

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Rodrigo Silva Simas

Contribuições para a análise da política brasileira de saúde para usuários de drogas:
modelos em disputa

Rio de Janeiro

2020

Rodrigo Silva Simas

**Contribuições para a análise da política brasileira de saúde para usuários de drogas:
modelos em disputa**

Dissertação 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 Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, planejamento, gestão e cuidado em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva

Rio de Janeiro

2020

Contributions to the analysis of Brazilian health policy for drug users: models in dispute

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

S588c Simas, Rodrigo Silva.
Contribuições para a análise da política brasileira de saúde para usuários de drogas: modelos em disputa / Rodrigo Silva Simas. -- 2020.
90 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientador: Paulo Roberto Fagundes da Silva.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Política de Saúde. 2. Drogas Ilícitas. 3. Saúde Mental.
4. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.29

Rodrigo Silva Simas

**Contribuições para a análise da política brasileira de saúde para usuários de drogas:
modelos em disputa**

Dissertação 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 Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, planejamento, gestão e cuidado em saúde.

Aprovada em: 30 de junho de 2020

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcelo Santos Cruz
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Instituto de Psiquiatria

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Orientador)

Rio de Janeiro

2020

Dedico este trabalho ao meu pai, Sergio Lopes Simas, meu eterno incentivador
(In memoriam)

AGRADECIMENTOS

À minha amada esposa, Keronlay Simas, sempre do meu lado nas dores e delícias da vida (desculpe o transtorno).

À Maya, minha filha, meu encanto, que me faz reaprender a viver a cada dia.

À minha mãe, pelo apoio incondicional.

À minha querida sogra, minha segunda mãe.

Ao meu amigo/irmão/cunhado pela força nossa de todos os dias.

Ao meu irmão que está sempre comigo, tão longe e tão perto.

Às minhas avós, que são responsáveis por parte importante de mim.

À tia Mari e ao tio Bira, sempre tão carinhosos e orgulhosos, uma inspiração sem tamanho.

Aos meus amigos que deixam a vida mais leve e feliz, em especial à minha grande amiga de longa data e revisora deste trabalho, Angelica Cantarela Tironi

Agradecimentos especiais à equipe da Superintendência de Saúde Mental do Rio de Janeiro pelo apoio incondicional nesta travessia tão intensa, em especial ao mais que chefe, grande amigo, Hugo Fagundes. Sem esquecer dos queridos Paulo Pontes, Anamaria Lambert, Patrícia Miranda, Patrícia Matos, Denise(s), Clarice Furtado e todos os demais pela luta de cada dia em defesa do SUS e da vida.

Aos diretores e profissionais dos CAPS do Rio de Janeiro, que tanto fazem pela defesa da atenção psicossocial.

Aos meus mestres, que acompanharam minha trajetória e mudaram meus rumos. Paula Cerqueira, Marcelo Santos Cruz e Salette Barros. Muito obrigado!

Ao meu orientador Paulo Fagundes, pelo apoio e orientação tão generosa e respeitosa ao meu tempo e às minhas possibilidades.

Ao meu querido pai, saudades.

... e a todos os usuários de drogas, “eu vejo uma vida melhor no futuro (...)”.

RESUMO

Este estudo descreve a trajetória da política de saúde para usuários de drogas no Brasil, abordando as principais concepções em disputa no campo dos modelos de atenção. O ponto de partida para tal análise foi a promulgação da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) que inaugura uma intervenção mais sistematizada do Sistema Único de Saúde (SUS) à luz de princípios antimanicomiais da lei 10.216 e das estratégias de Redução de Danos. Percorremos a lei de drogas nº 11.343, de 2006, a instituição da Rede de Atenção Psicossocial e a inesperada inserção das comunidades terapêuticas entre seus componentes. O ponto de chegada foi 2019, pouco depois dos princípios da política de saúde mental serem alterados mediante a instituição da Portaria GM/MS nº 3588 e da Resolução 01/2018, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, além da nova lei de drogas nº 13.840, que alterou a política sobre drogas no Brasil. Como referencial teórico de análise da política foi utilizado o modelo dos fluxos múltiplos desenvolvido por John Kingdon. Como metodologia foi realizada uma revisão integrativa de literatura nas bases de dados: Portal brasileiro de publicações científicas em acesso aberto (OasisIBICT), Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS Regional), *Scientific Electronic Library Online* (SCieLO) e PubMed, além de uma análise documental. Foram utilizados como fonte de informações artigos, dissertações, teses, matérias de jornal, *sites*, entre outros. O estudo concluiu que as políticas de saúde mental para usuários de drogas são caracterizadas pelo caráter tardio, híbrido, de implementação incompleta e por uma trajetória onde se constata uma conjuntura crítica com divergências importantes desde a inserção do SUS no campo. Por outro lado, observamos o crescimento dos movimentos antiproibicionistas, assim como o crescimento dos questionamentos por parte de outros segmentos da sociedade em relação à guerra às drogas.

Palavras-chave: política de saúde, drogas ilícitas, saúde mental, transtornos relacionados ao uso de substâncias, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study describes the trajectory of health policy for drug users in Brazil, addressing the main concepts in dispute in the field of care models. The starting point for this analysis was the promulgation of the Ministry of Health Policy for Comprehensive Care for Users of Alcohol and Other Drugs (2003), which inaugurates a more systematic intervention by the Unified Health System (SUS) in the light of anti-asylum principles of the Law 10.216 and Harm Reduction strategies. We went through drug law 11.343, of 2006, the institution of the Psychosocial Care Network and the unexpected insertion of therapeutic communities among its components. The arrival point was 2019, shortly after the principles of mental health policy were changed through the establishment of Ordinance GM / MS n° 3588 and Resolution 01/2018, of the National Council on Drug Policies, in addition to the new drug law n° 13,840, which changed the drug policy in Brazil. As a theoretical framework for policy analysis, the multiple stream model developed by John Kingdon was used. As a methodology, an integrative literature review was carried out in the databases: Brazilian portal of scientific publications in open access (OasisIBICT), Regional Portal of the Virtual Health Library (VHL Regional), Scientific Electronic Library Online (SCieLO) and PubMed, in addition to a documentary analysis. Articles, dissertations, theses, newspaper articles, websites, among others, were used as a source of information. The study concluded that mental health policies for drug users are characterized by a late, hybrid character, of incomplete implementation and by a trajectory where there is a critical juncture with important divergences since the insertion of SUS in the field. On the other hand, we observe the growth of anti-prohibitionist movements, as well as the growth of questions from other segments of society regarding the war on drugs.

Keywords: health policy, illicit drugs, mental health, substance use disorders, Unified Health System.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos artigos selecionados por periódicos	40
Tabela 2 – Dotação e execução orçamentária do CEPV, por órgão (2012-2016)	58
Tabela 3 – Repasses financeiros às Comunidades Terapêuticas (em milhões), número de vagas e unidades financiadas no período de 2013 a 2019	66

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção das publicações selecionadas para revisão integrativa	21
Figura 2 – Janela de oportunidade política	28
Figura 3 – O processo político e o modelo dos fluxos múltiplos	34
Figura 4 – Distribuição dos textos selecionados para a pesquisa por ano de publicação	39
Figura 5 – Distribuição por área de conhecimento dos textos selecionados	40
Figura 6 – Distribuição das estratégias metodológicas utilizadas nos estudos selecionados.....	41
Quadro 1 – Atores visíveis e atores invisíveis	31
Quadro 2 – Estudos selecionados para a revisão integrativa	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AD	Álcool e drogas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFM	Conselho Federal de Medicina
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPV	Crack é Possível Vencer
CONAD	Conselho Nacional - Antidrogas (até 2005), - de Políticas sobre Drogas (após 2005)
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
COVID19	Novo Coronavírus
CNSM	Coordenação Nacional de Saúde Mental
CT	Comunidade Terapêutica
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FEBRACT	Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GD	Guerra às Drogas
GM	Gabinete do Ministro
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MDH	Ministério dos Direitos Humanos
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAIUAD	Documento: A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras Drogas
PNAD	Política Nacional - Antidrogas (até 2005), - sobre Drogas (após 2005)
PT	Partido dos Trabalhadores
PV	Partido Verde
PL	Projeto de Lei
PLC	Projeto de Lei Complementar

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SENAD	Secretaria Nacional – Antidrogas (até 2005), - de Políticas sobre Drogas (após 2005)
SENAPRED	Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas
SISNAD	Sistema Nacional - Antidrogas (até 2005), - de Políticas sobre (após 2005)
SM	Saúde Mental
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UNIAD	Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. METODOLOGIA	18
2.1. REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	18
2.2. ANÁLISE DOCUMENTAL	22
3. ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS E O MODELO DOS FLUXOS MÚLTIPLOS	26
3.1. CONJUNTURA CRÍTICA	32
4. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS SELECIONADOS	35
5. A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL NA PERSPECTIVA DA LITERATURA	42
6. ANTECEDENTES À CONJUNTURA CRÍTICA (2003 A 2016)	50
6.1. A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS (PAIUAD)	50
6.2. A LEI DE DROGAS 11.343, DE 2006	52
6.3. O PLANO EMERGENCIAL DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (PEAD)	54
6.4. PLANO(S) CRACK	56
6.5. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	59
7. A CONJUNTURA CRÍTICA (2016 A 2019)	63
8. A POLÍTICA DE SAÚDE PARA USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL E O MODELO DOS FLUXOS MÚLTIPLOS	69
8.1. O AGENDAMENTO POLÍTICO	70
8.2. OS EMPREENDEDORES POLÍTICOS	70
8.3. A JANELA DE POLÍTICAS PÚBLICAS	71
8.4. FLUXO DOS PROBLEMAS	73
8.5. FLUXO DE SOLUÇÕES	73
8.6. FLUXO DA POLÍTICA	75
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	81

1. INTRODUÇÃO

O objetivo dessa dissertação de mestrado é descrever a trajetória da política de saúde para usuários de drogas no Brasil, abordando as principais concepções em disputa no campo dos modelos de atenção.

Ao longo da penúltima década (2000/2010), a temática das drogas ganhou força no domínio da saúde coletiva no Brasil, em especial no da saúde mental, seja pela difusão do crack pelo país – especialmente nas grandes capitais –, seja pela crescente influência da mídia ao veicular frequentemente imagens de pessoas aglomeradas consumindo drogas em via pública, nos espaços conhecidos como “cracolândias”. Estes espaços agregam pessoas em situação de vulnerabilidade que, no caso brasileiro, têm características de serem contíguas aos centros urbanos, o que gera bastante visibilidade e controvérsia na sociedade (FONSECA *et al*, 2007). Algumas medidas associadas às populações mais vulneráveis que se encontram nas cenas de uso aberto da cidade, a exemplo do recolhimento compulsório, apesar de contrariarem instituições e órgãos ligados aos direitos humanos e à saúde, são defendidas hegemonicamente pela sociedade. A mídia e a opinião pública demandam como primeira alternativa e, muitas vezes, como única forma de cuidado a internação.

Mesmo com a ampliação dos serviços públicos dirigidos ao cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, o que se vê é uma transição incompleta do modelo de atenção à saúde. A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) reorientou o destino dos recursos financeiros, que até então eram prioritariamente voltados para instituições de caráter asilar, privadas, em sua maioria. O fechamento de milhares de leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, com reorientação progressiva do financiamento para serviços de base comunitária parecia constranger o setor privado de saúde mental, que recebeu por décadas recursos públicos de saúde.

Somente com o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (2010) foi proposta a abertura de 2.500 novas vagas em Comunidades Terapêuticas. Enquanto isso, de 2002 a 2010, cerca de 19.000 leitos foram fechados em hospitais psiquiátricos (de 51.393 em 2002 para 25.988 em 2010) (BRASIL, 2015).

Diante da heteronomia do campo AD (Álcool e Drogas), esta dissertação realiza uma análise das políticas de saúde para usuários de drogas no Brasil, tendo em vista a crescente discordância sobre o modelo de cuidado em saúde a ser adotado no país. Este tensionamento está evidenciado nas recentes mudanças na política de saúde mental para

usuários de álcool e outras drogas sobre as quais falaremos no decorrer deste trabalho. Procuramos descrever as principais concepções em disputa no campo dos modelos de atenção à saúde para as pessoas com problemas relacionado ao álcool e outras drogas, e abordamos os avanços e as fragilidades no processo de implantação do modelo psicossocial para o cuidado dos usuários de álcool e outras drogas no Brasil.

O ponto de partida para tal análise é a promulgação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003), que inaugurou uma intervenção mais sistematizada do Sistema Único de Saúde (SUS) à luz de princípios antimanicomiais da Lei 10.216 (BRASIL, 2001) e das estratégias de Redução de Danos. Percorremos a Lei de drogas nº 11.343, de 2006 (BRASIL, 2006), em virtude de seus efeitos no campo da saúde, passando pela portaria GM/MS nº 3088 (BRASIL, 2011), que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, e pela inesperada inserção das comunidades terapêuticas na rede de atenção psicossocial.

O ponto de chegada é a conjuntura crítica 2016-2019, momento em que os princípios da política de saúde mental foram alterados mediante a instituição da Portaria GM/MS nº 3.588 (BRASIL, 2017) e da Resolução 01/2018 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD, 2017), ambas promulgadas em dezembro de 2017, e da lei 13.840 (BRASIL, 2019), que altera a política sobre drogas no Brasil.

“Drogas”, termo polissêmico que mantém relação imprecisa com os sentidos de “alimentos”, “venenos” e “remédios”, e que, no entanto, mais recentemente ganhou maior afinidade com os discursos médicos e jurídicos indistintamente. Nesse sentido, desde o início do século XX a criminalização e a medicalização passaram a ser as principais vias de significação atribuídas às drogas nas sociedades ditas modernas (VARGAS & CAMPOS, 2019).

Tendo em vista a complexidade e a dimensão dos fenômenos relacionados ao uso de drogas em nossa sociedade, surgiu o interesse de pesquisar as políticas de saúde para usuários de drogas no Brasil. Neste estudo, partimos do pressuposto que a participação do Estado de forma mais sistematizada na assistência em saúde aos usuários de álcool e outras drogas é relativamente recente no Brasil. Isto porque o SUS instituiu políticas voltadas para o tema apenas a partir de 2003, políticas que vêm sendo objeto de mudanças na atualidade, o que confere ainda mais relevância ao tema.

Além disso, é importante lembrar que o consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno antigo e persistente na história da humanidade, e que, excluindo as populações de zonas completamente desprovidas de vegetação, não encontramos sociedades em

diferentes épocas e lugares que não tenham relatos de uso de substâncias para fins de entorpecimento. Dentre os diversos motivos que justificam a relação humanidade/drogas, destacamos a busca pelo prazer, o alívio do mal estar, a automedicação do humor e a expansão da consciência (GOMES-MEDEIROS *et al*, 2019).

Segundo o relatório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2019) datado de 2017, do ponto de vista epidemiológico, estimou-se que 271 milhões de pessoas, ou 5.5% da população global, com idade entre 15 e 64 anos, usaram drogas nos anos anteriores; e que quase 35 milhões de pessoas teriam tido problemas com o uso de drogas.

A discussão sobre as drogas vai desde abordagens que privilegiam o papel que as substâncias psicoativas exercem no sistema nervoso central, os mecanismos de recompensa cerebral, a dependência química, entre outros aspectos de natureza orgânica. Um olhar que se disseminou, em especial a partir da inclusão dos transtornos por uso de substâncias na categoria de doença nos manuais de psiquiatria. Em dissonância, encontramos argumentos sobre o tema pautados por outros aspectos, como os econômicos, sociais, psicológicos e do contexto de vida.

Os modos de conhecer as drogas servem como enquadramento para a realidade, sendo o tema pauta constante entre diversos segmentos: academia, mídia, políticas públicas e familiares. Para discutir política sobre drogas de uma forma abrangente é necessário, portanto, considerar a complexidade do objeto, conduzindo o olhar pelos múltiplos lugares onde “a questão das drogas” está situada. Um objeto híbrido que não se vincula exclusivamente a qualquer tipo de saber, não pertence essencialmente à farmácia, à medicina, à biologia ou à psicologia, às ciências sociais ou à história; pelo contrário, ele se encontra cindido entre as ciências humanas e as naturais.

Do ponto de vista do mercado, por exemplo, o consumo de drogas conta com um mercado imponente e *marketing* estabelecidos, gerando lucros que chegam à casa de 500 bilhões de dólares/ano (GARCIA *et al*, 2008). O caráter de ilegalidade determinado a algumas substâncias em detrimento a outras incrementou outras atividades criminosas, tais como o tráfico de armas, o contrabando, o terrorismo, guerras e guerrilhas, golpes de Estado, além de outras atividades ilegais (ESCOHOTADO, 2004).

A indústria bélica, a influência na política internacional, o mercado farmacêutico, a corporação médica, todos estes setores, em alguma medida, influenciam e são influenciados por este campo tão heterogêneo.

Ao se abordar o tema das drogas, associa-a de imediato à imagem da violência do tráfico, das armas e do dinheiro produzido com a corrupção de agentes do Estado, sendo

estes exemplos da amplitude do mesmo e da sua importância do ponto de vista social no Brasil. Segundo os dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2015), o Brasil possuía 90.000 pessoas no sistema carcerário em 1990, o que representava uma proporção de 105 pessoas presas para cada 100 mil habitantes. Já em 2019, após quase 30 anos, o número subiu para 773.151, considerando presos em estabelecimentos penais e presos detidos em outras carceragens. Caso sejam analisados presos custodiados apenas em unidades prisionais, sem contar delegacias, o país detém 758.676 presos. Já o percentual de presos provisórios (sem uma condenação) manteve-se estável em aproximadamente 33%. De 2017 para 2018, o crescimento da população carcerária brasileira chegou a 2,97%, e do último semestre de 2018 para o primeiro de 2019 cresceu 3,89%. Destaca-se que 200.583 pessoas estão presas por crimes relacionados às drogas, o que hoje representa a maior proporção no sistema carcerário, com um aumento considerável nos últimos anos (INFOPEN, 2020; BRASIL, 2020).

Do ponto de vista da redução da oferta, a produção global de cocaína foi recorde em 2017, chegando a 1.976 toneladas, o que significa um aumento de 25% em relação ao ano anterior e de 50% em uma década, como aponta o Relatório Mundial da ONU sobre Drogas e Crimes (UNODC, 2019). Além disso, observa-se um aumento da variedade de psicoativos disponíveis considerados ilícitos pois, “[...] entre 2009 e 2017, 111 países e territórios relataram a apreensão de 803 novas substâncias psicoativas” (GOMES-MEDEIROS *et al*, 2019, p.5).

Estes dados são breves exemplos de que não houve êxito na redução da oferta de drogas ilícitas, nem tampouco redução do consumo, a despeito de todas as ações feitas para coibi-las. Parece indiscutível que a política de repressão e encarceramento em massa não tem se mostrado exitosa para reduzir a oferta e o consumo de drogas ilícitas. Como forte influenciadora dos indicadores descritos acima, destaca-se a lei de drogas nº 11.343, de 2006 (BRASIL, 2006), questionada por não deixar clara a diferença entre usuário e traficante, ficando a cargo dos agentes da lei por meio de critérios subjetivos caracterizar o delito, e por ampliar a pena de punição para o tráfico e torná-lo inafiançável.

Mesmo com o cenário de forte repressão e ampliação exponencial do sistema carcerário brasileiro, em 2019 foi sancionada a nova política sobre drogas que altera aspectos da Lei de drogas. É produto do projeto de lei complementar (PLC 37/2013) de autoria do deputado federal Osmar Terra, médico, crítico contumaz da descriminalização do consumo de drogas, defensor da ampliação das penas para o tráfico de drogas e da internação compulsória de usuários. Aliado importante das Comunidades Terapêuticas e

responsável por dirigir o reordenamento da política de drogas no Brasil. Quando ainda Ministro do Desenvolvimento Social (governo Michel Temer) e Ministro da Cidadania (governo Jair Bolsonaro), Osmar Terra realizou mudanças dos membros do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e na Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), de modo a pautar transformações na política de saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde.

Diante desse cenário, a pergunta inicial que orienta esta dissertação de mestrado pode ser formulada da seguinte forma: como pode ser compreendida a constituição da política de saúde para usuários de drogas no Brasil nos aspectos relativos a macropolítica, sua constituição, trajetória, principais atores e instituições que a compõem?

2. METODOLOGIA

A abrangência temporal da pesquisa (2003-2019) deve-se à consideração de que a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003) é um marco na implantação de uma estrutura para as ações de saúde no SUS. Para compreender o significado das mudanças recentes são utilizadas, nessa dissertação, três abordagens metodológicas:

- 1) Revisão integrativa de literatura, desenvolvida no item 1.1;
- 2) Análise documental, discutida no item 1.2;
- 3) Análise teórica a partir do modelo dos fluxos múltiplos (*multiple streams model*) concebida por John Kingdon associada a noção de conjuntura crítica, cujos principais conceitos são apresentados no capítulo 2.

2.1. Revisão integrativa de literatura

A revisão de literatura, de acordo com Rother (2007), é um tipo de pesquisa que usa informações bibliográficas ou eletrônicas para obter resultados de pesquisas de outros autores, com o intuito de fundamentar teoricamente um determinado objetivo. Tal revisão pode ser dividida entre revisões narrativas e sistemáticas: as primeiras são indicadas para descrever e discutir um assunto teórico, ou contextualmente, não informando as etapas realizadas pelo estudo que visa obter um “estado da arte”. Segundo Botelho *et al* (2011), “[...] a revisão narrativa é utilizada para descrever o estado da arte de um assunto específico, sob o ponto de vista teórico ou contextual” (BOTELHO *et al*, 2011, p. 125), possibilitando a aquisição e atualização do conhecimento em curto período de tempo. Entretanto, não viabiliza a reprodução dos dados, nem tampouco traz respostas em termos quantitativos.

Já as revisões sistemáticas são caracterizadas por serem metódicas, descreverem o processo e, portanto, são passíveis de reprodução (SAMPAIO & MANCINI, 2007). Para que isso ocorra, devem ter uma questão clara de pesquisa, além de descrever a estratégia de busca, assim como os critérios de inclusão e exclusão dos dados utilizados, com uma análise criteriosa da qualidade das fontes de informações selecionadas. De acordo com Botelho *et al* (2011), a abordagem sistemática se distingue das revisões narrativas, pois

segue uma série de etapas predefinidas, com uma metodologia bem acentuada, passível de reprodução através da utilização de técnicas padronizadas. A revisão sistemática tem o intuito de ratificar uma determinada intervenção, e, nas Ciências Sociais, pode contribuir para levantar contradições de um campo.

Para as duas estratégias “[...] o processo de revisão de literatura requer a elaboração de uma síntese pautada em diferentes tópicos, capazes de criar uma ampla compreensão sobre o conhecimento” (BOTELHO *et al*, 2011, p. 123). As metodologias de revisão são uma primeira etapa da construção do conhecimento científico e contribuem para o reconhecimento de lacunas e estudos necessários no campo em questão,

As revisões sistemáticas se originam no bojo das Práticas Baseadas em Evidências, que surgiram na década de 80 integradas ao trabalho do epidemiologista Archie Cochrane (SAMPAIO & MANCINI, 2007). Elas permitiram a utilização dos melhores recursos com o menor custo em saúde na medida em que elas puderam ser feitas através de estudos com um rigor metodológico que agregava todas as evidências disponíveis sobre um tema. Leva-se em consideração a qualidade e a relevância dos estudos, e busca-se as melhores evidências na literatura científica disponível. Para Whitemore & Knafl (2005), as revisões sistemáticas funcionam como uma metodologia “guarda-chuva” que incorpora quatro tipos de métodos: meta-análise, revisão sistemática, revisão qualitativa e revisão integrativa.

Nesta dissertação de mestrado, optou-se pela revisão integrativa de literatura, que se caracteriza por uma ampla abordagem metodológica de revisões e permite a inclusão de estudos heterogêneos (experimentais e não-experimentais) a fim de tornar possível uma maior compreensão dos fenômenos em questão (SOUZA *et al*, 2010). Além disso, ela agrega dados de produções teóricas e empíricas, e engloba a definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, ou a análise de questões metodológicas particulares. A amplitude desse tipo de metodologia deve produzir um panorama seguro e compreensível de conceitos complexos.

De acordo com Botelho *et al* (2011), seis etapas devem ser seguidas para a construção de uma revisão integrativa de literatura, etapas que serão aplicadas no presente estudo:

1.1 - Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa: o tema desta pesquisa é a política de saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil; e a questão norteadora é como tal política se constitui.

1.2 - Definição de estratégia de busca e estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos: primeiramente, foram utilizados os termos “políticas de saúde”,

“políticas públicas” ou “política sobre drogas” associados, e “transtornos relacionados com o uso de substâncias”, “drogas”, “cocaína” ou “crack”. Em um segundo momento, em função do grande número de artigos encontrados, realizou-se uma análise voltada para a política brasileira e, nessa perspectiva, incluiu-se a palavra-chave Brasil.

A revisão de literatura privilegiou publicações disponíveis nas bases de dados: Portal brasileiro de publicações científicas, em acesso aberto (OasisIBICT), Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS Regional), *Scientific Electronic Library Online* (SCieLO) e PubMed (motor de busca para o Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica – MEDLINE).

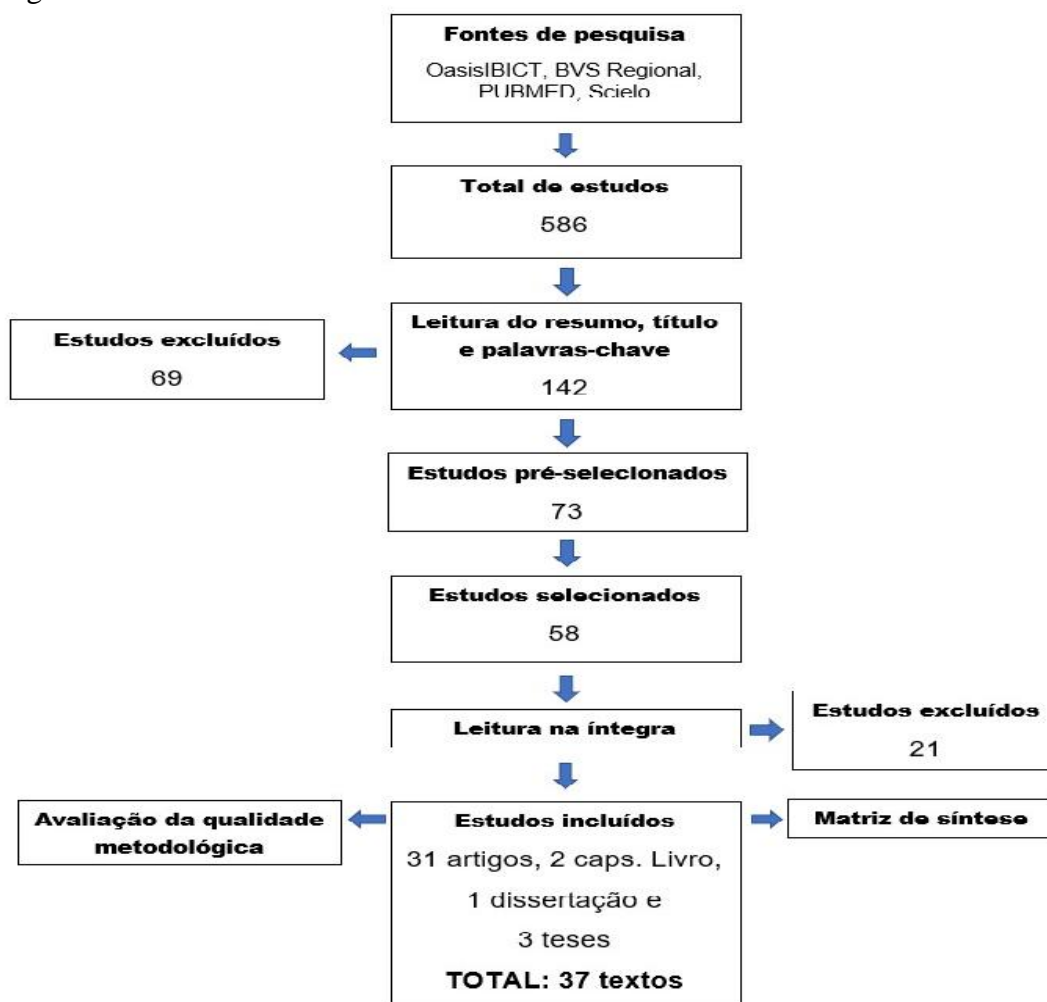
Os critérios de seleção foram artigos, teses e dissertações em português, disponíveis nas bases de dados acima citadas, publicados entre o ano de 2003 e 2020, que tratassem de forma direta da macropolítica, sua constituição, trajetória e dos principais atores e instituições. A escolha por textos em português se deu em virtude do número pequeno de artigos sobre o tema encontrados em outra língua, assim como pelo fato de quando encontrados não agregarem informações novas aos textos em língua portuguesa. Os critérios de exclusão foram artigos que tratavam de aspectos clínicos (tratamento, recuperação, assistência, aspectos individuais), percepções, mapeamentos, levantamentos epidemiológicos, estudos etnográficos, estudos de casos que não fossem sobre política, droga no sentido farmacológico (medicamentos essenciais, assistência farmacêutica, legislação de medicamentos e indústria farmacêutica). A leitura imediata dos títulos permitiu a exclusão de grande número de artigos, mas deixou também um número grande de textos que permitiu uma análise mais pormenorizada através da leitura de seus resumos.

1.3 - Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados: a terceira etapa consistiu na identificação dos estudos através da leitura dos títulos, resumos e palavras chave dos textos pré-selecionados. Na base OasisIBICT foram encontrados 91 textos, selecionados 7 artigos, 1 capítulo de livro, 2 dissertações e 5 teses, totalizando 15 textos. A seleção entre títulos realizada na base de dados Scielo foi inicialmente de 237 artigos, dos quais 44 foram pré-selecionados através da leitura do título. A pesquisa na base de dados BVS Regional encontrou 83 artigos, e destes, 37 foram pré-selecionados. Na base de dados PubMed foram encontrados 175 artigos completos com versão em português disponível e após a análise dos títulos 46 foram pré-selecionados. No total, 142 artigos foram encontrados na busca. Excluídos os artigos repetidos, chegou-se ao total de 83 artigos, 2 dissertações de mestrado e 5 teses de doutorado.

Estes artigos foram para a uma nova análise – agora a partir dos resumos – contando com a participação de outro pesquisador, com o intuito de evitar um viés de seleção. Foram selecionados 53 artigos para leitura na íntegra. As 2 dissertações e as 5 teses foram parcialmente lidas, na medida em que foram selecionados, através do sumário, apenas os capítulos que tinham relação direta com o tema.

Ao fim do processo foram selecionados 31 artigos, 2 capítulos de livro, uma dissertação de mestrado e 3 teses de doutorado; totalizando 37 textos. O fluxograma a seguir demonstra a sequência realizada para seleção dos textos.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção das publicações selecionadas para revisão integrativa*



* Adaptado de BOTELHO *et al* 2011 (p.133)

1.4 - Avaliação e categorização dos estudos selecionados: segundo Souza *et al* (2010), esta fase é análoga à análise dos dados das pesquisas convencionais e pressupõe uma organização para avaliar o rigor dos estudos selecionados. Para tal, a experiência do

pesquisador contribuiu na apuração da validade dos métodos e dos resultados e, além disso, foi elaborada uma tabela para observação de determinadas características dos estudos utilizados. A características dos estudos selecionados será apresentada no Capítulo 3.

1.5 - Interpretação dos resultados: nesta parte do material ocorrem a interpretação e a síntese dos resultados; compara-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico utilizado no trabalho; identifica-se possíveis lacunas do conhecimento e apontam-se elementos para serem aprofundados em estudos futuros (SOUZA *et al*, 2010).

Com o intuito de organizarmos o material encontrado na pesquisa, as informações foram divididas em três eixos temáticos que serão apresentados nos capítulos 4, 5 e 6, respectivamente: 1) a trajetória das políticas de saúde para usuários de drogas no Brasil na perspectiva da literatura; 2) antecedentes à Conjuntura Crítica; e 3) a Conjuntura Crítica.

1.6 - Síntese do conhecimento: a síntese dessa pesquisa encontra-se nas Considerações finais. Visando proteger a validade da revisão integrativa, foram apresentadas conclusões e inferências.

2.2. Análise documental

De acordo com Cellard (2010), a pesquisa qualitativa deve privilegiar a qualidade e a diversidade, em detrimento da quantidade de informações. A credibilidade, confiabilidade, proximidade e profundidade são mais importantes do que a quantidade de documentos. Para tal, a saturação das categorias serve como índice para o trabalho pois ela permite produzir uma imagem coerente do fenômeno. Os documentos utilizados neste estudo tratam, direta ou indiretamente, do tema das políticas de saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil; eles estão abertos à consulta pública, ou seja, “[...] os documentos estão publicados e acessíveis a qualquer parte interessada” (FLICK, 2009, p. 232).

Pela definição de Cellard (2010, p. 296), “[...] de fato tudo que é vestígio do passado, tudo o que serve de testemunho, é considerado como documento ou fonte, como é mais comum dizer, atualmente”. Os documentos são meios de comunicação que devem ser questionados sobre a origem e sobre em quais intenções foram produzidos; ou seja, não se reduzem exclusivamente a esclarecer um determinado fenômeno, mais que isso, podem evidenciar intencionalidades. Afinal, quando uma instituição produz um documento ela o

faz com algum objetivo e o destina a alguma aplicação específica. Nesse sentido, eles não são armazenadores de informação, pelo contrário, são dispositivos comunicativos metodologicamente desenvolvidos para reconstruir facetas sobre um determinado evento, não se restringindo exclusivamente ao foco do tema (FLICK, 2009).

Estudar a política sobre drogas no período de quase duas décadas, assunto de grande relevância na mídia, na opinião pública e na política, exige critérios claros para a seleção das informações utilizadas. A opção feita foi priorizar aquelas obtidas por meio da revisão de literatura e complementá-las com outros documentos, com o intuito de preencher lacunas deixadas pela dita revisão ou mesmo para agregar aspectos que possam ser relevantes e não foram abordados nos textos científicos. Procuramos incluir na análise o contexto histórico, os aspectos institucionais e os principais atores envolvidos nos processos de tomada de decisão política.

Quanto às fontes de informação, elas se caracterizam como primárias – são produzidas por pessoas diretamente envolvidas no fato – ou secundárias, pois provém de pessoas que não participaram dele. Elas podem ser de domínio privado – quando forem retiradas de arquivos privados e documentos pessoais – ou de domínio público, quando retiradas de arquivos públicos e documentos públicos não arquivados.

Neste estudo foram utilizadas fontes primárias e secundárias. Conforme dito anteriormente, todos os documentos estão abertos ao acesso público, pois, em se tratando de um tema bastante explorado pela sociedade e pela comunidade científica, já estão disponíveis informações suficientes para realizarmos a análise pretendida neste mestrado. Ao realizar as primeiras buscas, observou-se um grande número de publicações relevantes na área, em especial, nos últimos anos, o que reforçou o interesse de realizarmos um apanhado geral sobre o tema.

Segundo Flick (2009), para realizar uma boa pesquisa documental o pesquisador deve formar um *corpus* capaz de esgotar as fontes que possam contribuir com informações importantes a respeito do tema desenvolvido. O *corpus* pode ter como objetivo analisar uma amostragem quantitativamente representativa sobre o tema ou selecionar documentos propositalmente para realizar uma reconstrução, que é o caso do presente trabalho. Nesse sentido, não se pretende esgotar todas as informações, pelo contrário, foi realizado um recorte temporal e metodológico sobre o tema em questão. Assim, ao associar duas estratégias metodológicas, o objetivo foi dar maior abrangência ao material de pesquisa.

Para que a natureza do texto e o tipo de documento pesquisado sejam levados em consideração é necessário que se conheça o contexto de sua produção. Advertidos pelo

trabalho de Cellard (2010), evitou-se o risco de buscar uma verdade inócua e exaustiva, e foram descartados elementos totalmente válidos, mas que não acrescentavam nada a pesquisa. Além disso, considera-se neste estudo que “[...] o problema principal na análise de documentos refere-se a como conceitualizar as relações entre o conteúdo explícito, o significado implícito e o contexto das funções, bem como o uso dos documentos e a forma como considerá-lo” (FLICK, 2009, p. 236). Assim, foram buscados documentos que ajudassem a compreender a construção da política de saúde para usuários de drogas no Brasil. Para tal, são utilizadas matérias de jornal, especialmente de jornais de maior circulação, *sites* governamentais e de associações, portarias, leis, assim como informações contidas nas redes sociais; materiais articulados aos dados levantados na revisão de literatura.

Com o intuito de extrair o sentido das informações colhidas, procura-se dar uma especial atenção aos conceitos chave e à lógica interna do texto, fato “[...] indispensável quando se trata de um passado distante, esse é o exercício de igual modo, quando a análise se refere a um passado recente. No último caso, contudo cabe admitir que a falta da distância pode complicar a tarefa do pesquisador” (CELLARD, 2010, p. 299).

Outro aspecto importante foi o fato de que, por participar ativamente da construção e da militância no campo toma-se o cuidado de considerar segmentos dissonantes presentes na disputa política. Procura-se, na medida do possível, não privilegiar uma ou outra parte, tarefa considerada essencial para produzir um trabalho com alguma relevância.

Concluída a análise preliminar foi realizada a análise dos documentos em si; foram reunidas todas as partes a partir de categorias como “[...] elementos da problemática ou quadro teórico, contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto, conceitos-chave” (CELLARD, 2010, p. 303). A escolha entre as pistas elencadas preliminarmente ocorreram pelo retorno ao questionamento inicial da pesquisa: como se constitui a política de saúde para os usuários de álcool e outras drogas no Brasil?

Esta tarefa tem o intuito de manter a coerência do estudo, num movimento tanto indutivo quanto dedutivo. Os conteúdos oriundos das fontes de pesquisa foram utilizados nos resultados, em especial na discussão sobre o contexto de conjuntura crítica. Esta estratégia visou selecionar o grande volume de informações em torno de eixos que foram abordados de forma descritiva. Essa escolha metodológica foi realizada para integrar as informações colhidas nos textos científicos com as demais fontes de informação.

A análise de documentos pode ser uma forma autônoma de metodologia de pesquisa ou estar combinada com outras estratégias. Nesta dissertação de mestrado ela se

associa à uma revisão integrativa de literatura, com o intuito de fazer uma construção abrangente dos rumos e das perspectivas do campo investigado.

3. ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS E O MODELO DOS FLUXOS MÚLTIPLOS

Por definição, a “análise de políticas públicas é o estudo do governo em ação e/ou do conjunto de ações que este realiza, ou não, para alcançar objetivos em relação a um problema ou conflito social” (GOTTEMS *et al*, 2013, p. 512). Ela surgiu no contexto de estudos sobre a formação da agenda pública dos Estados Unidos, no pós guerra (por volta dos anos 50). À princípio esta análise foi aplicada no modelo de decisão em organizações, mas vem adquirindo significativo crescimento nas mais diversas áreas.

A análise de políticas públicas busca a gênese dos problemas complexos e multidimensionais que ocorrem em vários níveis de ação e deliberação (locais, regiões, nacionais e internacionais), englobando distintos atores (governantes, parlamentares, sociedade, funcionários públicos, segmentos de interesse, população alvo da política e órgãos internacionais). Tais atores atuam em contextos geográficos e políticos específicos com o intuito de resolver problemas públicos, distribuindo poder e recursos (ARAÚJO & RODRIGUES, 2017). A análise de políticas públicas objetiva compreender a lógica da ação pública através das rupturas e continuidades observadas, suas regras, disposição dos recursos e as interações entre as instituições e os autores dos processos. Para tal, faz-se necessário uma definição dos conceitos que serão utilizados por meio de um certo consenso, pois:

Paralelamente à nebulosa conceitual, diversos autores optam por se concentrar em três conceitos-chave: *policy*, *polity* e *politics*. Em linhas gerais, *policy* (ou *public policy*) se refere aos conteúdos da política, *politics* se relaciona aos processos políticos e *polity* às instituições políticas, ou seja, ao conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e se destinam à resolução dos conflitos quanto aos bens públicos (NETO *et al*, 2015, p. 849).

Para Araújo e Rodrigues (2017), algumas características contribuem para dar um caráter singular ao campo científico das políticas públicas. Em primeiro lugar, ele é orientado para os problemas públicos (*problem oriented*) e deve levar em consideração o contexto histórico na análise e na escolha das soluções propostas. Além disso é um campo multidisciplinar teórico-prático, tendo em vista a necessidade de utilizar várias disciplinas para conferir uma abordagem mais completa e complexa sobre os processos políticos. Por fim, as teorias têm em comum a orientação, qual seja, a dos valores do *ethos* democrático e

da dignidade humana. Elas possibilitam que, em uma democracia, a ação ou a falta de ação de um governo possa ser formulada e analisada cientificamente.

De acordo com Capella *et al* (2015) existem três tradições de pesquisas na área destas agendas. A primeira tradição da agenda pública diz respeito ao estudo da agenda midiática (*media agenda setting*), que foca no processo da escolha dos assuntos que serão priorizados nos meios de comunicação de massa (*mass media*). A segunda tradição se volta para a análise da percepção e a identificação dos temas evidenciados pela opinião pública (*public agenda setting*). A terceira é a agenda de políticas públicas (*policy agenda setting*), que visa compreender como ocorre a percepção e a priorização dos temas sugeridos pelos formuladores de políticas e grupos próximos a eles.

Para os autores, a agenda midiática tem um importante papel na formação da agenda pública e das políticas públicas, pois as imagens de problemas são construídas através do uso estratégico de ideias, símbolos e instituições. Já o poder fundamental do Estado não é somente identificar alguns problemas entre todos os que existam, mas sim poder selecionar soluções ou alternativas entre as disponíveis para encaminhar o tema.

Capella *et al* (2015) investigaram os motivos que levam um tema a migrar da agenda pública para a agenda governamental. Além disso, eles discutiram como é possível analisar a transformação de entendimentos sobre os problemas públicos no decorrer do tempo, tentando definir indicadores e parâmetros para a análise de mudanças na agenda aplicados às políticas no Brasil. Assinalaram que os modelos de análise de políticas públicas exigem um certo grau de adaptação para a aplicação na realidade brasileira, pois têm origem em realidades bastante distintas.

Existem alguns modelos para a análise das políticas públicas. A abordagem utilizada nesta dissertação de mestrado foi a desenvolvida pelo cientista social norte americano John Kingdon, denominada *modelo dos fluxos múltiplos*. Esse modelo foi originalmente concebido para analisar duas etapas do processo político: a formação de agenda e a seleção de soluções. No entanto, alguns autores têm se utilizado dele para compreender o processo decisório e de implementação da política pública, permitindo a análise do processo político como um todo (CAPELLA *et al*, 2015).

Para Kingdon (2011), existem três conceitos centrais na análise de políticas públicas: 1) as comunidades políticas, compostas por acadêmicos, parlamentares, funcionários públicos, grupos de interesse que compartilham uma determinada preocupação relativa a algum tema e que apoiam a construção e a propagação de ideias em diferentes espaços da sociedade; 2) os empreendedores políticos, ou seja, um tipo singular

de ator de mediação e de tratativas nos processos de agendamento; 3) a janela de oportunidade política.

Para Oliveira e Teixeira (2015), quando o governo ou atores ligados a ele são afetados por um problema, este pode ascender à agenda governamental. Em seguida, surgem alternativas possíveis para conduzir o problema; e uma série de atores governamentais e não governamentais influenciam no processo de tomada de decisão. Os atores governamentais são o *staff* do poder executivo e os servidores de carreira, e os não governamentais são os grupos de interesse e os segmentos acadêmicos (GOTTEMS *et al*, 2013).

Sobre a capacidade dos governos lidarem com os problemas, vale lembrar uma contribuição decisiva para a evolução do campo das políticas públicas que se originou nos estudos de Herbert Simon, no final da década de 50. Trata-se do conceito de “racionalidade limitada dos decisores” (*bounded rationality*), que adverte que a capacidade de lidar com os problemas de uma forma racional é limitada por fatores exógenos e endógenos. Isto ocorre seja pela falta de conhecimento integral sobre o problema, pelo tempo disponível para tomar a decisão ou pelos valores e interesses próprios do tomador de decisão (ARAÚJO & RODRIGUES, 2017). Enfim, diante de uma limitação de alternativas e de conhecimento, as decisões mais convenientes serão tomadas, o que não significa que sejam eleitas as melhores ou as mais eficientes.

De acordo com o modelo dos fluxos múltiplos, as tomadas de decisão dependem de janelas de oportunidades resultantes do alinhamento entre problemas, soluções, oportunidades e atores. Em outras palavras, elas decorrem da confluência de três grandes fluxos dinâmicos, a saber: o dos problemas (*problems*), o das soluções ou alternativas (*policies*) e o da política (*politics*), conforme apresentado na Figura 1 (GOTTEMS *et al*, 2013; NETO *et al*, 2015; MATTOS, 2017; ARAÚJO & RODRIGUES, 2017).

Figura 2. Janela de oportunidade política *



* Elaborado pelo autor

Para Gottens *et al* (2013), as janelas de políticas públicas são uma oportunidade para que os empreendedores políticos possam apresentar suas propostas. O fechamento destas janelas pode ocorrer após a tomada de alguma decisão, pelo fracasso em buscar uma solução, pela perda de visibilidade da questão, por mudanças do pessoal envolvido no tema, ou, simplesmente, por não haver uma alternativa de ação disponível. As janelas podem ser caracterizadas como periódicas e previsíveis, a exemplo do orçamento e do ciclo eleitoral, ou inesperadas. Sobre a janela de políticas públicas, Araújo e Rodrigues afirmam que:

Esta convergência é impulsionada principalmente pelo *fluxo de problemas* - quando um problema consegue captar a atenção política (na sequência do conhecimento e divulgação de indicadores, de resultados de ações políticas, ou da ocorrência de eventos ou crises) - e pelo *fluxo da política* - quando ocorrem mudanças governamentais, pressões públicas ou alterações do sentimento nacional. O *fluxo das políticas* não tem um efeito tão direto no processo: as alternativas e soluções mantêm-se ativas e atualizadas no seio das comunidades políticas e epistêmicas e emergem quando é aberta a janela de oportunidade por influência dos outros dois fluxos, sendo então possível ocorrer mudanças na agenda política (ARAÚJO & RODRIGUES, 2017, p. 22-23).

A agenda governamental segue um processo não intencional caracterizado pelo surgimento ou pelo reconhecimento de um *problema* pela sociedade; pela existência de *soluções e alternativas* para conceitualizá-lo (especialistas, investigadores, políticos e atores sociais, dentre outros) e pelo *contexto político*, administrativo e legislativo que favoreça a ação (GOTTEMS *et al*, 2013). Com o intuito de uma melhor compreensão destes conceitos centrais no modelo de Kingdon, os três fluxos serão caracterizados a seguir:

O *fluxo de problemas (problems)* está ligado ao reconhecimento de um problema e sua entrada na agenda governamental. Entre uma ampla gama de problemas existentes, apenas alguns podem ser eleitos para tornar-se objeto de decisão política (NETO *et al*, 2015). Para Mattos (2017), existem três elementos fundamentais que influenciam este fluxo: os *indicadores* (custos, pesquisas, medidas de eficiência), *eventos ou crises* (desastres ou calamidades que reflitam o humor nacional) e *feedbacks* das ações governamentais (acompanhamento de gastos, reflexo da intervenção diante do apelo gerado pelo tema, entre outros). No caso específico do setor saúde, os indicadores epidemiológicos e sociais são muito importantes para chamar a atenção do governo sobre algum aspecto (GOTTEMS *et al*, 2013).

O *fluxo das soluções ou alternativas (policies)* é composto pelo conjunto de alternativas e soluções geradas no interior das comunidades políticas. Elas incluem as ideias e as propostas disponíveis, não necessariamente as geradas pela percepção de um problema que se encontra no campo das políticas. Além disso, as alternativas podem se integrar, se ampliar, ou, até mesmo, desaparecer (KINGDON, 2011).

Para Mattos (2017), a produção de alternativas pelos políticos é embasada na opinião de especialistas, profissionais experientes e acadêmicos, e a escolha entre as propostas não se dá através de consenso, e sim, pela viabilidade entre os pares. Ele afirma que o fluxo das alternativas se embasa na persuasão e no convencimento, onde as ideias e a inventividade têm fundamental importância. Kingdon (2011) se utiliza da metáfora da sopa primordial (*primeval soup*), que expressa como um conjunto de ideias flui no interior das comunidades políticas se combinando e, enquanto alguns elementos ganham maior relevância, outros passam a coadjuvantes, ou até mesmo desaparecem. Neste sentido, não bastam ideias boas e tecnicamente viáveis; pelo contrário, a entrada na agenda política é uma questão de oportunidade.

O *fluxo político (politics)* “[...] respeita à dimensão política que tem um curso independente dos problemas e das soluções políticas” (ARAÚJO & RODRIGUES, p. 22), ou seja, ele é independente dos demais fluxos e tem regras próprias. Existem três variáveis fundamentais para influenciar este fluxo (ARAÚJO & RODRIGUES, 2017; NETO *et al* 2015; GOTTEMS *et al*, 2013): 1) o *sentimento nacional*, que é quando grande parcela da sociedade compartilha um questão capaz de gerar um ambiente favorável para a formação da agenda política e das tomadas de decisão; 2) as *forças políticas organizadas* – partidos políticos e grupos de interesse – se caracterizam pelas pressões exercidas por grupos, levando à confluências ou à divergências na arena política; 3) as *mudanças no governo* – mudanças de ciclo, reconfigurações de governos e parlamentares, e, conseqüentemente, na hierarquia da administração pública – influenciam a agenda de pessoas em posições estratégicas, como na composição do legislativo. Por este motivo, o início dos governos e os demais momentos de mudanças de atores governamentais tendem a ser mais férteis para a entrada de demandas que permaneceram por um longo tempo sem resposta. A construção das políticas ocorre a partir da construção de consensos de forma distinta da maneira que acontece no fluxo das soluções, onde ocorrem disputas entre as alternativas disponíveis.

Os empreendedores de políticas públicas exercem importante influência na junção dos fluxos e detêm qualidades básicas, tais como: o apelo para se fazer ouvir, as articulações políticas, as habilidades para negociar e a persistência (GOTTEMS *et al*,

2013). Para Neto *et al* (2015), estes atores se dispõem a investir tempo, reputação e capital para advogar em torno de uma causa em troca de benefícios no futuro, podendo estar dentro ou fora do governo. Eles se caracterizam pelo conhecimento de um tema, por terem alianças políticas e por servirem como representantes das ideias de pessoas ou grupos. Os atores na arena política podem ser caracterizados como *visíveis* ou *invisíveis*:

Quadro 1. Atores visíveis e atores invisíveis *

Atores visíveis	Atores invisíveis
Atenção da imprensa e do público e influenciam na definição da agenda	Forma as comunidades em que as ideias são geradas e difundidas
Autoridade formal e prerrogativas legais em função do estatuto	Tem maior controle sobre as alternativas e soluções disponíveis
Influente nos fluxos de problemas e da política	Influente no fluxo das soluções ou alternativas
Presidente, integrantes do alto escalão governamental, Poder Legislativo, grupos de interesse, partidos políticos, coalizões de campanha, mídia e opinião pública	Funcionários públicos, analistas de grupos de interesse, assessores parlamentares, acadêmicos, pesquisadores e consultores.

* Elaborado a partir de Neto *et al* (2015) e de Araújo e Rodrigues (2017).

Outros conceitos importantes que devem ser levados em consideração na análise de políticas de saúde são os de *high politics* – que se refere às questões politicamente priorizadas – e de *low politics* que se refere às questões que costumam ter pouco peso na coordenação global das políticas, pois embora a saúde figure como universalmente importante no setor público, dificilmente aparece entre as questões da alta ou da macropolítica (MENDES *et al*, 2016; GOTTEMS *et al*, 2013). Cabe lembrar que as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorrem em cenários passíveis de ambiguidade, incertezas e conflitos entre valores e interesses de grupos na escolha das políticas.

Sobre a presença da ambiguidade nos processos políticos, Gottens *et al* (2013) afirmam que ela ocorre em função de três fatores: 1) da *participação fluida*, que decorre da alta rotatividade dos atores envolvidos nas arenas decisórias; 2) das *preferências vulneráveis*, ou seja, do fato de quem toma a decisão muitas vezes não compreende o impacto dos processos políticos, o que limita a capacidade de realizar melhores escolhas em relação às diferentes alternativas existentes; 3) das *tecnologias mal definidas*, consequência da crescente interdependência, das disputas intra e intergovernamentais, dos conflitos jurisdicionais, e das contestações em relação à divisão de atribuições e de responsabilidades. A ambiguidade, portanto, resulta da existência simultânea de diferentes

interpretações sobre o mesmo objeto, que ocorre, muitas vezes, em virtude da falta de informações disponíveis.

O campo da política sobre drogas tem um caráter heterogêneo e é apenas residualmente interpretado como uma política social típica. A forte associação entre drogas e crimes, no contexto político e social do país, influencia a percepção do eleitorado, o comportamento dos políticos e a formulação de políticas públicas na área. Logo, a tomada de decisão sobre drogas é, por vezes, caracterizada por reações do tipo *blame avoidance*, em que os custos políticos elevados e os benefícios incertos associam-se a medidas de curto prazo (MATTOS, 2017).

Blame avoidance constata que, em vez de reivindicar crédito por ações populares, os políticos são mais motivados pelo desejo de evitar a culpa por ações impopulares. Eles são mobilizados pela tendência de os eleitores serem mais sensíveis às perdas reais ou potenciais do que aos ganhos. Incentivos para evitar culpas levam os políticos a adotarem um conjunto distinto de estratégias políticas (incluindo, por exemplo, a limitação de agenda), que são diferentes daquelas que eles seguiriam se estivessem interessados em propor uma boa política ou maximizar oportunidades de reivindicação de crédito (WEAVER, 1986).

Para Kingdon (2011), alguns itens resistem à entrada na agenda governamental em função de uma grande oposição pública, da sociedade como um todo, ou de ativistas de alguns movimentos. Neste sentido, se um custo político muito alto tiver que ser pago para uma mudança, o item provavelmente será desviado. Este desvio frequentemente ocorre em relação às políticas sobre drogas.

3.1. Conjuntura crítica

Outro conceito importante utilizado nesta dissertação de mestrado é o de conjuntura crítica, que, de acordo com Capoccia (2015), corresponde a um modelo “dual” observado no desenvolvimento histórico da política. Ela se caracteriza por fases mais curtas de fluidez e mudança, intercaladas com períodos mais longos de estabilidade e adaptação. Portanto, a conjuntura crítica equivale a momentos de incerteza de um arranjo institucional e possibilita que a agência política direcione a instituição em um determinado rumo por um certo período de tempo.

Para Kingdon (2011), os fluxos se unem durante conjunturas críticas, em momentos caracterizados por uma possibilidade maior de mudança na agenda. A análise deste contexto se dá por meio do entendimento dos fluxos, e a chave para compreender a agenda e a mudança das políticas é o acoplamento (*coupling*). O reconhecimento de um problema e a disponibilidade de uma alternativa, associados ao clima político, tornam o momento propício para a mudança, ultrapassando as restrições até então impostas.

De acordo com Colier e Colier (2002), a observação das conjunturas críticas pode ser utilizada na análise de um ou de diversos países e pode acarretar transições relativamente rápidas ou prolongadas, levando em torno de um ou mais mandatos presidenciais. Eles afirmam que a relação entre a conjuntura crítica e um período de clivagem deve ser observada, pois “[...] a ativação ou exacerbação da clivagem cria novos atores ou grupos e a conjuntura crítica consiste em seu surgimento” (COLIER & COLIER, 2002, p. 33).

Capoccia (2015) ressalta a importância dos empreendedores políticos na formação de coalizões para realizarem mudanças institucionais durante junções críticas. Nestas ocasiões o caráter fragmentado do cenário político oportuniza a formação de alianças em torno de uma reforma específica. Portanto, atores estratégicos podem influenciar ideias, legitimando as mudanças institucionais com mais chance de êxito do que em períodos de estabilidade.

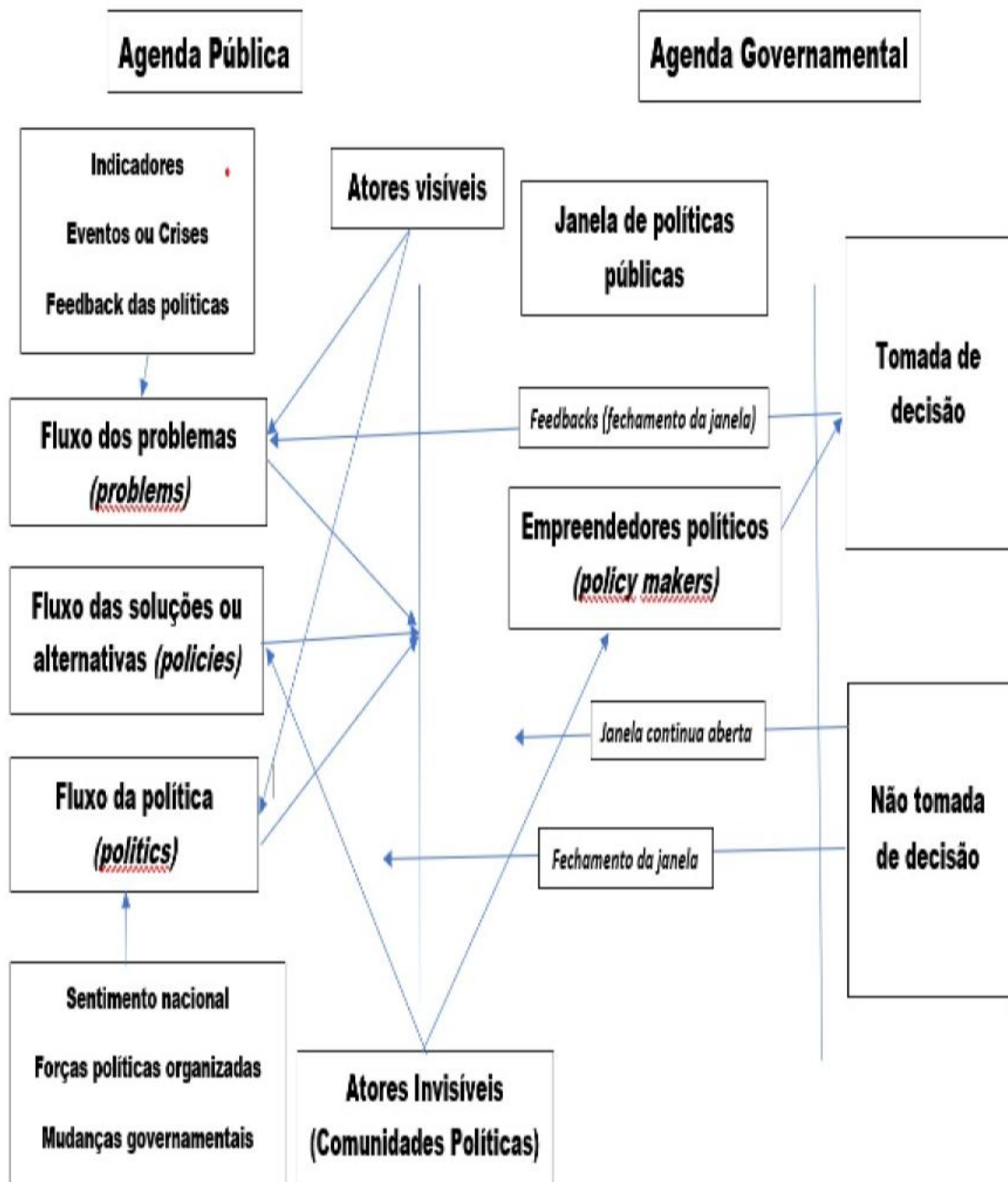
Outro elemento fundamental para o entendimento da conjuntura crítica é a referência à teoria da dependência de trajetória (*path dependence*), por meio da qual entende-se como acordos institucionais se tornam enraizados e moldam a base social. Em síntese, “[...] a tese de que decisões e desenvolvimentos em um passado distante pode ter um efeito duradouro sobre os arranjos institucionais, que constituem a essência da abordagem” (CAPOCCIA, 2015, p. 5).

Para Capoccia (2015), as conjunturas críticas se caracterizam por divergências e não por convergências, pois elas se colocam na trajetória política como mudanças em direção distinta do instituído. Apesar da importante influência da dependência de trajetória durante um período de conjuntura crítica, esta não determina exclusivamente a decisão dos atores políticos. Capoccia (2015) ressalta que uma abordagem rigorosa da junção crítica pode ter vantagens relevantes na aplicação de abordagens a-históricas, pois estas em geral focam nos correlatos sociais ou internacionais do período retratado. Em suas palavras: “[...] em resumo, a análise crítica da conjuntura pode fornecer integrações importantes e

corretivos para abordagens a-históricas e pode gerar ideias teóricas inovadoras e progresso metodológico” (CAPOCCIA, 2015, p. 25).

Para concluirmos, segue um quadro ilustrativo dos conceitos discutidos nesta seção:

Figura 3. O processo político e o modelo dos fluxos múltiplos*



* Elaboração própria

4. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Neste capítulo será analisado o conteúdo desta pesquisa por meio da avaliação e da categorização dos estudos selecionados: dos 53 textos lidos na íntegra, 37 foram incluídos na revisão. O Quadro 2 relaciona a seleção dos textos utilizados na pesquisa; ele foi dividido em título, autor(es), ano, periódico, estratégia do estudo, abordagem metodológica e área de concentração.

Quadro 2. Estudos selecionados para a revisão integrativa

Título	Autor(es)	Ano	Periódico	Estratégia do estudo/ abordagem	Área
A regulação da maconha no Senado Federal: uma pauta da Saúde Pública no Brasil	Kiepper, A.; Esher, A.	2014	Cadernos de Saúde Pública	Notas/ qualitativa	Saúde Coletiva
A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX	Vargas, A. F. M.; Campos, M. M.	2019	Ciência & Saúde Coletiva	Revisão Análise documental/ qualitativa	Saúde Coletiva
Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública	Machado, A. R.; Miranda, P. S. C.	2007	História, Ciência, Saúde - Manguinhos	Revisão Análise documental entrevista/ qualitativa	Saúde Coletiva
Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas	Alves, V. S.	2009	Cadernos de Saúde Pública	Análise do discurso/ qualitativa	Saúde Coletiva
Notas sobre a conjuntura da política de drogas no Brasil	Vecchia, M. D.	2018	Journal Health NPEPS	Notas/ qualitativa	Saúde Coletiva
A política e a legislação brasileira sobre drogas	Duarte, P. C. A. V.; Dalbosco, C.	2017	SUPERA (capítulo de livro)	Revisão de literatura/ qualitativa	Saúde Coletiva

Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas: uma análise guiada por narrativas	Silva, M. A. B.; Abrahão, A. L.	2020	Interface	Entrevistas/qualitativa	Saúde Coletiva
Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários	Gomes-Medeiros <i>et al</i>	2019	Cadernos de Saúde Pública	Ensaio/Mista	Saúde Coletiva
Acesso aos serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas – o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil	Mendes <i>et al</i>	2016	Ciência & Saúde Coletiva	Estudo de caso/mista	Saúde Coletiva
A Política Antidrogas Brasileira: Velhos Dilemas	Garcia <i>et al</i>	2008	Psicologia & Sociedade	Ensaio/qualitativa	Psicologia
Ciência e política das drogas: as controvérsias em torno das políticas públicas de internação compulsória	Pontes <i>et al</i>	2015	Estudos e pesquisa em psicologia	Cartografia/qualitativa	Psicologia
Figuras e facetas da lógica proibicionista-medicalizante nas políticas sobre drogas, no Brasil	Neto <i>et al</i>	2016	Revista Polis e Psique	Revisão/qualitativa	Psicologia
O modo indivíduo nas políticas públicas sobre drogas no Brasil e as encomendas endereçadas à psicologia	Barbosa, R.; Bicalho, P.	2014	Revista Polis e Psique	Análise documental/qualitativa	Psicologia
Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos	Machado, L. V.; Boarini, M. L.	2013	Psicologia, Ciência e Profissão	Revisão/qualitativa	Psicologia
Proibicionismo e atenção em saúde a usuários de drogas: tensões e desafios às políticas públicas	Lopes, F. J. O.	2019	Psicologia & Sociedade	Psicanálise/qualitativa	Psicologia

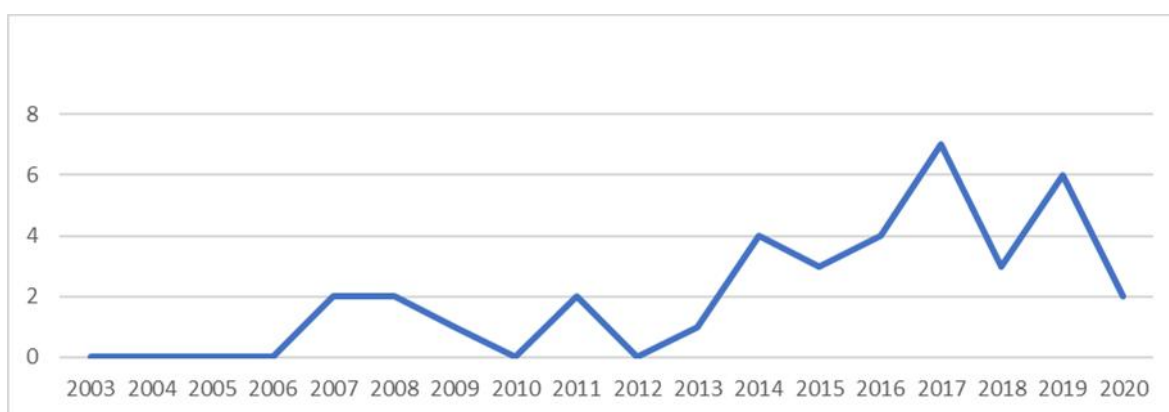
Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil	Santos, M. P. G.	2018	IPEA	Análise documental Revisão/ Qualitativa	Ciências Sociais
Consumo de drogas, opinião pública e moralidade Motivações e argumentos baseados em uso	Venturi, G.	2017	Tempo Social	Survey/ Mista	Ciências Sociais
Patologização e penalização do uso de drogas: uma análise socioantropológica de proposições legislativas (2007-2010)	Silva, M. B.; Delduque, M. C.	2015	<i>Physis</i> Revista de Saúde Coletiva	Análise documental/ Qualitativa	Ciências sociais
Qual é a tônica da política de drogas brasileira: ressocialização ou internamento?	Pereira <i>et al</i>	2017	Revista da Escola Anna Nery	Entrevistas/ qualitativa	Enfermagem
Redução de danos: tendências em disputa nas políticas de saúde	Moreira <i>et al</i>	2019	Revista Brasileira de Enfermagem	Entrevista/ Qualitativa	Enfermagem
Políticas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil e nos Estados Unidos	Tatmatsu <i>et al</i>	2020	Cadernos de Saúde Pública	Análise comparada/ qualitativa	Saúde Coletiva
Revisão da literatura sobre implicações para assistência de usuários de drogas da descriminalização em Portugal e Brasil	Mendes <i>et al</i>	2019	Ciência & Saúde Coletiva	Análise comparada/ Mista	Saúde Coletiva
Crack e políticas públicas: análise sobre a formação do programa “Crack é possível vencer”	MATTOS, M.J. S.	2017	Planejamento e políticas públicas / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada	Análise documental Revisão/ Qualitativa	Ciências políticas
Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil	Fonseca <i>et al</i>	2007	Cadernos de Saúde Pública	Estudo de caso/ Quantitativa	Saúde Coletiva

Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016	Teixeira <i>et al</i>	2017	Ciência & Saúde Coletiva	Análise documental/ mista	Saúde Coletiva
Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura.	Costa <i>et al</i>	2015	Ciência & Saúde Coletiva	Revisão / Qualitativa	Saúde Coletiva
A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?	Kurlander, P.	2014	Ciência & Saúde Coletiva	Revisão/ Qualitativa	Saúde Coletiva
Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira:	Pitta, A. M. F.	2011	Ciência & Saúde Coletiva	Revisão/ Qualitativa	Saúde Coletiva
A ciência baseada em evidências nas políticas públicas para reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas	Pedroso <i>et al</i>	2019	Interface	Revisão / Qualitativa	Saúde Coletiva
Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil	Andrade, T. M.	2011	Ciência & Saúde Coletiva	Revisão/ Qualitativa	Saúde Coletiva
À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social – uma revisão narrativa	Toledo <i>et al</i>	2017	Ciência & Saúde Coletiva	Revisão narrativa/ Qualitativa	Saúde Coletiva
A política de enfrentamento como produtora de dano: a epidemia de crack no contexto da saúde pública contemporânea	Bentes, I.	2017	Drogas, Saúde & Contemporaneidade	Análise documental Entrevistas/ Mista	Saúde Coletiva
Discurso jurídico-moral e saúde nas notícias sobre o programa Crack, é Possível Vencer	Borges, S. A. C.; Santos, M. L. R.	2008	Saúde Debate	Análise documental/ Qualitativa	Saúde Coletiva

A política pública sobre drogas brasileira em mudança: as diferentes abordagens da saúde e da justiça	Cidade, G. V. D.	2016	Dissertação de mestrado	Análise documental Revisão/ Mista	Ciências Sociais
As políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil: uma análise da construção política de 1990 a 2015	Neves, A. G. S.	2018	Tese de doutorado	Entrevistas Revisão/ Qualitativa	Saúde Coletiva
Políticas de saúde mental e os efeitos da emergência da Agenda de Álcool e Outras Drogas: o caso do estado do Rio de Janeiro.	Dias, A. I. S	2014	Tese de doutorado	Análise documental Entrevista Revisão/ Mista	Saúde coletiva
Políticas públicas de drogas: estudo do programa crack, é possível vencer e as estratégias para uma política nacional.	Worm, N.	2016	Tese de doutorado	Análise documental Revisão/ Mista	Direito

Ao analisarmos os anos de publicação dos estudos utilizados na pesquisa, observamos a seguinte distribuição:

Figura 4. Distribuição dos textos selecionados para a pesquisa por ano de publicação



Como pode ser observado, a distribuição dos textos teve uma tendência de crescimento nos últimos anos, com um aumento considerável a partir de 2014. Este crescimento aponta para um aumento de publicações relevantes, disponibilizadas nos últimos 5 anos. Havia apenas 7 publicações entre 2003 e 2011; no entanto, entre 2012 e

2020, encontramos 30 delas, o que demonstra a atualidade dos textos utilizados nesta pesquisa.

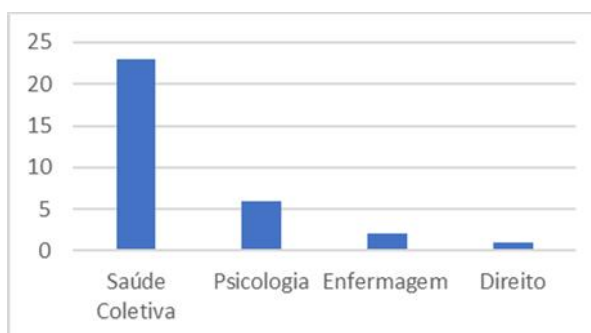
Quanto às revistas, que somam um total de 31 artigos, podemos observar que quase metade deles artigos se concentram nas revistas *Ciência & Saúde Coletiva* e nos *Cadernos de Saúde Pública* (14 de 31). Estes números demonstram a relevância destes dois periódicos na divulgação do tema. Vale ressaltar que as demais publicações estavam pulverizadas em diversas outras áreas de saber, o que demonstra a difusão do tema em meios de divulgação diversos. Em seguida, a tabela de distribuição dos artigos.

Tabela 1. Distribuição dos artigos selecionados por periódicos

Periódico	Quantidade
Ciência & Saúde Coletiva	9
Cadernos de Saúde Pública	5
Interface	2
Psicologia & Sociedade	2
Revista Pólis e Psique	2
História, Ciência, Saúde – Manguinhos	1
Psicologia Ciência e Profissão	1
Estudos e pesquisa em psicologia	1
Journal Health NEIPS	1
Tempo Social	1
<i>Physis</i> Revista de Saúde Coletiva	1
Revista da Escola Anna Nery	1
Revista Brasileira de Enfermagem	1
Planejamento e Políticas Públicas (IPEA)	1
Drogas, Saúde & Contemporaneidade	1
Saúde em Debate	1

A área de conhecimento dos estudos selecionados ($n = 37$) foram, em sua maioria, da Saúde Coletiva (23), seguidas por Psicologia (6), Enfermagem (2) e Direito (1).

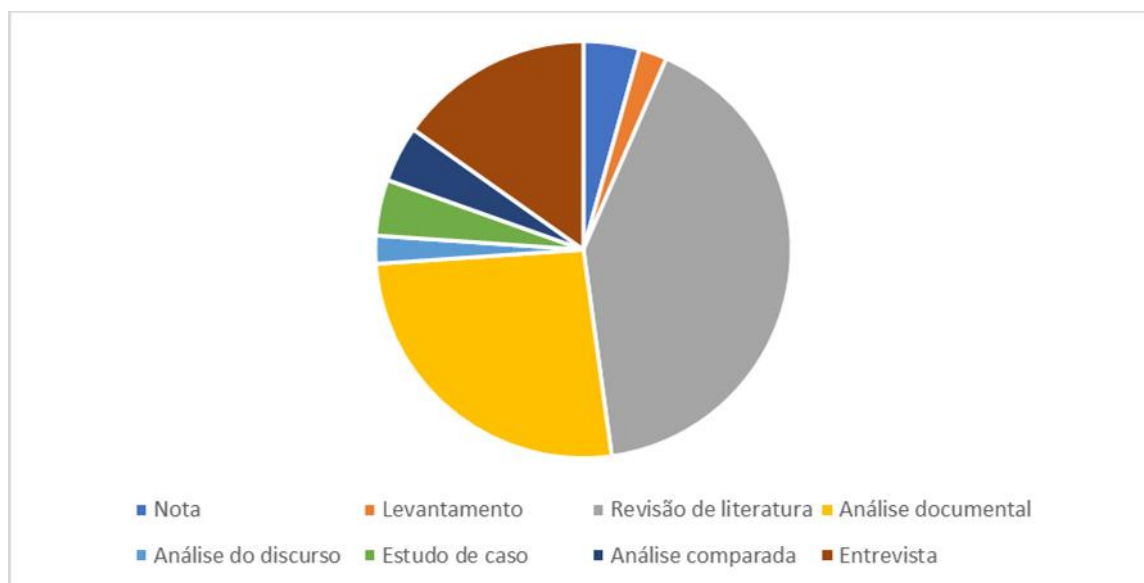
Figura 5. Distribuição por área de conhecimento dos textos selecionados



Quanto às estratégias utilizadas nos estudos selecionados ($n = 37$), observamos uma grande presença de estudos que utilizam as estratégias de revisão de literatura (19), de

análise documental (12) e de entrevista (7). Com menor presença encontramos estratégias de análise do discurso (1), cartografia (1), estudo de caso (2) e psicanálise (1). Por sua vez, a abordagem metodológica mais presente foi a qualitativa, seguida pelos estudos com abordagem mista (9) e, em menor presença, a metodologia quantitativa (1).

Figura 6. Distribuição das estratégias metodológicas utilizadas nos estudos selecionados



Um ponto que merece consideração é o de que apenas um texto tratava diretamente do tema *cannabis*, o que parece muito pouco tendo em vista a crescente importância adquirida pelo assunto recentemente.

5. A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL NA PERSPECTIVA DA LITERATURA

Segundo Machado e Miranda (2007), no início do século XX o consumo de drogas ainda era incipiente e certamente não constituía uma ameaça à saúde pública. Naquela época o consumo de bebidas alcoólicas era comum, aceito pela sociedade e tolerado pelos governantes.

Os primeiros movimentos a questionar o papel do álcool no Brasil surgiram de sociedades de caráter privado, tais como: Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, Liga Brasileira de Higiene Mental (1923) e União Brasileira Pró Temperança; instituições caracterizadas por concepções moralistas e higienistas (MACHADO & MIRANDA, 2007).

O primeiro movimento normativo de caráter nacional se deu após a adesão do Brasil à Convenção de Haia, que formulou os decretos nº 4.294, em 1921, nº 15.683, em 1922, e o nº 14.969, em 1921. O Brasil seguiu a tendência internacional, determinando pena de prisão para quem vendesse ópio e derivados, além de punir com internação compulsória a embriaguez que colocasse em risco a si, a terceiros ou a ordem pública (VARGAS & CAMPOS, 2019).

Em 1936, com o aumento da preocupação com as substâncias entorpecentes foi criada a Comissão Permanente de Fiscalização. O uso de drogas foi inscrito na categoria de “toxicomania”: doença de notificação compulsória e internação obrigatória em manicômios, pela consideração de o indivíduo ser incapaz de viver em sociedade por ser um risco para si e para os outros. Em 1938 foi criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, ligada ao Ministério da Saúde. Em 1940, durante o governo Vargas (1935-1940), uma alteração prevista no Código Penal daquele ano criminalizou ainda mais o uso de drogas. A lei previa penas que determinavam a exclusão do convívio social em prisões e sanatórios (VARGAS & CAMPOS, 2019).

De acordo com Mendes *et al* (2019), a partir de 1964 ocorreu um período de crescente implementação de um modelo bélico de política sobre drogas. Na década de 1970, a medicina começou a influenciar as leis sobre drogas, oferecendo respaldo tecnocientífico para a legitimação do controle das drogas e dos usuários. Nesse interim, foram propostos serviços de tratamento para esses indivíduos: a princípio hospitais psiquiátricos, em seguida, centros especializados, públicos ou filantrópicos que

objetivavam salvar, recuperar, tratar e punir; lógica observada em algumas instituições até os dias atuais (MACHADO & MIRANDA, 2007).

De acordo com Mendes *et al* (2019), em função do enfraquecimento de políticas repressoras oriundas do período da ditadura, a lei de tóxicos, de 1976, reforçou a importância de estratégias de prevenção e tratamento para usuários de drogas. Desde então as leis endureceram as penas de tráfico e abrandaram as penas para os usuários de drogas.

Segundo Machado e Miranda (2007), a influência da ordem médico-psiquiátrica pode ser observada na lei 5.726, de 1971, que transformou a interpretação do uso de drogas e segue em vigor no âmbito da justiça penal. No entanto, estes autores observam que a ordem médica complementou a política de repressão/prevenção, servindo de instrumental para o reaparelhamento judiciário. A medicina, portanto, passou a se oferecer como um possível destino para essa classe de excluídos por meio da psiquiatrização que previa o controle do uso de drogas em nossa sociedade.

Vale lembrar que as drogas se tornaram mais populares a partir da década de 1960, intimamente ligada aos movimentos da contracultura (VARGAS & CAMPOS, 2019). Elas foram difundidas na sociedade a partir dos anos 1970, pelo aumento da oferta e pela redução do preço, fatores que favoreceram o crescimento do consumo de cocaína (CRUZ & FERREIRA *apud* VARGAS & CAMPOS, 2009).

A lei 6.368 foi instituída em 1976 seguindo a tendência da lei de 1971, que reafirmava o uso e a dependência de drogas sob a ótica do campo médico-psiquiátrico. A exemplo disso ressalta-se a substituição do termo ‘viciado’ por ‘dependente de drogas’, a criação de serviços especializados para tratamento de dependentes de drogas na rede pública de saúde em regime hospitalar e extra-hospitalar, além do tratamento compulsório (MACHADO & MIRANDA, 2007).

Nesse sentido, a legislação impulsionou a assistência em saúde para usuários de drogas no Brasil, na década de 1980, em serviços públicos ou religiosos (privados). Nesta mesma década foi publicado o DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) em sua terceira edição, que se disseminou internacionalmente e foi considerado uma revolução no campo da psiquiatria. Esse manual foi um documento que marcou uma mudança na psiquiatria mundial: ele incluiu nesta versão o “transtorno de uso de substância”, retirando-o da categoria dos transtornos de personalidade e reconhecendo-o como uma doença com suas particularidades diagnósticas e de tratamento (GARCIA *et al*, 2008).

Vale lembrar que, até o fim dos anos 1980, a assistência pública à saúde mental centrava-se em internações em hospitais psiquiátricos conveniados. Neste período ocorreu uma expansão do número de serviços privados, beneficentes e grupos de mútua ajuda, a exemplo dos Alcoólicos Anônimos (MENDES *et al*, 2019).

No entanto, a promulgação da Constituição Federal de 1988 trouxe um importante rol de direitos sociais a serem implementados pelo Estado com o intuito de promover o desenvolvimento social. Entre as obrigações do Estado estava a política sobre drogas como desdobramento do princípio da dignidade da pessoa humana, da promoção da cidadania, da assistência em saúde e do amparo para usuários de drogas (WORM, 2016).

Já o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen) apesar dedicar-se principalmente ao campo das ações de repressão ao uso e tráfico de drogas, também tinha um outro viés de atuação: principalmente a partir do fim da década de 1980 (redemocratização do país), tal conselho apoiou o surgimento de práticas de prevenção, de tratamento e de pesquisa. Os primeiros centros de tratamento públicos se encontravam nas universidades e foram voltados para a produção tecnocientífica relacionada ao tema, inaugurando no Brasil o início de práticas não moralistas, nem tampouco repressivas, que atuaram também na formação de atores da política de saúde para usuários de drogas. A princípio, estes espaços se dirigiam exclusivamente para o atendimento de usuários de drogas ilícitas, reafirmando a tendência internacional de controle e repressão do uso de drogas. Esta origem aponta para o fato de que esses dispositivos de saúde não se originaram em decorrência das demandas oriundas dos usuários de drogas (MACHADO & MIRANDA, 2007).

Em seguida, na década de 90, ações governamentais foram instituídas com o objetivo de diminuir as lacunas assistenciais através da construção de uma rede extra-hospitalar, do treinamento de variadas categorias profissionais e da construção de políticas específicas para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. (MENDES *et al* 2019).

Em 1996 o “Programa de Ação Nacional Antidrogas” foi lançado, propondo ações harmônicas de prevenção, repressão e tratamento, além de demonstrar preocupação com o aumento do uso e com a disseminação da síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV) no Brasil, em especial, no caso dos usuários de drogas injetáveis (UDIs). Este programa previa ações sanitárias no âmbito da Justiça, sem qualquer articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS), que estava sendo implementado, com a RPB e com os programas de RD, “mantendo uma tendência, observada desde o início do século XX, de indefinição e

sobreposição de atribuições e de responsabilidades” (MACHADO & MIRANDA, 2007, p. 808).

Nesse interim, o Confen assumiu publicamente sua posição, emitindo um parecer favorável ao desenvolvimento de projetos de redução de danos motivado pela preocupação com a disseminação do HIV. O conselho apoiou centros de pesquisa e tratamento, comunidades terapêuticas e projetos de RD, fato que demonstra a ambiguidade desta instituição.

Sobre o parecer favorável às estratégias de RD dado pelo Confen, dois elementos se destacam: 1) a aceitação de uma nova maneira de encarar as drogas respaldada por experiências internacionais em RD (Europa); 2) a Constituição e a suprallegalidade a ela conferida determina o direito da pessoa à saúde; portanto, o Estado tem o dever de atuar em favor da saúde da população de forma a não impedir práticas que atuem na prevenção do adoecimento da sociedade, especialmente por parte das autoridades sanitárias do país (MACHADO e MIRANDA, 2007). Pode-se dizer que a aceitação das estratégias de RD só foi possível devido à abertura realizada pela Constituição de 1988, o que talvez ajude a compreender seu caráter tardio. Além disso, a epidemia do HIV parece ter sido uma justificativa fundamental para as mudanças em curso.

Em 1998, durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, o Confen foi substituído pelo Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), que têm como característica a responsabilização compartilhada entre Estado, sociedade (governo, cidadãos e iniciativa privada), e Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Além disso, foi criado o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Com esta nova estrutura, a SENAD saiu do Ministério da Justiça e passou a ser vinculada ao Gabinete Militar da Presidência da República (GARCIA *et al*, 2008). De acordo com Silva e Abrahão (2020), esta mudança pode ser vista como um certo retrocesso, tendo em vista que o comando da formulação da política sobre drogas foi transferido para um setor dirigido por militares (SILVA & ABRAHÃO, 2020).

No SISNAD, a SENAD é o órgão executivo das ações sanitárias dirigidas aos usuários de drogas. No entanto, no setor de saúde, um outro Sistema, o SUS, é o responsável pela prestação de assistência integral a todos os cidadãos brasileiros. Uma das funções atribuídas ao SISNAD foi a criação de uma Política Nacional Antidrogas que, no governo Fernando Henrique Cardoso, se alinhasse à perspectiva “antidroga” preconizada pelas políticas internacionais, essencialmente focada no combate às drogas (VARGAS & CAMPOS, 2019).

No âmbito internacional, em 1998, a ONU convoca uma Assembleia Geral com a finalidade de debater uma política mundial sobre drogas e estabelece como objetivo a ser atingido até 2008: “*Um mundo livre de drogas: nós podemos fazê-lo*”. Pode-se perceber, por fim, que durante o século XX a discussão sobre o uso de álcool e drogas esteve fortemente atrelada às práticas psiquiátricas e ao estatuto da “doença mental” seja como condicionante ou como resultante do uso de substâncias psicoativas (VARGAS & CAMPOS, 2019, p. 1049).

A reformulação institucional na política brasileira foi anunciada na Sessão Especial da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), dedicada ao enfrentamento do problema mundial das drogas, realizada em junho de 1998 (MACHADO & MIRANDA, 2007).

A declaração de guerra às drogas e o ideário de uma sociedade livre delas, reiterados durante a Assembleia Geral das Nações Unidas, foram incorporados pela política (“antidrogas”) brasileira, conferidos às suas instituições e à política nacional sobre drogas. Observa-se, portanto, a influência externa na formulação da política brasileira sobre drogas. No entanto, precisamos marcar uma ambiguidade nas posições sustentadas pela ONU: ao mesmo tempo que ela estabelece o ideal de um mundo livre de drogas, ela permite a implementação e o reconhecimento de outros modos de entendimento por meio das práticas de RD, que, de certa forma, apontam para o fracasso do ideal da guerra às drogas.

Para Moreira *et al* (2019), as políticas de saúde AD repressivas, de caráter proibicionista e criminalizador surgidas e incrementadas no século XX, ocorreram em concomitância à agenda política internacional do comércio de drogas psicoativas. No entanto, “[...] no mesmo período de instauração do proibicionismo legal e institucional internacional, o consumo de psicoativos atingiu sua maior extensão mercantil até então” (MOREIRA *et al* 2019, p. 327).

Segundo Machado e Miranda (2007), os projetos de RD deram visibilidade aos problemas de acesso, às lacunas assistenciais e evidenciaram o preconceito e a falta de conhecimento por parte dos profissionais para lidar com estas questões. Cabe destacar, como pontuado anteriormente, que à exceção dos serviços universitários que iniciavam experiências de cuidado, praticamente inexistiam outras ofertas de tratamento; dando visibilidade à ausência de ações destinadas a esse público. Este período (década de 1990) foi a época em que ocorreu a maior expansão das comunidades terapêuticas, ocupando os vazios deixados pelas políticas públicas, o que “[...] permitiu também que essas comunidades, criadas com base em iniciativas pessoais ou de grupos religiosos,

começassem a se organizar e reivindicar financiamento público” (MACHADO & MIRANDA, 2007, p. 811).

Para Alves (2009), a partir dos anos 2000, foram realizadas mudanças significativas na legislação brasileira sobre drogas, e, por mais que ela permaneça alinhada ao discurso proibicionista, a atenção à saúde deixou de ser uma espécie de apêndice e ganhou cada vez maior relevância. Todavia, as contradições iminentes na estrutura político-organizacional militarizada foram mantidas, visando o enfrentamento das questões relacionadas às drogas.

De acordo com Machado e Miranda (2007), em 1998 e 2002 ocorreram os dois primeiros Fóruns Nacionais Antidrogas. O primeiro, realizado em Brasília no ano de 1999, contou com a presença de mais de duas mil pessoas e estavam presentes os segmentos mais organizados 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); composição que refletiu o seu produto final: a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Neste documento existe um capítulo sobre tratamento, recuperação e reinserção social, mas não há nenhuma proposta de articulação entre a área da segurança pública e o setor público de saúde. No Fórum, as federações de comunidades terapêuticas, que estavam presentes em maior número, reivindicaram e fizeram constar no documento a necessidade de iniciar o processo de definição das normas mínimas de regulamentação das CTs. Por outro lado, os profissionais e militantes da área de redução de danos conseguiram incluir um capítulo destinado à RD na PNAD, e, como pode-se observar, o tema é abordado de forma ambígua.

Segundo Duarte e Dalbosco (2017), a SENAD chegou a ser dirigida por um civil (1998-2000) e buscou a mobilização da sociedade para debater a política sobre drogas, tentando ser mais abrangente em sua ação, a exemplo da realização do 1º Fórum Nacional Antidrogas. Observa-se que:

Em seu discurso de abertura, o então presidente Fernando Henrique Cardoso destacava o problema das drogas, a necessidade de uma política brasileira de enfrentamento da problemática, enfatizando que a política deveria ter um caráter intersetorial, com centralidade para o papel da sociedade (GOMES-MEDEIROS *et al*, 2019, p. 70).

Em 2002, no 2º Fórum Nacional Antidrogas, foi apresentado um projeto político já homologado pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso. Em evento paralelo ocorreu a Conferência de Saúde Mental, demonstrando tensões entre a política nacional e a rede pública de saúde (MACHADO & MIRANDA, 2007).

Segundo Machado e Miranda (2007), a SENAD direcionou esforços para ações pontuais na assistência à saúde de modo a apoiar a qualificação das CTs e incentivar pesquisas a serem realizadas pelos centros de referência; ela também se posicionou favoravelmente à alguns programas de RD, além de não impedir que eles acontecessem. Por outro lado, a SENAD participou, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para a criação e o estabelecimento de normas mínimas de funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Estas normas, dirigidas às CTs, foram publicadas em 2001, na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 101 da Anvisa.

O processo de normatização desses espaços de tratamento, embora necessário para o estabelecimento de condições mais dignas para as pessoas que lá se tratam, favoreceu a organização da demanda das comunidades terapêuticas por financiamento público, reforçando uma tendência histórica de manutenção dessa atenção fora do âmbito do setor público de saúde (MACHADO & MIRANDA, 2007, p. 814).

Como pode ser visto, a inserção das CTs no âmbito público corresponde a um impasse na formulação das políticas de saúde para usuários de drogas, pois, se por um lado a existência destes locais exige algum tipo de regulamentação, por outro, não existe setor aberto a incluí-las entre as tipologias dos setores públicos. Desta forma, operam à margem das redes convencionais, não sendo apropriadas pelo SUS nem tampouco pelo SUAS.

As comunidades terapêuticas, por meio da organização, da vinculação com instituições religiosas e da aproximação com instituições científicas, exerceram pressão política junto aos órgãos governamentais e ao congresso com o intuito de serem reconhecidas como um modelo de tratamento. No entanto, Machado e Miranda (2007) observam que não foi sem resistências institucionais por parte da área técnica da saúde a aceitação das CTs, pois, por mais que esse segmento tenha ganho progressivamente mais força do ponto de vista político, ainda enfrentava dificuldades na implementação desta lógica.

Para Neves (2018), a PNAD de 2002 trouxe um discurso fortemente proibicionista, caracterizando o uso de drogas como uma séria ameaça à humanidade e propondo leis que visassem a eliminação do flagelo causado pelas drogas. Dessa forma, ratifica-se no documento o ideal de uma sociedade sem drogas. Por outro lado, Alves (2009) pontua que esta lei faz referência às ações de redução de danos sociais e à saúde, reconhecidas pela primeira vez na legislação brasileira sobre drogas, cabendo ao Ministério da Saúde a sua

regulamentação. Além disso, o documento de 2002 reconhece a diferença entre usuários e traficantes no tratamento legal, e estabelece condições de tratamento e reinserção social aos dependentes químicos.

A organização das CTs no campo de álcool e outras drogas pressionou os tomadores de decisão, e encontraram respaldo em parte da área técnica do Ministério da Saúde (MS) e da SENAD. No entanto, em 2003, a Coordenação de Saúde Mental, que não concordava com os encaminhamentos demandados levou a discussão sobre o cuidado AD para o âmbito do SUS. Esta tensão revela, por um lado, o apoio à implementação de uma política orientada pelo paradigma proibicionista, e, por outro lado, a defesa de uma política focada na redução de problemas do uso de drogas, sem tentar extirpá-las da sociedade. Nesta disputa político-ideológica “[...] prevaleceu, no Ministério da Saúde, a posição daqueles que defendiam a inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no SUS” (MACHADO & MIRANDA, 2007, p. 817) através da publicação do documento da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool (PAIUAD) pelo programa de DST/AIDS, do Ministério da Saúde.

De acordo com Vargas e Campos (2019), a maior parte das legislações sobre drogas no século XX (oito no total, 24,3%) foram instituídas no período pós-redemocratização, a partir de 1986. Este dado demonstra como a redemocratização foi fundamental para a formulação de reformas legislativas e para as mudanças no entendimento político das políticas sobre drogas.

Pode-se observar que a articulação entre o discurso médico e o jurídico encontra convergências e divergências dos processos de medicalização e criminalização das drogas. Nesse sentido, as questões jurídicas e médicas mantêm uma relação dialética, embora aparentemente polêmicas.

Sobre o complexo processo histórico de incorporação de questões relativas às drogas no âmbito do Estado, pode-se dizer que a passagem da esfera individual para a esfera do Estado resultou de uma gama de fatores (sociais, econômicos, políticos, morais e religiosos). Ela ocorreu por meio da influência norteamericana e de sua emergência enquanto potência mundial.

Como podemos observar, a problemática das drogas como uma questão de Estado e a hegemonia do proibicionismo existem a menos de um século. No entanto, sempre houve, em todas as sociedades, formas de regulamentação social do consumo de drogas. Nesse sentido, “[...] a novidade histórica trazida pelo século XX foi o caráter penal e internacional acrescentado à problemática” (GOMES-MEDEIROS *et al*, 2019, p. 3).

6. ANTECEDENTES À CONJUNTURA CRÍTICA (2003 A 2016)

A efervescência dos feitos das políticas sobre drogas levantadas no governo Fernando Henrique Cardoso, no final do século XX, ganharam espaço até se tornarem uma das agendas da campanha de Lula para a presidência da República, em 2001 (SILVA & ABRAHÃO, 2020, p. 6). A partir dos anos 2000 ocorreu um deslocamento progressivo no sentido de pensar o tema das drogas sob a perspectiva da saúde pública, em especial da saúde mental (VARGAS & CAMPOS, 2019).

Conforme observado na seção anterior, até pouco mais de uma década, a questão do uso de drogas no Brasil era tratada preferencialmente por instâncias jurídicas, a partir do viés do proibicionismo e da criminalização do uso. O acesso ao tratamento para usuários de álcool e outras drogas era incipiente no Sistema Único de Saúde até 2003, quando foi apresentado o documento “A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral à Usuários de Álcool e outras Drogas” (BRASIL, 2003), ampliando a abordagem da questão para o âmbito da saúde pública e induzindo o SUS a se estruturar para o atendimento destes sujeitos.

A portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004 (BRASIL, 2004), do Ministério da Saúde, estabeleceu o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) a partir das determinações do documento de 2003. Nesta dissertação de mestrado, tal documento foi tomado como o marco de inserção do SUS no campo AD, em consenso com a maior parte da literatura.

6.1 A política de atenção integral ao usuário de álcool e drogas (PAIUAD)

No documento da PAIUAD, a política de redução de danos foi adotada como a norteadora do cuidado. Apesar de o programa estar vinculado ao programa de DST/AIDS, a diretriz da RD passou a ser incluída também pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, resultando na ampliação do entendimento e das práticas sobre a RD. Afinal, ao não estar mais dirigida especificamente para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), ela deixou de ser apenas uma estratégia e passou a ser uma lógica, uma orientação política.

Em busca de alternativas para o cuidado, tendo como instrumento legal a lei 10.216 (BRASIL, 2001) em alinhamento com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Redução de Danos (RD), o Ministério da Saúde propôs que o consumo de álcool e outras drogas fosse considerado um problema de saúde pública e não mais uma questão médico-psiquiátrica ou jurídica (MACHADO & MIRANDA, 2007).

Mesmo tendo apresentado um parecer favorável às estratégias de RD e permitido que elas fossem finalmente implementadas, a SENAD não contribuiu para a formulação da PAIUAD. Pelo contrário, no campo da assistência ela não mediu esforços para a busca de financiamento para as CTs, alinhada ao ideal de repressão às drogas, que se confrontavam com os princípios e as diretrizes do SUS (MACHADO & MIRANDA, 2007). Por mais que fossem desenvolvidas políticas que reconhecessem, pelo menos em parte, que a presença das drogas é intrínseca à história do curso da humanidade, o aparato legal continuou marcado com características proibicionistas, o que acabou gerando impasses estruturais.

De acordo com Silva e Abrahão (2020), pode-se observar ambiguidades na implementação da política de saúde AD, assim como fissuras e lacunas utilizadas como atos de resistência. Neste interim houve a implementação da PAIUAD, que entre outros atos normativos de relevância ampliou as disputas entre o Ministério da Saúde e os demais atores que não compartilhavam dos ideais instituídos, pois se encontravam alinhados a uma orientação repressiva.

Estas concepções podem ser observadas nas relações de poder e de disputas entre os atores envolvidos, cabendo ao discurso da saúde reafirmar o processo de redemocratização e de ampliação do SUS. Isto porque, no início dos anos 2000, houve uma importante expansão do SUS em seus princípios éticos relativos ao acesso à saúde, à universalização, à equidade e a um cuidado singular (SILVA & ABRAHÃO, 2020)

Para Machado e Miranda (2007), a PAIUAD é um marco teórico-político, pois ela promoveu uma ruptura com uma visão reducionista apontando para a complexidade da questão das drogas (implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas). Neste sentido, ela não pode ser objeto de intervenções exclusivamente psiquiátricas e jurídicas – como ocorreu até então – nem tampouco de ações apenas do campo da saúde pública. O surgimento de uma política de saúde AD nasceu no bojo de um arcabouço jurídico-institucional como alternativa/ruptura ao/do modelo proibicionista. Muito embora representasse uma diferença em relação ao modelo anterior, ela passou a coexistir com o estatuto repressivo da política sobre drogas ainda vigente.

Para Alves (2009), a reorientação do modelo de atenção à saúde foi um processo complexo que, para ser efetivado, exigiu mudanças nas esferas político-gerencial, organizacional e tecnológica. Deste modo, a implementação de políticas públicas correu o risco de corroborar com a reprodução de um modelo hegemônico, o que parece ter sido o maior desafio da PAIUAD.

Em 2005 a PNAD (2002) foi substituída pela Política Nacional sobre Drogas, que priorizou a prevenção e criou estratégias como a taxaço de bebidas alcoólicas e do tabaco para financiar a assistência aos usuários de drogas. Além disso, ela reafirmou a política de RD e não fez menção ao tratamento involuntário. Em contrapartida, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) perseverou no ideal de buscar uma sociedade livre das drogas combatidas firmemente pelo poder público, o que sugere um resquício do proibicionismo (MATTOS, 2017). Já Teixeira *et al* (2017) frisam a substituição do prefixo “anti” para o prefixo “sobre”, de modo a exprimir uma outra concepção tecnopolítica para o tema em meio ao discurso de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.

6.2 A lei de drogas 11.343, de 2006

No campo da Justiça, a lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006), definiu os crimes relacionados às drogas no país e instituiu um Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), substituindo a lei 6.368, de 21 de outubro de 1976. A lei prevê que a atenção e a reinserção do usuário de drogas na sociedade deve ser realizada pelos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), por organizações da sociedade civil sem fins lucrativos e por instituições privadas. Segundo Santos (2018), a partir da edição dessa lei as instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas (CTs) tornaram-se potencialmente elegíveis a receber recursos públicos, tais como benefícios fiscais e financeiros.

De acordo com a análise de Barbosa e Bicalho (2014), a lei que fundamentou as políticas sobre drogas no Brasil representou um avanço em relação àquela que ela substituiu. A lei nº 11.343/2006 alterou aspectos relativos ao porte de drogas para consumo pessoal alinhados à tendência mundial, pois, em tese, ela afastaria o sistema carcerário para dependentes e usuários de drogas, conferindo como destinos para essa população os sistemas de saúde e o de assistência social (VARGAS & CAMPOS, 2019).

Por outro lado, uma análise minuciosa adverte que “[...] essa lei reserva 23 artigos para a garantia de direitos do consumidor de drogas – prevenção, atenção e reinserção social – mais 46 artigos, isto é, o dobro, para a sua violação, por meio da repressão” (KIEPPER & ESHER, 2014, p. 2). Além disso, ao criar e tentar diferenciar a figura do usuário e a do traficante, descriminalizando o usuário, ela não avança em aspectos da regulação das substâncias.

Existem muitas controvérsias sobre os avanços decorrentes da instituição da lei 11.343, em especial no que tange ao poder atribuído ao agente de segurança, responsável pela autuação, e no que tange à falta de parâmetros concretos para distinguir usuário de traficantes (quantidade de drogas portadas). Em 2019, o Brasil possuía, em números absolutos, a terceira maior população carcerária do mundo, com mais de 750 mil presos; 33% do total em regime de prisão preventiva, aguardando julgamento (BRASIL, 2020). Deste contingente, a maior parte é de pessoas negras e pobres, com um aumento importante nos últimos anos da representatividade dos crimes relacionados às drogas (GOMES-MEDEIROS *et al.*, 2019).

Segundo Barbosa e Bicalho (2014), a lei 11.343, ao tratar do usuário ou do dependente (Título III), os aproxima dos direitos humanos e dos serviços públicos do SUS e do SUAS, com vista à reinserção social do usuário. Por outro lado, ao tratar do tráfico (Título IV), ela vigora a lógica da repressão por meio da força, observada no aumento da pena para crimes relacionados ao tráfico de 8 para 15 anos de prisão, que pode ser ampliada de um sexto a dois terços no caso de uso de violência, arma de fogo ou grave ameaça; além de tornar o tráfico de drogas um crime inafiançável.

De acordo com Duarte e Dalbosco (2017), a atenção ao usuário/dependente de drogas deve oportunizar uma reflexão sobre o consumo em detrimento ao encarceramento, substituindo a justiça retributiva (castigo) pela justiça restaurativa, que tem o propósito de ressocializar através de penas alternativas. Estas podem acontecer por meio de “[...] advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas; medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo” (DUARTE & DALBOSCO, 2017, p. 116). Em outros termos, ao usuário/dependente o paradigma médico, e, aos traficantes, o paradigma penal (BARBOSA & BICALHO, 2014). No entanto, faz-se necessário compreender como a lei é diferenciada na figura do usuário dependente e na do traficante de drogas. Segue o art. 28, § 2º que trata dessa distinção:

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 e às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente (BRASIL, 2006).

Como pode ser observado, a lei não impõe quantidades definidas para o porte de drogas, abrindo a oportunidade para preponderância de outros fatores – tais como o local, as circunstâncias –, além de conferir especial poder ao agente de segurança encarregado da autuação. Ao atribuir esse poder ao agente da lei, as circunstâncias acabam sobredeterminadas por aspectos culturais, sobretudo os raciais (BARBOSA & BICALHO, 2019).

Para Cidade (2016), a política sobre drogas no Brasil demonstra sua ambiguidade: por um lado, ela aumenta a penalização para o tráfico, e, por outro, amplia penas alternativas para os usuários (saúde e assistência social). No entanto, tal política concorda que a lei nº 11.343, de 2006, corresponde a uma inflexão na política sobre drogas, pois possibilita a despenalização de usuários e a não criminalização do consumo.

Se para Mendes *et al* (2019), o porte de drogas foi despenalizado no Brasil e se traduz no fim da pena de privação de liberdade, para Karam (2008), ele não corresponde a um marco histórico da descriminalização do uso de drogas, pois não se traduz a uma despenalização na prática (KARAM *apud* SILVA & DELDUQUE, 2015).

6.3. O Plano Emergencial de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PEAD)

Em continuidade às ações do SUS relacionadas à atenção aos usuários de drogas em um contexto de aumento de disseminação do uso de crack nas cidades brasileiras, concomitante à visibilidade das cenas de uso abertas, surgiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD 2009-2010). O plano foi justificado pelos seguintes aspectos: ausência de uma tradição de saúde pública para lidar com o tema, cenário epidemiológico (fruto da observação dos dados de dois levantamentos nacionais sobre o uso de drogas), defesa da rede pública de saúde mental para centralizar a atenção e ênfase na intersetorialidade, com a responsabilização da sociedade alinhada à perspectiva dos direitos humanos. O plano foi dirigido, principalmente, para os segmentos vulneráveis dos 100 maiores municípios brasileiros.

O programa do Plano Emergencial se organizou em quatro eixos de intervenção para as linhas de ação do PEAD (2009-2010): o primeiro visava ampliar o acesso ao tratamento; o segundo tratava da qualificação da rede de cuidados, através da formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento; o terceiro eixo discutia a articulação intra e intersetorial com a sociedade civil e a participação social; e o quarto falava da promoção da saúde, dos direitos, da inclusão social e do enfrentamento do estigma. O programa assinalava a importância da expansão da rede de saúde mental (CAPSad e leitos de saúde mental em hospitais gerais); o fortalecimento e a expansão de experiência dos consultórios de rua; a articulação deste programa com a atenção básica; a necessidade de cursos de capacitação, além da realização de ações culturais e da adoção da estratégia de redução de danos (BRASIL, 2009).

Do ponto de vista do cenário epidemiológico, o documento de implantação do PEAD advertia sobre o aumento do consumo de algumas substâncias na sociedade brasileira, em especial, as formas de cocaína fumada, leia-se, o crack. Por outro lado, as drogas prescritas, como os anorexígenos e benzodiazepínicos, também apresentavam um aumento relevante. O documento destacava o uso de inalantes, cuja incidência maior de consumo estava entre pessoas em situação de rua, em especial crianças e adolescentes. O referido material também demonstrava preocupação com a disseminação das *club drugs* (drogas sintéticas), em virtude do uso crescente nos segmentos urbanos jovens (BRASIL, 2009).

Diferente das políticas desenvolvidas até o momento, alguns elementos se destacavam no plano. O contexto de sua implantação, a defesa do protagonismo do SUS na atenção AD, além de menções às populações específicas e da ênfase na intersetorialidade pareciam antecipar os Planos Crack desenvolvidos logo em seguida. O incentivo às casas de passagem no âmbito da saúde passou a ser incluído na discussão do cuidado, considerando-se outros determinantes psicossociais do uso de drogas. De certa forma, estes dispositivos passaram a competir com o modelo residencial defendido pelas CTs, e podem ser considerados o embrião do que foi regulamentado como Unidades de Acolhimento para usuários de drogas. Sobre o PEAD, Neves pontua que:

[...] 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 nº 2.197,

onde passa a considerar este serviço como componente da rede de atenção aos usuários de álcool e drogas (NEVES, 2018, p. 61).

Segundo Neves (2018), apesar de o Ministério da Saúde orientar suas ações de acordo com dados epidemiológicos oriundos de organismos internacionais, chama a atenção que o Plano Emergencial ressalte a expansão do consumo de outras drogas, com destaque para o crack. Neste sentido, ele parece dar sinais de que o crack estava se anunciando na agenda governamental, apesar de não ter figurado entre os eixos principais da campanha do presidente Lula, no programa de reeleição em 2006, em que consta como subtema do eixo “Brasil sem violência” (GARCIA *et al*, 2008).

O período entre 2003 e 2011 foi caracterizado pela instituição de leis estruturantes para a política de saúde para usuários de álcool e outras drogas. Foram elencadas nesta dissertação a PAIUAD, que representou a inserção do SUS na temática, especialmente ligada ao campo da SM. Por outro lado, a lei 11.343 foi caracterizada por uma proposta de articulação entre diferentes setores, visando alinhar direções que, a princípio, se tensionavam e se contradiziam, tal como as CTs e a Saúde Mental. O PEAD anuncia as transformações que estão por advir na agenda política em função da difusão do *crack*, sua divulgação na mídia e consequente pressão da opinião pública para formulação de respostas que equacionem o “mal” representado pelas drogas.

6.4. Plano(s) Crack¹

A atenção aos usuários de drogas, embora objeto de atos normativos do Ministério da Saúde desde o início da década de 2000, aparece de modo mais contundente a partir de 2010, quando as regulamentações da política de saúde AD se ampliaram (MENDES *et al*, 2016). Em 2010, através da SENAD no âmbito do Ministério da Justiça, em um momento de aumento da visibilidade das cenas de uso de crack em grandes metrópoles, o governo federal, por meio do decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (BRASIL, 2010). Plano instituído menos de um ano após o PEAD, que parece não ter obtido êxito em contemplar as demandas da época.

¹ Nesta dissertação de mestrado foi utilizada a expressão “Planos Crack” como síntese do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (2010) e do Plano “Crack é Possível Vencer” (2011), entendendo que o segundo representa uma continuidade ampliada do primeiro.

Este Plano tinha como objetivos ampliar e integrar as redes de saúde, as ações de prevenção, tratamento e reinserção de usuários de drogas, promover a participação social na construção da política sobre drogas, além de fortalecer o enfrentamento ao tráfico. Ele estava sustentado pelo tripé: autoridade, prevenção e cuidado, agregando em torno do tema diversos ministérios do governo, além de outras entidades. O Plano Crack tinha como propósito: fomentar a realização de pesquisas; a capacitação de profissionais, usuários e familiares; a implantação de leitos em hospital geral, CAPSadIII, e de equipes no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), nos consultórios de rua, nas casas de acolhimento transitório, nos Centros de Referência Regional em universidades e nas Comunidades Terapêuticas (DUARTE & DALBOSCO, 2017). Conforme indicado anteriormente, apesar de o PEAD indicar um estreitamento da relação com as CTs, ele não previa financiamento a estas instituições. Este fato que foi adicionado no conteúdo do Planos Crack instituídos logo a seguir.

Em dezembro de 2011, após uma mudança ocorrida na Coordenação Nacional de Saúde Mental é lançado o Programa “Crack é Possível Vencer” – CEPV (BRASIL, 2011), que representa uma continuidade temporal do anterior, contando com orçamento mais robusto e previsão de investimentos nos segmentos elencados pelo Plano de 2010.

Apesar de todas as dificuldades e contradições que envolvem o fortalecimento das CTs, significativas transformações podem ser observadas nas políticas de saúde para usuários de álcool e outras drogas, a exemplo da ampliação da rede substitutiva de serviços de saúde (TEIXEIRA *et al*, 2017). A expansão do consumo de crack pelo Brasil acabou gerando inéditos investimentos na atenção psicossocial por parte do governo federal e novos dispositivos de cuidado e formação surgiram e se ampliaram, tais como as equipes de consultórios de rua, as Escolas de Redutores de Danos, e a criação dos Centros de Referência Regional em universidades, com o intuito de qualificar os trabalhadores para atuação no campo (COSTA *et al*, 2015).

Estes investimentos podem ser observados na tabela 2, na qual fica evidente que o Ministério da Saúde recebeu a maior parte do aporte de recursos do “Plano Crack é Possível Vencer”.

Tabela 2: Dotação e execução orçamentária do CEPV, por órgão (2012-2016)*

Dotação e execução orçamentária do CEPV, por órgão (2012-2016)		
Órgão	Dotação (R\$)	Execução (R\$)
Ministério da Educação	390.260.917	486.216.471
Ministério da Justiça	-	-
Senad	750.182.643	127.924.011
Senasp	604.139.111	167.898.269
Polícia Federal	54.100.000	30.564.697
Ministério da Saúde	1.457.055.192	1.103.804.131
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	98.078.158	66.866.042
Total	3.353.816.021	1.983.273.621

* Fonte: Siafi/Siop (retirado de MATTOS, 2017)

No entanto, apesar da ênfase orçamentária no setor saúde, Santos (2018) lembra que do ponto de vista das CTs, “[...] embora estados e municípios já financiassem essas instituições há algum tempo, o financiamento federal teve início em 2011, por determinação do plano “Crack, É Possível Vencer” (SANTOS, 2018, p. 7); o que corresponde a um avanço para o segmento.

Na opinião de Mattos (2017), o Plano “Crack é Possível Vencer” (CEPV) foi uma resposta às demandas da opinião pública à alardeada epidemia de *crack*. Destaca também que no que tange à articulação saúde/segurança pública, estava previsto o trabalho conjunto nas cenas de uso, com o intuito de “[...] promover a atuação dos profissionais de segurança pública em conjunto com as demais redes em territórios de elevada vulnerabilidade social, garantindo as condições de tratamento e cuidado dos usuários e inibindo o tráfico local de drogas” (BRASIL, 2012).

De acordo com o que estava previsto no programa, os equipamentos de segurança a serem adquiridos permitiriam a distinção entre traficantes e usuários, estes últimos encaminhados para a rede de cuidados de acordo com protocolos definidos pelos municípios (MATTOS, 2017). O que revela, mais uma vez, a ambiguidade colocada pela política AD. Fato é que estas iniciativas não se consolidaram conforme o previsto e não se mostraram exitosas na articulação proposta entre a segurança pública e a rede de saúde.

Além disso, apesar de os Planos Crack terem como principais características a intersetorialidade, poucas experiências no Brasil registraram avanços neste quesito, como é o caso do programa “De braços abertos”, na cidade de São Paulo. Embora bem sucedido, ele tinha uma evidente ambiguidade nas lógicas de atuação quando comparado ao

Programa Recomeço do Estado de São Paulo, que atuava no mesmo território: o primeiro mais dirigido aos determinantes sociais do uso de drogas e o segundo para os aspectos mais biomédicos do uso (MATTOS, 2017).

Por fim, vale destacar como uma importante medida adotada nesse período o Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011, que formalizou a passagem do SENAD, do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, para o Ministério da Justiça, “[...] simbolicamente, a medida reflete o sentido da desvinculação da questão das drogas das discussões de segurança nacional” (MATTOS, 2017, p. 217).

6.5. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Em dezembro de 2011, mesmo mês da publicação do “Plano Crack é Possível Vencer”, a Coordenação de Saúde Mental do MS que assumiu após a troca do antigo coordenador – que ficou por dez anos no cargo –, emitiu a portaria GM/MS 3088/2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial/RAPS dentro da proposta de criação de redes de atenção a saúde do Ministério da Saúde. O objetivo manifesto era ampliar o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas ao cuidado em saúde mental, e garantir a articulação e a integração das redes de saúde territorialmente, por meio do acolhimento, do cuidado contínuo e da atenção às urgências.

Esta portaria definiu uma reorganização da rede de atenção psicossocial em sete componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada (formada pelos Centros de Atenção Psicossocial), atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Apesar de reordenar uma lógica já existente de cuidado compartilhado em rede, a RAPS incluiu, a título de novidade, as CTs no componente atenção residencial de caráter transitório. Com a inclusão destas instituições na rede de cuidados, ficou evidente a força política do segmento, apesar de um descontentamento por parte das CTs em virtude das exigências feitas para o credenciamento. Além disso, ao se situarem no componente atenção residencial de caráter transitório, elas foram vinculadas aos CAPSad, fazendo com que o encaminhamento para estas instituições fosse realizado pelo serviços da atenção especializada; o que parece pouco provável de acontecer. Afinal, a implementação das

unidades de acolhimento para usuários de drogas, no âmbito do SUS, ficaram no mesmo eixo onde foram alocadas as CTs.

Segundo Pereira *et al* (2017), uma parcela expressiva da bancada religiosa de deputados federais defendia a internação e a abstinência como modelo de tratamento, o que resultou na inclusão das comunidades terapêuticas às RAPS. Nesse aspecto, foram privilegiados os interesses daqueles que se beneficiavam com as CTs, tornando as RAPS uma manobra política para a inclusão das comunidades terapêuticas na rede do SUS. No entanto, a adesão das CTs no SUS não foi exitosa, conforme exposto adiante:

No cenário de disputas políticas, envolvendo grupos tais como as bancadas evangélicas e parlamentares patrocinadores de entidades filantrópicas, em 2012, foi publicada a portaria que regulamenta as regras para o funcionamento de Serviços em Regime Residencial e Comunidades Terapêuticas, mas com firmes exigências impostas pelo núcleo do Ministério da Saúde, composto de especialistas comprometidos com a agenda da Reforma Psiquiátrica. Assim, apesar da pressão pelo credenciamento de leitos em CT, os requisitos que condicionavam o financiamento público acabaram diluindo o interesse dessas instituições em integrar a RAPS (INGLEZ-DIAS, 2014, p. 103).

Já Pereira *et al* (2017) acreditam que a política de saúde mental para usuários de drogas avançou a partir de 2009, a exemplo da criação dos consultórios de rua, dos centros de convivência e dos CAPS III e ad III; do treinamento de trabalhadores dos serviços e profissionais de saúde, da implementação das residências multiprofissionais em saúde mental, além do estímulo à intersetorialidade. No entanto, eles consideram um retrocesso a portaria que implementou a RAPS, em razão da institucionalização das CTs na rede do SUS.

Para Costa *et al* (2015), a transição para o modelo da atenção psicossocial foi incompleta, pois, apesar da expansão no número de CAPS realizada desde 2002, ela ainda era insuficiente, especialmente no que tange ao quantitativo de CAPSad. No fim de 2010, dos 1.620 CAPS implantados, apenas 258 eram CAPSad. Estes serviços acabaram não conseguindo desempenhar uma função adequada de articulador da rede assistencial sobre drogas. Além disso, eles apontaram outros impasses, como a frequente falta de profissionais, de insumos e de estrutura física adequada. O trabalho territorial preconizado, em muitos casos, deu lugar ao tratamento ambulatorial predominante com uma abordagem simplista do uso de drogas, de modo a contribuir para o trabalho fragmentado em rede.

Costa *et al* (2015) questionam ainda se o modelo de tratamento dos CAPS é adequado para os CAPSad e quais seriam as diferenças entre a articulação de uma rede de cuidados da saúde mental e de uma rede de cuidados para usuários de drogas. Mais ainda,

eles percebem uma lacuna de estudos sobre o que chamam de “transposição do modelo assistencial” da saúde mental para a área de drogas, importantes na medida que a implantação de serviços tradicionalmente está vinculada a fatores históricos e políticos e não às necessidades da população.

A partir de 2011 os tensionamentos no campo AD ficaram mais evidentes, e, em 2015, aumentaram pelas tentativas da presidenta Dilma Roussef de conseguir manter a governabilidade através de negociações com o legislativo. Em outubro de 2015 foi nomeado um novo Ministro da Saúde, que escolheu para assumir a Coordenação Nacional de Saúde Mental um nome fortemente vinculado com as práticas institucionalizantes em psiquiatria. Essa mudança foi tomada como um ataque à Reforma psiquiátrica, produzindo inúmeras manifestações em todo país e gerando uma forte resistência dos movimentos sociais.

Em agosto de 2015, o Ministério da Justiça assinou a resolução nº 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que regulamentou, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas (BRASIL, 2015). A aprovação da resolução pelo CONAD recebeu apoio significativo da Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas e diversas outras entidades, como o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Conselho Federal de Serviço Social (CFSS), se manifestaram contrários à aprovação da referida resolução.

Conforme se pode observar, o período de 2011 a 2016 ampliou as controvérsias da política sobre drogas. Houve uma retomada do tema drogas na agenda governamental, voltando a figurar como um dos eixos de campanha da presidenta Dilma em seu primeiro mandato (MATTOS, 2017). Este retorno foi influenciado pela disseminação do crack nas grandes capitais, visibilizada por meio das cenas de uso públicas que emergiram nas capitais ao longo da primeira década do século XXI. Além disso, o debate sofreu influências da realização dos grandes eventos no Brasil: a Copa do Mundo e as Olimpíadas (FERREIRA, 2017).

Vale lembrar que o Rio de Janeiro, sede das Olimpíadas, foi o primeiro Estado federativo a formalizar a participação no CEPV (MATTOS, 2017). Além disso, é importante considerar que a SENAD é o órgão executivo do Plano, e parte dos recursos do Ministério da Saúde, começou a ser alocado nesta instituição. Deste modo, a alteração

destas rubricas pode ter pavimentado a ampliação do financiamento das CTs, a ser vista em seguida com as mudanças no plano político (TATMATSU, 2020).

7. A CONJUNTURA CRÍTICA (2016 A 2019)

Após a saída da presidenta Dilma Roussef, uma nova mudança aconteceu na direção do Ministério da Saúde e na Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM) apoiada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), pelas entidades ligadas às comunidades terapêuticas e por associações de segmentos médicos (BARBOSA & BICALHO, 2014). O novo coordenador nacional de saúde mental acelerou as mudanças já iniciadas e, em 21 de dezembro de 2017, aprovou na Comissão Intergestores Tripartite a “nova política de saúde mental”.

Segundo Santos (2018), a mudança no governo federal contribuiu para o fortalecimento político dos grupos contrários à política de saúde mental em vigor. Com as nomeações dos cargos do alto escalão rapidamente se anunciaram os interesses de realizar uma reforma da reforma psiquiátrica; com destaque para mudanças referentes às internações psiquiátricas e à defesa do modelo da abstinência como direção do cuidado a usuários de drogas, além de incluir o hospital psiquiátrico como ponto da RAPS.

A nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019) esclareceu as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ela inseriu três pontos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): 1) ambulatório multiprofissional de Saúde Mental – Unidades Ambulatoriais Especializadas; 2) hospital psiquiátrico e hospital dia; 3) além de incluir uma nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial, o CAPSad IV, que difere do CAPSad III por estar situado próximo às cenas de uso (cracolândias), por exigirem a presença de psiquiatras 24 horas por dia, além de contarem com um posto de enfermagem, dobrando a capacidade de leitos de observação, de 10 para até 20.

A nova política de saúde mental inseriu o Hospital especializado em Psiquiatria na rede do SUS, que passou a compor um dos eixos da RAPS. Esta inserção foi justificada pelo déficit na relação leito/população quando comparado às diretrizes da OCDE, justificando a qualificação dos Hospitais Psiquiátricos ainda existentes para receberem novos pacientes, de modo a não gerar ainda mais desassistência (BRASIL, 2019).

Conforme exposto, a nova política de saúde mental representou o abandono de princípios legais, assistenciais e das várias estratégias de atenção psicossocial consolidadas pela RPB. Apesar de se posicionarem pela defesa e pelo aprimoramento da lei 10.216, de

2001, tal política foi de encontro aos seus pilares, bem como ao de outros dispositivos legais, alguns, inclusive, de status constitucional (GURJOL *et al* 2019).

O imaginário da internação como forma ideal de cuidado para pessoas com transtornos mentais e/ou usuários de drogas ainda é muito presente no discurso de juízes, políticos, acadêmicos, familiares de usuários dos serviços e por uma grande parte da sociedade. Neste sentido, o processo instaurado pela RPB não acabou com o estigma que incide sobre a loucura, e seus efeitos podem ser observados cotidianamente. Vale lembrar que em 2018 foi comemorado os 40 anos do movimento pela Reforma (1978-2018) e do processo de ruptura com o modelo hospitalocêntrico-manicomial, até então hegemônico na história brasileira da assistência em saúde mental.

Segundo Barbosa e Bicalho (2014), uma mudança da direção assistencial da saúde mental brasileira foi defendida pela corporação médica e pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM). Desse modo, privilegiaram a lógica manicomial e o financiamento de hospitais psiquiátricos, com potencial perda de qualidade e retorno a indicação prioritária de internação, que contribuiu negativamente para o lugar do louco na sociedade.

Motivado pelos mesmos interesses que alteraram a política de saúde mental foi aprovado um reordenamento da política de drogas, em 1 de março de 2018, pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), através da resolução 01/2018 (BRASIL, 2018). Este reordenamento implicou em um redirecionamento do modelo assistencial da redução de danos para a abstinência, impondo uma diretriz de cuidado orientada pela proibição do consumo. Esta mudança foi objeto de controvérsia pela forma unilateral em que foi realizada, após as mudanças na estruturação do Conselho Nacional.

O CONAD, por sua vez, agora com alguns novos integrantes indicados pelo governo que se iniciava, baixaria uma nova resolução em março de 2018 (Resolução no 1/2018), determinando a primazia da promoção da abstinência como estratégia de cuidado a usuários de drogas (art. 1º, III) – em franca contradição com as premissas da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, de 2003 (SANTOS, 2018, p. 30).

Logo em seguida, o desmembramento do SENAD foi oficializado, e a responsabilidade pela prevenção e pelo cuidado a usuários de drogas, a partir de 2019, passou para o Ministério da Cidadania através da criação da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED).

No âmbito legislativo, em 2010, um médico, deputado federal eleito pelo Estado do Rio Grande Sul, apresentou um projeto – o PL 7663 – para modificar a lei nº 11.343, que tramitou nas Casas Legislativas e foi aprovado, após sofrer alterações, pelo presidente Jair Bolsonaro, em junho de 2019. O projeto dispunha sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzindo circunstâncias qualificadoras aos crimes previstos na lei nº 11.343 e definindo as formas de atenção aos usuários ou dependentes de drogas (BARBOSA & BICALHO, 2014). Em seu conteúdo:

Acerca da classificação das drogas, o projeto afirmava a obrigatoriedade legal de distinção das drogas em relação a seu potencial de causar dependência, classificando-as em baixa, média ou alta. Figuravam no texto a habilitação de identificação para encaminhamento, por parte de professores, psicólogos e demais profissionais de saúde, daqueles que apresentassem sinais de uso abusivo de álcool e dependência de outras drogas; a valorização de parcerias com instituições religiosas na abordagem das questões nessa esfera; a criação de um sistema nacional de informações sobre drogas que deveria ser alimentado pelas instituições com atuação nas áreas de atenção à saúde e da assistência social que atendam usuários ou dependentes de drogas; e um novo artigo abordando as modalidades de internação previstas como tratamento para usuários de drogas, internações estas para as quais seriam destinadas verbas públicas a instituições privadas (BARBOSA & BICALHO, 2014, p. 234).

Ao longo da tramitação do projeto foi abandonada a proposta de um cadastro nacional de usuários, além de parte das mudanças para o financiamento das CTs, por efeito da pressão de movimentos sociais da saúde e dos direitos humanos. Destaca-se a atuação da Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, que produziu um documento – após a inspeção nacional de 68 CTs no país – dando visibilidade às violações de direitos ocorridas dentro destas instituições (BARBOSA & BICALHO, 2014). De modo geral, a PNAD (2019) propôs a importância da internação, incluiu as instituições privadas que perderam espaço com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, além de ampliar o financiamento público para as CTs.

De acordo com Silva e Delduque (2015), o PL nº 7663/10 patologizou o uso de drogas e penalizou ainda mais a figura do traficante. Em seu conteúdo, usuário e dependente de drogas correspondem, em algumas partes, a uma só figura, lhes sendo ofertados atendimento e internação. Na opinião de Tatmatsu (2020), a lei nº 13.840/2019, ao ampliar o caráter repressor da lei nº 11.343/2006, aumentou as dificuldades na implementação de programas educativos voltados para a promoção da reflexão e da responsabilidade entre os mais jovens em relação às drogas.

Além disso, a lei 13.840 abortou o pressuposto de que não existiria uma sociedade livre de drogas, conforme demonstra a história da humanidade. Ela excluiu a perspectiva

da RD, pela qual é coerente lançar mão de estratégias para utilizar as drogas da forma mais segura possível, admitindo que seus efeitos podem ser benéficos, neutros ou prejudiciais; assim como existir diferentes formas de uso, que variam do recreacional ao ocasional, e ao frequente (TATMATSU *et al*, 2020, p. 8).

Uma constatação da inflexão da política sobre drogas está expressa na análise do financiamento público das comunidades terapêuticas. Como pode ser observado na tabela seguinte (Tabela 3), no primeiro ano do governo Jair Bolsonaro ocorreu um aumento de 223% no financiamento público destas instituições – entre o ano de 2018 e 2019. Observa-se também uma oscilação no financiamento, com um progressivo aumento entre 2013 e 2015 (123%) (governo Dilma Rousseff), uma estabilização em 2016 (a presidenta Dilma foi afastada em 12 de maio de 2016) e uma redução nos anos de 2017 e 2018 (governo Michel Temer).

Tabela 3: Repasses financeiros às Comunidades Terapêuticas (em milhões), número de vagas e unidades financiadas no período de 2013 a 2019 *

Ano	Financiamento (em milhões)	Incremento/redução (%)	Vagas	Unidades
2013	34,55	-	6146	278
2014	55,58	61%	7846	378
2015	76,97	38%	7811	369
2016	77,86	1%	4411	326
2017	51,69	- 34%	4372	316
2018	46,1	- 11%	6459	327
2019	148,86	223%	10.905	494

* Fonte: Ministério da Justiça e Segurança Pública e Ministério da Cidadania através do jornal digital Nexô (2019)

Os dados relativos às vagas disponibilizadas acompanham a análise de financiamento, pois observa-se uma tendência de crescimento de 2013 para 2014, com uma estabilização em 2015. Após uma redução de vagas em 2016 e 2017, verifica-se um aumento em 2018, período em que o então Ministro do Desenvolvimento Social, acima citado como o autor do PL 7663, começou a implementar as mudanças na política AD. Por fim, o aumento considerável no ano de 2019, quando o parlamentar mudou os eixos cuidado e prevenção do Ministério da Justiça (SENAD) para o Ministério da Cidadania (SENAPRED), do qual passou a ser ministro (governo Bolsonaro).

Acrescentam-se aos dados acima os disponibilizados pelo jornal *O Globo* (SASSINI, 2019): em 2019, as comunidades terapêuticas contratadas pelo governo por

meio de dispensa de licitação receberam R\$ 153,7 milhões por ano, valor quase igual aos R\$ 158 milhões gastos anualmente com os 331 Centros de Atenção Psicossocial (CAPSAd) especializados no atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do abuso de álcool e drogas.

Em 2020 a previsão orçamentária propõe que o financiamento aumente de R\$ 153,7 milhões, destinados em 2019, para R\$ 300 milhões; aumentando de 11 mil para 20 mil vagas. Este investimento ocorre por meio do lançamento de um edital datado de 12 de dezembro de 2019, no qual foi ratificado que as comunidades terapêuticas ganharam um papel central no tratamento de dependentes químicos desde a lei 13.840 (2019), que instituiu a Política Nacional Sobre Drogas, sancionada pelo presidente Jair Bolsonaro (Ministério da Cidadania, 2019). Relembrando que, conforme dito na introdução desta dissertação, até 2015 a RPB havia fechado em torno de 25.000 leitos.

Diante dos argumentos expostos, podemos dizer que as mudanças ocorridas na política AD, orientando-a para a um modelo de primazia da abstinência, já podiam ser observadas com o incremento do financiamento das CTs no governo Dilma Rousseff (2013-2015). Este redirecionamento de forte viés proibicionista ocorreu por meio de acordos institucionais que se ratificaram ainda mais a partir da ascensão do governo Jair Bolsonaro.

As políticas AD caracterizam-se através das últimas 2 décadas como um modelo híbrido no qual convivem o modelo psicossocial e o modelo isolacionista. No entanto, o que se evidencia é que a balança se altera a partir do *impeachment*. Além disso, pode-se afirmar que o modelo psicossocial não foi implantado integralmente. Neste sentido, concluímos que o modelo da atenção psicossocial/redução de danos nunca conseguiu alcançar a hegemonia no campo das políticas de saúde para usuários de drogas no Brasil.

Em resumo, a alteração na política de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas em curso, se pauta no redirecionamento do modelo assistencial até então orientado pela política de redução de danos para o modelo pautado na abstinência, na internação e no apoio às CTs. Para a execução desta política, defende-se a ampliação do financiamento das CTs pela Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), com recursos do Ministério da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social.

O que se destaca no período acima descrito é como as mudanças no governo e nos altos cargos geram oportunidade para a realização de transformações na política. Apesar de os questionamentos/resistências às políticas de Saúde Mental nunca terem deixado de existir, as alterações das leis e normativas dependiam de empreendedores alinhados a elas.

Não obstante, com a entrada de um novo governo de caráter conservador, as mudanças radicais não tardaram por se efetuarem. Durante o período de 2003 a 2011 mudanças mais discretas podem ser observadas; no entanto, o que se depreende do período pós *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff é que se concretiza uma reorientação de direção da política de saúde para usuários de drogas. Neste sentido, o período de 2016 a 2019 se configura como um momento de conjuntura crítica.

8. A POLÍTICA DE SAÚDE PARA USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL E O MODELO DOS FLUXOS MÚLTIPLOS

Em artigo cujo objetivo é analisar as políticas governamentais de atenção em saúde mental, álcool e outras drogas, de acordo com os efeitos do fortalecimento da agenda governamental, Mendes *et al* (2016) afirmam que o processo regulatório sequencial e aditivo expresso pelas diversas portarias, decretos e leis brasileiras é de caráter incremental, conforme tradição de estudos em políticas originada por Lindblom:

[...] ao analisar processos decisórios no poder legislativo e destacar o desenvolvimento de políticas por meio de escolhas entre propostas semelhantes e com diferenças na margem, porém, de tendência incremental. Nas reformas do setor saúde, este é o processo que predomina quando não estão em jogo processos de reformas profundas conhecidas como *big-bang* (Ribeiro *et al*, 2016, p. 74).

Os autores afirmam que exemplos do caráter incremental da resposta governamental na política de saúde mental podem ser observados na baixa oferta de leitos em hospitais gerais para a saúde mental, na criação de serviços mais ágeis e adaptados às populações em situação de rua – como os consultórios de rua – e na baixa implantação de residências terapêuticas e de bolsas de auxílio às famílias. Além, é claro, da escassez de serviços especializados (CAPS AD), em um contexto caracterizado por uma implantação incompleta do modelo da atenção psicossocial substitutivo ao modelo centrado no hospital psiquiátrico.

De acordo com Dias (2014), o incrementalismo na política pode ser observado na ênfase em mudanças graduais, realizadas a partir de acordos entre os atores e as instâncias relacionadas ao processo, de forma a atenuar possíveis impasse e consequentes vetos às propostas. Neste sentido, “[...] esse fatiamento estratégico de propostas de políticas, no cenário de disputas e conflitos encontrado pela Reforma, repercutiu positivamente na aprovação das normas propostas pelos tomadores de decisão” (DIAS, 2014, p. 60).

No entanto, de acordo com Kingdon (2011), mudanças abruptas, importantes e inesperadas podem ser observadas na trajetória das políticas. Segundo ele, o modelo incremental não é capaz de descrever de forma adequada as mudanças na agenda governamental. Em suas palavras: “Pode ser justo descrever algumas mudanças como incrementais, mas não todas ou mesmo a maioria delas. Para retornar à nossa distinção

entre a agenda e as alternativas, a mudança de agenda parece bastante descontínua e não-incremental” (KINGDON, 2011, p. 82).

Neste sentido, o incrementalismo não retrata as transformações da agenda política caracterizadas pela descontinuidade ou que acontecem repentinamente. Para tal, a abordagem dos fluxos múltiplos é uma forma de compreender momentos de abertura política na trajetória de uma dada instituição, nos quais o agendamento e a escolha são decisivos na implementação de acordos. Tendo em vista a defesa de que de 2016 até 2020 corresponde a um momento de conjuntura crítica, apresentamos, a seguir, os conceitos principais oriundos do modelo dos fluxos múltiplos aplicados aos dados levantados pela pesquisa.

8.1. O agendamento político

Quanto à *agenda midiática (agenda mídia setting)* pode-se dizer que o crack surgiu como problema pela forte influência da mídia ligada à partidos políticos e aos grupos de interesse, em especial às bancadas religiosas. Esta pesquisa encontrou uma grande quantidade de artigos que descrevem a influência da mídia na formulação da agenda política a partir do advento desta substância na opinião pública. No caso dos Planos Crack, a mídia é considerada um ator influente no agendamento e no dimensionamento da política.

No que tange à *agenda de políticas públicas (policy agenda setting)*, pode-se dizer que a emergência da agenda de álcool e drogas, no início do século XXI, colocou as estratégias de redução de danos no plano terapêutico. No entanto, o foco no enfrentamento ao crack, empreendido em 2011, foi antagônico às principais diretrizes da política de saúde mental, principalmente no que tange à institucionalização dos pacientes (DELGADO *apud* DIAS, 2014).

8.2. Os empreendedores políticos

Para Cidade (2016), o campo da saúde é o principal ator das mudanças, pois ele tem legitimidade e proeminência sobre determinados temas de forma a influenciar a mudança

de uma política, nos moldes que Kingdon define o *empreendedor político*. Neste sentido, o campo da saúde “[...] é o empreendedor que ligará o fluxo de problemas, ao de soluções e político durante a *policy window*, influenciando no *agenda-setting* que vai de meados dos anos 1990 até os dias atuais” (CIDADE, 2016, p. 58).

De modo distinto, no período de conjuntura crítica a pesquisa destacou quatro *empreendedores políticos*: o coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde, de 2002 a 2011 (PITTA, 2011); o médico, deputado federal gaúcho, autor do PL 7663 que vem posteriormente a alterar a lei de drogas 11.343, de 2006, e que ocupou dois importantes Ministérios após a saída da presidenta Dilma Roussef (BARBOSA & BICALHO, 2014; SILVA & DELDUQUE, 2015). O pesquisador da UNIFESP, coordenador da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD/UNIFESP), figura reconhecida no campo acadêmico, que demonstra forte influência nas mudanças mais recentes (LEVY, 2020; OLIVEIRA, 2020). E, por fim, o coordenador de saúde mental no período de 2016 a 2019, e coordenador do SENAPRED, médico psiquiatra que está operacionalizando a ampliação das CTs no Brasil por meio de financiamento público, considerado o “[...] psiquiatra que dá verniz científico aos planos de Osmar Terra” (OLIVEIRA, 2020).

8.3. A janela de políticas públicas

De acordo com Ferreira (2017), a agenda política é influenciada pelo fluxo dos problemas e da política; portanto, as alternativas têm mais polarização da corrente política. Nesse sentido, a abertura de uma janela de oportunidade pode ocorrer em momentos previsíveis, como quando há mudanças na administração, nos legisladores, nas instituições governamentais ou ascensão de novos membros cargos do governo.

Sobre esse ponto, podemos observar que a entrada do tema das drogas na agenda política – no início do segundo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1998); no primeiro governo do presidente Lula (2002); no início do primeiro governo da presidenta Dilma Roussef (2010); e no início do governo Jair Bolsonaro – corrobora com a tendência apontada por Kingdon (2011) de que o início dos governos é um momento fértil para novos agendamentos. Além disso, é preciso sublinhar que, nestes contextos, as drogas foram incluídas nos programas de governo com destaque.

No entendimento de Mattos (2017), a janela de oportunidade se abre com o advento do Plano Crack, por meio do alinhamento entre o fluxo dos problemas e o das soluções

através da entrada da política sobre drogas no contexto das políticas sociais. A entrada na agenda política das questões relacionadas aos usuários de crack, tais como suas vulnerabilidades, intensificou a disseminação e o crescente ativismo das CTs organizadas em associações e representadas por parlamentares no Congresso Nacional (DIAS, 2014).

Outro aspecto suscitado por Mattos (2017) é a ambiguidade das soluções priorizadas no plano CEPV, em especial na articulação com medidas de segurança pública. A complexidade do tema exigiu a aproximação de setores com práticas, em geral, antagônicas (saúde, a assistência social e segurança pública). Ele ressaltou que “[...] é relevante notar que a ‘coerência’ traduz-se na tentativa de compatibilizar ações de diferentes políticas públicas, apesar de enfatizar a centralidade da perspectiva de saúde pública” (MATTOS, 2017, p. 218), e que, este momento, também foi uma janela de oportunidade para a tentativa de implementação da polícia comunitária no campo da segurança pública.

Outro elemento que se pode associar à abertura da janela é a iminência de um problema. No contexto do Plano Crack, observamos “[...] uma cidade que preparava para realização dos maiores megaeventos esportivos mundiais não conseguia garantir a segurança de seus habitantes, criando uma oportunidade para os defensores de propostas fixarem suas soluções” (FERREIRA, 2017, p. 23). Neste sentido, consideramos que a “janela de oportunidade política” como momento de confluência de três fluxos: “[...] problemas (alto índice de letalidade violenta e violência urbana), *policies* (contexto de preparação para realização de megaeventos) e *politics* (alinhamento entre os governos federal, estadual e municipal) – que levam a entrada de um problema na agenda decisória” (FERREIRA, 2017, p. 22).

Nesse ponto parece haver uma divergência ou uma complementariedade no entendimento de Mattos (2017) e de Ferreira (2017), pois enquanto o primeiro entende que o Plano Crack foi capitaneado pela saúde e corresponde a uma janela de oportunidade, a outra autora defende que, nesta mesma ocasião, os problemas relativos à segurança pública em função da realização dos megaeventos no Brasil impulsionaram a janela para as mudanças empreendidas. Eles concordam que o período correspondeu a uma abertura para a implantação da lógica do policiamento de proximidade. De fato, mais uma vez o que se evidencia é que saúde e segurança se influenciam e se confundem na promoção de políticas sobre drogas.

De forma divergente ocorreram mudanças na política de saúde mental (2017) e na política sobre drogas (2019). Neste caso, os segmentos mais influentes nas alternativas

tomadas não são do setor da saúde, mas de instituições religiosas aliadas a um setor mais restrito da saúde (médico) e em contraponto ao modelo da atenção psicossocial.

8.4. Fluxo dos problemas

Do ponto de vista dos antecedentes à conjuntura crítica percebemos que, em 2003, a questão que sustentou a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e as mudanças propostas foi o argumento técnico para a prevenção do HIV no Brasil (ALVES, 2009; MACHADO & BOARINI, 2013; MACHADO & MIRANDA, 2007); um problema sanitário que, apesar da relação com o uso de drogas, não constitui a principal questão motivadora das tomadas de decisão. Este fato difere do que aconteceu em 2011, com o advento dos Planos Cracks, quando as questões relacionadas à segurança pública, oriundas da realização dos megaeventos (FERREIRA, 2017), às políticas sociais (MATTOS, 2017) e à disseminação do crack nas cidades brasileiras (TOLEDO *et al*, 2017) pareciam ter sido os elementos motivadores para a mudança na política AD.

Já entre 2016 e 2019, as mudanças na lei de drogas ocorrem em um contexto de crescimento de um discurso governamental conservador, oriundo e alinhado a setores defensores de políticas proibicionistas e repressoras. As mudanças realizadas demonstram claro interesse de alguns segmentos possibilitado em função da mudança de governo, ou seja, fica evidente a influência do fluxo da política nas tomadas de decisões recentes (OLIVEIRA, 2020; LEVY, 2020).

8.5. Fluxo de soluções

Sobre as *comunidades políticas* (acadêmicos, parlamentares, funcionários públicos e grupos de interesse) que influenciam diretamente a produção de alternativas, merecem destaque as CTs, associações, federações e confederações que as congregam (MDH, 2019). Em especial, a Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas fundada em 1996, que congrega instituições da igreja católica e defende o alinhamento com a RPB (KURLANDER, 2014). Vale ressaltar que as CTs têm características absolutamente heterogêneas, e, deste modo, os ideais e as práticas não são, necessariamente, compartilhados por todas as instituições; o que gera disputas internas no campo.

O movimento da luta antimanicomial, por mais que não tenha como agenda prioritária a discussão sobre os usuários de drogas, é considerada uma comunidade bastante influente nas transformações do modelo de atenção em saúde mental no Brasil ao longo das últimas décadas (PITTA, 2011; MACHADO & MIRANDA, 2007). Ele se alia às políticas sobre drogas ao reafirmar uma direção do cuidado em liberdade, no território, pautada na autonomia e no reconhecimento dos direitos humanos. Tal movimento defende também a alternativa da redução de danos e seus atores, contribuindo para a inflexão das políticas sobre drogas no Brasil desde 1989 (ANDRADE, 2011). Além de ser o referencial orientador da política de saúde para usuários de drogas, de 2003 a 2019, ele corresponde a uma ruptura nos paradigmas de atenção AD (SILVA & ABRAHÃO, 2020; ALVES, 2009; MACHADO & BOARINI, 2013; MOREIRA *et al*, 2019).

Conforme dito anteriormente, as alternativas permanecem disponíveis, pois independem do agendamento de um problema. O que se observa ao realizar uma revisão histórica foi que a atenção a usuários de drogas no Brasil, antes da PAIUAD, era protagonizada pelos hospitais psiquiátricos conveniados e pelas CTs, hegemonicamente ligadas às instituições religiosas (SANTOS, 2018). Estas instituições se expandiram como opção aos cuidados de usuários de drogas no Brasil na década de 1980, e, especialmente, na década de 1990 (MACHADO & MIRANDA, 2007).

Outro ponto que merece destaque é como as alterações nas políticas de saúde sobre drogas não necessariamente acontecem em virtude de argumentos técnicos, tal como demonstra o investimento em CTs. A exemplo disso, ressalta-se que a revisão da literatura empreendida nesta pesquisa encontrou entre todos os estudos apenas um que defendia a lógica de funcionamento das CTs, e, mesmo assim, tratava-se apenas de um segmento específico destas instituições (KURLANDER, 2014).

Para Mattos (2017), em 2011 “[...] as principais características que marcaram o fluxo das soluções foram: 1) o protagonismo da perspectiva de saúde, e, em particular, de saúde mental; 2) a ênfase na diferenciação entre usuários e traficantes pelo sistema de justiça criminal, em especial pelas polícias e guardas municipais; 3) a utilização da intersetorialidade como forma de negociação e orientação dos serviços; e 4) o engajamento da burocracia na pactuação do CEPV com estados e municípios” (MATTOS, 2017, p. 213).

8.6. Fluxo da política

Sobre as três variáveis que influenciam neste fluxo (sentimento nacional, forças políticas organizadas e as mudanças no governo), podemos dizer que: em 2003, a PAIUAD não foi instituída devido às pressões populares; pelo contrário, sobressaíram os argumentos técnicos em relação à prevenção do HIV (problema) e ao reconhecimento internacional conferido ao Brasil pelas políticas implementadas nessa área. Para tal, ocorreu a organização de segmentos do SUS (Coordenação de Saúde Mental e DST/AIDS/MS) como alternativa para implementar mudanças a despeito de muitas resistências contrárias às áreas técnicas. Os atores institucionais aproveitaram a oportunidade para levar as discussões sobre drogas para o SUS. Por fim, esta modificação ocorreu no início do governo Lula (política) que, de acordo com a literatura, foi um momento propício para mudanças na política por se tratar de um governo progressista.

No que tange às *forças políticas*, o governo do PT, diante de um cenário de iminente crise política (2011) reorientou sua base em direção aos partidos do centro, se aproximando de segmentos religiosos e de alternativas ligadas às CTs (SASSINI, 2013). Esta aproximação acarretou o apoio do governo no âmbito legislativo aos projetos de lei que endureceram a política sobre drogas. O caráter conservador hegemônico neste contexto também foi observado na esfera legislativa por Silva e Delduque (2015), pois, a partir da análise dos projetos de leis relacionados às drogas eles concluíram que todos os projetos em trâmite na legislatura 2007-2010 propunham ampliar o caráter patológico ou penalizante (ou os dois) sobre as drogas. Esta conjuntura foi um antecedente importante para as mudanças que se ampliaram em grande medida desde o *impeachment* da presidenta Dilma Rouseff.

Outro antecedente à conjuntura crítica que merece destaque foi a substituição da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde que, em 2011, já estava há dez anos no comando, pouco antes da publicação da RAPS e do Plano Crack; esta troca nos parece ter influência direta da entrada das CTs no SUS.

Em 2019, em um momento de recrudescimento das políticas de proteção social, de assunção da defesa radical de um Estado Mínimo apoiado por segmentos da segurança pública fortemente articulados ao discurso de guerra às drogas, foi constituído o cenário ideal para a implementação de políticas moralistas e repressoras divergentes da orientação construída entre 2003 e 2015. As mudanças na política sobre drogas também ocorreram no

início do governo de Jair Bolsonaro, período fecundo para a entrada de agendas no governo apesar da forte polarização no meio político e social.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que as políticas de saúde mental para usuários de drogas são tardias, de caráter híbrido, além de terem sido implementadas de maneira incompleta. Ao longo da trajetória de implantação destas políticas, podemos observar divergências, em especial, no período de conjuntura crítica entre 2016 e 2019. Além disso, percebemos uma relação ambígua orientando a atenção aos usuários de drogas no Brasil. Desde a inserção do Estado brasileiro na regulação do uso de substâncias proscritas, até a ascensão destas questões no âmbito da saúde, predominaram alternativas ligadas à criminalização do uso e dos usuários de drogas.

No início do século XXI, por meio de importantes transformações políticas já esboçadas em governos anteriores, surgiu uma nova concepção sobre as drogas em meio às políticas do Sistema Único de Saúde (SUS): a política de redução de danos. A RD possibilitou que estes assuntos pudessem ser tratados de forma cada vez mais aberta e democrática, em contraposição ao moralismo e ao conservadorismo que reprimiam essa discussão.

Por meio de uma revisão de literatura, confirmamos que a PAIUAD foi um marco importante na inserção do tema no âmbito do SUS, e, que no período de 2003 a 2015, foram implementadas uma série de portarias e normativas para a implantação do modelo da atenção psicossocial e da orientação política da RD. Com a mudança da coordenação de saúde mental em 2011, seguida da instituição da RAPS, ocorreu a inserção das CTs em um dos eixos da atenção e o advento dos Planos Crack, elementos antecedentes ao que constituiu a conjuntura crítica no período posterior. Além disso, constatamos ainda no governo Dilma Rousseff o aumento da influência dos segmentos das CTs nas políticas sobre drogas, fruto de uma tentativa de manter a governabilidade através da coalizão com partidos do centro político.

Com o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, as CTs, em associação a um restrito segmento médico de caráter conservador, encontraram um cenário político ideal para ampliarem mudanças nas políticas de saúde AD. A fluidez encontrada e a presença de empreendedores políticos defensores desse modelo em cargos importantes do governo, possibilitaram a implementação da nova política de saúde mental, assim como da nova política sobre drogas. O movimento que até então parecia ascendente, o da atenção

psicossocial, foi reorientado para outros rumos de forma repentina, conforme pôde ser observado nas mudanças orçamentárias do financiamento público das CTs.

A expectativa da passagem da questão das drogas do âmbito da segurança para o da saúde, e a aposta de uma transformação política, ocorreu na instituição da lei 11.343. No entanto, 10 anos depois o que se viu foi um aumento exponencial da população carcerária e da proporção de crimes relacionados às drogas no sistema penitenciário, cujo produto foi um grande contingente de pessoas vivendo em presídios em péssimas condições de saúde e sociais. Estes espaços são caracterizados pelo forte viés racial e social, pois negros e pobres são predominantes no sistema prisional brasileiro. Em nome de proteger a sociedade, coloca-se toda ela em risco ao não se construir críticas consistentes sobre as causas e os efeitos dessa guerra às drogas.

O que se evidencia ao longo da pesquisa foi que as Comunidades Terapêuticas, tão questionados pelo protagonismo adquirido nos últimos anos, há muito ocupam vazios assistenciais deixados pelo Estado. Adiciona-se a isso o crescimento exponencial das religiões neopentecostais e a inserção de representantes destes segmentos na política, defendendo as instituições religiosas como o modelo de cuidado para pessoas que usam drogas. Além disso, ficou claro como a entrada do SUS nesse tema demorou a acontecer e que só ocorreu por força da redemocratização brasileira e da instituição da Constituição Cidadã, de 1988. No entanto, ainda que as políticas de saúde sejam um contraponto ao modelo repressivo, elas não são capazes de mudar o paradigma proibicionista em nossa sociedade.

Críticas ao paradigma proibicionista foram encontradas em praticamente todos os artigos, teses e dissertações, demonstrando a influência deste aspecto nas políticas de saúde para usuários de drogas. Constata-se que não é consenso na literatura o entendimento sobre a relação entre saúde e justiça: para alguns, a inserção da saúde nas políticas sobre drogas corresponde a uma divergência com o proibicionismo; para outros, a saúde converge com a manutenção do estatuto repressivo das políticas sobre drogas.

Apesar de contabilizarem progressivo espaço no cenário político, as CTs ainda careciam de institucionalidade e reconhecimento. No entanto, desde 2001, a instituição de resoluções e decretos por parte do Estado, deram lugar a estas instituições como atores da rede de atenção aos usuários de drogas. Entretanto, algo ainda faltava: não apenas “o verniz científico”, mas também um porta voz para essas demandas. De novo (velho), a associação entre os segmentos médicos reducionistas e as instituições religiosas, em uma estranha união entre ciência e fé, associados pelo compartilhamento de um paradigma em

comum: o proibicionismo. Relação não tão estranha, ao lembrar que esse segmento científico se assemelha aos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS, que ao longo da trajetória da RPB perderam financiamento público e o reconhecimento no meio acadêmico. No entanto, foi observado nos dados recolhidos por este estudo que, pelo menos na assistência a usuários de drogas, estes setores (religioso e médico) sempre foram hegemônicos no campo AD até serem questionados em suas práticas e saberes pelo modelo da atenção psicossocial.

A análise da conjuntura crítica, através da observação dos elementos que a compõem (problemas, alternativas e da política), permitiu observar o quanto o fluxo da política, a partir de 2016, foi fundamental no acoplamento que originou a janela de oportunidade política. Constatamos que o referencial do modelo dos fluxos múltiplos se mostrou oportuno e promissor na análise da política de saúde para usuários de drogas no Brasil. Este referencial é didático, de fácil apreensão e utilização, permitindo um recorte em momentos de transição da política. Além disso, a pesquisa encontrou um número pequeno de textos que tenham como tema principal as discussões sobre políticas de saúde AD, o que nos levou a concluir que mais estudos desta natureza são necessários.

Cabe considerar que, apesar da inflexão de rumo, o conjunto de dispositivos de atenção psicossocial não foram revogados e são fortemente disseminados nas municipalidades, principais executoras da prestação de serviços de saúde e do SUS. Sendo assim, o modelo permanece híbrido: perpetuam-se as tensões entre o modelo da atenção psicossocial/RD e as perspectivas defensoras do hospital psiquiátrico, das CTs e da abstinência.

Outro aspecto observado foi o surgimento dos movimentos sociais em torno de usuários de drogas, algo inédito na história brasileira. A discussão sobre o uso medicinal de drogas proscritas se dissemina e, sob o baluarte da defesa da vida, se infiltra nas pautas governamentais. O Judiciário parece atentar, pelo menos em parte, para os efeitos deletérios da guerra às drogas. Como tudo no capitalismo, o mercado das drogas vem ganhando crescente interesse e mobilização do empresariado internacional; a ponto de a *cannabis*, antes tida como a “erva do diabo”, por meio dos proventos oriundos da regulamentação, ser veiculada na mídia como alternativa de fonte de ganhos econômicos relevantes em diversos países no mundo.

A inserção da discussão sobre o uso medicinal sob a égide do uso compassivo, reduz expressivamente as resistências da sociedade sobre o tema, permitindo, pela primeira vez, desde o início da proibição, uma reflexão mais ampla sobre as drogas. No lugar de

“veneno”, reaparece progressivamente o sentido de “remédio”, evidenciando mais uma vez a polissemia do termo droga. No entanto, quando a aceitação da *cannabis* é comparada às demais substâncias psicoativas, pode-se perceber o quanto este avanço ainda é restrito.

Do ponto de vista jurídico, para muitos juristas a criminalização do uso de drogas corresponde a uma aberração; e uma das bases para tal afirmação é o princípio do direito penal: para gerar pena de prisão uma conduta precisa lesionar um terceiro, o que não é o caso do uso. Aspectos como esse colocam em primeiro plano interesses encobertos de manutenção e ampliação do modelo repressivo, conforme anunciado na lei 11.840, de 2019. Afinal, a quem interessa a manutenção de um modelo proibicionista?

A estabilidade dos principais atributos que ocorreram como resultado da conjuntura crítica não é um processo automático, mas precisa ser perpetuado por meio de processos institucionais e políticos. A instabilidade política (desde 2016 até pelo menos o momento de conclusão desta pesquisa) e a busca pela governabilidade constroem o poder de realizar novas mudanças efetivas. Significa dizer que o cenário segue ambíguo com a continuidade da disputa entre os modelos de atenção para usuários de drogas no Brasil.

Diante de um cenário de ênfase no proibicionismo no Brasil, o estudo comparativo com outros países pode ser muito relevante, pois, como a trajetória da política sobre drogas demonstra, somos bastante influenciados por mudanças no cenário externo, a exemplo das alterações ocorridas na regulamentação da *cannabis*.

Enfim, constatamos durante esta dissertação de mestrado que o proibicionismo sempre foi hegemônico no Brasil, desde o seu surgimento, e que o campo da saúde nunca conseguiu alterar o paradigma hegemônico; muito embora seja um movimento fundamental na defesa dos direitos dos cidadãos e deva se associar cada vez mais aos demais segmentos críticos a guerra às drogas para produzir mudanças estruturais na política sobre drogas no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2309-2319, 2009.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4665-4674, 2011.

ARANHA, C. Líbano libera maconha medicinal para salvar economia abalada pela covid-19. **Revista Exame**. *Online*. 22 de abril de 2020. Retirado de: <https://exame.abril.com.br/mundo/libano-libera-maconha-medicinal-para-salvar-economia-abalada-pela-covid-19/>. Acesso em: 16 de maio de 2020.

ARAÚJO, L.; RODRIGUES, M. L. Modelos de análise das políticas públicas. **Sociologia, Problemas e Práticas**, v. 83, p. 11-35, 2017.

BARBOSA, R. B.; DE BICALHO, P. P. G. O modo indivíduo nas políticas públicas sobre drogas no Brasil e as encomendas endereçadas à Psicologia/Individualization in public policies about drugs in Brazil and orders addressed to psychology. **Revista polis e psique**, v. 4, n. 2, p. 230-249, 2014.

BENTES, I. A política de enfrentamento como produtora de dano: a epidemia de crack no contexto da saúde pública contemporânea. **Maconha: aspectos de uma construção facetada do chamado “ópio do pobre” e as vítimas preferenciais das políticas criminais beligerantes**, p. 41, 2017.

BORGES, S. A. C.; SANTOS, M. L. R. Discurso jurídico-moral e saúde nas notícias sobre o programa Crack, é Possível Vencer. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 876-885, 2018.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei 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. Diário Oficial da União, Brasília: Presidência da República, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Presidência da República. Lei nº 11343, de 23 de agosto de 2006: institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências [Internet]. [citado 2009 Jun. 09]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acessado em: 20 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. *Diário Oficial da União* 2009; 05 jun.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2010; 21 maio.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 24 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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. *Diário Oficial da União* 2012; 27 jan.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015b. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

BRASIL. Resolução no 1/CONAD, 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. Diário Oficial da União 2015; 20 ago.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 1, de 9 de março de 2018, define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. Diário Oficial da União 2005; 28 out.

BRASIL, Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União 2019; 4 de fev.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019. Altera as Leis nºs 11.343, entre outras para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial da União, Brasília: Presidência da República, 2019.

BRASIL, Ministério da Cidadania. Ministério da Cidadania lança edital para seleção de comunidades terapêuticas. **Brasília**. 12 de dezembro de 2019. *Online*. Retirado de: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2019/12/ministerio-da-cidadania-lanca-edital-para-selecao-de-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 16 de maio de 2020.

BRASIL, Ministério da Justiça e Segurança Pública. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Atualização (INFOPEN, 2019) – fevereiro de 2020. Brasília, 2020. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZTlkZGJjODQtNmJlMi00OTJhLWFIMDktNzRI NmFkNTM0MWI3IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MwYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em 20 de maio de 2020.

BRASIL, Ministério da Justiça e Segurança Pública. Dados sobre população carcerária do Brasil são atualizados – fevereiro de 2020. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/justica-e-seguranca/2020/02/dados-sobre-populacao-carceraria-do-brasil-sao-atualizados>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

CAPELLA, A. C. N.; BRASIL, F. G.; SUDANO, A. C. G. P. S. O estudo da agenda governamental: Reflexões metodológicas e indicativos para pesquisas. **39º Encontro ANPOCS**. GT30 - Políticas Públicas. Caxambu, Minas Gerais. Out de 2015. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/39-encontro-anual-da->

[anpocs/gt/gt30/9723-o-estudo-da-agenda-governamental-reflexoes-metodologicas-e-indicativos-para-pesquisas/file](http://anpocs.gt/gt30/9723-o-estudo-da-agenda-governamental-reflexoes-metodologicas-e-indicativos-para-pesquisas/file). Acessado em: 16 de maio de 2020.

CAPOCCIA, Giovanni. Critical junctures and institutional change. **Advances in comparative-historical analysis**, p. 147-179, 2015.

CARTA CAPITAL, Comunidades Terapêuticas, política e religiosos = bons negócios. Carta Capital, 15/05/2015. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/comunidades-terapeuticas-politica-ereligiosos-bons-negocios-9323.html>. Acessado em 25 de março de 2019.

CELLARD, A. A análise documental. **Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Ana Cristina Nasser (trad.). 2 ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CFP e CFSS se mostram contrários às Comunidade Terapêuticas. **Jornal do Conselho Federal de Psicologia** em 18/03/2015. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/cfp-e-cfess-se-mostram-contrariosas-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 26 de março de 2019.

CIDADE, G. V. D. **A política pública sobre drogas brasileira em mudança: as diferentes abordagens da saúde e da justiça**. 2016. 73 f. Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

COLLIER, R. B.; COLLIER, D.. Shaping the political arena: Critical junctures, the labor movement, and regime dynamics in Latin America. **Collier, Ruth Berins, and David Collier**, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório da 4a Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas - Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. 200 p. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf.

COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 395-406, 2015.

CRACK repensar. Direção: Felipe Crepker Vieira e Rubens Passaro. Rio de Janeiro. Fiocruz vídeo, 25 min, 2015.

D'ELIA FILHO, Orlando Zaccone. **Indignos de vida: a forma jurídica da política de extermínio de inimigos na cidade do Rio de Janeiro**. Editora Revan, 2015.

DIAS, A. I. S. **Políticas de saúde mental e os efeitos da emergência da Agenda de Álcool e Outras Drogas: o caso do estado do Rio de Janeiro**. 2014. vii,121 f.: tab. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

DUARTE, P. C. A. V; DALBOSCO, C. A política e a legislação brasileira sobre drogas. **Curso EAD SUPERA**. Brasília, DF: MJC, 2017. Módulo 1, Capítulo 6, p. 113-126, 2017.

ESCOHOTADO, A. **A História elementar das drogas**. Antígona, Lisboa. 2004.

FABIO, A. C. Como as comunidades terapêuticas ganham força no Brasil. **NEXO jornal**. *Online*. 16 de maio de 2019. Retirado de: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2019/05/16/Como-as-comunidades-terap%C3%AAuticas-ganham-for%C3%A7a-no-Brasil>. Acesso em: 16 de maio de 2020.

FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, São Paulo, ano 9, 2015. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/storage/download//anuario_2015.retificado_.pdf. Acesso em: 16 de maio de 2020.

FERREIRA, V. N. **Política de Segurança Pública e Globalização: estudo de caso da cidade do Rio de Janeiro**. 102 f.: graf.; tab.; mapas Orientador: Nilson do Rosário Costa. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

FIORE, M. Apontamentos sobre o atual discurso proibicionista no Brasil. **Blog Redesdal**, 12 de fevereiro de 2020. *Online*. Disponível em: <https://redesdal.org/blog/f/apontamentos-sobre-o-atual-discurso-de-recrudescimento-proibicion>. Acesso em 16 de maio de 2020.

FLICK, U. Utilização de documentos como dados. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Joice Elias Costa (trad.) – 3 ed. – Porto Alegre: Artmed editora, p. 230-237, 2009.

FONSECA, E. M. da; NUNN, A.; SOUZA-JUNIOR, P. B.; BASTOS, F. I. P.; RIBEIRO, J. M. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2134-2144, 2007.

- GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 267-276, 2008.
- GOMES, Thaísa Borges; VECCHIA, Marcelo Dalla. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2327-2338, 2018.
- GOMES-MEDEIROS, D.; FARIA, P. H.; CAMPOS, G. W. S.; TÓFOLI, L. F. Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.
- GOTTEMS, L.B.D., PIRES, M.R.G.M., CALMON, P.C.D.P; ALVES, E.D. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 511-520, 2013.
- GOVERNO censura pesquisa da Fiocruz sobre uso de drogas no Brasil. **Jornal Nacional (G1)**, Rio de Janeiro, 29 de maio de 2019. Disponível em <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2019/05/29/governo-censura-pesquisa-da-fiocruz-sobre-uso-de-drogas-no-brasil.ghtml>. Acesso em 16 de maio de 2020.
- GURJOL, A. P., VASCONCELOS, E; COUTO, M. C., SILVA, M., DELGADO, P. G, CAVALCANTE, R. Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019 - Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas. <http://site.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2019/02/Resposta-%C3%A0-Nota-T%C3%A9cnica-Quirino.-Vers%C3%A3o-3.-18.02.19..pdf>. Acesso em 08 de junho de 2019.
- KIEPPER, A.; ESHER, A. A regulação da maconha no Senado Federal: uma pauta da Saúde Pública no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1588-1590, 2014.
- KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives, and public policies**. Boston: Longman, 2011. v. 45.
- LEVY, C. Ministério da cidadania escolhe sem edital grupo aliado para fazer nova pesquisa sobre drogas por R\$ 12 mi. **The Intercept Brasil**. *Online*. 9 de março de 2020. Retirado de: <https://theintercept.com/2020/03/09/ministerio-da-cidadania-pesquisa-sobre-drogas/>. Acesso em: 16 de maio de 2020.
- LOPES, F. J. O. Proibicionismo e atenção em saúde a usuários de drogas: tensões e desafios às políticas públicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 31, 2019.

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

MATTOS, M. J. S. Crack e políticas públicas: análise sobre a formação da agenda do programa “Crack, é possível vencer”. **Planejamento e políticas públicas** / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Ipea, 2017 - Semestral. | n. 49 | jul./dez.

MENDES, R. O.; PACHECO, P. G.; NUNES, J. P. C. O. V.; CRESPO, P. S.; CRUZ, M. S. Revisão da literatura sobre implicações para assistência de usuários de drogas da descriminalização em Portugal e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3395-3406, 2019.

MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS. Ministros assinam documento que prevê quase 11 mil vagas em instituições para dependentes químicos. **Assuntos**. Março de 2019. Retirado de www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/marco/ministros-assinam-documento-que-preve-quase-11-mil-vagas-em-instituicoes-para-dependentes-quimicos. Acesso em 16 de maio de 2020.

MOREIRA, C. R.; SOARES, C. B., CAMPOS, C. M. S., LARANJO, T. H. M. Redução de danos: tendências em disputa nas políticas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 312-320, 2019.

MINISTÉRIO da Justiça abre novo edital para comunidades terapêuticas. Ministério da Justiça, 03/07/2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/07/ministerio-dajustica-abre-novo-edital-para-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 12 de fev de 2019.

NETO, P. N.; MOREIRA, T. A.; HARDT, C.; SCHUSSEL, Z. Análise de políticas públicas: entre a modelagem e a realidade da política habitacional brasileira. **Revista de Administração Pública**, v. 49, n. 4, p. 847-868, 2015.

NETO, J. A. B.; LEMOS, F.; GALINDO, D.; FERLA, A.; CÔRREA, M. Figuras e facetas da lógica proibicionista-medicalizante nas políticas sobre drogas no Brasil/Figures and facets of the prohibitionist-medicalizng logic. Brazilian drug policies. **Revista Polis e Psique**, v. 6, n. 3, p. 59-76, 2016.

NEVES, A. G. S. **As políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil: uma análise da construção política de 1990 a 2015**. 2018. 121 f. Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

OLIVEIRA, T. A.; TEIXEIRA, C. F. Participação das instâncias de controle social na Política de Saúde Mental da Bahia, 2001-2013. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 132-144, 2015.

OLIVEIRA, T. R. O psiquiatra que dá verniz científico aos planos de Osmar Terra. **Carta Capital**, *online*. 3 de março de 2020. Retirado de:

<https://www.cartacapital.com.br/politica/o-psiquiatra-que-da-verniz-cientifico-aos-planos-de-osmar-terra/>. Acesso em: 16 de maio de 2020.

PEDROSO, R. T.; JUHÁSOVÁ, M. B.; HAMANN, E. M. A ciência baseada em evidências nas políticas públicas para reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

PEREIRA, M. O.; OLIVEIRA, M. A. F.; PINHO, P. H.; CLARO, H. G.; GONÇALVES, A. M.; REINALDO, A. M. S. Qual é a tônica da política de drogas brasileira: ressocialização ou internamento? **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, 2017.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, p. 4579-4589, 2011.

PONTES, A. K.; MEZA, A. P. S.; DE BICALHO, P. P. G. Ciência e política das drogas: as controvérsias em torno das políticas públicas de internação compulsória. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 4, p. 1433-1450, 2015.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R.; BASTOS, F. I.; DIAS, A. I.; FERNANDES, F. M. B. Acesso aos serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas—o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 71-81, 2016.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta revista paulista de enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.

SANTOS, M. P. G. Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. IN: Comunidades terapêuticas: temas para reflexão / Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos. - Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 17-37.

SASSINI, V. Gleisi Hoffmann apoia internação involuntária de dependentes químicos. **Jornal O Globo**. *Online*. 4 de maio de 2013. Retirado de:

<https://oglobo.globo.com/brasil/gleisi-hoffmann-apoia-internacao-involuntaria-de-dependentes-quimicos-8289713>. Acesso em 16 de maio de 2020.

SASSINI, V. Governo multiplica investimento em comunidades terapêuticas de cunho religioso para atender usuários de drogas. **Jornal O Globo**. *Online*. 24 de abril de 2019. Disponível em <https://oglobo.globo.com/sociedade/governo-multiplica-investimento-em-comunidades-terapeuticas-de-cunho-religioso-para-atender-usuarios-de-drogas-23617574>. Acessado em 16 de maio de 2020.

SILVA, M. B.; DELDUQUE, M. C. Patologização e penalização do uso de drogas: uma análise socioantropológica de proposições legislativas (2007-2010). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 231-250, 2015.

SILVA, M. A. B.; ABRAHÃO, A. L. Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas: uma análise guiada por narrativas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, V. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SOUZA, T. P. Estado e Sujeito: a saúde entre a macro e a micropolítica de drogas – 1ed – São Paulo: HUCITEC, 2018.

TALKINGDRUGS.ORG. Drug Decriminalisation Across the World. **Talkingdrugs.org**. Reino Unido. Disponível em https://www.talkingdrugs.org/drug-decriminalisation?fbclid=IwAR3ax-tjQng0z1iVI6Z8si6CXcrUkmCCJffQuQN_d1eaOBoBssX-LPRBFU4. Acesso em 16 de maio de 2020.

TATMATSU, D. I. B.; SIQUEIRA, C. E.; PRETTE, Z. A. P D. Políticas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil e nos Estados Unidos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00040218, 2019.

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**, v. 22, p. 1455-1466, 2017.

TOLEDO, L.; GÓNGORA, A.; BASTOS, F. I. P. M. À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social—uma revisão narrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 31-42, 2017.

UNODC. World Drug Report 2018. Vienna: United Nation Office on Drugs and Crime; 2019. Disponível em: <https://dataunodc.un.org/>. Acesso em: 16 de maio de 2020.

VARGAS, A. F. M.; CAMPOS, M. M. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1041-1050, 2019.

VECCHIA, M. D. Notas sobre a conjuntura da política de drogas no Brasil/Notes on the Brazilian drug policy contexto/Notas sobre la coyuntura de la política de drogas en Brasil. **JOURNAL HEALTH NPEPS**, v. 3, n. 2, p. 298-303, 2018.

VENTURI, G. Consumo de drogas, opinião pública e moralidade: motivações e argumentos baseados em uso. **Tempo Social**, v. 29, n. 2, p. 159-186, 2017.

WEAVER, R. The Politics of Blame Avoidance. *Journal of Public Policy*, ano 6, v. 4, p. 371-398, 1986. Doi:10.1017/S0143814X00004219.

WHITEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs**, v. 52, ano 5, p. 546-553, 2005.

WORM, N. **Políticas públicas de drogas: estudo do programa crack, é possível vencer e as estratégias para uma política nacional**. 2016. 228 f. Tese (Doutorado em Direito Político e Econômico) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2016.