatório Brasileiro de Informações sobre drogas. Ministério da Justiça. Fonte: www.obid.senad.or.br. Acesso em 14 de março de 2015.

Para Garcia, Leal e Abreu (2008), a criação da Senad expressou uma estratégia política do governo brasileiro em mostrar à comunidade internacional uma postura de combate às drogas como prioridade de governo.

No entanto, o fato do Sisnad prever a integração das atividades de prevenção e repressão nos parece indicar uma contradição no interior dessa política que trazia uma postura proibicionista e repressora em relação às drogas, nos levando também a questionar os moldes de prevenção que a Senad logrou executar.

Além disso, embora o Ministério da Saúde fizesse parte do Sisnad, nenhuma das atividades de prevenção foram atribuídas a ele, o que demonstra uma desarticulação entre as áreas da saúde e da justiça em relação às ações preventivas voltadas aos usuários de drogas.

Para Machado e Miranda (2007), o novo arranjo institucional e a definição do papel da Senad, reafirmaram a tendência a uma duplicidade de atribuição de responsabilidades, visto que no Sisnad, a Senad é o órgão executivo das ações sanitárias destinadas aos dependentes de drogas, e no setor de saúde, um outro Sistema, o SUS, é o responsável pela prestação de assistência integral a todos os cidadãos brasileiros.

Todavia, Machado (2006) aponta que a Senad direcionou seus esforços para ações mais pontuais, como o apoio à melhoria da qualidade do trabalho realizado pelas comunidades terapêuticas e o incentivo à realização de pesquisas pelos centros de referência na área de drogas. Já em relação aos programas de redução de danos, a autora indica que a Senad, em alguns momentos, se posicionou de maneira bastante favorável, e em outros, apresentou resistências que não chegaram a inviabilizar a implementação dessas ações no país.

Estes dois espaços, Senad e Ministério da Saúde, permaneceram desarticulados até 2003, onde houve um esforço maior de integração entre as áreas, a partir do governo Lula (Machado e Miranda, 2007).

Também em 1998 aconteceu o **I Fórum Nacional Antidrogas**, organizado pela Senad e segmentos que atuavam na área de drogas: policiais, pessoas vinculadas às comunidades terapêuticas, profissionais ligados à área científica e pessoas ligadas aos projetos de redução de danos.

Em seu discurso de abertura, o então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, afirmava que a questão das drogas havia se tornado um problema, com desdobramentos nas relações internacionais e para a segurança do mundo. Afirmava também que:

(...) na visão estratégica do Presidente dos Estados Unidos, a guerra contra as drogas constitui uma espécie de preocupação obsessiva e permanente, substituindo aquilo que foi, no passado, a preocupação com a questão do equilíbrio de poder no mundo, quando havia os dois blocos (BRASIL, 2001:354).

Esta fala exemplifica que a criação de uma política de drogas no Brasil esteve alinhada a uma política de guerra às drogas norte-americana, interessada numa corrida armamentista que não ia mais contra os blocos soviéticos, que haviam se dissolvido, mas contra um novo inimigo, as drogas, sustentando assim, toda uma indústria bélica.

A centralidade da política voltada para a repressão das drogas, materializada na guerra às drogas e no ideário de uma sociedade livre de drogas, reiterados durante a XX Assembleia das Nações Unidas, expressou-se na política brasileira através da expressão “antidrogas”, conferida às suas instituições e à política nacional de drogas (Alves, 2009).

Segundo um dos entrevistados (Entrevistado 2), a Senad atravessa os anos 90 e início dos anos 2000 nessa pauta antidrogas, ainda que tenham chegado novos técnicos que vão desenvolvendo outros assuntos. Além disso, indica que a Senad nunca teve um papel tão relevante no campo da repressão ao tráfico, porque já tinha espaços, como a polícia federal e outros atores, que não iriam perder espaço para a Senad, mesmo ela estando na Presidência da República e ligada ao Gabinete de Segurança Institucional.

Em relação às políticas de saúde, sobretudo a de saúde mental, segundo um dos entrevistados (Entrevistado 1), no final dos anos 2000, o esforço da Coordenação Nacional de Saúde Mental era pela aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica e pelo estabelecimento de regras mínimas de fiscalização de hospitais, sendo que a questão das drogas não apareceu neste momento.

Sendo assim, como veremos no capítulo seguinte, a área de álcool e outras drogas passa a ocupar uma agenda na área de saúde mental a partir de um movimento que se inicia com a aprovação da lei n.º 10.216, seguindo com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, a criação dos CAPSad, em 2002, e que se consolida com a aprovação de uma política nacional para a área, em 2003.

3.3. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DA JUSTIÇA NA ÁREA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL (2001-2003)

Indo na contramão de um movimento proibicionista e de “guerra às drogas” que vinha sendo conduzido pelas áreas da justiça, em 6 de abril de 2001, é aprovada a Lei n.º 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, sendo resultado da luta do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Dentre os principais pontos da lei, está a garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais, a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental, a proibição das internações em instituições com características asilares e a classificação das internações como Voluntária, Involuntária e Compulsória, com a determinação de que a internação Involuntária seja comunicada ao Ministério Público.

Este cenário de efervescência política e social contribuiu para que a área de álcool e outras drogas recebesse mais atenção do Ministério da Saúde. A partir dessa lei, as políticas de drogas passaram a priorizar a rede de cuidados extra-hospitalares, além de ressaltar o direito à saúde e à proteção dos usuários de álcool e outras drogas (Machado e Boarini, 2013).

Em agosto de 2001 é realizado o **Seminário Nacional sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e Outras Drogas na Rede do SUS**, promovido pelo Ministério da Saúde, e em dezembro é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental que teve como tema **Cuidar, sim. Excluir, não - Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.**

Esta conferência deu início às discussões mais concretas em torno das políticas públicas de álcool e drogas no Brasil, pois não foi tratada nas conferências anteriores²⁸. De acordo com um dos entrevistados (Entrevistado 1), foi na ocasião da realização da III CNSM que se colocou o tema de álcool e drogas como tema de saúde mental, embora não se tenha identificado essa relação, pelo menos de maneira explícita, no documento em questão.

Entre as recomendações desta conferência, estava a garantia de implementação de políticas públicas voltadas aos usuários de álcool e outras drogas, baseadas nos princípios do

²⁸ Em junho de 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental que refletiu as discussões e propostas travadas no âmbito da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Já em agosto de 1992 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental que reafirmou a garantia dos direitos conquistados e adquiridos na Constituição, nas leis, nos estatutos e “na possibilidade de realização de um novo projeto social” (Brasil, MS, 1994:5), contribuindo para o avanço da Reforma Psiquiátrica no país. No entanto, a temática de álcool e drogas não foi tratada nestas conferências.

SUS e da Reforma Psiquiátrica, evitando, assim, as internações em clínicas e hospitais psiquiátricos (Brasil, Ministério da Saúde, 2001).

Um ponto importante era a garantia de que “o SUS se responsabilize pelo atendimento dos usuários de álcool e drogas e, ao mesmo tempo, não reduzir esta questão a uma problemática exclusiva da saúde” (Brasil, Ministério da Saúde, 2001:61).

O relatório final rendeu uma moção de protesto ao **II Fórum Nacional Antidrogas** que acontecia concomitante à realização da conferência, revelando uma disputa entre os campos de ação da política de saúde mental e da política antidrogas, ao mesmo tempo em que indicava uma necessidade de interlocução entre saúde e justiça:

(...) na medida em que o mesmo tema está sendo discutido em ambos os eventos, quando ele é comum, tanto no interesse, quanto no estabelecimento de uma Política Nacional de Prevenção e Tratamento, bem como para as ações subsequentes. Entendemos, assim, que a Política Nacional de Drogas deveria ser subsidiada pela deliberação da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e não discutida/deliberada em instâncias paralelas. Finalmente, tememos pela dissociação/dicotomização das respostas e os possíveis entraves na implantação de ações específicas e equivocadas. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O relato de um entrevistado reforça o entendimento de que havia um descompasso e mesmo uma disputa em torno da condução das políticas de drogas nesse momento:

Mas era muito interessante porque lá no 2º fórum se dizia: Vamos fazer um Brasil sem drogas, e o modelo do tratamento vai ser abstinência e você tinha na 3ª conferência nacional de saúde mental a ideia de que nós precisávamos construir uma abordagem mais complexa, com menor exigência no cuidado, não requisitar essa condição da abstinência, ou seja, então era um projeto em disputa e aí eu acho que para menos que produzir um cuidado imediato pelo SUS, há um posicionamento que foi em 2003 que foi o Ministério da Saúde dizer: “Olha, de fato quem tem que assumir essa área somos nós.” (Entrevistado 5).

Para Machado e Boarini (2013), o II Fórum Nacional Antidrogas ainda trazia um enfoque proibicionista, o que possivelmente reforçou a dificuldade de articulação das áreas de saúde e da segurança pública.

Ainda neste mesmo ano, a Senad colaborou com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o estabelecimento de normas mínimas para as comunidades

terapêuticas. Essas exigências estão previstas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), nº. 101, de 30 de maio de 2001.

Mas nós acabamos que conseguimos fazer o Ministério da Saúde estabelecer (...) através de um decreto, de uma norma uma regulamentação para as comunidades terapêuticas, então o que elas tinham que ter psicólogo, que tinha que ter isso, ter aquilo, tinha que ter o espaço x, y, x. Entendeu? Então essa discussão também era saudável que sempre levava a uma resultante positiva (Entrevistado 3).

Ressalte-se que processo de normatização das comunidades terapêuticas, embora tenha contribuído para o enquadramento destes serviços, permitiu que essas entidades passassem a angariar financiamento público. Além disso, o seu vínculo com entidades religiosas, e também com a Senad, permitiu a sua organização e pressão sobre órgãos governamentais, estabelecendo-se como um modelo oficial de tratamento (Machado e Miranda, 2007).

Em relação ao Ministério da Saúde, sobretudo, na coordenação nacional de saúde mental, as comunidades terapêuticas não encontraram muita abertura neste momento, principalmente pelas pessoas ligadas ao Movimento da Reforma Psiquiátrica (Machado e Miranda, 2007). Neste período, a coordenação nacional de saúde mental era ocupada por um coordenador que era médico psiquiatra e militante do movimento da Reforma Psiquiátrica.

No ano seguinte à realização do II Fórum Nacional Antidrogas e da III CNSM, é editada a **Lei n.º 10.409/2002**, que dispõe “sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências” (Brasil, Presidência da República, Capítulo II, 2002).

Essa lei, embora apresente algumas mudanças em relação à anterior (lei n.º 6.368/1976), como a adoção da estratégia de redução de danos sociais e à saúde, que aparece pela primeira vez na legislação brasileira de drogas, cabendo ao Ministério da Saúde a sua regulamentação²⁹, ainda mantém o perfil de criminalização e repressão ao consumo e porte de drogas.

Em agosto de 2002, o Decreto Presidencial n.º 4.345, de 26 de agosto de 2002, instituiu a **Política Nacional Antidrogas (PNAD)**, até então, inédita no país.

²⁹ Regulamentada pela Portaria GM/MS n.º 1.028 de 1º de julho de 2005.

Não é difícil entender porque esta política traz um discurso fortemente proibicionista. Logo na sua introdução, caracteriza o uso indevido de drogas como “séria e persistente ameaça à humanidade” (PNAD, 2002: 7) e que a reestruturação do Sistema Nacional Antidrogas teve o objetivo de “eliminar, no país, o flagelo representado pelas drogas” (PNAD, 2002: 8).

Entre os seus pressupostos, busca “incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (PNAD, 2002:10).

Essas frases exemplificam o modelo de política pública na área de drogas que o Brasil se propôs a implementar. Embora apresente entre as suas diretrizes o reconhecimento da redução de danos enquanto estratégia preventiva, fica difícil entender como discursos tão distintos podem estar presentes no interior de uma mesma política, ou então, sobre qual modelo de redução de danos está se referindo.

No ano seguinte à realização da III CNSM, o Ministério da Saúde dá início a estruturação de uma rede de atenção em saúde voltada aos usuários de álcool e outras drogas e institui o **Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas**, com o objetivo de articular e organizar uma rede de serviços extra-hospitalares entre as três esferas de governo e de criar ações preventivas como forma de reduzir os danos sociais e a saúde causados pelo uso prejudicial de álcool e drogas (Portaria GM/MS n.º 816, de 30 de abril 2002).

Assim, uma das estratégias do Ministério da Saúde para a consolidação desta rede foi a regulamentação dos CAPS, incluindo os CAPSad (Portaria GM/MS n.º 336/2002), serviço ambulatorial de atenção diária em saúde mental, que deve oferecer atendimento individual, em grupo e em oficinas terapêuticas, além de buscar a inserção do usuário na família e na sociedade.

Em 2003, as ações do Ministério da Saúde voltadas para a área de álcool e drogas, em específico, da área de saúde mental, se tornam mais proeminentes. São editadas duas medidas: o Decreto Presidencial de 28 de maio de 2003, que instituiu um Grupo de Trabalho Interministerial³⁰ com o objetivo de discutir a política nacional para a atenção aos usuários de álcool e de aperfeiçoar a legislação envolvendo o consumo e a propaganda de bebidas alcólicas e a Portaria GM/MS n.º 457, de 16 de abril de 2003, que criou um Grupo de

³⁰ Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério das Cidades, Ministério da Educação, Ministério da Assistência Social, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Fazenda, Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, Advocacia-Geral da União.

Trabalho, alocado na área Técnica de Saúde Mental, com o objetivo de estabelecer diretrizes para a Política de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, considerando o uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas como um grave problema de saúde pública.

Segundo um dos entrevistados (Entrevistado 1), foi a partir das discussões presentes no último Grupo de Trabalho (Portaria GM/MS n.º457/2003), que foi agregada a expressão “álcool e outras drogas” à coordenação de saúde mental, além de enfatizar o álcool como droga e de caracterizar as “outras drogas” como drogas ilícitas.

Não apenas se incorporou o tema da política de drogas, mas a expressão álcool e outras drogas e essa expressão álcool e outras drogas passou a ser a designação que o Ministério da Saúde adotava em todos os documentos que se referissem a questão do uso de substâncias, etc.(...) houve algumas observações no sentido de que deveria se colocar também o tabaco (...) Mas por uma questão aí também de economia era mais importante naquele momento realçar a caracterização do álcool como droga e da incorporação da ideia de outras drogas para chamá-las drogas ilícitas (...) então eu diria que o que se deu foi uma decisão da política e da institucionalização de uma política de drogas no Ministério da Saúde (Entrevistado 1).

Interessante é que, segundo o entrevistado, o tabaco não entrou na expressão que o Ministério da Saúde adotava nos documentos que se referiam à questão do uso de substâncias, indicando que, essa separação, de âmbitos de políticas que trabalham com substâncias que causam dependência, teriam orientações diferentes. Além disso, a política nacional de tabaco, na forma do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), não dialoga nem com a saúde mental e nem com a justiça.

Talvez esta questão tenha relação com o fato do Brasil ter um programa bem-sucedido de controle do tabagismo, que é coordenado pelo INCA, ficando, conseqüentemente, ligado à política do câncer.

Além disso, assim como as políticas de álcool e outras drogas, a política de controle do tabaco não se resume apenas às substâncias que causam dependência, sendo uma política que envolve pessoas e que possui a sua própria complexidade, que, segundo Portes (2017), relaciona-se à sua multidimensionalidade, dadas as suas implicações econômicas, sociais e culturais, e ao envolvimento de grupos diversos de organizações, atores e interesses, com diferentes possibilidades de apoio e de resistência às iniciativas governamentais.

Como resultado deste Grupo de Trabalho, no mesmo ano, o Ministério da Saúde assume seu compromisso com a área ao lançar a **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas**.

Esta política passa a preconizar ações de prevenção, tratamento e educação, de acordo com os princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da redução de danos, além de reconhecer que o uso do álcool e das outras drogas seria um grave problema de saúde pública.

Também entende que a abstinência não deve ser o único objetivo a ser alcançado, devendo lidar com a singularidade e com co-responsabilidade do sujeito no seu tratamento, além da construção de vínculos com os profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2003).

De acordo com Passos e Souza (2011), a partir de 2003, as ações de redução de danos deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/Aids e se tornam uma estratégia norteadora da política de saúde mental.

Também a partir da institucionalização desta política, são editadas portarias induzindo a implementação de serviços na área de álcool e outras drogas. Como exemplo, é publicada a Portaria GM/MS n.º 2.197/2004, que redefine e amplia a rede de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas no SUS.

Essa portaria respalda as suas ações em torno de estudos epidemiológicos, que trazem um retrato da situação epidemiológica do álcool, embora não considere as outras drogas:

Considerando informações fornecidas pela Organização Mundial da Saúde - OMS, e sustentadas por estudos e pesquisas epidemiológicas consistentes, de que a dependência de álcool acomete cerca de 10 a 12% da população mundial; Considerando as conclusões do Relatório da OMS intitulado “Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas”, que apontam o álcool como importantíssima causa de mortalidade e incapacidade; Considerando pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, divulgada em 2003, à qual revelou que 11,2% dos brasileiros que moram nas 107 maiores cidades do País são dependentes de álcool, corroborando consistentemente a equivalência entre esta realidade nacional e a apontada pela OMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Além disso, esta portaria incluiu entre os seus componentes o “componente da rede de suporte social, associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil, complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS” (Brasil, Ministério da Saúde, Art. 2º- IV, 2004).

Este trecho indica que o próprio Ministério da Saúde passa a reconhecer as comunidades terapêuticas como um serviço alternativo ao tratamento dos usuários de álcool e drogas, ainda que não apresente este nome no texto da portaria, e mesmo sem apoio para custeio, neste momento.

Essa portaria nos chama a atenção, pois nos leva ao seguinte questionamento: como a política de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, que adota os princípios da Reforma

Psiquiátrica, passa a incluir na rede de saúde do SUS as comunidades terapêuticas? Esse modelo não seria caro à Reforma Psiquiátrica, por não fazer parte da territorialidade dos serviços de saúde mental? Essas questões, que geram pontos de tensionamento nas políticas públicas de álcool e drogas, serão discutidas mais adiante.

Resumindo, o Ministério da Saúde e a Senad, embora com divergências e contradições, passaram a assumir papel relevante na condução das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil, tendo em vista a retração do Departamento de DST/Aids (Andrade, 2011).

As disputas entre as áreas da saúde e justiça na condução das políticas públicas de drogas no Brasil também é exemplificada na fala de um dos entrevistados, que indica que até 2003, a área de álcool e outras drogas era uma temática que apresentava maior força no interior da Senad:

Porque até 2003 se entendia que a política ficava lá pela Senad, ficava pela área da repressão, da justiça e segurança pública, uma vaga ideia de promoção da saúde que era feita através de programas educativos nas escolas, fornecidos pela própria política militar, existe até hoje esse programa de baixíssima eficácia, nenhuma eficácia, zero eficácia, porque são programas que não funcionam, tem avaliação sobre isso. Então se conseguiu o objetivo de colocar no campo da saúde pública (Entrevistado 1).

Vimos que apesar da Política Nacional Antidrogas, conduzida pela Senad, reconhecer a redução de danos enquanto estratégia preventiva, nos resta a dúvida sobre que modelo de prevenção logrou implementar.

Além disso, indo na mesma direção da Senad, o Ministério da Saúde edita uma portaria incluindo as comunidades terapêuticas na sua rede de atenção, o que, possivelmente, gerou conflitos entre atores do próprio Ministério da Saúde que defendiam os princípios da Reforma Psiquiátrica na rede SUS, no entanto, apesar de posicionamentos internos, demonstra um movimento de disputas e aproximações entre Senad e Ministério da Saúde.

3.4. O REALINHAMENTO DA POLÍTICA PÚBLICA DA JUSTIÇA NA ÁREA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A INCLUSÃO DO ÁLCOOL NA AGENDA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL (2004-2009)

Em 2004, diversos setores do governo e da sociedade se reuniram para discutir o estado da Política Nacional antidrogas no país. Foram realizados sete fóruns regionais conduzidos pela Senad³¹ e a realização de um fórum internacional em Brasília, sendo convidados representantes de diversos países, como Suíça, Itália, Reino Unido, Canadá, Holanda e Portugal.

Segundo um dos entrevistados (Entrevistado 3), o fórum internacional teve o objetivo de saber como eram desenvolvidas as políticas de drogas nesses países para orientar a política brasileira, o que nos chama a atenção, pois são países com realidades e culturas totalmente distintas das do Brasil, embora seja fato também que estes países vêm apresentando um debate mais amplo em torno da legalização e descriminalização das drogas.

Depois destes fóruns, foi realizado o **III Fórum Nacional sobre Drogas**. Segundo um dos entrevistados (Entrevistado 3), o Fórum nacional, que aconteceu em Brasília, teve o objetivo de realinhar a política de drogas no Brasil, e na ocasião, foi apresentada a proposta de mudança de nome da Secretaria Nacional Antidrogas, o que pareceu ser um esforço de inserir em seu bojo as drogas lícitas, como o álcool e o tabaco, além dos medicamentos. A inclusão deste último pode ter sido uma reivindicação de setores ligados à indústria farmacêutica:

Olha, nós não podemos ser antidrogas, porque o Brasil é um país que tem uma drogaria em cada esquina, então a gente não pode ser antimedicação, antidroga, antipenicilina, então resolvemos, de acordo com essa contribuição, que seríamos a política nacional sobre droga, e aí que nós incluimos, não estava incluída as drogas lícitas, o álcool foi incluído aí, o cigarro foi incluído a partir desse fórum nacional (Entrevistado 3).

Como resultado, a política antes chamada de Política Nacional **Antidrogas** passou a chamar-se Política Nacional **sobre Drogas** (PNAD), aprovada em 27 de outubro de 2005, por meio de uma resolução do CONAD (Resolução n.º3/GSIPR/CH/CONAD).

³¹ Segundo um dos entrevistados (Entrevistado 6), os fóruns aconteceram nos estados de Maranhão, Ceará, Piauí e nas cidades de Salvador, São Luís, Manaus e Campo Grande.

Em relação ao seu conteúdo, não houve mudanças expressivas em relação à política anterior e nem argumentos para o chamado “realinhamento”, sendo apenas referido como um processo.

Algumas modificações foram feitas no texto da política como, por exemplo, de “antidrogas” para “sobre” drogas e de “uma sociedade **livre** do uso de drogas ilícitas” (Brasil, Senad, 2002:8), na política anterior, para “uma sociedade **protegida** do uso de drogas ilícitas” (Resolução n.º3/GSIPR/CH/CONAD, 2005:4), indicando uma tentativa de flexibilização e de apresentar uma postura menos repressora na condução desta política.

Para alguns atores, o processo de realinhamento não gerou mudanças efetivas na condução das políticas de drogas no Brasil:

Então assim, antidrogas, sobre drogas isso tem pouco impacto na população. Você tem melhorias na ideia sanitária, na rede de acesso de apoio às pessoas que têm sofrimento pelo uso crônico, pelo uso problemático (...), mas você não tem uma resposta real no que diz respeito ao que é mais perigoso sobre a temática das drogas do que é a violência, nós temos 62 mil assassinatos por ano. Nós temos 1 milhão e 100 mil pessoas mortas na América Latina (...) ligado a guerra das drogas, a maioria delas no Brasil (Entrevistado 6).

Então, voltando ao realinhamento (...) eu acho que ela parece ser basicamente maquiagem (...) eu acho que isso só aconteceu porque havia uma arena política, mas a concepção foi mínima, eu diria que foi mínima, muda o que era uma secretaria nacional antidrogas para uma secretaria nacional de políticas sobre drogas, é uma construção mínima (...) se por um lado se reconhece que tem que fazer alguma concessão ao campo dos direitos humanos, ao campo da saúde pública, por exemplo, mas, por outro lado, mantém uma prática muito dura (Entrevistado 5).

No ano seguinte foi aprovada a nova Lei Federal de Drogas (**Lei n.º 11.343/2006**) que:

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 e define crimes (BRASIL, Art. 1º, Lei n.º 11.343).

Em sua edição, foram revogados os dois dispositivos legais que a precederam³² e o Sisnad deixa de ser chamado de “Sistema Nacional de Políticas Públicas **Antidrogas**” e passa a ser chamado de “Sistema Nacional de Políticas Públicas **sobre Drogas**”, acompanhando a mudança de prefixo que se iniciou a partir do processo de realinhamento, conforme proposto pelo Conad, no ano anterior.

Entre os princípios da Sisnad, podemos elencar uma série de atividades que não constavam no Decreto que criou o sistema anterior, diferentemente da política de drogas:

I - o **respeito aos direitos fundamentais** da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade; II - **respeito à diversidade** e às especificidades populacionais existentes; III - promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como **fatores de proteção para o uso indevido de drogas** e outros comportamentos correlacionados; {...} VI - o **reconhecimento da intersetorialidade** dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito; {...} IX - a adoção de **abordagem multidisciplinar** que reconheça a interdependência e a **natureza complementar das atividades** de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas; X - a observância do **equilíbrio** entre as atividades de prevenção do uso indevido, **atenção e reinserção social** de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando a **garantir a estabilidade** e o bem-estar social; (BRASIL, LEI N.º 11.343, ART. 4º, 2006, GRIFOS NOSSOS).

É interessante notar que ao mesmo tempo em que se elencam uma série de atividades voltadas para a prevenção, reinserção social e atenção, esta última, utilizada pela primeira vez numa lei de drogas no país, se busca um equilíbrio entre estas atividades e as atividades de repressão, que ainda continuam presentes.

Este suposto equilíbrio seria responsável pela estabilidade e bem-estar social, nos levando a questionar sobre que modelo de atenção e bem-estar se está falando e a quem é dirigido.

Entre as atividades de **prevenção**, o relatório aponta que devem obedecer aos seguintes princípios: fortalecimento da autonomia do sujeito; respeito às especificidades socioculturais; tratamento especial às populações mais vulneráveis; o reconhecimento do “não

³² Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e Lei nº. 10.409, de 11 de janeiro de 2002, dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

uso” (grifo do autor) e do retardamento do “uso” (grifo do autor) e da redução de riscos como resultados desejáveis; o investimento em esporte, cultura e lazer; e o estabelecimento de políticas de formação continuada (Lei n.º 11.343, Art.19, 2006).

Já entre as principais atividades de **atenção e reinserção social**, define-se o projeto terapêutico individual, orientado para a inclusão social e de redução de riscos e danos sociais e à saúde (Lei n.º11.343, Art.22, 2006).

O documento aponta ainda que as instituições da sociedade civil, sem fins lucrativos, ou seja, as comunidades terapêuticas, que atendam dependentes ou usuários de drogas, poderão receber recursos do Funad³³ (Fundo Nacional Antidrogas), o que corrobora o incentivo financeiro que a Senad vem dando a estas instituições desde a década de 1990, e seu estabelecimento como modelo de tratamento.

Também a lei passa a punir de maneira diferenciada aquele que utiliza a droga para consumo pessoal e aquele que fornece, produz, contribuiu como informante de organização criminosa, ou, até, se estimula o consumo da droga, mesmo sem objetivo de lucro.

Para o usuário de drogas, a lei prevê advertência sobre os efeitos da droga, prestação de serviços à comunidade e medidas socioeducativas (Lei n.º 11.343, Art. 28, 2006). Já para aquele que exporta, vende ou instiga o consumo da mesma, prevê pena de detenção de acordo com a gravidade do crime (Lei n.º 11.343, Art. 33, 2006).

Outra novidade é a participação do Ministério Público que passa a ter o papel de articulação e cooperação mútua nas atividades da Sisnad (Art. 4º, VIII). A participação do Ministério Público pode ter representado uma tentativa de flexibilização da nova lei de drogas, ao incluir um ator que, teoricamente, se incumbe do papel de defender os interesses coletivos e individuais, no caso, dos usuários de drogas, embora possa trazer uma “função educadora” a este ator.

Um ponto que merece destaque, inclusive, por encontrar-se em discussão no Supremo Tribunal Federal (STF), está presente no conteúdo dos parágrafos 2 e 3 do Art. 28 da lei, pois além de dar discricionariedade para o juiz determinar o que é consumo pessoal, na ausência deste ator, a decisão será tomada pela autoridade policial:

§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente; §3º Se ausente a autoridade judicial, as providências previstas no §2º deste artigo

³³ Os recursos do Fundo Nacional Antidrogas são provenientes do leilão de bens apreendidos do narcotráfico.

serão tomadas de imediato pela autoridade policial, no local em que se encontrar, vedada a detenção do agente (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, Art.48, LEI N.º 11.343, 2006).

Um dos entrevistados cita que foram realizadas capacitações com o juizado de pequenas causas:

Nós capacitamos os juízes de pequena causa para que ele pudesse ajudar na hora que ele estivesse ouvindo o usuário para levar ao usuário as mensagens da política nacional com relação a prevenção. Já o traficante não, o traficante é juiz criminal. O Juiz criminal não tem nada a ver com orientar o criminoso (Entrevistado 3).

Este argumento corrobora a função “educadora” que parece ter sido dada aos juízes e promotores públicos na ocasião das audiências com o usuário. Ainda segundo o entrevistado, a política deixou de prender usuário de drogas, e ele, o usuário, passou a estar num capítulo diferente do traficante.

No entanto, a lei de drogas produziu argumentos distintos entre os que atuavam na área de drogas, apesar da nova lei ter sido considerada positiva por aparentar uma certa flexibilização e trazer inovações:

A mudança da lei de drogas que ocorre em 2006, na qual a Senad tem um papel importante, ela já é uma mudança que vai contra a guerra às drogas porque ela despenaliza o porte para uso (...) ela diz que continua sendo crime ter droga ilícita para consumo próprio, mas não é mais crime passível de cadeia. Então claramente o Estado brasileiro vai escolhendo dizer olha, não vamos tratar isso apenas como um tema de segurança pública, diferente dos EUA, que continuam prendendo em larga escala usuários e aí barganhando com os usuários a pena em troca de tratamentos obrigatórios, essas coisas de justiça terapêutica (Entrevistado 2).

(...) Num certo momento em 2006 quando se aprovou uma lei que colocou em capítulos diferentes a questão do consumo e a questão do tráfico se produziu uma certa ilusão de que aquilo poderia fazer caminhar o campo da prevenção e da promoção e reduzir o peso do campo da repressão (...) No entanto, não foi isso que aconteceu porque quase que o ponto de barganha, não houve essa barganha assim, eu não presenciei barganha colocada dessa forma, mas o que parece ter sido a moeda de troca foi ampliar a punição do crime de tráfico ampliando a pena mínima para 5 anos. Ao ampliar a pena mínima para 5 anos todos os benefícios que a legislação concede de, por exemplo, utilizar as penas alternativas equivalentes penais (...) essas coisas, tratamentos que não seja pela punição no encarceramento, ficavam perdidos para todos que fossem caracterizados como traficantes (...) O Brasil tem uma explosão da população carcerária e boa parte dessa explosão, uma parte

importante e significativa deve ser atribuída à mudança da lei de drogas, então isso foi um desastre, uma tragédia (Entrevistado 1).

Dados divulgados pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen/MJ) indicam que a população carcerária no Brasil é a quarta maior do mundo e que passou de 401.236 em 2006 para 622.202 em 2014; o crime que mais leva as pessoas a cadeia é o tráfico de drogas (28%); as pessoas negras são a maioria nas cadeias brasileiras (61,6%); e os presos têm menor escolaridade que a média da população (Infopen, 2014).

Estes dados nos levam a refletir que a política de drogas do Brasil ainda carrega traços do eugenismo que esteve presente nas primeiras décadas do século XX no país, ao excluir os negros, marginalizados e criminalizar a pobreza.

Seguindo, no mesmo ano da aprovação desta lei, é editado o Decreto Presidencial n.º 5.912, de 27 de setembro de 2006, que aprova a sua regulamentação, principalmente em relação à composição das entidades que compõe o Sisnad.

Neste momento, outro ator surge, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, que passa também a compor o Sisnad, e, em articulação com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e a Senad, passa a ter o papel de propor políticas de formação continuada que abordem a prevenção e o uso indevido de drogas para os profissionais de educação³⁴.

Ao mesmo tempo em que se discutia o realinhamento da política de drogas conduzida no âmbito da Senad, outro ator, o Ministério da Saúde, tentava incluir a questão do álcool na agenda da saúde mental através da criação do **Comitê Técnico Assessor para a Política de Álcool e de Outras Drogas do Ministério da Saúde**, sendo coordenado pela Área Técnica de Saúde Mental (Portaria GM/MS n.º429/2005).

Como resultado, em maio de 2007, foi aprovada a **Política Nacional sobre o Álcool** (Decreto Presidencial n.º 6.117/2007) que “dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade”.

A política utiliza o conceito de redução de danos como um conjunto estratégico de medidas de saúde pública e como referencial para as medidas de prevenção na área, além de incentivar o fortalecimento das redes locais de atenção integral para as pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas no SUS (Brasil, 2007).

³⁴ Decreto n.º 5.912 Art. 14, 2006.

A política também incluiu medidas para a regulamentação e fiscalização da propaganda de bebidas alcólicas e medidas referentes à associação álcool e trânsito, que resultou na Lei n.º 11.705, de 19 de junho de 2008, conhecida como “Lei Seca”.

É importante lembrar que a Política Nacional sobre o Álcool foi o resultado das discussões e conclusões do Grupo Técnico Interministerial formado em 2003³⁵ e coordenado, na época, pelo Ministério da Saúde. No entanto, ao se aprovar a política, é a Senad que passa a ser a responsável por sua condução e implementação.

Este Grupo se destinou a discutir com os demais Ministérios um conjunto de ações sobre questões referentes à política de álcool, que incluíam prevenção, promoção, restrição de uso, restrição da propaganda e também ampliação do acesso ao cuidado para pessoas que já tinham problemas decorrentes do consumo abusivo.

Segundo um dos entrevistados (Entrevistado 1), esta comissão teria esbarrado em alguns problemas. O primeiro, seria a questão da abordagem do enfrentamento na política de álcool, que na visão do Ministério da Saúde, teria três aspectos: “beber e dirigir”, “a questão da propaganda” e “a ampliação da capacidade de atendimento da atenção primária e da rede de CAPSad”.

Além disso, indica que em relação ao enfrentamento da questão “beber e dirigir”, foi realizada uma parceria com o Detran e com a área de Promoção da Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, tendo sido considerada uma experiência exitosa de articulação, e que avançou no sentido de produzir a Lei Seca, cuja eficácia, segundo ele, havia sido comprovada no sentido da redução da mortalidade e morbidade por acidentes de trânsito.

O mesmo entrevistado (Entrevistado 1) cita que a própria Lei Seca esbarrou em dificuldades de colaboração entre Ministério da Saúde e Senad, tendo em vista que a Senad produziu um Grupo de Trabalho próprio para tratar do tema. Assim, houve conflitos de competências e que acabaram trazendo alguns problemas em sua condução:

Por exemplo, os avanços que o grupo interministerial tinha e vinha obtendo, acabaram sendo substituídos por uma maneira de solucionar a questão de conflitos de competência por um grupo de trabalho sobre álcool na própria Senad, grupo de trabalho esse que seria conduzido na Senad pelo responsável de políticas no Ministério da Saúde para propor, portanto, uma composição em termos de competência. Isso foi feito (...) e ele deixou de ter a mesma eficácia que teve. Por quê? Porque quando a gente tramitava no campo da saúde pública nós conseguimos transitar melhor sobre a questão do álcool do que quando transitávamos a partir de uma estrutura como a Senad por uma

³⁵ Decreto Presidencial de 28 de maio de 2003.

série de razões. Muitas dessas razões é a visão de promoção da saúde que existe na Senad, é diferente da promoção da saúde que existe no Ministério da Saúde (...) A visão de promoção da saúde, as articulações existentes com a questão do próprio modelo pedagógico para você falar sobre a questão geral e sobre o modelo de atendimento, do modelo de atenção, o modelo de atenção mais prevalente lá no campo da Senad era um modelo institucionalizado, comunidades terapêuticas etc. (Entrevistado 1).

Não é por acaso que no anexo da política do álcool estão elencadas algumas medidas aprovadas no Conad e que fazem parte do espectro de discursos que vinha sendo proposto pela Senad, associando seu uso com a violência e criminalidade:

Intensificar a fiscalização e incentivar a aplicação de **medidas proibitivas** sobre venda e consumo de bebidas alcoólicas nos campos universitários (...) estabelecer regras para destinação de recursos do Fundo Nacional de Segurança Pública (FNSP) e do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) para os Municípios que aderirem a critérios pré-definidos pelo CONAD para o desenvolvimento de ações que visem **reduzir a violência e a criminalidade** associadas ao consumo prejudicial do álcool (BRASIL, DECRETO N.º 6.117, 2005, GRIFOS NOSSOS).

Outro conflito surgiu em relação à regulação da propaganda de bebidas alcólicas. Um dos entrevistados aponta que neste aspecto, mesmo tendo havido colaboração da Senad, os resultados obtidos foram quase nulos, dado o peso do lobby das indústrias de bebidas alcólicas no Brasil:

Porque primeiro a nossa lei não permite regular a propaganda...a lei de 96 do governo Fernando Henrique ela não permite regular a propaganda do álcool (...) porque ela distingue para efeito de regulamentação o álcool das outras drogas (...) aliás, ela distingue a cerveja... dentro das bebidas alcoólicas, ela distingue as bebidas destiladas das bebidas fermentadas. O problema epidemiológico maior de consumo de bebidas no Brasil era problema da cerveja e cerveja não era regulamentável porque uma lei impedia. A gente quis mudar essa lei, quisemos criar também mecanismos de regulação infralegais, construindo consenso e isso não avançou, isso não avançou, predominou no próprio Ministério da Saúde uma ideia de campanhas que nós já sabíamos pela literatura, pela experiência internacional que as campanhas não são eficazes, campanhas sobre riscos da bebida etc., isso não funciona (...) A gente seguia a orientação não só da OMS, mas a orientação desses atores como, por exemplo (...) que são atores que discutem o que funciona, o que não funciona na política de álcool, prevenção, etc. Isso a Senad também fazia e fazia direito, mas não é fácil enfrentar o lobby da bebida (...) a propaganda foi o obstáculo, e continua sendo, quando se toca isso e é um escândalo a força que a propaganda da cerveja tem no Brasil que está articulada também por meios de comunicação (Entrevistado 1).

Voltando ao campo das discussões da política nacional de drogas, em 2008, o Conselho Nacional Antidrogas passou a chamar-se Conselho Nacional de Políticas **sobre** Drogas (CONAD), a partir da Lei n.º 11.754. A nova lei também alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas **sobre** Drogas, dando continuidade ao processo de realinhamento iniciado em 2005.

3.5. A ENTRADA DO CRACK NA AGENDA PÚBLICA E DA SAÚDE MENTAL E A EXPANSÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (2009-2015)

Em junho de 2009, foi lançado pelo governo Federal o **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD)** (Portaria GM/MS n.º 1.190). A portaria considera:

o **cenário epidemiológico recente**, que mostra a expansão no Brasil do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool, cocaína (pasta-base, **crack**, merla) e inalantes, que se associa ao contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens; (...) a **lacuna assistencial** nas políticas de saúde para a questão da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo do álcool e de outras drogas; (...) a necessidade de construção, sob a **coordenação do campo da saúde pública**, de respostas públicas intersetoriais eficazes, sensíveis à cultura e às peculiaridades da clínica de álcool e outras drogas; (...) a necessidade de fortalecimento e qualificação da **rede de atenção à saúde mental** existente; (...) a adesão do Brasil ao Programa "**Mental Health Gap Action Program**", da Organização Mundial da Saúde, de 2008, que prevê estratégias para a redução da lacuna assistencial entre a demanda e a oferta de serviços para atenção em saúde mental em todos os países do mundo, especialmente os países em desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, GRIFOS NOSSOS).

Destacamos estes trechos para exemplificar que o Ministério da Saúde respalda as suas ações a partir de dados epidemiológicos e fornecidos por organismos internacionais, assim como vinha fazendo com o álcool³⁶.

No entanto, o que nos chama a atenção é que, neste momento, o Ministério da Saúde traz como dado uma expansão do consumo de outras drogas, como o crack.

³⁶ Portaria GM/MS n.º 2.194, de 14 de outubro de 2004.

O programa está organizado em quatro eixos de intervenção para as linhas de ação do PEAD (2009-2010): O Eixo I trata da ampliação do acesso ao tratamento; o Eixo II, da qualificação da rede de cuidados, com investimento na formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento; o Eixo III, da articulação intra e intersetorial com a sociedade civil e a participação social; e o Eixo IV, da promoção da saúde, dos direitos, da inclusão social e do enfrentamento do estigma (Ministério da Saúde, 2009).

A portaria indica uma necessidade de expansão da rede de saúde mental, como os CAPSad, leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais gerais, o fortalecimento e expansão de experiência de intervenção comunitária, como consultórios de rua, a articulação com a atenção básica, a oferta de cursos de capacitação, implantação de ações culturais e adoção da estratégia de redução de danos (Ministério da Saúde, 2009).

Também é proposta uma articulação desta rede com as comunidades terapêuticas, a partir da realização de uma oficina nacional e de critérios de regulação das vagas para a internação nestes serviços (Art. 9º).

No entanto, vimos que o Ministério da Saúde já vinha incentivando as comunidades terapêuticas, ainda que sem custeio, desde 2001, a partir de uma resolução da Anvisa que recomendava normas mínimas para estes serviços, e, em 2004, a partir da Portaria GM/MS n.º 2.194, onde passa a considerar este serviço como componente da rede de atenção aos usuários de álcool e drogas.

Seguindo nesta linha, em dezembro do mesmo ano, o Ministério da Saúde lança a **Campanha Nacional de Alerta e Prevenção do Uso de Crack**, veiculada nos meios de comunicação e considerada iniciativa inédita para prevenir o consumo da droga, com o slogan "**nunca experimente o crack. Ele causa dependência e mata**".

Nota-se que, na ocasião do PEAD, não foram apresentados dados objetivos sobre um aumento expressivo no consumo do crack, no entanto, seis meses depois, é lançado uma propaganda voltada apenas para os riscos desta substância.

Além disso, ao lançar esta campanha, o próprio Ministério da Saúde parece respaldar um discurso proibicionista, teoricamente ligado apenas à Senad, a partir das expressões “nunca” e “mata”.

Para Arlacon (2012), essa campanha, ao invés de ter produzido uma nova abordagem do problema, visando à construção de um aprendizado para as relações possíveis com as drogas, passa a reproduzir o bordão antidrogas, além de dramatizar os efeitos danosos produzidos pelo seu uso inadequado.

Também em 2009, foi instituída a Política Nacional para a população em situação de rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política (Decreto n.º 7.053/2009), coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República³⁷.

Esta política foi resultado de reivindicações do Movimento Nacional da População de Rua³⁸ pela busca de direitos a essa população. Este decreto considera como população em situação de rua:

“O grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (BRASIL, DECRETO N.º 7.053, ART. 1º, 2009).

Considerando o cenário epidemiológico de aumento no consumo do crack vinculado pelo Ministério da Saúde e pela mídia, mesmo que uma política voltada para a população de rua representasse uma conquista dos movimentos sociais na área, não seria coincidência a sua aprovação neste momento.

Seguindo esta tendência, em maio de 2010, é apresentado o **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas**, por meio do Decreto Presidencial n.º. 7.179, e que teve como fundamento “a integração e articulação permanente entre 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” (Brasil, 2010, Art. 1º- II).

Neste sentido, partindo da ideia de intersetorialidade, este plano abre caminho para a participação de outros atores para além da saúde e justiça. No entanto, este plano ainda segue a tendência proibicionista que vinha sendo promovida pela política nacional de drogas e pela campanha do Ministério da Saúde ao propor “o fortalecimento e articulação das polícias

³⁷ Em 2007, foi criado um Grupo de Trabalho Interministerial sob a gestão da Secretaria de Direitos Humanos que passou a construir propostas de políticas públicas para a população em situação de rua (Ministério da Saúde, 2011).

³⁸ O Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) surge em resposta a um conjunto de manifestações e reivindicações em torno da violência e preconceito sofridos pela população de rua, além da ausência de políticas públicas de atendimento a esta população. O movimento, que tem representação em diversos estados, se tornou mais organizado a partir do assassinato de sete moradores de rua na cidade de São Paulo, e o episódio ficou conhecido como “chacina da Praça da Sé”. A partir disso, foram realizados diversos fóruns, encontros e manifestações que culminaram na aprovação de uma política nacional para a área em 2009, a partir do Decreto n.º 7.053 de 23 de dezembro de 2009.

estaduais para o enfrentamento qualificado ao tráfico do crack em áreas de maior vulnerabilidade ao consumo” (Brasil, 2010, Art. 5º, VIII).

Interessante é que a política de saúde cria um plano próprio, o PEAD, que já trazia uma ênfase sobre a questão do crack, e depois, a partir de um Decreto Presidencial, cria-se um outro plano que apesar de propor a articulação intersetorial, tem como diretriz a Política Nacional de drogas, promovida pela Senad, além de incentivar ações repressoras contra o tráfico e o consumo do crack em áreas de maior vulnerabilidade, que, necessariamente, vão ser as áreas de maior vulnerabilidade social.

Além disso, este plano também não trouxe dados objetivos que indicassem uma elevação do consumo da droga no Brasil, embora, neste momento, o crack tenha passado a se vincular de maneira cada vez mais expressiva no discurso da mídia, a partir de uma “epidemia” de uso do crack:

E isso tomou uma repercussão muito grande, principalmente com a repercussão que teve a entrada do crack como droga mais de massa, né, que até então algumas cidades alguns locais não tinham muito acesso ao crack e ele não era um grande problema (...) e de um momento para o outro o crack se tornou uma droga muito consumida. Uma droga muito consumida, com uma repercussão muito grande né, e dando até a entender, a mídia dizer que é a droga mais consumida, a droga mais perigosa, etc. (Entrevistado 7).

Eu acho que é meio que uma resposta a uma demanda social, uma demanda também muito incentivada pela mídia, e em alguns aspectos meio que criada pela mídia, né? A mídia muitas vezes faz isso, de pegar um determinado problema e transformar ele em notícia, né? Alguns anos atrás havia uma preocupação com a questão do ox, e depois se viu que o ox era mais uma forma de cocaína fumada e que não tem nenhuma diferença para crack e tudo mais. Foi um factóide, uma coisa inventada né, e a mídia ficou falando essa questão como se isso fosse uma nova ameaça (...) A mídia o tempo todo busca produzir notícias, e no campo das drogas muitas vezes é assim: “que droga nova existe?”. Então o crack, é um problema, certamente que é um problema, essa forma de uso da cocaína trouxe né, mais problemas, ampliou problemas das camadas mais vulneráveis da população, mas o equívoco aí é achar que o crack é o problema com drogas né? (Entrevistado 4).

Alguns atores também indicam o dimensionamento político que o crack passa a ter neste momento:

(...) A questão do crack se tornou uma questão política. Havia a sinalização de algumas questões no final de 2010 para mudança do governo federal e de governos estaduais e Câmara e Senado e o crack se transformou em um dos temas de oposição ao governo e um dos temas também da propaganda de parlamentares, etc. (...) Depois de 2010 eu já estava saindo de lá, saí final de 2010 (...) continuou sendo o tema central da política sempre na mesma direção epidemiológica incompatível com a imensa dimensão política que deram ao problema (Entrevistado 1).

Quando existe o debate eleitoral em 2010 entre Serra e Dilma, é colocada a temática drogas de forma muito conservadora, né? “Precisamos cercar a Bolívia”, “precisamos... isso está descontrolado, nós temos uma epidemia de crack”. Isso foi colocado com os dados do Laranjeira, dados falsos, dados não validados (...) (Entrevistado 6).

Segundo um dos entrevistados (Entrevistado 5), também houve um lobby entre políticos ligados às comunidades terapêuticas junto à Casa Civil da presidência da República, ficando a questão do cuidado com este usuário de fora destas pactuações, orientadas por interesses políticos e econômicos.

Assim, o crack surge neste momento enquanto um problema criado pela mídia e como uma questão ligada a partidos políticos e grupos de interesse, sobretudo, aqueles ligados às bancadas religiosas. No entanto, este fato nos chama muita atenção, visto ser um momento em que a crise econômica chegava ao Brasil e de questões sociais ligadas a populações mais vulneráveis.

Além disso, surgiram discussões em relação ao plano crack e disputas de posicionamento entre atores do próprio Ministério da Saúde em relação à questão da internação compulsória:

Então começa a se conformar dentro do governo um processo de guerrilha (...) A gente tentando dentro do Ministério da Saúde, Secretaria Geral, Secretaria de Direitos Humanos fazer, e Ministério da Educação, mas bem mais os três primeiros, fazer valer as pactuações que tinham acontecido contra o que estava sendo proposto na Casa Civil, porque o plano crack foi um plano que como todos os planos (...) da presidenta Dilma, contrariamente ao que foi feito no governo Lula, não escutaram a sociedade civil, nem especialista (...) (Entrevistado 6).

A gente ficou convocando documentos de direitos humanos internacionais para pressionar a própria Casa Civil a tomar uma posição. O Ministério da Saúde não tomou posição. Falava assim: “Está na lei prevista internação”(...) A internação involuntária ela deve ser ponderada, como último recurso, como está na própria lei, né (Entrevistado 6).

Para Andrade (2011), tanto o PEAD como o plano crack foram instituídos num contexto de pânico social relacionado ao uso de crack e de grande fragilidade estrutural, pois ainda existia uma lacuna assistencial de ações comunitárias junto aos usuários de drogas. O autor aponta que a maior parte das estratégias de saúde da família não incluiu ações voltadas aos usuários de álcool e drogas, além de possuir baixa cobertura em algumas cidades, comprometendo, inclusive, o papel dos CAPSad.

Para Oliveira e Santos (2010), outro aspecto da complexidade do problema estaria relacionado à magnitude do consumo de substâncias psicotrópicas, visto que a saúde não teria estrutura suficiente para atender essa população. Esse argumento é corroborado por um dos entrevistados:

Não só o desafio da política de drogas, mas que a política de drogas não está sozinha no campo das políticas públicas, que é qual vai ser o financiamento que a gente vai conseguir conquistar para as políticas sociais particularmente o SUS, mas não acho que as pessoas com problema de drogas, que têm problemas com drogas o SUS dê conta, mesmo bem financiado, eu acho que as pessoas pedem muito mais do que intervenção da equipes de saúde, as pessoas elas pedem lazer, elas podem moradia, elas pedem muitas coisas. Então como é que o financiamento do SUS e das políticas sociais, que está hoje subfinanciado para poder reverberar isso? (Entrevistado 5).

Assim, não é difícil entender a influência dos atores ligados às comunidades terapêuticas em um momento onde estavam sendo discutidas as propostas de um plano voltado especificamente para a questão do crack e de reconhecidas carências na área de atendimento a esta clientela.

Não é por acaso que o Ministério da Saúde incluiu os consultórios de rua como uma das estratégias do PEAD, e que também, como veremos adiante, será incorporado à rede de atenção do plano crack, já com o nome de **consultório na rua**, criado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2011 (Portaria GM n.º 2.488/2011).

Também em 2011, a partir da Portaria GM/MS n.º 122, as atividades do consultório na rua passam a incluir a busca ativa dos usuários de álcool, crack e outras drogas

O consultório na rua é uma estratégia formada por equipes multiprofissionais e que trabalham em parceria com as equipes de atenção básica, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as unidades básicas de saúde, assim como os CAPS e serviços e instituições do Sistema único de Assistência Social (SUAS), desenvolvendo ações de saúde frente à população de rua e junto aos usuários de crack, álcool e outras drogas (Brasil, PNAB, 2011).

Esta estratégia surgiu no início de 1999, em Salvador, na Bahia, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - CETAD, instituição criada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O projeto foi idealizado pelo Prof. Antônio Nery Filho no início dos anos noventa, como uma resposta ao problema das crianças em situação de rua e uso de drogas.

Esta experiência foi considerada exitosa pelo Ministério da Saúde, permitindo a sua inclusão no PEAD, e em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (Ministério da Saúde, 2010). Atualmente, estes dispositivos que eram vinculados à Coordenação de Saúde Mental e que faziam parte da rede substitutiva em saúde mental, são chamados agora de consultórios na rua e vinculados ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a partir da PNAB de 2011.

De acordo com Santana (2014), na prática, além do nome, mudou a composição da equipe e o escopo de ações anteriormente focadas na saúde mental e nos transtornos relacionados ao uso de substâncias, visto que o consultório na rua, além dos problemas de saúde mental, engloba problemas relacionados à diabetes, hipertensão, doenças sexualmente transmissíveis e atendimento à gestante de rua.

Ainda dentro deste contexto, e aproveitando um momento oportuno onde estavam sendo discutidas soluções para a epidemia de crack, em 2010, é apresentado o Projeto de Lei nº.7.663, de autoria do então Deputado Federal Osmar Terra que:

Acrescenta e altera dispositivos à Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências (BRASIL, PROJETO DE LEI FEDERAL N.º 7.663, 2010).

Este projeto trouxe alguns pontos de discussão que merecem ser analisados, entre eles, a inclusão do **Art.23-A** à Lei n.º 11.343/2006.

Este novo artigo, que traz o título “internação de usuário ou dependente de drogas”, além de prever a internação voluntária e involuntária de usuários de drogas, prevê também a internação compulsória, aquela que se dá por determinação da justiça e sem o consentimento do usuário.

O tema da internação é algo caro à Reforma Psiquiátrica, principalmente a partir da Lei n.º 10.216, que passa a preconizar o atendimento do usuário em uma rede de serviços abertas e de base territorial, levando em conta o projeto de vida desse sujeito. No entanto, essa emenda pode abrir brechas para o retorno de leitos manicomialis.

Outro ponto do PL é a proposta de aumento da pena de acordo com o grau de dependência que a droga causa, sendo o crack considerado uma droga danosa e causador de dependência. Assim, quanto maior o grau de dependência causado pela droga, maior será o crime e a punição correspondente:

A primeira diz respeito à necessária diferenciação entre os crimes relacionados às drogas de maior poder para causar dependência. Nos parece óbvio que a sanção seja proporcional ao dano causado. Dessa forma, a partir dessa nova redação, o traficante de crack, por exemplo, terá a sua pena aumentada de um sexto a dois terços, dispensando mais rigor aos delitos que envolvem drogas mais perigosas, distinção que não ocorre na legislação atual (BRASIL, PROJETO DE LEI FEDERAL N.º 7.663, 2010).

Este ponto do projeto e a sua aproximação com as políticas que vinham sendo propostas nos incita a levantar algumas questões: por que o crack seria a principal substância causadora de dependência? E por que neste momento, se desde o final da década de 1980 o consumo do crack já fazia parte da realidade brasileira? Por que não a cocaína, já que o crack é derivado dela? Por que o álcool e o tabaco não são citados, já que o próprio Ministério da Saúde já demonstrou dados que comprovam seu grau de dependência e as graves consequências em termos de saúde pública?

O grau de dependência de determinado tipo de droga não está vinculado apenas à sua composição química, mas envolve fatores psicológicos, sociais e contextos de uso, dependendo, assim, da relação que cada indivíduo mantém com a substância.

Além disso, cabe destacar que este ponto do projeto traz como consequência a punição de uma parcela extremamente pobre que faz uso do crack, penalizando, assim, um grupo miserável e socialmente vulnerável. Se fosse a cocaína ou heroína a serem consideradas mais perigosas, por exemplo, a elite é quem seria penalizada, pois são drogas que são vendidas a um custo mais elevado, havendo assim, uma forte intenção em se criminalizar a miséria.

O PL também apresenta a inclusão de alguns itens no Art. 22 da Lei n.º 11.343:

II - responsabilizar adequadamente o usuário ou dependente de drogas quanto às consequências lesivas da utilização de drogas para si e para a sociedade;
III – desaprovar o uso de drogas, ainda que ocasional, cooperando com a vontade dos usuários, dos familiares ou com as disposições de sentença judicial advinda do previsto no art. 28 desta Lei, no tocante à submissão ao tratamento (BRASIL, PROJETO DE LEI FEDERAL N.º 7.663, ART. 9º, 2010).

Sendo assim, este artigo iria contra uma lógica da redução de danos centrada na singularidade do sujeito, ao responsabilizar a figura do usuário. Além disso, ao desaprovar o uso de drogas, mesmo que ocasional, reforça ainda mais o proibicionismo e conservadorismo que vem permeando as políticas públicas na área.

Outra proposta do PL é que o Art. 23 da Lei n.º 11.343 passe a vigorar com a seguinte redação:

§2º Na hipótese da inexistência de programa público de atendimento adequado à execução da terapêutica indicada, o Poder Judiciário poderá determinar que o tratamento seja realizado na rede privada, incluindo internação, às expensas do poder público (BRASIL, PROJETO DE LEI FEDERAL N.º 7.663, ART. 10, 2010).

Neste sentido, o artigo incentiva a internação compulsória, que além de não respeitar o desejo do usuário, fortalece o papel do poder judiciário. Também deixa aberto uma brecha para o fortalecimento das comunidades terapêuticas, enquanto alternativa de tratamento à rede SUS, e reforça o seu financiamento com recursos públicos.

É importante destacar que estas instituições vêm sendo acusadas por diversos setores da sociedade civil de violação dos direitos humanos. O relatório da inspeção conduzida pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia a locais de internação para usuários de drogas, incluindo as comunidades terapêuticas, concluiu que “a assistência que vem sendo ofertada, na maioria desses lugares, fundamenta-se em princípios que contrariam os pressupostos que orientam as políticas públicas, a saber: o respeito à cidadania dos usuários” (Conselho Federal de Psicologia, 2011:189).

Além disso, a maioria destas entidades possuem cunho religioso, reforçando o papel das igrejas na condução das políticas de drogas no Brasil e que, conforme apontado

anteriormente, possuiu um lobby muito forte no Congresso. Este fato é exemplificado na fala de um dos entrevistados:

As lideranças religiosas, que por várias razões assumiram no Brasil, um lugar de autoridade para falar sobre drogas, seja do ponto de vista da moralidade, de regras morais que a religião prescreve e que podem auxiliar, na visão dessas pessoas, nos problemas com drogas, seja pela associação das drogas com a família, que aí também as religiões tratam do tema da família e da preservação da família e colocam as drogas como grande responsável pela desagregação da família. Então um pouco dessa associação apressada que se faz na segurança pública entre uso de drogas e violência é feita no campo da vida da família entre o uso de drogas e a desagregação da família (Entrevistado 2).

Indo na contramão do proibicionismo e da centralidade na questão das drogas que parece acompanhar este período e, talvez, como uma reação às propostas então colocadas, em junho de 2010, é realizada a **IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial**, que trouxe o tema **Saúde mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios**.

Esta conferência foi organizada pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde e Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

No entanto, segundo um dos entrevistados (Entrevistado 6), esta Conferência só ocorreu por conta da pressão da Secretaria de Direitos Humanos, pois havia uma resistência do próprio Ministério da Saúde, tendo em vista a edição de uma Resolução do Conselho Nacional de Saúde que indicava que as conferências temáticas não seriam desejáveis³⁹.

O componente que trata a Conferência como “Intersetorial” está representado na comissão de programação, que juntou representantes de diversas entidades e órgãos, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Conselho Federal de Psicologia (CFP), Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), Fórum Nacional de Secretários da Assistência Social (Fonseas), Ministério da Educação (ME), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila), Instituto Brasileiro do Direito da Criança e do Adolescente (ABMP), Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (Abrato), Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (Congemas), Ministério da Justiça (MJ) e Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).

³⁹ Não achamos o documento referido pelo entrevistado.

Interessante é que alguns desses atores trazem diferentes discursos em relação à temática das drogas, mas que estavam reunidos numa mesma conferência para debater temas em comum.

Embora a área de assistência social tenha um histórico de atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade social, parece ter vindo com força nesta conferência, surgindo como um importante ator. Também a Renila parece ter tido uma participação expressiva nesta Conferência, dada a sua representatividade que foi maior entre todos os movimentos sociais que participaram deste evento.

O relatório indica que o debate em torno desta conferência partiu de um cenário político e social complexo que impôs ao processo de organização da Conferência um maior nível de tensão e conflito, e elenca uma série de fatores que retratariam este cenário, como a precarização do emprego e da carência de profissionais na área; uma nova **ênfase sobre o modelo biomédico e uma explícita campanha contra a reforma psiquiátrica**; o **pânico social** gerado pela **campanha da mídia em torno do uso do crack** no país, gerando pressões de alguns setores por serviços de internação hospitalar apresentados como resposta única; e o cronograma apertado da Conferência determinado pelo calendário político eleitoral (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

Os participantes reconheceram os avanços concretos na expansão e diversificação da rede de base comunitária, mas identificaram desafios e lacunas do campo, apontando a direção de consolidar avanços e enfrentar os desafios trazidos pela mudança de cenário.

Além disso, a conferência reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial e explica que:

Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010:9).

Para Vasconcelos (2010), este componente da intersetorialidade seria uma marca histórica diferencial desta conferência, que carrega no próprio nome institucional o complemento “Intersetorial”, e que teria forte significação e grande importância política.

O relatório da Conferência está organizado em três eixos: Eixo I - Políticas sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; Eixo II - Consolidar a rede de Atenção

Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais; e Eixo III - Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial.

As questões referentes à área de álcool e outras drogas são apresentadas dentro do Eixo II com o título **“Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais”**.

Entre as deliberações, o relatório aponta como temáticas de fundamental importância para o desenvolvimento da área: a consolidação da estratégia de redução de danos; a garantia da implementação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais nos municípios, incluindo os Serviços Hospitalares de Referência para atenção aos usuários de álcool e outras drogas (SRH-ad), com garantia de financiamento; a implantação nas escolas das redes públicas e privadas, de programas de prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; a ampliação do PEAD nos municípios; o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais; o investimento em programas de educação permanente, capacitando os profissionais da rede; o desenvolvimento de projetos de cooperação entre municípios de fronteira e países vizinhos; e o financiamento e a criação de tributos destinados aos serviços públicos de saúde mental (Ministério da Saúde, 2010).

Segundo um dos entrevistados (Entrevistado 1), a IV CNSM foi um momento de afirmação e validação da política de drogas implantada em 2003. Ele atribui isso ao fato de que se construiu uma rede de serviços que se precisava debater, avaliar e reafirmar:

Quando nós fizemos a IV Conferência Nacional de Saúde Intersetorial, em 2010, o tema álcool e drogas foi o tema mais dominante, e se propondo soluções, apontando problemas, então isso é um avanço inegável, quer dizer, cada vez mais você tem um pensamento sobre os desafios da questão de álcool e drogas colocados no ambiente da saúde pública, isso não existia antes, não só como serviços, mas também como formação profissional, com o debate, etc. (Entrevistado 1).

Também o relatório da IV CNSM contempla um tópico específico denominado **“Violência e Saúde Mental”**, em um dos eixos de discussão.

Nele foram abordadas questões como a criação de sistemas de controle, denúncia e punição da violência; a elaboração de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência no contexto dos dispositivos e serviços de atenção à saúde mental; a garantia da educação permanente dos trabalhadores dos serviços de saúde mental e de todos aqueles que lidam com situações de violência nos demais serviços que tenham interface com a comunidade; o combate à discriminação, preconceito e a promoção de uma cultura de paz; e o

desenvolvimento de ações preventivas e intersetoriais com outros setores da política social (Ministério da Saúde, 2010).

Para Valadares e Souza (2013), o problema do uso prejudicial de álcool e outras drogas surge nesse contexto pressionando a área de saúde mental a encontrar soluções para uma realidade complexa, revelando uma imbricada rede de violências e interesses associados que exigiriam respostas cada vez mais intersetoriais. A autora também aponta como questão importante, os retrocessos da política de saúde mental nos últimos anos, marcados pela presença de iniciativas repressoras e judiciais no campo da atenção à saúde, e que emergiriam num cenário social de crise, refletindo os anseios de uma sociedade que reedita a exclusão social como “forma de tratamento”.

Neste contexto, parece ter surgido uma tentativa de resgate dos princípios da Reforma Psiquiátrica, tanto que, em 2011, a Área Técnica de Saúde Mental lança o seu relatório de gestão com o título “Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica”.

O relatório rebate críticas e aponta divergências entre as entidades médicas, principalmente a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e alguns Conselhos Regionais de Medicina (CRM) e o Ministério da Saúde, “gerando divergências reais e substantivas de concepção sobre a política pública de saúde mental e sua gestão” (Ministério da Saúde, 2011: 97), demonstrando um conflito no interior do próprio saber médico.

Segundo o relatório, uma dessas divergências teria ligação com a Resolução editada pelo CFM, em 2010, que determinava que os “os serviços de saúde mental devem guiar-se pelas Diretrizes da Assistência Psiquiátrica da ABP (Ministério da Saúde, 2011: 98, grifo do autor).

O relatório cita também a intensificação de matérias negativas na imprensa em relação à política de saúde mental, sobretudo em relação à questão do crack, e aponta a forma de abordagem sensacionalista e negativa da imprensa sobre o “grave problema do crack”, associado ao fechamento dos leitos psiquiátricos pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2011: 6, grifo do autor).

No entanto, reconhece o aumento e mudança do perfil do consumo do crack, incluindo o consumo em diferentes regiões, onde até então, não havia sido registrado, principalmente entre os grupos mais vulneráveis, e cita algumas ações desenvolvidas na área, como o PEAD e o plano integrado de enfrentamento ao crack.

Inclusive, indica que a partir do plano crack foram potencializadas as ações que vinham sendo desenvolvidas pelo PEAD em 2009, e que induziu novas estratégias, entre elas,

o apoio do Ministério da Saúde a 985 leitos de comunidades terapêuticas selecionadas com um investimento de R\$ 9.456.000,00 (Ministério da Saúde, 2011).

Embora a discussão do modelo das comunidades terapêuticas tenha gerado conflitos entre atores do próprio Ministério da Saúde, sobretudo naqueles ligados à Reforma Psiquiátrica, este serviço passa a encontrar apoio no interior da própria coordenação de saúde mental, ficando o resgate dos princípios da Reforma Psiquiátrica apenas como tentativa.

Este fato parece ter tido relação com a gama de recursos financeiros que veio com o plano crack, que ao mesmo tempo que permitiu uma expansão da rede de atenção em saúde mental, propiciou o lobby das comunidades terapêuticas.

Então quando o Lula diz que tem que fazer um plano que seja integrado com os diversos ministérios a saúde já estava novamente com um projeto pronto e aí ele até ganha reforço financeiro para poder executar aquele plano que foi investimento nos CAPSad III, unidade de acolhimento, tipo de unidade residencial que saúde mental não tinha para álcool e drogas, mas no meio disso tudo também vieram os lobbys, por exemplo, das comunidades terapêuticas, então o Brasil tem essa concomitância de um posicionamento e, atenção, eu não estou dizendo que a comunidade terapêutica só existe no Brasil, pelo contrário, ela existe no mundo inteiro, mas a comunidade terapêutica que existe no Brasil ela tem particularidades clínicas e históricas que outros países não têm, que não se repetem em outros países (Entrevistado 5).

Em 2011, a Anvisa edita uma nova resolução (RDC n.º 29) que “Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas” (Ministério da Saúde, RDC n.º 29, 2011).

A Anvisa já havia editado uma resolução em 2001, em parceria com a Senad, para o estabelecimento de normas mínimas para esses serviços, e com a nova resolução, reforça ainda mais o modelo das comunidades terapêuticas, que vinham ganhando força e legitimidade para angariar financiamento público.

Segundo um dos entrevistados (Entrevistado 6), a temática das drogas dentro da saúde mental ainda era periférica, até 2010, o que ensejou o surgimento das comunidades terapêuticas, considerada como “solução coletiva questionável” e que convive pouco com a ideia de eficácia ou com a ideia de direitos garantidos. Esta opinião é compartilhada por outro ator, ao se referir ao movimento antimanicomial:

A luta antimanicomial não necessariamente tinha qualquer pauta sobre a questão das drogas, até bem pouco tempo, até as comunidades terapêuticas aparecerem e tomarem de assalto a busca do financiamento (...) foi uma tomada de assalto porque isso não era algo investigado, algo considerado como um ator de risco para a saúde mental e foi uma demonstração de que houve um problema na análise na própria luta antimanicomial (...) a psiquiatria vai tomar vários objetos e um deles já foi historicamente a questão de álcool e drogas então esse é um objeto que a psiquiatria reivindica, mas não só a psiquiatria, mas as instituições religiosas que reivindicam uma autoridade sobre esse fenômeno (...) (Entrevistado 5).

No entanto, nos parece que as críticas do movimento da Reforma Psiquiátrica influenciaram apenas as questões referentes à internação compulsória dos usuários, sendo que as questões referentes à internação de usuários em comunidades terapêuticas, embora seja objeto de crítica de atores ligados ao movimento, parece não ter influenciado a política de saúde mental, indicando uma descolagem da política de saúde mental com o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Outra medida que surge em 2011, e não menos importante, foi a edição do Decreto Presidencial nº 7.426, que transferiu a Senad, o Conad e a gestão do Funad, da estrutura do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça.

O Decreto não justifica a transferência, no entanto, podemos presumir que pode ter sido uma estratégia política do governo federal, com o objetivo de ganhar força e visibilidade no combate às drogas, tema que caracterizou a campanha presidencial de 2010.

Atores que trabalharam na Senad, em diferentes momentos, analisaram os efeitos dessa mudança:

Na hora que você ligar ou pendurar a Senad em qualquer ministério ela passará a render graças à política daquele ministério. Cada ministério do Brasil...Não é só do Brasil, não, é no mundo inteiro. Cada ministério é um órgão político, ele tem a política dele própria, então existe a política nacional de educação, a política nacional de transporte, a política nacional de justiça, então no momento que a Senad foi para o Ministério da Justiça ela deixou de ter abrangência (...) eu podia coordenar e era bem recebido, ninguém achava ruim não. Até o Ministério da Justiça recebia bem, o Ministério da Saúde recebia bem, o Ministério da Educação recebia bem, e esse trabalho nosso e conjunto, no momento que ele foi para Justiça, ele setorizou (Entrevistado 3).

Bom, eu acho que a vinda da Senad para o Ministério da Justiça...no início tudo é ambíguo, né? É um movimento interessante que vale a pena avaliar e estudar, que traz pelo menos um ponto muito importante e positivo que ele traz, que tem a ver com a pergunta, é que todas as pessoas dentro do campo aqui do Ministério da Justiça preocupadas com a política prisional e a justiça

criminal, todas essas questões que as pessoas se faziam aqui em torno do aumento do encarceramento no Brasil, do aumento vertiginoso de prisões no Brasil, o perfil das pessoas que estão sendo presas, a mudança desse perfil que passa a ser cada vez mais de traficantes de drogas, incluindo pequenos e micro traficantes, no caso as mulheres, a grande maioria das prisões hoje de mulheres já é por tráfico de drogas. Então havia um grupo de pessoas aqui que trabalhava, que vem do Direito, que trabalhava essas questões e pensa em soluções pra esse super encarceramento, pensa em soluções pra não...pra como lidar melhor com esse público primário, não violento, que está sendo preso e alimentando o crime organizado nas prisões, etc., então todo esse pessoal aí se encontra com o tema da política sobre drogas e vê na política sobre drogas um dos elementos que é preciso discutir se nós queremos uma solução para os problemas da justiça criminal e do sistema prisional brasileiro. Tanto é que o secretário que é nomeado aqui em 2013 (...) é um defensor público. Não é alguém...nós tínhamos tido antes militares, né, quando estava na presidência, no Gabinete de Segurança Institucional (...) Então dentro do Ministério da Justiça a discussão da política de drogas tende a se dar muito pelo seu impacto na política criminal (...), o que é natural que seja assim, porque esse é o problema que está dentro do Ministério da Justiça (Entrevistado 2).

Interessante, que o próprio Ministério da Justiça parece ter visto com certa ambiguidade, nas palavras do entrevistado, a transferência da Senad para sua gestão, pois via na política de drogas um dos elementos que seria necessário discutir, tomando para si a discussão dos impactos da droga pelo viés da política criminal, e, imputando a Senad, uma discussão pelo viés da segurança pública, o que levanta um debate sobre a análise destas diferenças na condução das políticas de drogas no Brasil.

Já na área das políticas de saúde, no mesmo ano, o Ministério da Saúde edita a Portaria MS/GM n.º 3.088 de 2011 que “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) - RAPS”. O crack ganha ainda mais destaque na rede de atenção, refletindo o cenário político e social que passou a dar visibilidade a esta droga.

De acordo com essa portaria, são objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): “ I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências” (Ministério da Saúde, 2011, Art.3º)

A rede de atenção psicossocial passa ser constituída por equipes de consultório na rua, unidades de acolhimento, serviços residenciais terapêuticos, centros de atenção psicossocial, UPA 24 horas, Serviço Hospitalar de Referência para usuários de álcool, crack e outras drogas e CAPSad III 24h.

A portaria também inclui como pontos de atenção na rede de atenção residencial de caráter transitório, as unidades de acolhimento e as comunidades terapêuticas (Art. 9º).

O fato das comunidades terapêuticas ganharem cada vez mais força na rede de atenção em saúde mental, que parece ter sido uma tendência a partir do PEAD e do plano crack, teria relação também com os arranjos políticos colocados em determinados momentos e que vão ser responsáveis por sustentar ou não determinada proposta. Por exemplo, um dos entrevistados aponta que as comunidades terapêuticas não obtiveram deliberação favorável nas conferências de saúde:

Em nenhum momento das conferências nacionais de saúde as comunidades terapêuticas foram objeto de uma deliberação favorável (...) então o que quero colocar é que a conferência de alguma forma elas vão apresentar uma pauta política e de princípios para orientar a política nesse processo (...) agora, se você me perguntar. Mas será que as deliberações elas são materializadas? (...) a Raps, ela se tornou um pouco Frankenstein, porque ela termina fortalecendo os valores, os princípios, o que teria sido deliberado nas conferências, mas na hora de dizer quais são as ações tem lá algumas coisas que chamam atenção, ou ausências que chamam atenção(...) Entre presenças e ausências o que a Raps expressa, por exemplo, das conferências? (Entrevistado 5).

Este argumento é corroborado por Souza (2013), que indica que os movimentos de regulamentação de uma rede de atenção não seriam definidos exclusivamente por normas e portarias, pois a energia investida na institucionalização de medidas de internação compulsória e involuntária são índices de que os movimentos institucionais se apoiam em diferentes instâncias para se efetivar interesses contrários aos que são preconizados pelo SUS.

Assim, estes arranjos políticos vão sustentar a criação de um programa que veio oficializar ainda mais as estratégias de enfrentamento do crack propostas pelo governo federal: **O Programa Crack: é possível vencer**⁴⁰.

O programa, lançado em dezembro de 2011, pelo governo federal, foi coordenado pela Casa Civil e desenvolvido com a participação de outros Ministérios, principalmente Ministério

⁴⁰ **Programa Crack: é possível vencer.** Fonte: <http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/programa-crack-1/>. Acesso em 15 de abril de 2016.

da Saúde, Ministério da Justiça e Desenvolvimento Social, tendo uma prioridade na agenda da presidência.

Teve como finalidade prevenir o uso e promover a atenção integral aos usuários de crack, bem como o enfrentamento do tráfico de drogas, tendo por justificativa os problemas associados ao consumo e ao tráfico de crack nos grandes centros urbanos, cidades do interior e zonas rurais (Brasil, 2011).

O programa reúne ações que “envolvem diretamente as políticas de saúde, assistência social e segurança pública e de forma complementar, as ações de educação e de garantia de direitos” (Brasil, 2011:3).

O programa, que pretendia investir 4 bilhões até 2014, também prevê a disponibilização de recursos financeiros aos estados e municípios que aderirem ao programa, devendo estes assumir contrapartidas e implementar ações de saúde, assistência social e segurança pública.

Está estruturado em três eixos: **Prevenção, Cuidado e Autoridade**. Cada eixo conta com a participação e articulação de outros Ministérios, como o Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Secretaria de Direitos Humanos e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

As principais ações do eixo **Prevenção** visam à capacitação de profissionais na área, que poderão conhecer melhor o assunto e intervir de forma qualificada e eficaz nas situações relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas, prevenindo o seu uso e oferecendo acesso dos usuários ao cuidado. As ações também incluem campanhas publicitárias de esclarecimento sobre as drogas e canais de atendimento telefônico para as pessoas que buscam informações sobre as drogas, como a criação de um ‘Viva Voz’.

Neste eixo também são elencados uma série de cursos de capacitação vinculados ao Ministério da Justiça, em sua maioria, na modalidade à distância, e em parceria com universidades públicas, como a Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O Supera (Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento) é um curso promovido pela Senad em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), na modalidade de educação à distância, com o objetivo de capacitar profissionais das áreas de

saúde e assistência social voltados ao cuidado de pessoas com problemas decorrentes de drogas⁴¹ (Supera, 2016).

A metodologia de ensino utiliza as orientações e diretrizes da Política Nacional de Drogas e da Política Nacional sobre o Alcool. O curso também é organizado em sete módulos, tratando das seguintes temáticas: 1) O uso de substâncias psicoativas no Brasil 2) Efeitos de Substâncias Psicoativas 3) Detecção do Uso e Diagnóstico da Dependência de Substâncias Psicoativas 4) Intervenção Breve 5) Atenção Integral na Rede de Saúde 6) Modalidades de Tratamento e Encaminhamento 7) Sistema único de Assistência Social e a Rede Comunitária.

É interessante também a variedade de atores responsáveis pela elaboração dos módulos, vindo de diversas áreas, como Ministério da Saúde, Área Técnica de Saúde Mental, Ministério do Desenvolvimento Social, Senad, Secretaria de Direitos Humanos, além de Universidades.

Além do Supera, o Programa Crack, em seu eixo Prevenção, elenca outros cursos desenvolvidos pelo Ministério da Justiça: o curso “Operadores do Direito”, que visa a capacitação de profissionais da justiça no desempenho da atividade judiciária com os usuários de drogas, seguindo uma tendência do que havia sido previsto na Lei n.º 11.143/2006 e “Fé na Prevenção”, com o objetivo de prevenir o uso de drogas em instituições religiosas.

O eixo **Cuidado** trata da estruturação das redes de atenção em saúde e de assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares, incluindo as comunidades terapêuticas, além de adotar como princípio a redução dos danos à saúde.

Além da estruturação da rede, este eixo inclui cursos de capacitação e atualização, vinculados ao Ministério da Saúde, em específico, à Área Técnica de Saúde Mental, álcool e outras drogas, criação de vagas em residência médica multiprofissional em saúde mental, oferta de serviços vinculados ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, além da celebração de contratos com comunidades terapêuticas via Senad/ Ministério da Justiça.

O documento também cita uma série de serviços que compõem a rede de atenção, como o NASF, os CAPSad III 24 horas, os Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi), as enfermarias especializadas, as unidades de acolhimento adulto e infanto-juvenil, além das comunidades terapêuticas, cujo acolhimento é referenciado pelos CAPSad 24h em conjunto com a atenção básica.

A quantidade de recursos que foram injetados pelo plano crack é indicada por um dos entrevistados que aponta que, além de terem contribuído para a expansão da rede de saúde

⁴¹ Tive a oportunidade de realizar o curso em 2014, na sua 6ª Edição.

mental como um todo, possibilitou um protagonismo da Senad em ações de capacitação e pesquisa:

E aí em 2010 o que acontece é que tem um aporte de recursos muito grande, e aí a Senad ganha a oportunidade de investir muito mais dinheiro que ela tinha, se você pegar a curva de orçamento da Senad, de 2003 a 2015, você parte de um orçamento que girava em torno de 5, 10 milhões, para 100, 150 milhões. (Entrevistado 2).

O programa Crack teve uma grande qualidade que ele trouxe dinheiro novo. Para a saúde, para álcool e drogas, e na verdade para a saúde mental em geral (...) no campo da saúde, a possibilidade de ter dinheiro, a prioridade dada à política de drogas acabou por contaminar, vamos dizer assim, positivamente, né, carregar junto a política de saúde mental como um todo, então você tem a administração da saúde mental como um todo, você tem todo um esforço de regulamentação da rede grande, com várias portarias que foram negociadas e editadas pelo Ministério da Saúde dando esse desenho completo da rede, quer dizer, já tinha uma construção de 20 anos (...) se garante financiamento que nunca tinha vindo antes pra construção de equipamentos de saúde mental (...) teve também a expansão dos consultórios na rua (...) na área da pesquisa a Senad promoveu um monte de pesquisas com o recurso que tinha (Entrevistado 2).

No caso das unidades de acolhimento, houve uma disposição do governo federal de promover uma grande expansão:

No caso das unidades de acolhimento só o recurso que o governo federal passava, chegava próximo de 80% talvez. E todo o processo do programa crack nós estimulamos muito a expansão da rede de unidade de acolhimento e ela não ocorreu. Ela não ocorreu no ritmo esperado. Ela ocorreu num ritmo muito inferior ao esperado. Então aí há que se perguntar porque isso não funcionou. Isso provavelmente está ligado com a discussão das comunidades terapêuticas (Entrevistado 2).

Provavelmente, o fato das unidades de acolhimento não terem se expandido no ritmo esperado, pode ter relação com o lobby das comunidades terapêuticas que vinha ganhando força e legitimidade para angariar financiamento público.

Segundo um dos entrevistados (Entrevistado 5), o financiamento das comunidades terapêuticas gerou um tensionamento neste plano, pois ao mesmo tempo em que se viu um crescimento de políticas no campo da saúde e da assistência social, como a construção da RAPS, se viu o superfinanciamento das comunidades terapêuticas, sem qualquer estudo que

demonstrasse seu benefício do ponto de vista da clínica. Este argumento é reforçado por outro entrevistado:

Posso citar para você que na elaboração do programa Crack, por exemplo, teve um conflito evidente que é qual é o papel que teriam as comunidades terapêuticas na política de cuidados. Elas já em 2010, antes do programa Crack, elas já tinham recebido financiamento do governo federal (...) financiamento também via edital provisório também do Ministério da Saúde. Qual seria o modelo? Houve uma longa discussão, intensíssima. A ideia é que o financiamento saísse pelo Ministério da Saúde e por fim acabou não saindo pela Saúde, veio pela Senad (Entrevistado 2).

Por fim, o eixo **Autoridade** tem como objetivo o desenvolvimento de ações de policiamento ostensivo e comunitário nas áreas de concentração de uso de drogas, em articulação com a saúde e a assistência social. Assim, propõe a disponibilização de alguns tipos de equipamento, como a instalação de câmaras de vídeo, vigilância à população de rua, carros de monitoramento e tecnologias de menor potencial ofensivo, além da repressão e combate ao narcotráfico com atuação integrada entre a Polícia Federal, Rodoviária Federal, Civil e Militar.

Este eixo também conta com cursos de capacitação de profissionais da segurança pública, como policiais militares, civis, bombeiros e guardas municipais que atuarão no Programa Crack.

Segundo um dos entrevistados, o plano crack quis incorporar várias tendências dentro dele, no entanto, no eixo autoridade, desenvolveu e financiou novas técnicas para o campo da política criminal:

Então assim, chega no final do Plano Crack o que você tem é um desequilíbrio total da questão de prevenção e você tem a imposição da ideia de novas armas não letais e tal, né? Como pactuação dos municípios. Então aí que começa a questão dos choques elétricos, e as balas de borracha. Ou seja, essa é uma proposta da segurança pública, do Ministério da Justiça que vem na esteira do plano nacional de segurança (...) Todo o município para receber a pactuação do Plano Crack era obrigado, obrigado, certo? A receber lá um estoque de bala de borracha. Para que? Para atirar em usuário (Entrevistado 6).

Em decorrência do Programa Crack, houve a criação de diversas iniciativas na área da saúde, como a criação do Projeto “Caminhos do Cuidado”, que estaria ligado ao eixo “Cuidado” do programa.

Este projeto, criado em 2013, e coordenado pelo Ministério da Saúde em parceria com diversas instituições, como o ICICT/Fiocruz, Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), teve como objetivo a “formação em saúde mental - Crack, Álcool e outras Drogas dos agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam na atenção básica do SUS”⁴²

Em 2014, o Ministério da Saúde lança o curso “Álcool e outras drogas, da coerção à coesão”, também ofertado na modalidade a distância, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O nome do curso foi uma analogia à realização de um “Simpósio Internacional sobre drogas: da coerção à coesão”, realizado em Brasília, em 2013⁴³. Segundo um dos entrevistados (Entrevistado 6), este evento teria sido uma tentativa de explicar à casa civil o que a sociedade desejava imprimir ao plano crack.

O curso também é organizado em sete módulos: 1) Drogas e Sociedade 2) Políticas de Saúde Mental e Direitos Humanos 3) Atenção Psicossocial e Cuidado 4) Organização dos Serviços para garantir o acesso e promover vinculação do usuário de drogas 5) Processo de trabalho nos serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas 6) Recursos e Estratégias do Cuidado e 7) Singularidades do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial. Já neste curso, a maioria dos professores são vinculados ao departamento de saúde pública UFSC.

Não tivemos acesso ao conteúdo do segundo curso, mas a existência da oferta de dois cursos de capacitação, um oferecido pela Senad e outro pelo Ministério da Saúde, podem indicar diferenças na concepção da abordagem em relação ao usuário de drogas, ou mesmo conflito de interesse entre as políticas.

Algumas iniciativas no campo dos movimentos sociais também surgem neste período. Como exemplo, a criação da “Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos”, criada em 2012, e que reúne diversas entidades e movimentos sociais que lutam por políticas públicas de drogas baseadas nos direitos humanos. Este movimento faz uma crítica às políticas de combate ao crack do governo federal baseadas numa visão punitiva e segregativa dos usuários, e denunciam as comunidades terapêuticas enquanto instrumentos de violação dos direitos humanos.⁴⁴

⁴² Fonte: www.caminhosdocuidado.org Acesso em 1 de julho de /2016.

⁴³ O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) lançou em 2010 o documento “Da coerção à coesão - Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição” que orientou a discussão sobre a organização desse evento.

⁴⁴ Fonte: www.antiproibicionista.com. Acesso em 21 de agosto de 2017.

Segundo um dos entrevistados, pela primeira vez se conseguiu juntar atores que tinham pautas completamente diferentes:

São atores políticos, são coletivos que fizeram aproximar movimento negro com o movimento de população em situação de rua, luta anti-manicomial, anti-proibicionista, marcha da maconha, antes essas pessoas não sentavam na mesa. Hoje o movimento negro pode não estar com uma presença como a gente gostaria, por exemplo, mas ele sabe que hoje eles são...digamos assim, os negros são os que mais são presos nesse país, isso não só é dito pelas estatísticas, mas o que isso representa para a história de composição racial que o nosso país teve e tem (Entrevistado 5).

Outros movimentos como a “Associação dos Agentes da Lei contra a proibição - LEAP” e o “Coletivo DAR - Desentorpecendo a Razão”, passam a defender a legalização das drogas e criticam o proibicionismo que permeia as políticas de drogas no Brasil.

Em 2012, é formada a “Rede Pense Livre”, ligada ao Instituto Igarapé, e que objetiva fomentar um debate amplo das políticas de drogas no Brasil, buscando inovações e melhores práticas, com ênfase na redução de danos coletivos e individuais (Instituto Igarapé, 2015). Esta rede participou da articulação da política entre 2012 e 2015.⁴⁵

Já em 2014, temos a criação da “Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas”, que busca debater e promover políticas de drogas fundamentadas na garantia dos direitos humanos, na redução de danos produzidos pelo uso prejudicial das drogas e pela violência associada à sua ilegalidade⁴⁶.

Outra iniciativa que merece destaque é o “Programa De Braços Abertos” desenvolvido no município de São Paulo, em 2013, e que propôs intervenções intersetoriais entre os usuários de drogas na região chamada de “cracolândia”.

Este programa, que esteve vinculado ao Programa Crack, teve como objetivo o acolhimento de pessoas que vivem nesta região e que são usuárias de crack, visando identificar as suas demandas e oferecer serviços de saúde, habitação, alimentação, higiene, cultura, trabalho e outros, respeitando as escolhas e a singularidade destes sujeitos (Comins, 2015).

⁴⁵ Fonte: www.igarape.or.br. Acesso em 21 de agosto de 2017.

⁴⁶ Fonte: www.pbpd.or.br. Acesso em 21 de agosto de 2017.

Porque para além da questão da redução de danos o que foi que sustentou as pessoas melhorarem nas suas qualidades de vida? Era a Casa, era a questão do trabalho, era a questão de direitos, não é um problema ligado à questão das drogas especificamente, as drogas eram uma consequência das misérias (...) (Entrevistado 6).

A partir deste programa, os profissionais da estratégia de saúde da família, que antes enfrentavam dificuldades de atuação e articulação, devido à grande concentração de pessoas em situação de vulnerabilidade e sujeitas a incursões policiais, passam a se organizar em torno dos consultórios na rua e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de rua (PACS de rua), ampliando o vínculo entre os moradores de rua e profissionais de saúde em uma rede integrada de cuidados (Comins, 2015).

Outra experiência local foi a criação do “Programa Atitude”, em 2011, pelo governo do estado de Pernambuco, com o objetivo de acolher e proteger os usuários de drogas expostos à violência, buscando restabelecer qualquer tipo de vínculo social (Instituto Igarapé, 2015).

Ao contrário do Programa de Braços Abertos, o Programa Atitude integra o Pacto pela Vida, criado em 2007, com o objetivo de diminuir o número de homicídios no estado a partir da integração de serviços de saúde, sociais e de segurança (Instituto Igarapé, 2015).

Segundo um dos entrevistado (Entrevistado 2), foi a partir destes programas, que juntou atores ligados à saúde mental, que o governo federal passou a dar um novo formato ao plano crack, principalmente no Rio de Janeiro e Recife.

Além disso, aponta que, a partir deste momento, começa a se ter uma discussão de outros projetos de lei no Supremo Tribunal Federal, como o da maconha medicinal, quebrando o paradigma da percepção estigmatizada da droga.

Neste sentido, segundo alguns atores, conjunturas específicas da política, como o desenho do próprio plano crack, teriam sido responsáveis por uma aproximação maior da Senad com o Ministério da Saúde, além de mudanças na condução da Senad, que passa a ter um papel maior na articulação política e de ser um local de diagnóstico, experimentação de projetos e políticas mais voltadas para a área de cuidado e prevenção:

Então, sim, vai ter uma diferença, acho que de construção de um lugar pra Senad, de fazer diagnósticos, de promover pesquisas que permitam ter um retrato do que é a situação de drogas, de ter projetos piloto para pensar alternativas de cuidado e prevenção. O Consultório de Rua, um dos primeiros pilotos é bancado aqui na Senad. Mas é só em 2010 que ganha uma prioridade maior e aí, acho que leva um tempo para acontecer, tem uma articulação da Senad principalmente com o Ministério da Saúde (...) acho que essa

aproximação foi fomentada pelo programa Crack, que forçou porque tinha isso no seu desenho, e depois por conjunturas da política, várias que permitiram que as pessoas aqui da Senad tivessem, passassem a ter um diálogo mais intenso com o Ministério da Saúde (Entrevistado 2).

Foi criada a Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas na época, com uma abordagem muito repressiva inicialmente (...) depois isso foi sendo modificado, e a Senad passou a ter um papel mais de articulação da política. Nessa época, até talvez seis anos atrás, por aí, o Ministério da Saúde tinha um protagonismo muito importante. Então a gente tinha essas duas instituições que, em termos nacionais, eram as instituições que lideravam a política para as drogas: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde meio que saiu desse cenário, e atualmente a articulação está muito mais por conta da Senad (Entrevistado 4).

Além disso, segundo um dos entrevistados (Entrevistado 1) entre 2010 e 2014, o Ministério de Saúde cedeu as suas funções de prevenção e promoção à Senad, por conta da questão da agenda para responder a crise política do crack.

Em 2012, o Ministério da Saúde reforça mais uma vez o incentivo dado às comunidades terapêuticas, ao lançar agora uma portaria de custeio desses serviços (Portaria GM/MS n.º 131/2012).

Curioso é que este documento não cita a Lei 10.216, mas sim, uma Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que “resolve que a inserção de toda e qualquer entidade ou instituição na Rede de Atenção Psicossocial do SUS seja orientada pela adesão aos princípios da reforma antimanicomial, em especial, no que se refere ao não isolamento de indivíduos e grupos populacionais” (CNS, Resolução n.º 448, de 2011).

A expansão destes serviços é ratificada a partir da inclusão do Art. 7º - A à Lei 12.101/2009, que trata da certificação das entidades beneficentes da assistência social. Nesta nova redação:

Excepcionalmente, será admitida a certificação de entidades que prestam serviços de atenção em regime residencial e transitório, incluídas as comunidades terapêuticas, que executem exclusivamente ações de promoção da saúde voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, desde que: I - sejam qualificadas como entidades de saúde; II - e comprovem a prestação de serviços de que trata o caput (LEI N.º 12.868, Art. 7º- A, 2013).

Assim, em 2014, a Portaria n.º 10 do Ministério da Justiça, acrescenta modelo de relatório de fiscalização de comunidades terapêuticas à Portaria n.º 70/2013.

Essa tendência segue na legislatura seguinte, pois em 2015, as comunidades terapêuticas passam a ser regulamentadas no âmbito do Sisnad, a partir de uma resolução do Conad (Resolução n.º 1, de 19 de agosto de 2015), e em 2016, passam a ser incluídas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como estabelecimentos de saúde (Portaria n.º 1.482, de 25 de outubro de 2016).

Em 2015, é criada na Câmara dos Deputados a “Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas”, o que demonstra ainda mais o peso político que estas instituições passaram a ter, inclusive na visão de um dos entrevistados:

As confederações e organizações das comunidades terapêuticas religiosas que é um grupo bastante forte e que dentro de uma estratégia das igrejas, sobretudo as evangélicas de ocupar o parlamento, não é um ator qualquer (...) que a gente vê hoje está chegando ao parlamento que é uma posição, digamos assim, moduladora de toda a sociedade brasileira. Você tem a ideia de que a concepção da igreja deve ser modelo para toda a sociedade (Entrevistado 5).

Outros acontecimentos desse período incluem a discussão de um projeto de lei que trata da descriminalização da maconha para fins medicinais, ao mesmo tempo em que se discute um projeto de diminuição da maioria penal.

Em 2012, uma Comissão Especial do Sisnad aprovou o parecer que altera a política de drogas proposta pelo Projeto de Lei n.º 7.663/2010, de autoria do agora Ministro do Desenvolvimento Social, Osmar Terra, e rejeitou outro ponto polêmico que era o fim das propagandas de bebidas alcoólicas.

O texto aprovado é um substitutivo do deputado Givaldo Carimbão (PSB-AL) ao projeto de lei e a outros que tramitam em conjunto. Atualmente, o projeto de lei, que já foi aprovado na Câmara dos Deputados, aguarda apreciação do Senado Federal.

Dentro deste contexto, alguns atores indicaram algumas perspectivas para a condução das políticas de drogas no Brasil:

Atualmente há uma expansão dessa rede extra hospitalar, expansão em termos de números, de dispositivos, de articulação dessa rede com os serviços de atenção básica, e uma outra coisa que está em andamento já há muito anos, mas que continua sendo muito importante, são as ações de capacitação (...) então tem havido uma série de iniciativas para capacitar essas pessoas, para possibilitar que elas consigam tratar pessoas com problemas com drogas. E

então o que está acontecendo no momento é isso, essa expansão da rede e capacitação dos profissionais, essa articulação, etc. (Entrevistado 4).

Então hoje o cenário é um cenário sombrio, é um cenário de negociação zero, eu acho que espaços de negociação zero não, porque tem umas negociações porque tem a pressão, tem a resistência e tem a luta, mas a margem de negociação se estreitou terrivelmente (...) hoje o cenário é um cenário do tratamento compulsório e é o cenário do agravamento da legislação penal sobre a droga (...) Até que se mude esse cenário, mas o cenário hoje é muito de baixa capacidade de negociação, possibilidade de negociação (Entrevistado 1).

Neste sentido, entre avanços, retrocessos e disputas de interesses, vão sendo conduzidas as políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil.

Identificamos, a partir da análise destes momentos, que o percurso institucional das políticas públicas na área de álcool e outras drogas é permeada por disputas de posicionamentos entre diversos atores.

Para Teixeira et al. (2017), no âmbito da formulação de políticas públicas sobre drogas existem tensões em diversos setores. No setor da justiça e da segurança pública, estas tensões envolveriam disputas de posicionamentos entre os discursos antidrogas o debate em torno da descriminalização e legalização das drogas. Já no campo da saúde e assistência social, estas tensões envolveriam questões como o modelo da internação em hospitais psiquiátricos, desinstitucionalização, intersectorialidade, reinserção social e a Redução de danos (RD). Estas tensões sustentariam as práticas em saúde mental na área de álcool e outras drogas e disputas nos campos da saúde, assistência social, segurança e justiça.

Neste sentido, nos orientando pelos pontos de tensões indicados por Teixeira et al. (2017), assim como por aqueles identificados a partir da análise dos documentos e entrevistas, indicaremos o que chamamos de pontos de tensionamentos, que seriam a expressão do processo político de construção de políticas públicas na área de álcool e outras drogas, com seus ganhos e perdas.

O primeiro ponto de tensionamento teria relação com o sentido atribuído à lógica de redução de danos que vem sendo adotada pelas políticas públicas na área, assim como alguns modelos de tratamento, pois ao mesmo tempo em que se visualiza uma expansão da rede de serviços extra-hospitalares em álcool e drogas, como os CAPSad, a mesma expansão é acompanhada por um crescimento exponencial das comunidades terapêuticas, gerando uma disputa entre modelos de tratamento.

O segundo ponto de tensionamento teria relação com uma discussão na sociedade e no legislativo em torno da legalização e criminalização das drogas, debate este que ao mesmo tempo em que é permeado por um conservadorismo, tem sido pauta de debates entre diversos movimentos sociais que defendem uma visão antiproibicionista das políticas na área.

Por fim, o terceiro ponto de tensionamento teria relação com uma inflexão, mais recentemente, para a questão do crack, além de ser um analisador de algumas políticas que parecem desviar-se do que preconizava a Reforma Psiquiátrica.

No próximo capítulo indicaremos estes pontos de tensionamento, com o objetivo de instigar o debate sobre temas que merecem ser problematizados.

CAPÍTULO 4. OS PONTOS DE TENSIONAMENTO DAS POLÍTICAS: O DEBATE EM TORNO DE ALGUNS TEMAS QUE MERECEM SER DESTACADOS

4.1. O SENTIDO DADO À ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS E OS MODELOS DE CUIDADO. DE QUE CUIDADO ESTAMOS FALANDO?

Vimos, nos capítulos anteriores, que a estratégia de redução de danos vem assumindo um protagonismo no campo das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil.

O início destas intervenções foi marcado por ações no campo da saúde, principalmente a partir da investigação da epidemia de Aids no país. Aos poucos, os Programas de Redução de Danos foram se fortalecendo no Brasil, passando a ser reconhecidos internacionalmente como uma importante estratégia do Programa Brasileiro de DST/Aids.

Atualmente estas intervenções tem se ampliado da esfera do direito à saúde para a do direito à cidadania e dos Direitos Humanos, ao tornar os usuários protagonistas nesse processo⁴⁷.

Além disso, a estratégia de redução de danos passa a ganhar destaque nas políticas públicas de drogas conduzidas pelo Ministério da Saúde e Senad, sendo também progressivamente incorporada na legislação brasileira sobre drogas.

Para Souza (2013), a partir da estratégia da redução de danos, inicia-se a possibilidade de construção de um novo campo de enfrentamento da política de guerra às drogas, visto que a política proibicionista antidrogas inseriu a norma da abstinência como paradigma hegemônico para tratamento de usuários de drogas.

Analisando a perspectiva da redução de danos nas políticas públicas de drogas, em 2002, é lançada a Política Nacional Antidrogas (PNAD), que trouxe um perfil proibicionista e idealizou uma “sociedade livre do uso de drogas” (Brasil, 2002). Ao mesmo tempo, esta política passa a apoiar a criação de estratégias de prevenção e de redução de danos sociais e à saúde.

Esta política considera que a prevenção “deve ser orientada para a promoção dos valores morais e éticos, da saúde individual, do bem-estar social, da integração socioeconômica, do aperfeiçoamento do sistema familiar e da implementação de uma comunidade saudável” (Brasil, 2002: 7).

⁴⁷ Fonte: <http://edelei.org/pag/reducao-danos>. Acesso em 27 de novembro de 2017.

Já em relação às ações de redução de danos, considera que deve ser reconhecida como intervenção preventiva, sem prejuízo de outras modalidades e estratégias de redução da demanda, e com ênfase para as doenças infecciosas (Brasil, 2002).

Em 2003, a estratégia de redução de danos ganha visibilidade por meio da política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

Essa política indica a necessidade de superação de modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades dos que sofrem de transtornos mentais, considera o abuso de álcool e drogas como grave problema de saúde pública e aponta o crescimento da relação entre o consumo de substâncias e os agravos sociais dele decorrentes (Brasil, 2003).

Considera a redução de danos como “estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autoregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social” (Brasil, 2003: 27).

Aponta os impactos da redução de danos em termos econômicos e para a mudança comportamental do usuário, a partir de uma lógica ampliada e de respeito à singularidade do sujeito.

Para Machado e Miranda (2007), esta política inaugurou práticas destinadas a superar concepções moralistas ainda muito presentes na abordagem referente aos usuários de álcool e drogas.

No ano 2005, a PNAD teve seu nome modificado, transformando-se em Política Nacional Sobre Drogas. Essa mudança, aparentemente de caráter semântico, representou o desejo de reverter o foco da PNAD, que trazia como bandeira “a guerra às drogas”, e de resgatar o usuário nessa discussão (Garcia, Leal e Abreu, 2008).

De fato, algumas modificações foram propostas nesta política, dando um perfil menos moralista e proibicionista às ações de prevenção e de redução de danos. Por exemplo, as ações de prevenção passam a estar orientadas para a promoção de valores voltados à saúde física e mental e direcionadas ao desenvolvimento humano, enquanto as ações de redução de danos passam a estar voltadas para a saúde pública e para os direitos humanos (Brasil, 2005).

Assim, a estratégia de redução de danos vem ganhando espaço no âmbito das políticas públicas no país, tendo sido contemplada no PEAD, na Política Nacional sobre o Álcool, na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack.

Mas ainda que a estratégia de redução de danos tenha conseguido legitimar-se nas políticas públicas de drogas no Brasil, a complexidade do fenômeno das drogas suscita muitos desafios. Esta estratégia, muitas vezes, ao enfatizar a prevenção e o dano físico associado ao

consumo de substâncias, acaba deixando de fora questões sociais como violência, preconceito e vulnerabilidade, além do próprio desejo individual pelo uso da droga, sendo necessária a sua problematização.

Para Machado e Boarini (2013), o debate científico sobre a estratégia de redução de danos divide-se em 3 principais argumentos: primeiro, a recusa da validade da estratégia no âmbito da prevenção, sob o argumento de falta de cientificidade da estratégia; segundo, a aceitação parcial da redução de danos e, terceiro, a aceitação total da estratégia.

Para as autoras, o primeiro argumento estaria pautado em valores morais, além de não reconhecer a validade das experiências nacionais e internacionais da estratégia de redução de danos. O segundo argumento, estaria apoiado no conceito de comportamento de risco, visto que só se aceitaria a estratégia se a mesma buscasse prevenir a Aids por meio dos programas de troca de seringas ou da abstinência como meta final do tratamento. Por fim, o terceiro argumento compreenderia a validade científica e a eficácia da estratégia de redução de danos na prevenção da Aids, que não se limitaria às ações do programa de troca de seringas, além de não estabelecer a abstinência como meta final e nem de colocar a redução de danos contra a abstinência (Machado e Boarini, 2013).

Tais divergências indicariam a instabilidade dos discursos vigentes nas políticas de drogas e dificultariam a consolidação, a disseminação e aplicação da estratégia de redução de danos na saúde pública (Machado e Boarini, 2013).

Arlacon (2012) levanta algumas discussões a respeito da utilização da estratégia de redução de danos nas políticas públicas de drogas no Brasil.

Para o autor, a proposta de uma lógica ampliada de redução de danos feita pelo Ministério da Saúde parece mirar apenas os efeitos colaterais do uso das drogas na vida do organismo e em alguns aspectos da vida social, como a violência doméstica e os acidentes de trânsito, não problematizando os efeitos do proibicionismo que permeia as políticas na área.

Aponta que a PNAD, ao privilegiar o combate ao comércio ilegal de drogas, tornaria secundário o controle sobre os efeitos de um uso eventual inadequado. Além disso, as ações de prevenção se resumiriam às ações de redução da demanda, gerando a crença de que o tratamento possível seria baseado na abstinência.

O autor também indica a presença do que ele chama de uma “moral neopreventivista”, que seria um tipo de higienismo que promoveria a saúde por não suportar a mera possibilidade dos danos, a partir de uma relação causal entre uso de drogas e danos, sem considerar as diversas motivações e possibilidades do uso de drogas e eventual dependência. Além disso,

acrescenta que a redução de danos poderia resultar em uma atualização de antigos processos medicalizados e moralistas de atenção à saúde.

Neste sentido, parte de uma crítica não à ideia de redução de danos, mas ao fato das políticas públicas não problematizarem as diversas maneiras de relação possíveis, saudáveis ou não, do homem com as drogas, como se o uso da droga levasse necessariamente ao dano (Arlacon, 2012), gerando certo reducionismo da estratégia.

Segundo um dos entrevistados (Entrevistado 8), a política de redução de danos no Brasil é histórica, trouxe avanços, principalmente em relação à questão da Aids, no entanto, a temática drogas no Brasil ainda é tratada de maneira moral. Este argumento é sustentado por outro entrevistado:

Ah, ele não quer parar de cheirar, ele não para de fumar, ele não para de beber (...) existe uma possibilidade de julgamento moral. O que a redução de danos ela retira completamente, ela precisa retirar a ideia de julgamento moral (...) ela é a explosão dos diretos, a ideia de humanidade. Não importa se é criminoso, se faz isso, é retirado do julgamento moral (...) (Entrevistado 6).

Além disso, outros atores apontaram que a redução de danos não poderia ser a única prática possível no sistema de saúde, devendo estar alinhada a outros conhecimentos, e que a dicotomia abstinência x redução de danos ficaria no interior de uma luta política e ideológica, indicando, inclusive, a necessidade da abstinência, de acordo com o manejo de cada caso:

De fato, quando você viaja para outros países você não vê uma hegemonia de uma Ong com orientação da redução de danos, mas a redução de danos em outros países não é um campo favoritismo de valores, é um campo de práticas. Então, de fato essa não pode ser uma única prática no sistema de saúde porque senão ela vai se equiparar com comunidade terapêutica, você não pode ter só grupo de A, não pode (...) agora, também digo o seguinte, quem tiver na área de álcool e drogas e achar que o princípio da redução de danos será suficiente também está enganado, eu acho. (Entrevistado 5).

Então a área de álcool e drogas me parece que ela também tem que discutir essa questão, qual é o lugar da orientação da redução de danos para prática clínica, que o médico continua requisitando o conhecimento da área dele para intervir, o psicólogo também, o serviço social também, então existe um conjunto de outros conhecimentos que orientam respostas dos profissionais, demandas que ele recebe do cotidiano, e acho que essa dimensão de outros conhecimentos que se alinham a redução de danos é pouco tocada (Entrevistado 5).

Tem a opinião pública que é a ideologia do tratamento exclusivamente pela abstinência e uma visão muito crítica em relação ao tratamento que não exige a abstinência como condição (...) Na verdade, essa discussão no campo da medicina, da atenção psicossocial ela não tem esse cabimento dessa forma (...) ela não é muito assim, isso é uma instituição que fica no campo da luta ideológica e da luta política, se você tiver um paciente com grave problema relacionado ao consumo de substâncias e você tem a seu encargo cuidar dele porque ele dá esse encargo, essa questão dessa abstinência é uma questão interna a toda dinâmica do manejo daquele caso, mas isso como dois modelos que se opõem, que se digladiam eu colocava como política ideológica (...) (Entrevistado 1).

A estratégia de redução de danos também seria incompatível com as propostas de internação compulsória, visto que, na maioria das vezes, o objetivo da internação seria a abstinência de drogas, no entanto, foi indicado que a falta de definição na política de um espaço para internação, seria responsável por gerar distorções:

Muitas vezes as pessoas que estão na política de saúde mental, às vezes são lideranças e eventualmente são gestores, tem muito pouco conhecimento sobre a realidade da assistência a pessoas com problemas com drogas, e acabam criando determinadas idealizações, e a falta de definição de um espaço para internação, serviços para a internação especificamente, é um problema, um calcanhar de Aquiles da política, né? A maioria das pessoas com problemas com drogas não precisa ser internada, concordo, a maior parte do atendimento tem que ser feito na rede extra hospitalar, mas há a necessidade de alguns serviços especializados, porque algumas pessoas precisam ser internadas e isso não está definido na política. Isso gera muitas distorções, é complicado isso (Entrevistado 5).

Por fim, outra discussão envolveria o sentido dado às práticas de prevenção voltadas aos usuários de drogas, pois as pessoas não teriam o mesmo entendimento de seu sentido, levando a uma visão da prevenção baseada na “psicologia do terror”:

Um outro que aparece de forma menos dramática, mas que a gente identifica aqui, é a questão da prevenção do uso de drogas. A prevenção é engraçado, porque ninguém vai dizer que é contra fazer prevenção, todo mundo é a favor. E a partir daí as pessoas pensam ah, então tá tranquilo, todo mundo entende a mesma coisa quanto à prevenção. Só que não é verdade, você vai ver o que as pessoas entendem por prevenção e o que elas estão dispostas a fazer para prevenir o uso de drogas, tem enormes diferenças. E ainda tem muitas pessoas, muitos grupos, que têm uma visão da prevenção como uma psicologia do terror, enquanto que a nossa política aqui vem dizer que é preciso um outro modelo porque esse é, vamos dizer assim... existe um conflito ético, né, porque a ideia é de que você pode fazer prevenção a qualquer custo, e eu acho que não, você não pode fazer prevenção ao custo

de reforçar o estigma das pessoas que mais sofrem com esse problema que você tá querendo prevenir (...) (Entrevistado 2).

Sendo assim, entendemos que o debate sobre a redução de danos ainda indica certa polarização das abordagens. Essa polarização inclui, principalmente, redução de danos x abstinência e redução de danos x internação.

Ao mesmo tempo, identificamos no debate, que essa dicotomização de abordagens parece não dar conta da complexidade do fenômeno das drogas na atualidade.

Segundo um dos entrevistados (Entrevistado 1), o CAPSad seria um serviço que possui fragilidades, no entanto, esta fragilidade não seria função dos entraves gerados pelo modelo de abstinência ou por conta da redução de danos, sendo resultado de sua inserção na própria rede de atenção psicossocial e nos recursos para lidar com a vulnerabilidade específica das pessoas que têm graves problemas com drogas.

Essa questão incita um olhar sobre o cuidado que envolveria, necessariamente, a história do sujeito e seu projeto de vida.

No entanto, a própria ideia de cuidado deve ser problematizada, pois também a abstinência e a própria internação podem ser entendidas como uma forma de cuidado. Este fato é exemplificado pela expansão das comunidades terapêuticas que, a partir da RAPS, fazem oficialmente parte da rede de serviços em saúde mental para usuários de álcool e outras drogas. Estas instituições, geralmente, pregam a abstinência e a internação dos usuários de drogas.

Além disso, se analisarmos o cuidado dentro das visões da justiça e da própria saúde, mesmo que tragam uma perspectiva de prevenção e tratamento, estas políticas, ao colocar a redução de danos nos moldes da redução da demanda e associar o consumo de drogas diretamente aos danos, acabam por restringir o cuidado a mero assistencialismo.

Vasconcelos, Machado e Protazio (2014) indicam alguns caminhos para o cuidado em álcool e drogas. Para os autores, este cuidado deve estar associado à produção desejante, ao alargamento de territórios existenciais, à ampliação da vida, ao exercício da cidadania e articulado a uma rede de serviços, sujeitos e coletivos.

Assim, o que pretendemos não foi apontar o que deveria ser o melhor ou pior cuidado, mas indicar a necessidade de uma compreensão ampliada do fenômeno das drogas no Brasil, que inclui uma perspectiva do cuidado para além das práticas de redução de danos ou da simples prevenção de doenças, a partir de ações diversificadas e articuladas entre os setores da saúde, justiça e de outros atores sociais.

Este cuidado incluiria também o acesso a uma rede de serviços de saúde de qualidade, a garantia de direitos e respostas menos conservadoras e preconceituosas às atuais demandas no campo da atenção aos usuários de álcool e drogas, levando em consideração quem deveria ser o seu principal alvo: o sujeito em sua singularidade.

4.2. O DEBATE SOBRE AS DROGAS NA SOCIEDADE. QUE PAÍS É ESTE?

A classificação das drogas é imprecisa, mas a mais comumente aceita pela medicina é aquela em que droga é qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento. Aquelas que modificam a atividade do sistema nervoso central são chamadas de “psicoativas”.

Também podemos classificar as drogas entre as lícitas, ou legais, que podem ser produzidas, comercializadas e consumidas, apesar de quando consumidas em excesso trazerem prejuízos ao organismo, como o álcool e o tabaco; e as ilícitas, ou ilegais, proibidas de serem produzidas, comercializadas e consumidas, como o crack e a cocaína.

Existe um debate sobre a classificação das drogas entre lícitas ou ilícitas, visto essa classificação pode variar de acordo com a realidade, a cultura e as relações econômicas de cada país. Por exemplo, têm países que avançaram mais na descriminalização e na legalização das drogas, como Portugal, Holanda e Uruguai.

Outro debate envolve as diferenças entre o álcool e outras drogas nas políticas públicas brasileiras. O álcool, embora considerado lícito, também é uma droga, dado seus efeitos fisiológicos e comportamentais no organismo. No entanto, essas diferenças fazem parte de uma construção política, de escolhas culturais e interesses econômicos que perpassam o tema⁴⁸.

A configuração atual das políticas públicas na área de drogas no Brasil tem exigido um papel ativo da sociedade, principalmente em relação à temática da legalização e da descriminalização das drogas. Essa pauta vem sendo debatida em outros espaços, como o legislativo e, mais recentemente, no judiciário.

No entanto, antes de entrarmos em qualquer discussão, é necessário diferenciar a descriminalização da legalização das drogas⁴⁹.

⁴⁸ Embora as drogas ilícitas tragam impactos na saúde pública, como a presença de tuberculose, Aids e HIV, nos parece que essa questão ainda é tratada dentro uma visão moralista.

⁴⁹ Fonte: www.politize.com.br. Acesso em 20/04/2017.

No Brasil, a Lei n.º 11.343/2006, que estabelece normas para a repressão e o tráfico ilícito de drogas, entre outras ações, considera crime a venda, a produção e o porte de drogas ilegais, sendo estas atividades punidas com prisão.

A mesma lei prevê penas alternativas para o usuário, no entanto, ainda mantém um perfil punitivo e criminalizador. Com a descriminalização, os usuários passariam a receber, no máximo, penas administrativas, sendo as quantidades permitidas para uso pessoal estabelecidas em lei. Apesar disso, portar grandes quantidades de droga ou vendê-la, ainda configuraria crime. Assim, a descriminalização dependeria de mudanças na lei de drogas vigente em cada país, ou na forma como os juízes a interpretam.

Já com a legalização, o governo estabeleceria regras para o comércio de cada droga, impondo restrições de idade, locais, horários, ou exigindo autorizações especiais para compra e venda. Este modelo teria como objetivo a redução dos problemas relacionados ao uso prejudicial e da criação de mercados ilegais.

Atualmente, encontra-se em discussão no Supremo Tribunal Federal, a inconstitucionalidade do Art. 28 da Lei n.º 11.343/06, que diz que:

Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. § 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente (BRASIL, Lei n.º 11.343/2006).

O relator da medida, Ministro Gilmar Mendes, votou pela descriminalização do porte de todas as drogas, mas não definiu a quantidade máxima desse porte, de modo que ainda ficaria a cargo do Judiciário a definição do traficante e do usuário. Outros juízes reduziram a discussão apenas para a maconha, trazendo limites para seu porte e plantio. A medida ainda aguarda julgamento pelo tribunal.

Assim como diversos movimentos sociais que passam a defender, entre outras questões, a legalização das drogas e o antiproibicionismo, também a Marcha da Maconha é um evento mundial que acontece no Brasil, desde 2002, e que reivindica mudanças nas leis

relacionadas à maconha, como a legalização da cannabis e a regulamentação de seu comércio e uso⁵⁰.

Após mobilização social que motivou o início da discussão sobre a legalização do cultivo e do consumo da maconha no país, em 2014, o Deputado Eurico Junior (PV-RJ) apresentou o Projeto de Lei n.º 7.187, que libera a plantação da maconha em residências, além do cultivo para uso medicinal e recreativo. Atualmente este projeto aguarda Criação de Comissão Temporária pela Mesa Diretora da Câmara. O uso medicinal e a regulamentação terapêutica da maconha também se encontram em discussão no Senado.

Em 2015, a Anvisa passa a regular a importação de remédios como canabidiol para o tratamento de convulsões e perda de memória associada ao Alzheimer, e, em 2016, aprovou o primeiro registro de um medicamento à base de *Cannabis sativa*, indicado para o tratamento de pacientes com esclerose múltipla.

Neste sentido, além do legislativo e do judiciário, a Anvisa, passa a ser importante ator nas discussões que envolvem a legalização da maconha no Brasil, tendo em vista a sua atuação para a legalização do canabidiol para fins terapêuticos.

Também tem crescido nos últimos anos, a participação de atores da sociedade civil que passam a discutir a questão das drogas de maneira mais organizada, a partir da perspectiva dos direitos e da violência gerada pelo proibicionismo.

No entanto, na visão de um dos entrevistados, mesmo que o debate sobre as drogas na sociedade civil tenha ganhado intensidade nos últimos anos e avançado na definição de pautas anti-proibicionistas, esse debate ainda não teria sido suficiente para consolidar mecanismos de participação mais fortes:

O papel da sociedade civil como um todo, na política de drogas, precisa ser expandido...o debate sobre drogas na sociedade civil, ele cresceu muito, né, ganhou muita intensidade nos últimos 10 anos, talvez mais nos últimos, entre 2008, 2013, depois de 2014 ele refluíu um pouco, mas essa intensidade do debate, ainda não foi, esse tempo do debate ainda não foi suficiente pra consolidar mecanismos de participação da sociedade civil mais fortes no debate das políticas, é, a participação nos conselhos de políticas de drogas municipais e estaduais ela é muito, a composição desses conselhos é muito idiossincrática, assim, você tem as vezes só um grupo representado, pouco interesse de setores que são fundamentais, como setores da saúde, porque veem aquele espaço como hegemônico por um grupo que defende uma perspectiva diferente, então sequer se propõe a entrar no debate, não veem utilidade...Então essa qualificação da participação da sociedade civil é algo

⁵⁰ Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Marcha_da_Maconha. Acesso em 25 de novembro de 2017.

por construir, então esse seria o ator que falta hoje no debate da política (Entrevistado 2).

Ainda sobre a legalização das drogas, nos chamou a atenção a fala de um dos entrevistados, ao indicar que na ocasião da realização do III Fórum Nacional Antidrogas, realizado em 2004, e que discutia os rumos da nova política de drogas no Brasil, não apareceram grupos que levantassem ou discutissem essa questão:

Eu acho que esse problema da legalização das drogas gerou algum debate, mas que foi por água abaixo na medida em que os interessados em debater nunca compareceram quando foram convocados nem nos fóruns regionais, e nem no fórum nacional, e nem nas audiências públicas, nunca compareceram, então foi por água abaixo (Entrevistado 3).

Então depois veio a lei, a lei ficou 2 anos e meio no Congresso Nacional tendo seguidas audiências públicas para que o pessoal discutisse, a sociedade discutisse com deputados depois senadores para estabelecer a lei. Você sabe que durante esses 3 anos e meio, todas as audiências públicas ninguém apareceu lá para quem sabe botar na legislação uma flexibilização, uma flexibilidade maior para...ninguém falou. Então na hora que você publica a política nacional aí aparece: “não, porque a maconha, porque não sei o que... papapá. Então são grupozinhos que não têm expressão e dão impressão que têm expressão. Entendeu? (Entrevistado 3).

Para o neurocientista João Menezes (2012), em entrevista ao blog “Maconha da lata”⁵¹, não existiria uma racionalidade na política sobre drogas ou mesmo no entendimento da sociedade do que deveria ser considerado droga.

De acordo com o neurocientista, a comida, o café e o açúcar também poderiam ser considerados drogas, tanto quanto qualquer medicamento ou substância como o álcool, o tabaco, a cocaína e a maconha, pois todas elas provocariam mudanças no sistema nervoso central.

Neste sentido, as diferenças em relação ao perigo de cada droga seguiriam critérios irracionais, pois em sua opinião, o açúcar refinado seria a droga mais perigosa da atualidade, sendo que interesses comerciais e a própria cultura impediriam uma aceitação generalizada deste fato.

O autor também desmistifica o argumento que indicaria um aumento dos custos na área de saúde pública em função de um cenário de legalização das drogas, ao apontar que este

⁵¹ Fonte: www.maconhadalata.blogspot.com. Acesso em 3 de março de 2017.

argumento seria uma espécie de “cortina de fumaça”, se referindo a sua falta de substância. Cita como exemplo, o caso da Oceania, onde o uso de Cannabis seria um dos mais altos do mundo, sendo que o impacto sobre o sistema de saúde seria mínimo, numa ordem de grandeza pelo menos dez vezes menor do que o álcool e tabaco.

À guisa de conclusão, presenciamos que o debate das drogas na sociedade tem se inclinado para uma flexibilização dos usos da maconha, que para além de seus benefícios terapêuticos, é consumida, em sua grande maioria, pela classe média, ao mesmo tempo em que se visualiza uma tendência de endurecimento da legislação penal para o uso do crack (vide Projeto de Lei nº.7.663/2010).

A Anvisa tem tido participação direta nesta discussão, sobretudo, ao editar resoluções que trazem uma certa flexibilização para o uso da maconha, mesmo que ainda para fins terapêuticos. No entanto, por traz desta postura, é necessário suspeitar dos riscos de favorecimento de todo um mercado da indústria farmacêutica, que já estaria de olho na comercialização dos medicamentos à base de Cannabis.

Também este debate segue levantando opiniões, que ora tendem para a defesa da legalização ou descriminalização, e ora para a sustentação de um conservadorismo que envolve a família e os costumes:

Mas nós...eu estou convencido que nós temos 4 pilares que sustentam o programa das drogas no país, o programa da prevenção (...) um deles talvez seja o principal, é família, o outro deles é a escola, o outro deles é o trabalho e o outro deles é igreja (...) inclusive pelo que a medicina já levantou os malefícios que a droga causa, inclusive a maconha para o cérebro em formação do adolescente e o que ela pode ocasionar (...) (Entrevistado 3).

Também a Lei n.º 11.343/2006, embora apresente avanços em relação à política proibicionista advinda da “guerra às drogas”, ainda carrega resquícios de um modelo majoritariamente repressivo e criminalizador. Essa dicotomia é exemplo da dificuldade do Estado brasileiro em orientar a política sobre drogas para além de um viés autoritário e repressor.

Para Silva e Delduque (2014), a atuação do poder legislativo no Brasil, no que tange à questão das drogas, contribui para sua penalização e patologização, mais do que para sua politização, além de não indicar tendências de uma possível descriminalização.

Tendo em vista a atual conjuntura política, econômica e social do Brasil, é necessária uma discussão mais aprofundada sobre a questão das drogas, que fortaleça o debate na

sociedade, trazendo soluções reais, menos conservadoras ou polarizadas, senão corremos o risco de retroceder o que se conseguiu avançar.

4.3. O CRACK NO DISCURSO DAS POLÍTICAS. QUE LUGAR É ESTE?

Por fim, e não menos importante, se faz necessário discutir o papel do crack na agenda das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil. Não foi sem intenção a sua discussão neste momento, visto envolver os modelos de cuidado e o debate sobre as drogas na sociedade.

Nos capítulos anteriores, indicamos o dimensionamento do crack nas políticas públicas, principalmente a partir de 2011, quando o governo federal lança o “Programa Crack: é possível vencer”.

Este programa surge no contexto de uma crise econômica que se anunciava e de um certo sensacionalismo da mídia que indicava uma “epidemia de crack”. Neste período, a menção à “epidemia de crack” era o assunto da ordem do dia nos principais meios de comunicação. E como toda epidemia, era necessário contê-la, e a solução apresentada foi a internação compulsória dos usuários. Termos como “cracudo” e “cracolândia” se espalham neste momento, com a mesma velocidade que alguns gestores pareciam querer “resolver” essa questão.

Deve-se considerar que o crack é uma substância mais barata que a cocaína, devido ao seu alto teor de impurezas, e em cenários de aumento da pauperização e de precarização de políticas econômicas e sociais, era de se esperar um aumento no seu consumo.

Apesar disso, não haviam dados confiáveis e disponíveis sobre o padrão de consumo da droga e do perfil de seus usuários, até aquele momento. Em função de toda esta demanda, a própria Senad, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, idealizaram uma pesquisa nacional que traçou o perfil dos usuários de crack no Brasil.

O relatório da pesquisa, publicado em 2014, revelou que no Brasil, os usuários de crack são majoritariamente adultos jovens, com idade média de 30 anos, predominantemente do sexo masculino (78,68%), com predomínio de usuários “não-brancos”, com uma expressiva proporção de moradores de rua (40%) e com baixa escolaridade, representando um grupo bastante vulnerável socialmente (Fiocruz, 2014).

Apesar do consumo ser maior entre os usuários do sexo masculino, os dados sobre a violência são impactantes em usuárias do sexo feminino, visto que 44,5% das mulheres que fazem uso regular do crack revelaram ter sofrido violência sexual (Fiocruz, 2014).

Foi encontrada prevalência na população usuária para infecção por HIV (4,97%), hepatite C (2,63%) e tuberculose (1,67%). Em relação ao acesso a serviços de saúde, 27% dos usuários de crack informaram ter acessado algum tipo de serviço de saúde nos últimos 30 dias anteriores à entrevista. A pesquisa indica que esse número é inferior, quando comparado à população brasileira em geral (Fiocruz, 2014).

Outro resultado importante do estudo foi que 77,23% manifestaram vontade de realizar um tratamento para dependência química (Fiocruz, 2014), sendo um bom argumento para aqueles que defendem a internação compulsória.

Assim, os resultados desta pesquisa indicam que o uso do crack no Brasil configuraria um problema social, sendo também um analisador de um país que exclui e criminaliza a pobreza, dado o contexto de forte violência, pauperização e marginalização a que estão sujeitos estes usuários.

Para Garcia (2016), o pânico social criado em torno do crack contribuiu para o encarceramento e morte de milhares de jovens brasileiros pobres nos últimos anos no Brasil, em sua maioria, negros,

Rocha e Silva (2016), ao discorrer sobre a cobertura do crack no jornal “Folha de São Paulo”, indicam que a generalização de um pânico social em torno da droga encontraria na materialização da Cracolândia um esforço de racionalização das classes altas. Além disso, indicam que a visibilidade da miséria que a Cracolândia impõe representaria um entrave à ideia de cidade global que se pretende para São Paulo, colocando, assim, a necessidade do elemento coercitivo.

Outra questão a ser problematizada é a relação entre o consumo de crack e o aumento da violência, muitas vezes divulgada pela mídia e pela segurança pública. Segundo um dos entrevistados (Entrevistado 2), a imprensa seria um dos atores responsáveis pela vinculação crack-violência, ao fazer uma associação muito forte da questão da violência com o uso de drogas.

Fiori (2013)⁵² desqualifica esta relação, e cita, como exemplo, a queda no número de homicídios em São Paulo no período em que o consumo da droga se expandia. Além disso,

⁵²Fonte: <https://www.cartacapital.com.br/politica/os-equivocos-da-internacao-compulsoria>. Acesso em 3 de março de 2017.

aponta que as políticas públicas não deveriam se pautar no alarmismo em torno da ideia de uma suposta epidemia de crack e faz críticas à internação compulsória, caracterizada como uma retirada higienista de populações indesejadas.

Souza (2016) vai além, ao indicar que os usuários de crack são julgados e avaliados como “indignos”, que significaria serem “menos que humanos” (Souza, 2016:35).

Também para Garcia (2016), a discussão sobre a violência associada ao tráfico de drogas não pode ser feita sem considerar a dimensão da desigualdade social, visto que são os pobres que experimentam a violência ligada ao consumo e ao tráfico de drogas no país. Assim, toma como exemplo o crack, cujas consequências do uso abusivo demonstram associação com a organização social e racial do país.

Esta questão traz novamente à tona o projeto de higienismo e normatização social que vigorou no Brasil no início do XX, que, pelo nosso entendimento, apenas se atualizou nos moldes da epidemia do crack.

Tófoli (2012) associa a epidemia de crack a uma epidemia “memética”, se referindo a um *meme*, uma ideia que tende a se replicar e se espalhar, mesmo não sendo verdadeira. Assim, esta epidemia estaria assentada sobre distorções da realidade que têm uma grande aceitabilidade pública. Também faz críticas à internação compulsória, considerada ineficiente como cuidado à saúde e por suas distorções éticas, e aponta os riscos de se interpretar o uso de crack como uma doença transmissível e que, portanto, exigiria medidas radicais de isolamento epidêmico.

Neste sentido, a epidemia de crack e a necessidade de tratamento compulsório destes usuários iria contra aquilo que Reforma Psiquiátrica no Brasil logrou implementar: a produção de um cuidado antimanicomial às pessoas em sofrimento mental.

Esta questão nos remete novamente aos modelos de cuidado, pois as comunidades terapêuticas vêm se expandindo e ganhando legitimidade, sendo que estas mesmas instituições, muitas vezes, defendem uma política de internação compulsória ou intervencionista, favorecendo o estigma, a intolerância e induzindo a mercantilização deste suposto cuidado.

Não estamos aqui negando o fato de que existam casos que necessitem de internação, conforme apontado por um dos entrevistados (Entrevistado 5), principalmente diante da situação de risco para o paciente, no entanto, tudo indica que a internação de usuários de crack configura uma exceção, e não uma regra (Tófoli, 2012).

Além disso, mesmo que a internação nestas instituições represente uma solução que dê sentido e resgate a vida de muitos usuários, devemos tomar cuidado para que este tipo de

intervenção não se reduza a uma única solução possível ou total, trazendo novamente à tona as feridas das antigas instituições manicomiais.

De acordo com o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), que está iniciando uma pesquisa sobre o “Perfil das Comunidades Terapêuticas no Brasil”, solicitada pela Senad, existem hoje mais de 1.800 Comunidades Terapêuticas no Brasil, sendo que apenas 300 delas mantêm parcerias com o Governo Federal, no âmbito do programa "Crack: é possível vencer"⁵³. Assim, presume-se que uma grande parte delas não atendem às exigências mínimas de funcionamento e nem passem por fiscalizações.

É claro também que isso não se resume a um problema da Reforma Psiquiátrica, pois, atualmente, as comunidades terapêuticas fazem parte da RAPS, não representando, necessariamente, um antagonismo com a política de saúde mental. Assim, a Reforma Psiquiátrica seria uma imagem-objetivo da qual as políticas públicas de saúde mental buscam se orientar, mesmo que, muitas vezes, esta imagem não se expresse na materialidade das políticas.

Também de acordo com um dos entrevistados (Entrevistado 5), a rede de saúde mental voltada para os usuários de álcool e drogas ainda vive uma experiência de construção de princípios. Aponta que o preconceito em relação aos usuários seria visível nos serviços de saúde, pois os profissionais da área entenderiam a lógica da cidadania a ser garantida a um esquizofrênico, mas não a um usuário de drogas, o culpabilizando pela sua doença.

Neste sentido, existe um forte componente moralizador e de exclusão de raça/classe associado ao consumo das drogas em nossa sociedade, em específico ao crack, sendo esta droga um analisador das desigualdades e misérias de nossa sociedade.

⁵³ Fonte: <http://www.ipea.gov.br/sites/comunidades-terapeuticas>. Acesso em 5 de janeiro de 2018.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao me aventurar no estudo das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil, achei que, num primeiro momento, seria um percurso tranquilo. No entanto, foi um grande desafio buscar entender como esta política, que percebi ser tão complexa, foi se constituindo. Além disso, o caminho que percorri me levou ao entendimento de que as políticas públicas são vivas e dinâmicas, pois envolve disputas e aproximações entre seus diversos atores, enunciados e estratégias.

Neste percurso, identificamos que a trajetória das políticas públicas na área de álcool e outras drogas foi permeada por diversos marcos institucionais e legais que permitiram a sustentação de estratégias e ações para a área, como a criação de uma rede substitutiva de saúde mental, com ênfase sobre os CAPSad e a estratégia de redução de danos, além da criação de iniciativas como a RAPS e o “Plano Crack”.

Esta análise também indicou que o binômio saúde/prevenção e justiça/repressão, parece não ter sido mais tão estanque, dado que se tem observado algumas propostas de mudanças discursivas nesta política, principalmente naquelas conduzidas pela Senad.

A própria mudança de “antidrogas” para “sobredrogas”, proposta no realinhamento da política, em 2005, parece indicar este perfil com viés menos repressor, assim como uma tentativa de flexibilização de algumas práticas, ao incluir ações de promoção, reinserção social e de redução de danos às políticas de drogas no Brasil.

Além disso, recentemente, as áreas da saúde e justiça parecem ter feito tentativas de aproximação, sobretudo a partir do plano crack, que ao trazer um grande aporte de recursos financeiros, possibilitou uma expansão da rede de saúde mental e gerou um protagonismo da Senad nas ações de articulação e prevenção. Todavia, o plano crack, ao mesmo tempo em que permitiu o desenvolvimento da rede de saúde mental como um todo, contribuiu para um superfinanciamento das comunidades terapêuticas, dispositivos que atualmente fazem parte desta rede, mas que são alvo de críticas e denúncias por não respeitar os direitos destes usuários.

Esta pesquisa também identificou que os principais atores responsáveis pela condução das políticas públicas na área de álcool e outras drogas ainda continuam sendo o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça.

No entanto, outros atores vêm ganhando cada vez mais espaço e participação política, como, por exemplo, a igreja, principalmente as evangélicas, no âmbito do legislativo, muito em função de seu lobby e associação com as comunidades terapêuticas. Estas instituições

atendem a uma situação de precariedade de vida e respondem a questões que vão para além das drogas, como a pobreza, desonerando o Estado, sendo, assim, interessante ao gestor público à associação com estas instituições.

Atualmente, o departamento responsável pelo controle do HIV/Aids no Brasil parece ter refluído seu papel nas políticas de drogas, ao focalizar suas ações na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e das hepatites virais, tendo em vista a redução da transmissão de HIV entre usuários de drogas injetáveis.

O Ministério da Saúde é um ator importante, pois é responsável pela rede de saúde mental e pela administração dos recursos federais para a área. A Senad, por sua vez, embora tenha surgido a partir de uma pauta proibicionista, parece ter assumido um novo lugar, principalmente na capacitação, na realização de diagnósticos e na criação de projetos voltados para a prevenção e assistência aos usuários de drogas. Foi indicado que esta inflexão da Senad ocorreu muito em função da chegada de novos técnicos provenientes do campo do tratamento e da saúde pública, além da Senad ter sido o ator responsável por responder à agenda política do crack.

Também a Senad e o Ministério da Saúde são atores heterogêneos e com interesses distintos. A Senad, ao mesmo tempo em que assume um papel na articulação de políticas públicas na área de álcool e drogas, fomentando pesquisas e capacitações, ainda se mantém vinculada a organismos internacionais de regulação, controle e combate às drogas. Além disso, é a maior responsável por conferir incentivos às comunidades terapêuticas, instituições que são alvo de críticas em relação à sua eficácia no tratamento dos usuários e de denúncias de violações dos direitos humanos.

Da mesma forma, o Ministério da Saúde, ao mesmo tempo que adota os princípios da Reforma Psiquiátrica, que prevê o cuidado de base territorial e substitutivo à internação psiquiátrica, têm incentivado a expansão das comunidades terapêuticas, a partir de portarias de custeio e regulamentação destes serviços, além de inseri-las na própria rede de atenção em saúde mental.

No entanto, o incentivo dado às comunidades terapêuticas não se refere a um único governo, pois elas fazem parte das atuações do Ministério da Saúde desde 2004, indicando um processo que vem de antes do período mais recente, embora entendemos que o posicionamento do coordenador de saúde mental, em determinado momento, que era militante do movimento da Reforma Psiquiátrica, possivelmente gerou conflitos entre aqueles que incentivavam a criação de comunidades terapêuticas e os que defendiam os princípios da Reforma Psiquiátrica na rede SUS.

Também nem tudo se resume a antagonismos, visto que, historicamente, saúde e justiça sempre estiveram associados. Vimos que o próprio processo de criminalização das drogas foi contemporâneo ao desenvolvimento da indústria farmacêutica ao se estabelecer dois mecanismos de inclusão e exclusão: a consideração das drogas de uso médico e não médico (problema médico) e das drogas lícitas e ilícitas (problema jurídico/crime). Assim, a questão do mercado de drogas caminhou junto com a construção de sua ilegalidade, tanto no interior do saber jurídico, quanto no saber médico.

A atuação da Anvisa na discussão do canabidiol também indica que não há um antagonismo necessariamente da saúde e da justiça. A Anvisa aparece nesse contexto como um importante ator nas discussões que envolvem a legalização da maconha no Brasil, tendo em vista a sua atuação para a legalização do canabidiol para fins terapêuticos, sendo uma droga que se torna lícita e sai do debate da criminalização. No entanto, é necessário atentar para os riscos de sustentação da indústria farmacêutica, a partir da comercialização dos medicamentos à base de cannabis.

Da mesma forma, também questionamos o papel da Área Técnica de Saúde Mental nesta política, pois esta, de algum modo, manteve-se distanciada da questão do álcool e das outras drogas até 2003, tendo incorporado um conjunto de estratégias a partir deste ano que poderiam chocar-se com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, como por exemplo, o incentivo às comunidades terapêuticas, que ganharam ainda mais força a partir do plano crack.

Também a política nacional de tabaco, na forma do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), não dialoga nem com a saúde mental e nem com a justiça, talvez em função do Brasil ter um programa bem-sucedido de controle do tabagismo, que é coordenado pelo INCA, ficando, conseqüentemente, ligado à política do câncer.

Outro ator não menos importante é o Congresso Nacional, pois teve participação muito intensa nos últimos anos, a partir da elaboração de projetos de lei na Câmara de Deputados, incluindo mudanças nas leis de drogas, como o projeto de autoria de Osmar Terra, que encontra-se aguardando apreciação no Senado, além da realização de audiências públicas para tratar do tema.

Além desses atores, temos a imprensa, que é uma grande formadora de opinião e responsável por fazer a associação entre drogas e violência.

Também os movimentos sociais têm ganhado força no debate das políticas, embora tenha se relatado um esvaziamento destes espaços nos últimos anos, apesar dos avanços na construção de pautas anti-proibicionistas.

Estes movimentos precisam ser chamados novamente ao debate, pois podem fazer frente ao atual cenário de crescimento das forças conservadoras representadas pelas federações de comunidades terapêuticas, junto ao legislativo. Estas forças podem criar um caminho para a institucionalização das internações compulsórias e involuntárias.

A participação de outros atores como a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República e o Ministério Público podem representar uma tentativa de flexibilização da lei de drogas em vigor no país, ao defender os direitos dos usuários.

Também iniciativas como o “Programa de Braços Abertos”, no município de São Paulo e o “Programa Atitude”, do estado de Pernambuco, nos mostram como experiências locais podem servir de exemplo para conduzir e flexibilizar determinadas políticas, de modo que atendam às especificidades e singularidades do território de vida dos sujeitos.

Também identificamos desafios na condução destas políticas. Ao mesmo tempo em que se evidencia um investimento em políticas públicas que buscam uma compreensão ampliada do fenômeno das drogas, assim como a expansão da rede de saúde mental, ainda convivemos com o conservadorismo e uma tendência de agravamento do cenário, tendo em vista propostas de endurecimento da legislação de drogas, falta de perspectivas de controle da propaganda do álcool, o retorno do tratamento compulsório dos usuários, o fortalecimento do poder das comunidades terapêuticas e a fragilização da rede de saúde mental.

A própria ideia da epidemia de crack e da internação compulsória é um retrato de políticas que encarceram e sentenciam a marginalização e a pobreza, não permitindo, também, um avanço em torno da superação de uma visão estereotipada do usuário de drogas, que o associa, principalmente, ao crime.

Outro desafio é representado pela fragmentação e concentração do orçamento, ora na Senat, ora no Ministério da Saúde, além da existência de agendas concorrentes e de diferentes e contraditórios modelos de tratamento.

Sendo assim, no Brasil, não haveria uma política de drogas, mas uma política plural de drogas, reforçando a sua teia complexa de relações que envolve a saúde, a justiça, a cultura, a economia e questões como violência, criminalidade e desigualdade. Também identificamos sua hibridez, uma espécie de tensão interna nestas políticas, representada por forças que hora pesam para o proibicionismo e conservadorismo, e ora para perspectivas que visam à reinserção, a intersetorialidade e o fortalecimento do papel do usuário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Vânia Sampaio. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 (11): 2309-2319, novembro, 2009.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro. Panorama ENSP/FIOCRUZ, 1998.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. **Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil.** Ciência e Saúde coletiva, 16 (12):4665-4674, 2011.

ARLACON, S. **A Síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas.** In: ARLACON, S; JORGE, M.A.S (Orgs.). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p.45-81.

BAPTISTA, T.W.F; MATTOS, R. de A. **Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas).** In: MATTOS, R. de A.; Baptista, T.W.F (Orgs). Caminhos para análise das políticas de saúde. IMS/UERJ, 2011.

BORGES, C.F; BAPTISTA. T.W.F. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2):456-468, fev, 2008.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei n.º 891, de 25 de novembro de 1938.** Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Rio de Janeiro: 1938.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei n.º 385, de 26 de dezembro de 1968.** Dá nova redação ao artigo 281 do Código Penal. Brasília: 1968.

BRASIL. **Lei n.º 5.726, de 29 de outubro de 1971.** Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Brasília: 1971.

BRASIL. **Lei n.º 6.368, de 21 de outubro de 1976.** 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. Brasília: 1976.

BRASIL. **Decreto Presidencial n.º 85.110, de 2 de setembro de 1980.** Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. Brasília: 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria n.º189, de 19 de novembro de 1991.** Regulamenta os grupos de procedimentos de internação em psiquiatria. Brasília: 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria n.º 224, de 29 de janeiro de 1992.** Regulamenta os grupos de procedimentos de internação em psiquiatria. Brasília: 1992.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. **Programa de Ação Nacional Antidrogas.** Brasília: 1996.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 2.632, de 19 de junho de 1998.** Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências. Brasília: 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Projeto de Drogas e Aids.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999

BRASIL. **Projeto de Lei nº 1.279, de 23 de junho de 1999.** Dispõe sobre o fornecimento de seringas e agulhas descartáveis e esterilizadas em centros e entidades de tratamento e recuperação de usuários de drogas credenciados. Brasília: 1999.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Discurso no II Fórum Nacional Antidrogas.** Biblioteca da Presidência da República, 2001.

BRASIL. **Lei Federal nº 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: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º101, de 30 de maio de 2001.** Brasília: 2001.

BRASIL. **Lei n.º 10.409, de 11 de janeiro de 2002.** Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 816, de 30 de abril de 2002.** Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília: 2002.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto n.º 4.345, de 26 de agosto de 2002.** Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** 1ª ed. Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 457, de 16 de abril de 2003.** Instituir, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo de Trabalho para estabelecer diretrizes para a Política de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Brasília: 2003.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto de 28 de maio de 2003.** Institui Grupo de Trabalho Interministerial para, no prazo de noventa dias contados a partir de sua instalação, avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional. Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 2.197, de 14 de outubro de 2004.** Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília: 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 429, de 22 de março de 2005.** Institui o Comitê Técnico Assessor para a Política de Álcool e de Outras Drogas do Ministério da Saúde. Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Área de Saúde Mental. **Levantamento das Comunidades Terapêuticas.** Brasília: 2004.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Brasília: 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 5.912, de 27 de setembro de 2006.** Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre

drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, e dá outras providências. Brasília: 2006.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 6.117, de 22 de maio de 2007.** Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília: 2007.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas.** Brasília: 2008.

BRASIL. **Lei n.º 11.705, de 19 de junho de 2008.** Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Brasília: 2008.

BRASIL. **Lei n.º 11.754, de 23 de julho de 2008.** Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, cria cargos em comissão; revoga dispositivos das Leis nºs 10.869, de 13 de maio de 2004, e 11.204, de 5 de dezembro de 2005; e dá outras providências. Brasília: 2008.

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 (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: 2009.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: 2009.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas.** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; DUARTE, P; STEMPLIUK, V; BARROSO, L (Orgs). Senad: 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial,** 27 de junho a 1 de julho de 2010. Ministério da Saúde: 2010.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 7.179, de 20 de maio de 2010.** Cria o Plano Integrado de Enfrentamento do Crack. Brasília: 2010.

BRASIL. **Projeto de Lei Federal n.º 7.663, de 14 de julho de 2010.** Acrescenta e altera dispositivos à Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS.** Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília: 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º. 488, de 6 de outubro de 2011.** Resolve que a inserção de toda e qualquer entidade ou instituição na Rede de Atenção Psicossocial do SUS seja orientada pela adesão aos princípios da reforma antimanicomial, em especial, no que se refere ao não isolamento de indivíduos e grupos populacionais. Brasília: 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Presidencial n.º 7.426, de 7 de janeiro de 2011.** Dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União. Brasília: 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução (RDC) n.º 63, de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 122, de 25 de janeiro de 2011.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 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: 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 448, de 6 de outubro de 2011.** Conselho Nacional de Saúde: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 131, de 26 de janeiro de 2012.** Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 148, de 31 de janeiro de 2012.** Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio. Brasília: 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 130, de 26 de janeiro de 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen.** Departamento Penitenciário Nacional (Depen). Ministério da Justiça: 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas Sobre Drogas. **Portaria n.º 10, de 28 de fevereiro de 2014.** Acrescenta modelo de relatório de fiscalização de comunidades terapêuticas como anexo à Portaria n.º 70, de 18 de outubro de 2013. Senad: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Francisco Inácio Bastos e Neilane Berton (Orgs). Rio de Janeiro: Editora ICICT/Fiocruz, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Resolução CONAD n.º 1, de 19 de agosto de 2015.** Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Brasília: 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria SAS n.º 1.482, de 25 de outubro de 2016.** Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Brasília: 2016.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

CECÍLIO, L. R. **O Brasil no tráfico internacional de drogas: Um estudo multidimensional da realidade**. Revista SJRJ, Rio de Janeiro: v. 17, n.29, p.269 - 288, dez, 2010.

COMIS, M.A. **Programa Municipal de Braços Abertos: uma experiência de intersectorialidade**. In: BOKANY, V. (Org.). Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015, p.177-186.

CONRAD, P. **The medicalization of society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília: 2011.

COSTA, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5ª edição, revisada. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COSTA, E; ROSENFELD, S. **Constituição da Vigilância Sanitária no país**. Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

SCOREL, S; NASCIMENTO, D. R; EDLER, F. C. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, N.T. (Org.). Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FIORI, M. **Uso de “Drogas”. Controvérsias médicas e debate público**. São Paulo: Mercado de Letras, 2006.

FONSECA, E.M; BASTOS, F.I. **Os tratados internacionais Antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas**. In: ARLACON, S; JORGE, M.A.S (Orgs). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p.15-43.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** BASTOS, F.I; BERTONI, N. (Orgs). Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

GARCIA, L.de S.L. **Apresentação Senad/MJ**. In: SOUZA, J (Org.). Crack e exclusão social. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016, p.11-15.

GARCIA, M.L.T; LEAL, F.X; ABREU, C.C. **A política antidrogas brasileira: Velhos dilemas**. Psicologia e Sociedade, 20 (2): 267-276, 2008.

INSTITUTO IGARAPÉ. **Políticas de drogas no Brasil. A mudança já começou**. Artigo 16, 2015.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas**. 2006. p. 151. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, A.R; MIRANDA, P.S.C. **Fragments da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, 2007.

MACHADO, L.V; BOARINI, M.L. **Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos**. Psicologia: ciência e profissão, 33 (3), 580-595, 2013.

MACRAE, E. **Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos**. In: SEIBEL, S.D; TOSCANO Jr, A. (Orgs). Dependência de drogas. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

MEDEIROS, R.C. **Adulto jovem, prazer e drogadição: nos caminhos de uma paixão, a construção de um olhar**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

OLIVEIRA, E. M de; SANTOS, N. **A rede de assistência aos usuários de álcool e drogas - em busca da integralidade**. In: SANTOS, L.M (Org.). Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e drogas. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **XX Sessão Especial da Assembleia Geral. Problema Mundial das Drogas**. Programa Internacional das Nações Unidas para o Controle das Drogas, 1998.

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

PERRONE, P.A.K. **A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?** *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (2):569-580, 2014.

PORTES. L.E. **A política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016: contexto, trajetória e desafios**. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

RIO DE JANEIRO (Município). **Decreto Municipal n.º 36.356, de 23 de outubro de 2012**. Institui o Programa Rio Acolhedor. Rio de Janeiro: 2012.

ROCHA, M.E; SILVA, J.A. **Pânico social e animalização do usuário: o crack na Folha de S. Paulo**. In: SOUZA, J. (Org.). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016, p.251-286.

SÁAD, A. C. **Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos**. In: CRUZ, M.S; FERREIRA, S.M.B (Orgs.). *Álcool e drogas - usos, dependência e tratamentos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB - Cuca; 2001.

SANTANA, C. **Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua**. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, 30(8): 1798-1800, agosto, 2014.

SILVA, M.B; DELDUQUE, M.C. **Patologização e penalização do uso de drogas: uma análise socioantropológica de proposições legislativas (2007-2010)**. *Pysis*, vol.25, no. 1, Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, F.P; FRAZÃO, I; LINHARES, F.M.P. **Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua**. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, 30(4): 805-814, abril, 2014.

SOUZA, J. **A doença da Humilhação**. In: SOUZA, J. (Org.). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016, p.29-37.

SOUZA, J. **Ralé Brasileira. Quem é e como vive**. GRILLO et al. (Colaboradores). Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SOUZA, T.P A norma da abstinência e o **dispositivo “drogas”: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos)**. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2013.

TEIXEIRA, M.B; RAMÔA, M. L; ENGSTROM, E; RIBEIRO, J.M. **Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016**. Ciência & Saúde Coletiva, 22(5):1455-1466, 2017.

TENÓRIO, F. **A Reforma Psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História, Ciências e Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, 9(1): 25-59, 2002.

TÓFOLI, L.F. **A epidemia voluntária e suas consequências**. Radis: comunicação e saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2012.

VALADARES, F.C; SOUZA, E.R. **Análise da inserção do tema da violência na Política de Saúde Mental brasileira a partir de seus marcos legais (2001-2011)**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 (4): 1051-1077, 2013.

VASCONCELOS, E.M. **Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional**. In: VASCONCELOS, E, M. (Org.). Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec, 2010, p.17-73.

VASCONCELOS, M.F; MACHADO, D.O; PROTAZIO, M.M. **Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem**. Interface (Botucatu) vol.19, no.52, 2014.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

ZALUAR, A. **Democratização inacabada: fracasso da segurança pública**. Estudos Avançados, 21(61), 2007.

ZANCHIN, J.T. **Discursos científicos sobre o fenômeno de drogas: uma análise das publicações da saúde coletiva brasileira**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2006.

ZORNANELLI, R.; BEZERRA Jr, B.; COSTA, J.F. **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea.** Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2014.

VARGAS, E.V. **Os Corpos Intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais.** In: DUARTE, L.F.D, LEAL, O.F (Orgs.). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p.121-136.

VARGAS, E.V. **Uso de drogas: a alter-ação como evento.** São Paulo: Revista de Antropologia, vol.49, n.2, Julho/Dezembro, 2006.

ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “As políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil: discursos, diretrizes e estratégias” desenvolvida por Aline Gabriela Simon Neves, discente de doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, sob orientação da Prof. Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista.

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar os discursos, diretrizes e estratégias das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil, identificando quando, porque e com quais argumentos se sustentam as propostas de políticas públicas na área.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) pela relevante atuação no contexto das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevistas à pesquisadora do projeto. Sua entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar à pesquisadora que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. Os dados coletados na entrevista serão arquivados por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP, e serão acessados somente pela pesquisadora e sua orientadora.

A execução da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo as entrevistas, análise documental e pesquisa em bases de dados secundários. Os resultados da pesquisa serão divulgados por intermédio da Tese de Doutorado da pesquisadora responsável, de artigos científicos publicados em revistas qualificadas e apresentações de trabalhos em eventos científicos.

Esclarecemos que as informações obtidas por meio da sua entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e material de outras fontes de pesquisa e que os resultados da análise são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de

falas, que permitam sua identificação por intermédio do seu papel/função institucional no processo de formulação das políticas, serão evitadas. Porém, caso você autorize e seja necessário para a compreensão da conjuntura, seu papel/função poderá ser identificado.

O benefício relacionado com a sua participação nessa pesquisa é o de contribuir com a identificação dos principais atores, discursos e produções das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil, fomentando a articulação entre os saberes e as políticas.

A pesquisa não apresenta riscos diretos nem indiretos aos sujeitos da pesquisa. Entretanto, poderão ocorrer identificações dos sujeitos entrevistados em razão do cargo público ocupado. Assim, será solicitada a autorização do entrevistado para identificação da fala através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Solicitamos que assinale a(s) opção(ões) abaixo que considerar pertinente(s), relativa(s) à autorização das condições de uso do seu depoimento para fins da pesquisa científica.

- Autorizo a transcrição da fita e a divulgação da fala com a identificação
- Autorizo a transcrição da fita e a divulgação da fala sem a identificação
- Autorizo que minha função institucional conste em uma listagem geral de entrevistados.
- Solicito que meus dados pessoais sejam mantidos em completo sigilo.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Você receberá uma cópia assinada deste termo onde constam os dados da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Suas dúvidas sobre a pesquisa, seus desdobramentos e sua participação serão esclarecidas a qualquer momento, inclusive após a conclusão do estudo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Aline Gabriela Simon Neves
Pesquisadora principal - email: linegabriela@yahoo.com.br
Tel: (21) 96757-4202
Prof. Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista
Pesquisadora-Orientadora
Email: twargas@ensp.fiocruz.br
DAPS – Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - 7º. Andar. Tel.: (21) 2598-2849
Tel. CEP/ENSP - (21) 2598-2863

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Nome e assinatura)

Anexo B - Instrumento de coleta de dados

Instrumento de coleta de dados

Roteiro preliminar das entrevistas

Bloco1.

1. Identificação do entrevistado - nome e referência institucional (onde atua e como - local e órgão/área de atuação, função/atividade)
2. Como foi sua chegada no órgão e de que órgão anterior veio? (Ano de ingresso na área/órgão)
3. Conte-me um pouco de sua trajetória e como passou a discutir a questão do álcool e outras drogas.
4. Quando ingressou na discussão das drogas, qual era o cenário?
5. Em sua opinião, quais as principais ações desenvolvidas na área de álcool e outras drogas no Brasil atualmente?
6. Quais são os principais atores que atualmente participam da elaboração e execução das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil?
7. Quais foram e são os espaços de negociação política?
8. Percebe diferenças entre as políticas definidas em cada período? Quais?

Bloco 2.

1. Quais os temas que geraram maior debate no Ministério da Saúde em torno das políticas públicas na área de álcool e drogas no Brasil?
2. Houve algum conflito que não foi solucionado?
3. Quais os principais objetivos das políticas públicas do Ministério da Saúde na área de álcool e outras drogas no Brasil atualmente?
4. Quais as principais dificuldades para a implementação da política?
5. Quais os principais avanços da política?