
Capítulo 4

**Política de drogas,
modelos assistenciais
e a rede de atenção
aos usuários no Brasil:
uma análise crítica**

Warllon de Souza Barcellos

Marco José de Oliveira Duarte

1. INTRODUÇÃO

A proposta do texto a seguir é traçar um panorama histórico das principais características, marcos e regulações da política de drogas e da rede assistencial aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil, tomando como referência a sua constituição política, marcada pela lógica proibicionista. Serão abordadas as contradições inscritas na institucionalização de uma política pública sobre drogas no cenário contemporâneo, a emergência da estratégia de redução de danos e o seu contexto atual, implicado com o conservadorismo, que reverte e destrói os poucos avanços da referida política e sua rede assistencial já instituídos.

Para tanto, em nosso estudo, propõe-se uma análise crítica das questões já mencionadas, a partir da revisão da literatura especializada sobre o tema, das legislações sobre a referida política e dos documentos que regem os serviços que constituem a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

2. A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL

No Brasil, os problemas associados ao uso de álcool e outras drogas só começam a ser abordados pelo Estado no início do século xx. Contudo, essa abordagem, originada na década de 1920, é desenvolvida predominantemente no campo da justiça e da segurança pública, considerando o uso de drogas como um ato criminoso e moralmente incorreto, e propunha a internação compulsória em estabelecimento correcional adequado, por tempo indeterminado, aos denominados toxicômanos.

Assim, de acordo com Machado e Miranda (2007):

As primeiras intervenções do governo brasileiro na área ocorrem no início do século xx, com a criação de um aparato jurídico-institucional destinado a estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas e a preservar a segurança e a saúde pública no país (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 803).

É nesse contexto que emerge a Lei de Fiscalização de Entorpecentes, na década de 1930, que expressava claramente esse posicionamento do Estado brasileiro em relação às drogas. Esse conteúdo, portanto, será posteriormente incorporado ao artigo nº 281 do Código Penal de 1940, criminalizando o porte de drogas ilícitas independentemente da quantidade apreendida e da intenção de consumo próprio ou tráfico, sem distinção da penalização prevista para uma ou outra circunstância.

Essa postura, considerada proibicionista, foi embasada em um posicionamento político de “guerra às drogas”, de âmbito internacional, cujo objetivo era a concentração de esforços na redução da oferta e da demanda de narcóticos, com intervenções de repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo, bem como a promoção da abstinência de drogas ilícitas e a sua consequente expurgação da sociedade, como se fosse possível uma sociedade sem sua existência. Embasados nessa concepção e abordagem do problema, as leis e os decretos criados ao longo do século xx, no Brasil, destinaram-se, principalmente, a controlar o consumo de drogas ilícitas através da proibição, criminalização do uso e do comércio (ALVES, 2009; MACHADO; MIRANDA, 2007).

Cabe ressaltar que essa postura proibicionista do governo brasileiro foi, ao longo do século xx, influenciada e reforçada por deliberações e acordos realizados em convenções e conferências internacionais, em especial as da Organização das

Nações Unidas (ONU). Estas reafirmaram, como resposta para o problema, a adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas (ALVES, 2009; GARCIA; LEAL; ABREU, 2008; MACHADO; MIRANDA, 2007).

A partir da década de 1970, a legislação brasileira sobre o tema também passa a ser influenciada pelo saber médico, mais especificamente pela psiquiatria (MACHADO; MIRANDA, 2007). A Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971, previa, em seu art. 10, como medida de “recuperação aos infratores viciados”, a determinação judicial de “internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação”.

O discurso médico surge como outra forma de respaldo técnico e, consequentemente, de controle sobre o usuário de drogas, rotulando-o de doente, além de criminoso, isto é, um agente passivo frente a sua doença. Esse aspecto vem a legitimar uma intervenção direta na liberdade de escolha e ação do indivíduo, pois considera que ele não tem capacidade própria de saber o que é melhor para si. Temos, então, o discurso médico reforçando um processo de patologização, mas também de exclusão dos usuários de álcool e outras drogas do convívio social, na forma do isolamento como tratamento.

Com isso, a partir das décadas de 1970 e 1980, em um cenário assistencial esvaziado e de difícil acesso, constituem-se os hospitais psiquiátricos como o único recurso terapêutico disponível para uma grande parcela de usuários de drogas (ALVES, 2009; VAISSMAN; RAMÔA; SERRA, 2008). Portanto, as penas, que anteriormente determinavam a exclusão dos usuários do convívio social e sua inserção em prisões a partir da década de 1970, passam a considerar os hospitais psiquiátricos como *locus* prioritário para o “tratamento” e a recuperação, com enfoque na “salvação” e na punição desses usuários (MACHADO; MIRANDA, 2007). Assim, como elucida Alves (2009, p. 35), “o que prevalecia não era o direito à

saúde, com a garantia de tratamento ao uso de drogas, mas sim a reabilitação criminal do usuário”.

Nesse cenário, pode-se observar ainda uma predominância das ações de repressão à oferta e demanda de drogas, em detrimento de ações de saúde. A criação de estabelecimentos especializados para tratamento de usuários de drogas na rede pública de saúde não aparece como uma prioridade dentro das leis da época. Isso é constatado na Lei nº 6.368 (BRASIL, 1976), a primeira lei brasileira que aborda a questão do tratamento de usuários de drogas, mas que postula que estados e municípios deverão contar, somente quando “necessário e possível”, com serviços específicos para o tratamento do usuário de substâncias psicoativas.

Tal cenário, portanto, propicia o surgimento e a expansão de diversas instituições de natureza não governamental, como as Comunidades Terapêuticas e a tentativa de resposta ao problema pela sociedade civil organizada, como os grupos de ajuda mútua (ALVES, 2009; WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011).

Contudo, desde a década de 1990, a partir da Reforma Psiquiátrica e da consolidação do Sistema Único de Saúde (sus), a concepção dos problemas associados ao uso de drogas no discurso político mostrou-se mais ampliada, passando a ser encarada também como uma questão de saúde pública (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008; MACHADO; MIRANDA, 2007; WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011). Nesse período, surgem os centros de tratamento, pesquisa e prevenção na área, vinculados às universidades públicas, como a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), a Universidade de Brasília (UnB), a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA) (MACHADO; MIRANDA, 2007).

É mister salientar, portanto, que essas iniciativas acima apontam as contradições do proibicionismo, pois, com toda a repressão, observava-se o crescimento do tráfico ilícito de drogas e de sua repercussão na política e na economia mundial.

Por outro lado, em relação ao consumo, vê-se o crescimento do número de usuários de drogas lícitas e ilícitas, com facilidade de acesso propiciando o início cada vez mais precoce do uso na vida. Todavia, a criminalização do porte e do consumo de drogas ilícitas tem se revertido em sobrecarga ao sistema de justiça, onerando-o tanto pela lotação de unidades prisionais quanto pelo aumento de investimentos financeiros para a militarização das ações policiais de “combate” às drogas.

Portanto, a ênfase na redução da oferta de drogas, por meio da criminalização tanto do tráfico quanto do uso de drogas ilícitas, conferiu uma importância secundária à redução da demanda promovida mediante as intervenções de prevenção e tratamento aos ditos dependentes químicos sob o prisma biomédico.

Dessa forma é que emergem as estratégias de redução de danos que, contudo, ganham força política ao proporcionar uma nova visibilidade à atenção ao usuário de álcool e outras drogas no setor público de saúde, enfocando as consequências ou efeitos do uso das drogas de maneira realista (RONZANI, 2013).

Além disso, o surgimento do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) e suas ações nos anos de 1980 e 1990, para além da repressão ao uso e tráfico de drogas, contribuem para o fortalecimento das práticas de atenção e para a constituição de uma malha de serviços para os usuários de drogas, mesmo que inicial (ALVES, 2009; MACHADO; MIRANDA, 2007). Essas mudanças ocorrem num cenário de avanços e retrocessos em relação à atenção aos usuários de drogas, ganhando força e espaço tanto na legislação quanto nas políticas (ALVES, 2009).

De acordo com Brites (2015), como tendência histórica, podemos afirmar que o debate crítico sobre a política de drogas no Brasil é bastante recente, pois é herdeiro da conjugação de forças progressistas que se articularam no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos de 1980 e que contribuíram

para os embates em torno das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Essa herança progressista no campo da saúde, no entanto, não irriga de forma imediata e direta o debate sobre a política de drogas.

Somente nos finais dos anos 1990 e início dos anos 2000 é que as discussões sobre a política de drogas no Brasil ganham certa visibilidade e passam a ser reconhecidas no âmbito das políticas de saúde e de drogas (BRITES, 2015).

A partir do ano de 1988, o Brasil dá início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas. Foi depois da realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à então Casa Militar da Presidência da República. A SENAD foi criada pela Medida Provisória nº 1.669 e pelo Decreto nº 2.632, de 19 de junho de 1998 (BRASIL, 2013).

Com a missão de “coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre Governo e sociedade” e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas (SENAD), coube a ela mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira. Assim, em 2002, por meio do Decreto Presidencial nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, instituiu-se a Política Nacional Antidrogas (PNAD).

Em 2003, no início do governo de Luís Inácio Lula da Silva, emergiu a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda e da oferta de drogas no país que viesse a contemplar três pontos principais: a integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas,

visando ampliar o alcance das ações; sua descentralização em nível municipal, permitindo a condução local das atividades de redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade que cada município apresenta; e o estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica (BRASIL, 2013).

Ao longo dos primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas, o tema drogas manteve-se em pauta, e a necessidade de aprofundamento no assunto também. Assim, foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando.

Em 2004, foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política, por meio da realização de um Seminário Internacional de Políticas públicas sobre drogas, seis Fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre drogas.

Com ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a política realinhada passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD). A PNAD foi aprovada em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro desse mesmo ano, por meio da Resolução nº 3/GSIPR/CONAD. Como resultado, o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre”, já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular manifestada ao longo do processo de realinhamento da política (BRASIL, 2010).

A Política Nacional sobre Drogas estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços voltados à redução da demanda e da oferta de drogas possam ser conduzidos de forma planejada e articulada. Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão das drogas.

A Lei nº 11.343 (BRASIL, 2006) colocou o Brasil em destaque no cenário internacional ao instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas. Essa lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: as Leis nº 6.368/1976 e nº 10.409/2002. A partir de sua edição, foram revogados esses dois dispositivos legais com o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei.

O Brasil, seguindo a tendência mundial, entendeu que os usuários de drogas não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Essa abordagem, em relação ao porte de drogas para uso pessoal, tem sido apoiada por especialistas, que apontam resultados consistentes de pesquisas nos quais a atenção ao usuário deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, em vez do encarceramento.

O Estado capitalista, com suas peculiaridades decorrentes do processo de recessão do capital, da superacumulação, do deslocamento dos investimentos do setor industrial para o de serviços e da crise do padrão de produção taylorista-fordista, afeta tanto os padrões de proteção social dos países ocidentais industrializados quanto os sistemas de proteção dos países periféricos subdesenvolvidos ou em via de desenvolvimento.

Assim, a partir do entendimento do Estado como permeado por contradições e interesses de classes e frações de classe, ou seja, não sendo exclusivamente da classe dominante, este responderia, também, à correlação de forças atuantes em cada momento histórico. Nesse sentido, não sendo um bloco monolítico a serviço de uma classe, o Estado poderia refletir o estágio da luta de classes

ou de grupos de representação de interesses, da reprodução das relações de produção e da busca pela hegemonia de classe.

No Brasil, o ajuste macroeconômico e político-institucional neoliberal ocorreu através de reformas do aparelho administrativo estatal, com redirecionamento dos segmentos alvos dos serviços sociais e a redução na alocação de recursos para a área social. Assim, configurou-se um desajuste social (SOARES, 2009, p. 21-22), num momento em que houve um aumento na demanda por bens e serviços coletivos por parte da população expulsa do mercado formal de trabalho e, conseqüentemente, um aumento do desemprego estrutural.

Essas questões, entre outras, refletiram e influenciaram no rearranjo da Política Nacional sobre Drogas, que passou a ser orientada pelo princípio da responsabilidade compartilhada, além de adotar, como estratégia, a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos. “Sabe-se que questões complexas, como o uso de drogas, trazem consigo diversas concepções e tentativas de compreensão, sendo algumas complementares, outras paradoxais” (COSTA *et al.*, 2017, p. 746). É nesse sentido que se aponta para o esforço ou o limite de se problematizar e ampliar, num campo de disputas, a referida política, suas ações práticas e as conseqüências para os usuários de drogas no país.

Segundo Fonseca e Bastos (2012), o avanço da criminalidade associado ao tráfico de drogas e as complexas relações existentes entre situações de risco e consumo de drogas, principalmente o crack, têm imposto desafios cada vez maiores que exigem respostas eficazes do governo e da sociedade. Para esse enfrentamento, é preciso convergir esforços de diferentes segmentos na construção de alternativas que extrapolem as ações repressivas e considerem os diversos componentes associados aos problemas decorrentes do consumo de crack e outras drogas.

Observa-se, portanto, na sociedade brasileira, que, diante do contexto acentuado de vulnerabilidade social crescente e da situação de precarização dos serviços e subfinanciamento das políticas existentes nos campos da educação, da segurança pública e da saúde da população mais desfavorecida de investimentos públicos, e especialmente daquelas que vivem nas periferias das grandes cidades, em particular dos usuários de drogas lícitas e ilícitas, faz-se necessária uma política de Estado que seja capaz de agregar a atenção a todas essas deficiências existentes e impostas, o que certamente se constituiria num importante elemento de resolubilidade dessa questão.

Portanto, devido à pressão de setores conservadores e a propagação de uma mídia alarmista e sensacionalista, cria-se o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, através do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, pelo Governo Federal, dando uma resposta governamental a esses setores em particular. Todavia, via-se o propósito de promover uma articulação intersetorial em um cenário de completo pânico social relacionado ao uso crescente de crack, interpretado como epidemia. Constatava-se, também, a grande fragilidade estrutural existente, haja vista as lacunas e baixa cobertura das poucas ações estatais e serviços públicos pensados em favor dos usuários de drogas.

Esse plano objetivava desenvolver um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como o enfrentamento do tráfico em parceria com estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil, visando à redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias junto à população (BRASIL, 2013).

No ano de 2011, o Governo Federal lançou o Programa intitulado “Crack, é possível vencer”, que buscava prevenir o uso e promover atenção integral ao usuário de crack, bem como enfrentar o tráfico de drogas. O mesmo apontava para ações específicas, como aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção

aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas e promover ações de educação, informação e capacitação (BRASIL, 2013).

O referido programa, portanto, reunia diversas ações que envolviam diretamente as políticas de saúde, assistência social e segurança pública, e, de forma complementar, ações de educação e de garantia de direitos. Propunha-se uma rede de cuidados composta por diversos serviços e equipamentos que ofereceriam ações distintas para necessidades diferentes.

Dessa forma, no campo da saúde, estas podem ser caracterizadas por três tipos de modelos e/ou abordagens aos usuários de drogas, segundo Marlatt (1999), sendo: moral/criminal; modelo de doença e a redução de danos.

O primeiro e o segundo modelos têm sintonia com o paradigma proibicionista, enquanto o terceiro tem a ver com o paradigma antiproibicionista. Percebe-se certa aproximação entre os modelos de políticas públicas apresentados por Marlatt e os paradigmas asilar e psicossocial, que foram problematizados por autores do campo da Reforma Psiquiátrica e que podem manter as políticas públicas sustentadas em uma lógica que aprisiona, reprime e isola o sujeito que faz uso de drogas a um modelo pautado na ideia de exclusão como forma de tratamento e de suposto cuidado e um outro modelo que se sustenta na relação entre as drogas e os contextos e promove rompimento com estigmas, que é o modelo da RD e psicossocial (TEIXEIRA *et al.*, 2017, p. 1457).

Contudo, cabe registrar que a política pública de saúde com foco na atenção aos usuários de álcool e outras drogas vem, desde 2003, construindo políticas próprias para esse segmento, tomando por base a estratégia de redução de danos e o modelo de atenção psicossocial. Assim, temos um conjunto de normativas nessa perspectiva, tais como aponta Teixeira *et al.* (2017):

- Portaria GM/MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, que estabelece o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD), tomando como referência o documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de AD”, de 2003, que adota a RD como estratégia de intervenção prioritária. É contrária à internação de usuários de álcool e drogas em hospitais psiquiátricos normatizando as internações hospitalares de curta permanência e propõe a integração entre os serviços e níveis de atenção à saúde;
- Portaria GM/MS nº 1.028, de 1º de julho de 2005, que regulamenta ações que visam à RD decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, definindo as ações de RD com disponibilização de insumos para prevenção de HIV e hepatites;
- Portaria GM/MS nº 1.190, de 4 de junho de 2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), normatizando os Consultórios de Rua (CR) como uma das estratégias do plano na área de saúde mental, que visa diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção e tratamento por meio de respostas intersetoriais efetivas;
- Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS) para ampliação do acesso à atenção psicossocial aos pontos de atenção da rede e incluindo as urgências.

É nesse sentido que a RAPS (BRASIL, 2011) é compreendida como um leque de ofertas de serviços e dispositivos assistenciais. Nesse leque, há os localizados na

atenção básica, que articulam ações específicas para o público usuário de drogas, com estratégia de RD, como as equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF), com o apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e as Equipes dos Consultórios de/na Rua (ECR). Há, também, os equipamentos estratégicos da atenção psicossocial para o atendimento desse público, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSAD)¹, tanto os do tipo II como os do tipo III (24 horas). Esses últimos compõem-se de alguns leitos em resposta à crise, são referências para as Unidades de Acolhimento (UA) para o público adulto (UAA), e desenvolvem apoio matricial às equipes da ESF para esse público em seus territórios. Por fim, existem os serviços hospitalares de referência com leitos de atenção integral de saúde mental e drogas, sejam esses em hospitais gerais ou especializados.

A assistência social, apesar de não apresentar um leque tão amplo como o da saúde, conta com equipamentos que podem atuar desde a prevenção, como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), até o atendimento especializado, nos casos em que há violação de direitos associada ao uso de drogas, como o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Também, há a disponibilização de vagas para acolhimento de usuário em Comunidades Terapêuticas (CT)², devidamente cadastradas junto à Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas (SENAD). Desse modo, existe a possibilidade de diferentes combinações dos serviços e equipamentos disponíveis, vislumbrando construir

- 1 Esclarece-se que os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI) também atendem a esse público de uso prejudicial de drogas, restringindo-se a faixa etária de sua institucionalidade. Em decorrência disso, frente a essa demanda relacionada com o uso de drogas, instituem-se as Unidades de Acolhimento Infantil (UAI), sendo os CAPSI como retaguarda. Portanto, tanto os CAPSAD como os CAPSI atendem a esse público infanto-juvenil em decorrência do uso de drogas. No município de São Paulo, ainda, a gestão anterior criou os denominados CAPS IJ (Infanto-juvenil) para ampliar a caracterização da clientela para além do infantil.
- 2 Cabe sinalizar que essas instituições também se incluem na RAPS, no componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório, denominadas Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório.

uma rede que atenda às dimensões e necessidades dos usuários de crack e outras drogas.

Em relação ao papel do Estado brasileiro na contemporaneidade, algumas questões têm se colocado, em particular, com a ascensão e afirmação das políticas de ajuste neoliberal a partir do final de 1980, e acentuadas nos últimos anos, na medida em que a proposta do grande capital tem como vetores privilegiados a tendência à privatização e à formação do cidadão consumidor.

Assim, as conseqüências desse reordenamento político e econômico se relacionam com a redução da atuação do Estado e a ampliação do mercado (MOTA, 2008). O contexto apresentado se complementa, no dizer de Soares (2009), com o fato de as políticas de ajuste neoliberal no Brasil terem evidenciado os efeitos da pobreza no país. Assim, a política social passa a ter um caráter residual ou assistencial, com o incentivo governamental às iniciativas do chamado terceiro setor, que obteve grande crescimento da década de 1990 em diante.

Contudo, diante do crescente aumento do uso de substâncias psicoativas e dos grandes custos sociais decorrentes desse aumento, o Estado tem sido chamado a responder essa expressão da questão social com políticas públicas direcionadas ao público-alvo. Assim, com o considerável aumento do consumo de drogas, em especial o álcool, o Estado tem adotado medidas mais eficazes ao encarar esse aumento como um problema social. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem, de forma abusiva, substâncias psicoativas, independentemente do grau de escolaridade, sexo, idade e classe social. Como afirma Andrade (2011), essa é uma das expressões da questão social e um problema de saúde pública.

São muitos os problemas relacionados ao consumo de drogas, principalmente sobre a saúde, a saúde mental e o contexto socioeconômico e cultural de seus

usuários. Por isso, faz-se necessária a construção de políticas públicas adequadas e pautadas na ótica da construção de serviços e dispositivos estratégicos de saúde, assim como a garantia de um processo amplo de reabilitação psicossocial desses usuários.

A política pública, centrada exclusivamente na internação, não se relaciona com o universo dos usuários de drogas e, por isso, os processos terapêuticos ficam incompletos. É necessário, portanto, que sejam desenvolvidas ações de atenção integral com assistência médica, psicológica e social, e que possibilitem, minimamente, a garantia de direitos desses usuários.

Pautado nesse contexto, Vinadé (2009) nos afirma que “pensar a Redução de Danos é pensar práticas em saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem sua qualidade de vida” (VINADÉ, 2009, p. 64).

A abordagem da estratégia de Redução de Danos oferece um caminho promissor, surgindo como uma alternativa, sendo, portanto, não excludente em relação a outros e, por conseguinte, não deve limitar-se ao campo da saúde, mas se estender à assistência social, educação, justiça e tantos outros. Principalmente porque essa política reconhece cada usuário em sua singularidade, traçando, com ele, estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida.

Recentemente, o governo golpista e ilegítimo de Michel “Fora Temer” (2016-2018) apresentou e foi aprovada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 14 de dezembro de 2017, a Resolução nº 32, que reformula a RAPS, incluindo um novo dispositivo assistencial para o campo das drogas, o CAPSAD IV, que funcionará 24h com equipes multiprofissionais e que serão localizadas em regiões metropolitanas (acima de 500 mil habitantes) próximas às “cracolândias”. Contudo,

ressalta-se que o atual coordenador nacional da saúde mental, sem debater com a instância deliberativa do Conselho Nacional de Saúde (CNS), instituiu a Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que, se respaldando na aprovação da CIT, altera a RAPS. Além de incluir o dispositivo assistencial já mencionado, adiciona também, com lógica médico-manicomial: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas, Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico Especializado e Hospital Dia. Assim, esse conjunto de ações políticas foi questionado pelo plenário do CNS, estando a referida Portaria em questão.

Em outra ocasião, mas com a mesma intenção, golpe, foi apresentada e aprovada uma proposta que endurece a nova política de drogas no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), em 1º de março de 2018, instituída pela Resolução nº 01/2018.

A proposta tem autoria do atual chefe do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, Osmar Terra³, médico-psiquiatra, defensor das Comunidades Terapêuticas e da lógica das internações forçadas e crítico ao modelo de redução de danos no combate às drogas. Para ele, a política sobre drogas deve ser orientada para a abstinência, ou seja, que o consumo seja absolutamente proibido e que as ações do governo se concentrem em pesquisar e tratar a dependência química ou psicológica.

3 O referido ministro, como Deputado Federal pelo PMDB-RS, em 2010, foi autor do PL nº 7.663/2010, atualmente PLC nº 37/2013 em tramitação no Senado Federal, que ameaça reconduzir o Brasil ao início do século xx ao intensificar a fracassada “guerra às drogas”, com foco na abstinência, nas internações compulsórias, no aumento da pena para o tráfico e nas Comunidades Terapêuticas – uma fusão de manicômios, prisões e conventos – uma instituição total, no sentido *goffmaniano*. Portanto, de certa forma, o conteúdo do seu PL é a nova Resolução do CONAD que reformula o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas. É um golpe dentro do golpe, já que o mesmo votou a favor do *impeachment* de Dilma Rousseff e, em agosto de 2017, votou pelo arquivamento da denúncia de corrupção passiva do presidente Michel Temer, cujo índice de aprovação é o pior de um presidente desde a ditadura militar.

Tal proposta demonstra claramente o despreparo e ilegitimidade desse governo que não respeita minimamente o direito de escolha de seu usuário. A Política Nacional de Drogas, que vinha assumindo uma postura em favor da política de redução de danos por entender que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, agora constitui-se como resistência, como num passado remoto, no campo da atenção e cuidado aos usuários.

Dessa forma, entende-se que se faz necessário proporcionar, ao usuário, uma educação em direitos humanos sobre drogas, que lhe permita autonomia para fazer suas próprias escolhas, sendo esse um grande desafio. Além disso, tratando-se de seres humanos, temos que necessariamente lidar com as singularidades e com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde em qualquer nível de ocorrência devem levar em conta tal diversidade. Precisam acolher sem julgamentos cada situação, cada usuário, o que é possível e o que é necessário, o que está sendo demandado e o que pode ser ofertado, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como tentamos aqui problematizar, todo o esforço de construção de uma política de drogas no Brasil, que se deslocou do cunho criminal e patológico para uma perspectiva de autonomia e pela abordagem da redução de danos junto às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, apontou, nesse percurso, para diversos modelos assistenciais a depender de suas políticas, interesses, lógicas e contextos.

A partir da análise crítica empreendida, podemos afirmar que, apesar de se ter implementada uma rede de serviços assistenciais para esses usuários, mediante políticas e serviços com perspectivas psicossocial, territorial, intersetorial e de

garantia de direitos, não se observam mudanças efetivas. Desde o final de 2010, a então ação colaborativa, impetrada de forma articulada pelas pastas e setores da administração pública federal, em resposta do Estado brasileiro ao fenômeno do crack, veio aos poucos dando espaço de governabilidade na esfera pública aos setores conservadores e moralistas, que hoje tomam de assalto. Como evidência, aponta-se a conjuntura de crise política, que se estabeleceu a partir de 2015-2016, em grandes retrocessos para o campo das drogas, seja na nova política de saúde mental como na nova política de drogas.

Assim, é desafio de todos os trabalhadores do referido campo público e político, como seus usuários e familiares, estarem “atentos e fortes” para o endurecimento de tais políticas e as consequências nefastas para a atenção e o cuidado, os rearranjos dos modelos assistenciais e o policiamento das redes. Portanto, resistir é preciso, mas não de forma insolada e individual. Essa resposta é coletiva. Apreendeu-se com a história que as disputas e a correlação de forças atropelam, mas com o tempo constroem coisas belas.

Referências

- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *In: Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov., 2009.
- ANDRADE, Tarcísio M. de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, dez., 2011.
- BRASIL. **Decreto nº 7179, de 20 de abril de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm#:~:text=DECRETA%3A,crack%20e%20outras%20drogas%20il%C3%ADcitas. Acesso em: 20 jun. 2019.
- BRASIL. **Lei Federal nº 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1976]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.
- BRASIL. **Lei Federal nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2006]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 jun. 2019.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Capacitação para comunidades terapêuticas** – Conhecer para cuidar melhor: Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas. Brasília: SENAD, 2013.
- BRITES, Cristina Maria. Política de Drogas no Brasil: usos e abusos. *In: BOKANY, Vilmá (Org.). Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça proximidades e opiniões*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.
- COSTA, P. H. A. da; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. No papel é bonito, mas na prática Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. *In: Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 26, n. 3, p. 738-750, 2017.
- FONSECA, Elize Massard; BASTOS, Francisco Inácio Bastos. Os Tratados Internacionais Antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. *In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio Soares (Orgs.). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

- GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *In: Psicologia & Sociedade*, v. 20, n. 2, p. 257-266, mai.-ago., 2008.
- MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. 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**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set., 2007.
- MARLATT, G. A. **Redução de danos**: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed; 1999.
- MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 2008.
- RONZANI, Telmo Mota. **Ações integradas sobre drogas**: prevenção, abordagens e políticas públicas. Juiz de Fora, Ed. UFJF, 2013.
- SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 3. ed., São Paulo: Cortez, 2009.
- TEIXEIRA, M. B.; RAMÔA, M. de L.; ENGSTROM, E.; RIBEIRO, J. M. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, mai., 2017.
- VAISSMAN, Magda; RAMÔA, Marise; SERRA, Artemis Soares Vioti. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 32, n. 78/79/80, p. 121-132, jan.-dez., 2008.
- VINADÉ, Thaiani Farias. Redução de danos na atenção primária à saúde: construindo a potência do encontro. *In: MINOZZO, Fabiane; FRANÇA, Samantha Pereira (Orgs.). A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde*: módulo 07. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.
- WANDEKOKEN, Kallen Dettmann; VICENTE, Creuza Rachel; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Alcoolismo parental e fatores de risco associados. **SMAD – Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 161-167, dez., 2011.