



Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Ciências Humanas - IH
Departamento de Serviço Social - SER

Rayane Fernandes de Andrade

**O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO DISTRITO FEDERAL: reflexões
sobre as políticas públicas elaboradas para seu enfrentamento**

Brasília
2017

Rayane Fernandes de Andrade

**O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO DISTRITO FEDERAL: reflexões
sobre as políticas públicas elaboradas para seu enfrentamento**

Trabalho apresentado à Universidade de Brasília para avaliação da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ma. Liliam dos Reis Souza Santos

Brasília

2017

Rayane Fernandes de Andrade

**O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO DISTRITO FEDERAL: reflexões
sobre as políticas públicas elaboradas para seu enfrentamento**

Trabalho apresentado à Universidade de Brasília para
avaliação da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso
como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel
em Serviço Social.

Brasília, 18 de agosto de 2017

Orientadora

Profa. Ma. Liliam dos Reis Souza Santos

Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília

Examinadora interna

Profa. Dra. Camila Potyara Pereira

Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília

Examinadora Externa

Assistente Social Ma. Claudia Regina Merçon de Vargas
Hospital Universitário de Brasília

*Dedico este trabalho a Nossa Senhora da Conceição
Aparecida, que me amparou e floriu o meu caminho
para que eu pudesse chegar até aqui.*

Agradecimentos

Agradeço sempre e em primeiro lugar a Deus, pois sem Ele nada seria possível. Em meio aos caminhos que causaram sofrimento pude sentir que veio dEle a força necessária para que eu pudesse prosseguir. Para mim, nada é maior do que nossa relação que contém o mais profundo amor.

Agradeço a minha família, mas de uma forma ainda mais especial a minha mãe, que não poupou esforços para minha criação, não há ninguém no mundo que me traga mais inspiração para ser uma pessoa honesta, esforçada e dedicada. Daqui em diante todas as minhas conquistas serão para ela.

Lembro-me bem da realização do sonho que foi ingressar na Universidade de Brasília, não tenho dúvidas que essa trajetória me proporcionou diversas mudanças e por isso passo a olhar para o mundo e para as pessoas de uma forma diferente, atribuindo valor e respeitando a liberdade e individualidade de cada uma delas. E isso somente foi possível mediante a construção de um aprendizado dentro e fora das salas de aula por meio de todos os meus professores. Por isso, devo a eles a minha mais sincera gratidão.

Contudo, de uma forma singular agradeço a minha orientadora Liliam dos Reis que soube me compreender nos momentos de incerteza e dor, sem ela o fim desse processo não teria sido exitoso, pois verdadeiramente me senti amparada e fortalecida. Sempre soube que Deus faz o melhor na vida de cada um de nós e os encontros que nos transformam veem dEle e por isso tenho a certeza que os nossos caminhos se cruzaram no momento certo.

Também agradeço a disponibilidade da Profa. Dra. Camila Potyara e da assistente social Ma. Claudia Regina, que se dispuseram a participar da minha banca examinadora e dessa forma contribuir com esse trabalho.

Por fim, agradeço a todos os amigos e as pessoas especiais que fizeram e fazem parte da minha história. Sou a pessoa que sou hoje por todas as experiências construídas e divididas ao longo da vida.

Hoje sei que os momentos ruins nos trazem aprendizado e amadurecimento, porém não deixo de dar ênfase há todos os instantes que me fizeram profundamente feliz, pois quando me recordo de cada um deles continuo a acreditar que todos os meus maiores sonhos podem se tornar realidade.

Obrigada.

Resumo

Este trabalho buscou identificar as políticas públicas de enfrentamento do uso de álcool e outras drogas no Distrito Federal no âmbito da política de saúde. Neste sentido, a pesquisa procurou compreender como o uso de drogas se tornou um fenômeno e um desafio para a saúde pública ao ponto de exigir medidas interventivas por parte do Estado. As questões específicas foram voltadas para a contextualização do processo histórico de saúde no Brasil com ênfase na política de saúde mental; para a contextualização dos processos sociais que envolvem o uso de drogas e as ações de saúde desenvolvidas em vista ao seu enfrentamento considerando as abordagens proibicionistas e as de saúde pública; e para o mapeamento dessas ações no âmbito do Distrito Federal. Além da pesquisa teórica realizou-se uma pesquisa documental com base nos seguintes documentos: Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; Comitê de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; Mapeamento e Identificação das Metodologias das Instituições de Tratamento e Reinserção Social de Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas no Distrito Federal. Os resultados dessa pesquisa demonstraram que a trajetória da política de saúde no Brasil apresenta mecanismos de enfrentamento ao uso de drogas que são baseados tanto na vertente proibicionista como num modelo mais progressista que é o da saúde pública. E, no que tange a realidade do Distrito Federal, os documentos pesquisados revelaram que o tratamento ofertado por comunidades terapêuticas está assemelhado a práticas de cunho proibicionista, enquanto a atuação dos Caps-Ad são dispositivos estratégicos da saúde pública que contribuem para a redução dos danos do uso das drogas, ao mesmo tempo em que atuam para a inclusão social dos indivíduos que se encontram em situação de dependência. Contudo, constatou-se que essas instituições são insuficientes frente às demandas, pois no Distrito Federal existem apenas sete Caps-Ad e isso é um fator determinante para o acesso de pessoas que dependem desse tipo de serviço. Portanto, cabe ao Governo do Distrito Federal atuar de modo a ampliar esse serviço, pois o Caps é a principal estratégia da reforma psiquiátrica brasileira no cuidado à saúde mental.

Palavras-chave: Saúde; Drogas; Políticas Públicas; Distrito Federal.

Abstract

This work sought to identify public policies confronting the consumption of alcohol and drug in the ambit of the health policy in Distrito Federal. In this respect, the research pursued to comprehend how the alcohol and drugs abuse has become such a phenomenon and a challenge for the public health system that demands intervention measures from the state. The specific questions were focused on contextualizing the historical process of health in Brazil with emphasis on the mental health policy; on contextualizing social processes that encompass the consumption of drugs and other health actions with view to its combat, taking into account the prohibitive and public health approaches; and on mapping actions within Distrito Federal. Besides the theoretical research, a documental exploration was carried out, based on the following documents: the District Plan to Combat of Crack and Other Drugs; the Committee of Combat of Crack and Other drugs; the Mapping and Identification of the Methodologies of Institutions for the Rehabilitation and Resocialization of Users of Alcohol, Crack, and other Drugs in Distrito Federal. The results of this research have demonstrated that the path followed by policy of health in Brazil consists of mechanisms to combat drugs abuse based on the prohibitive approach as well as on the progressive one, which is that of the public health system. Moreover, so far as the reality of Distrito Federal is concerned, the explored documents have revealed that the treatment offered by therapeutic communities is associated with practices of prohibitive line, whilst the action of Caps-Ad are strategical mechanisms of public health that contribute to the reduction of harm caused by the consumption of drugs, at the same time that it works for the social inclusion of users. However, it has been concluded that those institutions have not been enough to the demand, for there exist only seven Caps-Ad in Distrito Federal; this is a decisive factor for the access of people who depend on the service. Therefore, it is up to Distrito Federal's Government to act so as to extend/strengthen the service offer as Caps is the main strategy of the Brazilian Psychiatric Reform concerning mental health.

Keywords: Health; Drugs; Public Policy; Distrito Federal.

Lista de abreviaturas e siglas

AA - Alcoólicos Anônimos
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAT - Casas de Acolhimento Transitório
CDCA - Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente
CEBES - Centro Brasileiro de Saúde
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CONAD - Conselho Nacional Antidrogas
CONEN-DF - Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal
CONFEN - Conselho Federal de Entorpecentes
CORD - Coordenação de Repressão às Drogas da Polícia Civil
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRPSP - Conselho Regional de Psicologia de São Paulo
CT - Comunidades Terapêuticas
DF - Distrito Federal
DRU - Desvinculação da Receita da União
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EJA - Educação de Jovens e Adultos
ESF - Equipes de Saúde da Família
ESF - Estratégia Saúde da Família
EUA - Estados Unidos da América
FEBRACT - Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FEDP - Fundações Estatais de Direito Privado
GDF - Governo do Distrito Federal
IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPAD - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAFTA - Núcleo de Apoio à Família do Toxicômano e Alcoólatra
NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NATA - Núcleo de Apoio ao Toxicômano e Alcoólatra
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONGs - Organizações Não Governamentais
ONU - Organização das Nações Unidas
OS - Organizações Sociais
OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS - Organizações Sociais de Saúde
PRD - Programas de Redução de Danos
PSE - Programa Saúde nas Escolas
RIDE - Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno
SEDESTMIDH - Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos
SEJUS - Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania
SENAD - Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SES - Secretarias de Saúde
SIDPD - Sistema Distrital de Política sobre Drogas
SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SPE - Saúde e Prevenção nas Escolas
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde
VEPEMA - Vara de Execuções das Penas e Medidas Alternativas

Sumário

Introdução: Sobre a pesquisa	11
1. Contextualização e problematização da pesquisa.....	11
2. Objetivos.....	12
3. Justificativa.....	12
4. Metodologia.....	13
Capítulo I: O processo histórico da saúde no Brasil	15
1.1. Resgate histórico: A trajetória da saúde no Brasil	15
1.2. O desenvolvimento da política de saúde a partir da década de 1990	21
1.3. Política de saúde mental	24
1.4. A Reforma Psiquiátrica brasileira	27
Capítulo II: O uso de álcool e outras drogas.....	32
2.1. A historicidade do consumo de drogas e sua expansão na sociedade capitalista	32
2.2. A vertente proibicionista no combate às drogas numa perspectiva mundial.....	36
2.2.1. <i>O uso de drogas no Brasil</i>	40
2.2.2 <i>Políticas públicas de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas no Brasil</i>	44
2.3. Mecanismos de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas	48
2.3.1. <i>Prevenção</i>	48
2.3.2. <i>Mecanismos de tratamento ao uso de álcool e outras drogas</i>	50
2.3.3. <i>Redução de Danos</i>	50
2.3.4. <i>Comunidades Terapêuticas</i>	52
2.3.5. <i>Internação Compulsória</i>	53
Capítulo III: As políticas públicas do Governo do Distrito Federal referente ao enfrentamento do uso de álcool e outras drogas.....	56
3.1. O uso de álcool e outras drogas no Distrito Federal e as políticas públicas elaboradas para seu enfrentamento.....	56
3.2. Plano distrital de enfrentamento ao crack e outras drogas	59
3.2.1 <i>Prevenção</i>	61
3.2.2 <i>Tratamento/Reinserção Social</i>	63
3.2.3 <i>Capacitação</i>	64

<i>3.2.4 Mobilização Social</i>	65
<i>3.2.5 Pesquisa</i>	66
<i>3.2.6 Redução da Oferta</i>	67
3.3. Mapeamento e Identificação das Metodologias das Instituições de Tratamento e Reinscrição Social de Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas no Distrito Federal.....	67
<i>3.3.1 Perfil dos dirigentes das instituições e Perfil das Instituições</i>	69
<i>3.3.2 Tipificação do tratamento</i>	74
4. Análise do trabalho	79
Considerações finais	83
Referências	85

Introdução: Sobre a pesquisa

1. Contextualização e problematização da pesquisa

O consumo de álcool e outras drogas não é uma ocorrência da sociedade atual. Pelo contrário, a história revela que desde a antiguidade já existiam povos que faziam uso de substâncias como a papoula e o ópio¹ para sentirem prazer ou para a associação com práticas culturais e religiosas. Com o decorrer dos anos, o uso se estendeu para outras drogas, como por exemplo, o álcool, que é considerado desde então a droga com o maior índice de consumo na trajetória da humanidade.

Outro fator determinante ligado ao consumo de álcool e outras drogas se encontra no desenvolvimento da sociedade capitalista, uma vez que o tráfico de droga passou a ser um negócio que expandiu a economia mercantil. E, nesse período, a droga também esteve presente em meio à classe operária inglesa do século XIX, pois o consumo de álcool nesse momento era um dos poucos recursos encontrados por esses operários para ajudar a suportar a exaustiva jornada de trabalho.

Atualmente, o uso de drogas remete a uma problemática mundial, pois essas substâncias se disseminaram e por isso causam efeitos cada vez mais devastadores, principalmente na saúde de seus usuários. E, em vista disso tornaram-se necessárias medidas interventivas no âmbito da saúde pública para o enfrentamento dessa questão.

No Brasil, as práticas voltadas para essa finalidade estão ligadas aos resultados obtidos na saúde pública por meio de marcos importantes como: a Reforma Sanitária; a Reforma Psiquiátrica e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). E, no que se refere ao cuidado das pessoas que se encontram em situação de abuso de álcool e outras drogas, dispõe-se de mecanismos como: a política de saúde mental, a criação de legislações por parte do Ministério da Saúde e a atuação mais efetiva dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD).

Neste sentido, é possível identificar que o tema desse trabalho é de grande relevância para a sociedade atual, para a intervenção política do serviço social como profissão e para uma ampliação dessa discussão no âmbito acadêmico.

E, por isso, as questões que embasaram essa pesquisa, foram: quais seriam as políticas públicas de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas no Distrito Federal no campo da

¹ Originário do Oriente médio e introduzido pelos árabes na Índia e na China é derivado da palavra grega que significa “suco”, e é extraído do fruto da papoula podendo ser fumado, ingerido ou injetado causando exagerada dependência. (JANSEN, 2007)

política de saúde? Como essas políticas atuam de modo à superação dessa problemática? Tais medidas de intervenção colaboram para proporcionar práticas progressistas em relação o controle do consumo de substâncias psicoativas?

2. Objetivos

O objetivo geral que constitui essa pesquisa se propõe em refletir como se estruturam as políticas públicas de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas no Distrito Federal, de modo a compreender se tais medidas colaboram para a redução do seu uso excessivo e prejudicial, e se contribuem para sua superação. Assim sendo, deste objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- I. Abordar o processo histórico de saúde no Brasil enfatizando a política de saúde mental.
- II. Analisar a historicidade e o uso de álcool e outras drogas e as práticas e ações em saúde desenvolvidas em vista ao seu enfrentamento.
- III. Mapear as ações políticas adotadas no Distrito Federal para o enfrentamento dessa questão no campo da saúde.

3. Justificativa

O anseio de estudar sobre o tema dessa pesquisa se deu por meio da experiência adquirida no decorrer do estágio realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III Candango (CAPS AD III), que proporcionou a compreensão da prática profissional do assistente social, no que se refere ao tratamento de saúde mental a partir da observação das práticas institucionais que visam auxiliar o tratamento dos usuários desse serviço, possibilitando meios para o enfrentamento das questões que decorrem do uso de álcool e outras drogas.

As ações do CAPS estão de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e reforça as ações que substituem o modelo assistencial hospitalocêntrico por redes de atenção especializadas extra hospitalares que visam a redução de danos, que se define como um conjunto de medidas de saúde com o objetivo de diminuir as consequências do uso e da dependência de substâncias psicoativas, traçando planos terapêuticos pertinentes às necessidades de cada usuário. Na perspectiva de reforçar a importância dessas instituições para o enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas é que o trabalho se estruturou.

Além do que, a discussão sobre o uso de álcool e outras drogas é de grande relevância uma vez que está presente na sociedade atual e se tornou uma problemática em que se buscam ações e estratégias para sua superação. Na busca de aprofundar esse debate e na defesa de ações interventivas de cunho progressista é que o trabalho pretende contribuir.

Este Trabalho de Conclusão de Curso busca fortalecer e ressaltar a importância dos movimentos sociais ligados à política de saúde e à saúde mental, de acordo com os princípios do projeto ético-político do serviço social.

Também reitera-se a importância do trabalho pela abordagem referente à particularidade do Distrito Federal, em busca de apresentar as ações públicas desenvolvidas frente à esta demanda de saúde pública, por meio do levantamento das ações realizadas, no campo da saúde, buscando dar visibilidade às práticas desenvolvidas frente ao consumo de substâncias psicoativas, e contribuir nas estratégias progressistas para o seu enfrentamento.

4. Metodologia

Os pressupostos metodológicos deste trabalho situam-se na teoria social crítica de Marx que parte da concepção de que o processo de construção do conhecimento e apreensão da realidade é complexo, relacional e dialético. Exige um direcionamento lógico e metodológico que oriente a investigação de forma coerente e fundada no mundo real, com visto a realizar uma investigação que desvende as determinações essenciais do objeto pesquisado, considerando as suas mediações, contradições e totalidade.

Cumprindo com a exigência de dar suporte ao método, foram adotados na investigação os seguintes procedimentos técnicos e instrumentais:

A adoção de recursos investigativos no campo teórico do objeto visando resgatar a produção científico-acadêmico sobre o mesmo, por meio da pesquisa bibliográfica, que realizou a seleção da literatura disponível sobre o tema, embasando todo o debate teórico realizado no trabalho.

Cumprindo com os objetivos do trabalho, definiu-se como abrangência da pesquisa as ações em saúde frente ao uso de álcool e outras drogas desenvolvidas pelo governo do Distrito Federal, por meio da realização de uma pesquisa documental, tendo por base os seguintes documentos: Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; Comitê de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; Mapeamento e Identificação das Metodologias das Instituições de Tratamento e Reinserção Social de Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas no Distrito Federal realizado pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal -

CODEPLAN. Ademais, também foram fontes de pesquisa legislações; textos, livros e periódicos especializados; reportagens na mídia e relatórios.

Por meio dessa investigação foi realizada uma análise quantitativa em vista de identificar e mensurar, nesses documentos, as ações desenvolvidas ao enfrentamento do uso de álcool e outras drogas, na área da saúde. Também foi realizada uma abordagem qualitativa frente aos dados quantitativos em vista de refletir sobre a direção valorativa das ações interventivas realizadas ao objeto de pesquisa no campo da saúde. Segundo Minayo (2001, p. 22) “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos [...] não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

Assim, a presente pesquisa foi dividida em três capítulos. O capítulo I discorreu sobre o processo histórico e o desenvolvimento da saúde no Brasil, a estruturação do Sistema Único de Saúde e os desafios atuais que o mesmo enfrenta. O capítulo também deu ênfase na saúde mental, abordando o movimento de reforma psiquiátrica e as práticas progressistas desenvolvidas por este setor frente ao adoecimento mental e às novas demandas, como o uso de álcool e outras drogas.

Já o capítulo II tratou sobre o uso de álcool e outras drogas abordando a historicidade dessa problemática, relacionando-o com a sociedade capitalista; as ações desenvolvidas pelo poder público em vista a essa questão, destacando as vertentes proibicionistas e progressistas, e as suas respectivas medidas interventivas.

No capítulo III é apresentado o mapeamento das ações interventivas no campo da saúde, adotadas pelo governo do Distrito Federal frente à problemática do uso de álcool e outras drogas, por meio da pesquisa documental. Inicialmente foi realizada uma abordagem histórica dessas ações no âmbito do Distrito Federal, depois são apresentados os dados pesquisados em cada documento, e, em seguida, a abordagem qualitativa frente aos resultados da pesquisa.

Por fim, na análise do trabalho e nas considerações finais dessa pesquisa foi possível identificar a importância de ações progressistas no campo da saúde pública brasileira no cuidado referente às pessoas que se encontram em situação de uso de álcool e outras drogas. Ademais, também se verificou a insuficiência de dispositivos como os Caps-Ad no que se refere ao território do Distrito Federal, já que esses estão ligados a uma nova perspectiva de tratamento que reduza danos ocasionados pelo uso de drogas.

CAPÍTULO I – O processo histórico da saúde no Brasil

1.1. Resgate histórico: A trajetória da saúde no Brasil

O processo de intervenção estatal referente à saúde no Brasil teve início no século XX, mais especificamente na década de 1930. É importante destacar, no entanto, que antes disso já havia indícios de ações interventivas de saúde voltadas para população brasileira, mas de cunho filantrópico e com poucas ações públicas que ocorriam por meio de campanhas limitadas.

Na virada do século XIX ao século XX vivencia-se o processo de industrialização brasileiro, desencadeando mudanças sociais advindas das relações de produção capitalista, que fomentaram a urbanização não planejada, e o afloramento de processos de adoecimento ligados ao trabalho, como epidemias que ameaçavam a nova ordem vigente, mas que também favoreceram a organização da classe trabalhadora na defesa de melhores condições de vida e trabalho.

As novas relações produtivas associadas ao histórico escravocrata, o amplo e desordenado processo de urbanização e a ausência histórica de um sistema de proteção social no Brasil, desencadearam processos de adoecimento e de insatisfação, que poderiam colocar em risco o desenvolvimento econômico do País. Em resposta a esses processos, o Estado passou a atender as demandas sociais e se redefiniu, passando a ofertar políticas sociais² segmentadas e pontuais, entre elas a saúde. Nesse sentido, a política de saúde estruturada no Brasil responde à desigualdade produzida pelo sistema. Como uma política social, essencialmente contraditória, tornou-se funcional para a manutenção do sistema, assim como para a classe trabalhadora.

De acordo com essas características desenvolveu-se a expansão do atendimento à saúde em todo o País, pautado em dois modelos: a assistência à saúde, voltada especialmente para a saúde pública com questões relacionadas à higiene e saúde do trabalhador; e outra por meio da medicina previdenciária, de cunho individual e corporativo.

A saúde pública surge como uma competência do Estado por meio de ações que visavam atender a coletividade. Para isso, as principais alternativas adotadas no período de 1930 a 1940, foram:

² As políticas sociais desenvolveram-se no contexto do capitalismo monopolista como uma resposta do Estado capitalista à desigualdade social (oriunda do processo de produção de riqueza capitalista, que, contraditoriamente, produz pobreza na mesma dimensão de riqueza) e aos seus desdobramentos sociopolíticos, a saber as lutas entre as suas classes essenciais, o capital versus o trabalho, que, são essencialmente contraditórias.

- ênfase nas campanhas sanitárias, interrompidas de 1930 a 1934 e que, a partir de 1935, constituíram-se no elemento central das ações em saúde pública no Brasil, com seu aspecto de vigilância, combate, utilizando-se de estratégias militares que tinham semelhanças com a “polícia médica” dos séculos XVIII e XIX;
- coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão de obra para as cidades;
- criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller);
- reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. (BRAGA; PAULA, 1986 apud BRAVO, 2013, p.132-133).

Já a criação da medicina previdenciária surge com outro objetivo, como nos mostra, Bravo (2013, p. 133):

A medicina previdenciária, que surgiu na década de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder a uma cobertura mais ampla.

Por conseguinte, a medicina previdenciária preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. Assim, organizou-se um sistema de saúde, cujo acesso, era:

Equivalente a um seguro de caráter compulsório, com financiamento advindo fundamentalmente da massa salarial. Aos que estavam fora do mercado de saúde, à assistência a saúde caberia somente a filantropia e as ações de caráter coletivo efetuadas pela saúde pública. (SANTOS, 2011, p. 96).

É importante ressaltar que a medicina previdenciária também tinha um papel importante na vida dos trabalhadores, pois, as condições de trabalho daquela época eram

desfavoráveis e a remuneração era baixa, e, diante disso, a previdência tornava-se essencial para o acesso a um serviço de saúde mais qualificado.

Contudo, a ampliação dessa assistência médica e da criação e expansão da previdência social brasileira somente se concretizaram por meio de grupos restritos de trabalhadores que estavam inseridos no mercado formal de trabalho, configurando-se como um sistema restrito e corporativo, incidindo na desmobilização da classe trabalhadora:

Na sua origem, a assistência médica pública não se constituiu em razão de objetivos universalistas e igualitários, e ao longo do tempo foram se desenvolvendo formas variadas de segmentação, que se traduziam na inserção em instituições de saúde diferentes. Uma das consequências dessa segmentação institucional foi a ausência de uma efetiva solidariedade entre os trabalhadores e de uma consciência de interdependência, de forma a constituir uma coletividade. (MENICUCCI, 2007, p. 59).

O período de 1945 a 1964 foi marcado por oscilações, pois até sobrevieram investimentos na saúde pública que resultaram em melhorias nas condições sanitárias, mas não foi possível eliminar de vez doenças infecciosas e parasitárias e combater a mortalidade em um modo geral. (BRAVO, 2006)

Por conseguinte, a partir dos anos de 1950 o que se tinha era uma estrutura privada de atendimento hospitalar com fins lucrativos que sinalizava para a formação de empresas médicas. E, por isso a associação dos médicos nesse momento era a mais estruturada e atuava de forma proporcional aos interesses capitalistas buscando pressionar o Estado para um financiamento da produção privada tendo em vista a privatização.

Esta tendência privatista se aprofundará com o advento da ditadura militar, que ao invés de resolver os problemas estruturais da saúde, os tornarão mais complexos, amplos e dramáticos:

Em face das [expressões da] “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (BRAVO, 2006, p. 6).

A saúde brasileira foi tomando outros contornos junto à ditadura militar, pois passou a ser vista como um negócio rentável, e, dessa maneira, ocorreu uma ascensão da saúde previdenciária contraposta a um declínio da saúde pública, de acordo com as seguintes características:

Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais [...] ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado

com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; criação do complexo médico-industrial, [...] interferência estatal a previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde [...] organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização médica. (BRAVO 2006b, p. 07 apud SANTOS, 2011, p. 98).

É, portanto, nesse período que se consolida a privatização da assistência médica no País. As ações de ampliação do acesso à assistência à saúde aos demais segmentos sociais que não estavam inseridos no mercado formal de trabalho, por meio do modelo previdenciário, desencadearam um incentivo estatal ao setor privado de saúde, uma vez que ocorre por parte do Estado maior investimento nesse setor em contraposição aos investimentos na estrutura da saúde pública.

Com efeito, é preciso ressaltar que é o próprio Estado agindo desse modo que fortalece o setor privado de saúde, já que foi a própria ação estatal que incentivou o crescimento e fortalecimento do setor privado e estagnou a rede pública.

Ainda no regime ditatorial, chegamos à década de 1980, e é nesse período que ocorreram grandes mobilizações por parte da sociedade brasileira em busca dos seus direitos, destacando a luta e o engajamento político. Ressalta-se nesse período o surgimento do movimento da reforma sanitária, que lutava em conjunto com a sociedade contra a ditadura militar a fim de obter mudanças na área da saúde.

Esse movimento travou diversos combates e lutas até conseguir alcançar seus objetivos. E, o resultado maior desses embates, foi assegurar a saúde como um direito de todos e dever do Estado, um avanço para os cidadãos brasileiros. Segundo Santos (2011, p. 102), a importância da reforma sanitária pode ser definida como:

Um movimento de contestação ao regime da época, atuando por meio da política de saúde e buscando a ampliação do conceito e da assistência à saúde, compreendendo-a não apenas no seu aspecto assistencial, mas como determinante para a melhoria das condições de vida e do bem-estar da população. É este movimento que vai exercer a mais considerável força a favor de uma política de saúde pública se contrapondo ao setor privado, tão fortemente articulado na realidade brasileira, numa disputa que permanece contemporânea.

Esse movimento soube tirar proveito do contexto político da época e das consequências da crise que se instalava no setor da saúde naquele momento. Suas ideologias estavam voltadas para a democratização da saúde e para a diminuição das desigualdades existentes. O Movimento de Reforma Sanitária, por se estruturar como movimento que

buscava um novo modelo de sociedade e de Estado, incorporou a luta de movimentos sociais pela saúde.

Além disso, a saúde nessa década contou também com a participação de outros protagonistas da sociedade civil que tinham como objetivo fortalecer a discussão sobre as necessidades da população e as propostas governamentais que se atentassem a elas. Dessa forma, nos mostra Bravo:

Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público; [...] os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2006, p. 8-9).

O movimento da reforma sanitária teve como principal propagador de suas ideologias o Centro Brasileiro de Saúde (CEBES), e como buscava redefinir as diretrizes para uma reforma na saúde brasileira, pôde ampliar suas discussões na 8ª Conferência de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília – Distrito Federal, que tinha por finalidade propor um novo modelo de saúde no Brasil e reconhecer essa política como direito de todos e dever do Estado.

Em vista disso, conclui-se que o Movimento de Reforma Sanitária, sem dúvida, trata-se de um marco na história da saúde no Brasil e é parte de um movimento maior em prol de um modelo novo de sociedade.

Finalmente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 se obteve o resultado dessas lutas e mobilizações sociais e a partir disso se dispõe que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”, garantida mediante políticas públicas e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Ademais, a Constituição Federal trouxe diversos avanços em relação à saúde no Brasil e mostrou-se coerente com as reivindicações apresentadas pelo movimento sanitário, como podemos constatar por meio dos itens abaixo que demonstram os principais aspectos aprovados:

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;

- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no Sistema Único de Saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contato direto público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA, 1989, p.50-51 apud BRAVO, 2006, p.10-11).

Contudo, também é importante apontar que não se tornou possível atender a todas as demandas que foram reivindicadas, principalmente as que tratavam da relação empresarial e de setores do próprio governo, como nos relata Bravo (2006, p.11):

As questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina. Com relação aos medicamentos, há apenas uma alusão à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção. A saúde do trabalhador em locais comprovadamente insalubres, bem como, de ter informações sobre toxicidade dos produtos manipulados.

Diante disso, a criação do SUS é resultado da luta dos movimentos sociais em prol da democracia e se torna uma política pública no contexto da Constituição Federal. Ele é fruto das lutas sociais. “O SUS é uma conquista histórica do povo, podendo ser considerado a maior política pública gerada da sociedade e que chegou ao Estado por meio dos poderes legislativo, executivo e, progressivamente judiciário.” (PAIM, 2008, p.96).

Pautado nos princípios da dignidade da pessoa humana; do direito social – condição da cidadania; universalidade – para todos; igualdade – assistência sem preconceitos ou privilégios; equidade entre outros, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi regulamentado pelas Leis: nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de dezembro de 1990. Contudo, a sua implementação na década de 1990 no contexto de redemocratização, enfrentou muitos entraves, como veremos no item a seguir.

1.2. O desenvolvimento da política de saúde a partir da década de 1990

Por consequência dos constantes conflitos travados entre os interesses da esfera pública e privada, a política de saúde foi sendo instituída de maneira contrária a que se previa, pois houve dificuldade na inserção dos direitos referentes à igualdade e universalidade. Além disso, o País estava inserido em um contexto neoliberal, onde se predominava a classe política conservadora e elitista e isso afastava os princípios do movimento da reforma sanitária.

Mesmo diante da desvantagem, a luta pela efetivação de uma política de saúde efetivamente pública continua ainda que tenha que enfrentar estes e outros desafios no contexto pós-constituição.

A efetivação do SUS enfrentou percalços em sua trajetória, pois um fator essencial como o seu financiamento que deveria ser feito por parte do Estado foi negligenciado e isso acarretou no não desenvolvimento dos serviços da rede pública de saúde.

Por conseguinte, a esfera dos serviços privados passa a se estruturar independente de suas relações com o Estado e se amplia de modo a conquistar novos mercados. Com isso, a situação da saúde pública se torna ainda mais preocupante, pois a queda dos recursos fiscais destinados à saúde não possibilita a recuperação dos serviços públicos do setor, sendo que a pressão do aumento da demanda contribui para a piora das já precárias condições de saúde. (SANTOS, 2011).

Dessa maneira, o embate da relação público e privado na saúde continua e não é superado mesmo com a promulgação da Constituição Federal de 1988, pois ao longo do processo histórico da saúde no Brasil as perspectivas conservadoras e privatistas se mantiveram e dificultaram a implantação do SUS.

Na década de 90, configurou-se legalmente a saúde universal, pública e de qualidade e a participação social como controle social, ao tempo em que se vem tentando implantar, na realidade, um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde, decorrentes dos reflexos das mudanças do mundo econômico em nível global e das reformas sanitárias propostas pelos agentes financeiros internacionais, em especial pelo Banco Mundial que vem tendo proeminência nesta área desde a segunda metade da década de 80. (CORREIA, 2005a, p. 132 apud SANTOS, 2011, p. 112).

Diante disso, a saúde na década de 1990 passa a ser de fato dever do Estado e um direito para todos os cidadãos, porém o que se vê é um forte ataque às ações do Estado frente à saúde pública.

Sob o influxo das ideias neoliberais, o Estado passou a assumir, apenas, o papel de promotor e regulador dessas políticas, incentivando o desenvolvimento de uma esfera pública não estatal, situada na sociedade civil e, por isso, fortemente incentivada pela lógica da administração privada e da contabilidade empresarial. (SIMÕES, 2007, p. 116 apud SANTOS, 2011, p. 114).

É preciso sublinhar que o desenvolvimento da política de saúde no Brasil passou por diversas contradições e adversidades. Com o passar dos anos sua estrutura ganhou moldes mediante a prática e as ideologias adotadas por cada um dos governantes do País, processos sempre permeados pelo confronto entre um projeto público versus o projeto privado de saúde.

A partir da luta da sociedade civil ao longo dos anos e da trajetória política dos movimentos sociais que resultaram no movimento de reforma sanitária, na criação do Sistema Único de Saúde e no reconhecimento de que a saúde é direito de todos e dever do Estado mediante o texto constitucional de 1988, a sociedade brasileira obteve inúmeros benefícios no que diz respeito ao reconhecimento dos direitos sociais e a ampliação dos serviços de saúde em busca de uma sociedade mais democrática.

Porém, o que temos visto na sociedade atual são medidas cada vez mais severas e menos flexíveis por parte do Estado em relação às políticas públicas e a minimização dos direitos sociais, e, com efeito, isso inclui a política de saúde.

Esse processo tem o aval do Estado que, no contexto da crise do capitalismo contemporâneo, sob dominância do capital financeiro, não parou de conceder incentivo à iniciativa privada, impondo riscos à saúde universal. Várias circunstâncias têm colaborado para enfraquecer a arrecadação do Estado e prejudicar o financiamento do SUS, como destaca Mendes (2015, p. 12).

as crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSS) – de gestão privada -; a permissão à entrada do capital estrangeiro na saúde por meio da aprovação da Lei ° 13.097/2015; a aprovação da EC 86/2015 que consolida o subfinanciamento histórico do SUS; a manutenção da Desvinculação da Receita da União (DRU) por 21 anos; o aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e similares no imposto de renda e das concessões fiscais as entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e a indústria químico-farmacêutica e, ainda, a adoção de um ajuste fiscal para 2015 por parte do governo federal com corte de recursos significativos para a saúde.

O financiamento do SUS ainda continua sendo um grande entrave para a efetiva ação do SUS. Isso porque, a partir de uma economia restritiva e com base neoliberal, o País passou a diminuir o investimento na seguridade social:

O problema do financiamento do SUS decorreu, em larga escala, no plano específico e interno do país, da decisão, e não somente de imposição externa, da manutenção de uma política econômica do governo federal, durante esses mais de 27 anos e em

sintonia com as demandas do capital financeiro internacional. Tal política tem sido sempre destinada ao cumprimento de metas de inflação e de superávits primários, resultando em forte redução de despesas das políticas de direitos sociais, com montantes insuficientes e inseguros para a saúde pública. (MENDES, 2015, p. 18).

Com o frágil e ineficiente financiamento tem sido difícil efetivar o caráter público e universal do SUS. Com isso a política de saúde brasileira vivencia a ruptura da ideia de universalidade, e partir dessa ruptura reafirma-se a tendência de privatização³ da política de saúde brasileira.

A privatização não é uma novidade na trajetória da política de saúde brasileira, mas na conjuntura atual apresenta-se de novas formas, a exemplo dos novos modelos de gestão. Na atualidade esses novos modelos são executados por meio das Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Por meio dessas inovações na gestão reconfiguram-se antigas práticas da relação público-privado na saúde brasileira, como o repasse de recursos, de equipamentos, de instalações públicas e do fornecimento de pessoal para instituições de direito privado.

Para Santos (2011, p. 169) essas novas modalidades de gestão se apresentam como novas formas de articulação entre o setor público e o setor privado na área de saúde e se afastam bastante do que foi preconizado pela reforma sanitária brasileira. Ademais para Machado (2001, p. 107 apud SANTOS, 2011, p. 169),

A proliferação dessas experiências se acentua pelo contexto atual da discussão acerca da reforma do Estado, norteadas principalmente pelas propostas de revisão das funções do Estado e reforma da administração pública, através da adoção de formas flexíveis de gerencia e de contratações nos equipamentos públicos.

A restrição financeira, a focalização em detrimento da universalização do acesso à assistência à saúde no SUS, assim como as novas faces de privatização na saúde, são elementos, que na atualidade, ameaçam a viabilidade do SUS. Tais processos estão na base das dificuldades diárias vivenciadas por aqueles que dependem do Sistema, assim como aqueles que nele trabalham.

Esse quadro se acentua com as novas demandas que surgem ao Sistema, como o fenômeno do uso de álcool e outras drogas, que também são reflexos da sociabilidade perversa do capital. Para introduzir a abordagem deste fenômeno será realizada uma breve abordagem da saúde mental, parte integrante da política de saúde brasileira, nos itens a seguir.

³ Processo de privatização ocorre quando o Estado resigna os serviços públicos e com isso incentiva o setor privado a fornecer estes serviços por meio de repasses de recursos públicos ou isenção de impostos.

1.3. Política de saúde mental

Para abordar a trajetória da política de saúde mental no Brasil é preciso antes contextualizar a história da loucura e, por conseguinte do processo de marginalização que o louco enfrentava nas instituições e que geravam um processo de afastamento desses indivíduos do convívio em sociedade, pois a loucura não é caracterizada somente como um fator biológico, ela também pode ser construída a partir de ideologias políticas, institucionais e científicas.

A princípio a loucura só passa a ser um objeto de intervenção por parte do Estado no início do século XIX com a chegada da família real ao Brasil. Nessa época o País se configurava para atingir um status de nação independente e os loucos não passavam de sobras da sociedade e de uma ameaça à ordem pública.

Eventualmente, o louco que manifestava algum comportamento agressivo não mais podia transitar livremente pelas ruas da cidade e sua situação se tornava ainda mais grave caso sua condição socioeconômica fosse considerada desfavorável. Assim sendo, seu destino eram os porões das Santas Casas de Misericórdia, onde permanecia amarrado e vivendo sob péssimas condições de higiene e cuidado (PASSOS, 2009a, p. 104 apud FONTE, 2012)

Durante esse período o Estado passou a se preocupar com a saúde coletiva, principalmente com as epidemias – febre amarela, varíola, tuberculose, entre outras – e com a loucura. Além disso, existe algo em comum entre as epidemias e a loucura, e também um motivo substancial pelo qual o Estado passa a se interessar tanto por essas questões, como nos mostra Luz (1980):

é que ambas são doenças interclasses, que afetam e destroem contingentes de camadas sociais diversas, apesar de evidentemente a incidência, tanto num caso, como no outro, ser de longe superior nas classes inferiores. Por aí podemos compreender porque o Estado se interessa tanto pelas epidemias – e pela loucura, e porque a loucura também é um problema de Saúde Pública. (LUZ, 1980, p. 90-91).

Os grandes centros urbanos que passaram a ser habitados em sua grande maioria por operários que viviam em situação de extrema vulnerabilidade, ocupando cortiços e pequenos cômodos, viram se propagar nas ruas os mendigos, criminosos, negros, aleijados, doentes e também os loucos. Diante disso, a ideia que se tinha era que esses indivíduos iriam multiplicar as doenças e causar mortes, e, por isso, os cidadãos cobravam providências por parte das autoridades.

Contudo, é preciso ressaltar que os loucos eram os que mais causavam preocupação, pois eles eram vistos como uma ameaça à ordem social e ao progresso da sociedade brasileira.

Em 1830, com a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia, se gera um novo conceito: “aos loucos o hospício”. E, só é possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e da população. O hospício, considerado na época o principal instrumento terapêutico da psiquiatria, aparece como exigência de uma crítica higiênica e disciplinar às instituições de enclausuramento e ao perigo presente em uma população que começa ser percebida como desviante, a partir de critérios que a própria medicina social estabelece. (MACHADO, 1978, p. 376 apud FONTE, 2012).

Em vista disso, como nos evidencia Luz (1980), o Estado procura táticas para sanar esse problema nas instituições de saúde por meio de diversos especialistas, como médicos, engenheiros sanitários e psiquiatras. E, é nesse momento que se datam os primeiros hospícios: no Recife – a Tamarineira, em Salvador – Juliano Moreira e no Rio de Janeiro – o Hospício de Pedro II.

Fonte (2012) indica que durante o Segundo Reinado (1840-1889), foram criadas outras instituições, que se denominavam “exclusivas para alienados” em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886). Inclusive Resende (2007) reafirma que:

as primeiras instituições psiquiátricas surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas da cidade; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos. A recém-criada Sociedade de Medicina engrossa os protestos, enfatizando a necessidade de dar-lhes tratamento adequado, segundo as teorias e técnicas já em prática na Europa. (RESENDE, 2007, p. 38 apud FONTE, 2012).

A história ainda nos revela que na prática as instituições psiquiátricas sempre foram lugares insalubres e que afastavam a ideia de preocupação com a saúde do paciente, como pode nos afirmar Resende (2007):

persistiram as denúncias de maus tratos, imundícies, superlotação, baixa qualificação e truculência dos atendentes e falta de assistência médica. No Hospício D. Pedro II os doentes eram vítimas <<das camisolas de força, os jejuns impostos, as cacetadas, os maus tratos e até o assassinato>>. Em Olinda, em alguns anos, a mortalidade ultrapassou os 50% da população internada e no Pará o beribéri era umas das mais importantes causas da morte. (RESENDE, 2007, p.39).

Mediante o exposto, é possível afirmar que as primeiras instituições psiquiátricas no Brasil tiveram início num contexto em que se presava a ordem e paz social, buscando-se

intervir de modo a retirar os loucos das ruas e do convívio com a sociedade, privando-os assim de sua liberdade.

Resende (2007) continua a afirmar que o louco, foi um subproduto da cristalização das relações de trabalho do Estado escravista, em certa medida uma vítima ou consequência do não progresso, não se justificando, portanto o investimento de qualquer empenho curativo. Nesse momento da história, a sociedade brasileira expandia o capitalismo comercial e industrial e os loucos eram vistos como mão de obra perdida já que não reproduziam força de trabalho e assim não geravam lucro ao desenvolvimento da economia.

Em vista disso, o Estado procurou investir em um tratamento para esses indivíduos a fim de que eles se tornassem aptos para o trabalho novamente, e a alternativa que se materializou nesse momento foi a construção de colônias agrícolas, que nada mais eram do que locais onde os doentes mentais ficavam internados. Essas colônias eram caracterizadas como estratégias terapêuticas, pois se buscava recuperar os doentes a partir do trabalho no campo.

Em suma, Resende (2007), destaca que até mesmo a Organização Mundial da Saúde, por volta de 1950, atribuiu ao doente mental a dificuldade na expansão da industrialização e propôs a busca de medidas para sanar essa problemática e gerar economia, como podemos ver:

É sintomático que a Organização Mundial de Saúde, através de uma resolução de um comitê de peritos em saúde mental, em 1950, recomendasse às nações membros, especialmente aos países em desenvolvimento, que investissem em ações de saúde mental, usando como argumento o alto custo da doença mental para o processo produtivo. [...] Concluía, assim, que o investimento em ações de saúde mental era uma proposta <<rentável>> economicamente, <<além de ajudar a evitar os desajustes que podem acompanhar a industrialização>>. (RESENDE, 2007, p. 58-59).

O período de maior mudança nos moldes de atendimento ao doente mental até então, se deu a partir da década de 1964, com o início da ditadura militar brasileira, e o conseqüente processo de privatização da saúde.

Nesse momento, os militares passaram a investir na contratação de leitos específicos para tratar o doente mental nas clínicas e hospitais privados conveniados, pois havia uma numerosa demanda de pacientes que incluía inclusive neuróticos e alcoolistas. A cobertura de atendimento nesse momento passa a acolher não somente o doente mental pobre, mas também contempla a classe trabalhadora e seus dependentes.

Já os hospitais públicos eram destinados a tratar as pessoas que não tinham vínculo com a previdência social e, como não eram suficientes para realizar todos os atendimentos

passava-se a internar os outros doentes em hospitais privados. No entanto, essas instituições privadas eram remuneradas pelo setor público.

Posteriormente, a partir dos anos 1970, o Estado, por meio da atuação do Ministério da Saúde, elaborou, em conjunto com os ministros da saúde dos países latino-americanos, um documento que continha os princípios básicos da atuação da assistência psiquiátrica no Brasil naquele momento, como nos mostra Resende (2007):

em linhas gerais, recomendava a diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, condenava o macro-hospital, propunha alternativas à hospitalização integral, ações especiais dirigidas ao egresso e campanhas para a reabilitação de crônicos visando <<a pronta reintegração social do indivíduo>>. (RESENDE, 2007, p. 65).

A partir desse documento, Resende (2007), ainda aponta que os hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), melhoram suas condições de hotelaria e firmam convênios de assistência com o Estado visando os estados mais pobres, e que também o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) publica seu Manual de Serviços de Assistência Psiquiátrica.

1.4. A Reforma Psiquiátrica brasileira

Inicialmente, para abordar a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, é importante salientar que ela surge junto ao período histórico da Reforma Sanitária. Contudo, destaca-se que, “embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar.” (BRASIL, 2005, p.6).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica buscava a redemocratização do País e a reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Visava-se alcançar uma mudança em relação aos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde, a defesa de uma saúde coletiva, uma equidade na oferta dos serviços e uma autonomia dos profissionais e dos usuários do sistema de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Em vista disso, é preciso evidenciar os protagonistas fundamentais durante esse processo, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que tiveram o papel mais importante na luta antimanicomial, como também os sindicatos, profissionais da área, a associação de familiares e os próprios pacientes.

A luta se inicia denunciando a situação precária dos hospícios da época, que até então eram a única opção de tratamento das pessoas com transtornos mentais, os pacientes enfrentavam abandono, violência e maus tratos.

A trajetória da Reforma Psiquiátrica foi marcada por embates políticos e sociais, seu progresso foi sendo moldado em meio ao cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, mesmo sendo assinalada por divergências e desafios. Ademais, estava presente em vários segmentos da sociedade como se pode confirmar:

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. (BRASIL, 2005, p.6).

Foi a partir da década de 1980 que a Reforma Psiquiátrica passou a ter outros horizontes de atuação. Como nos mostra Bezerra (1994, p. 180 apud TENÓRIO, 2002, p. 34-35):

Quanto à incorporação de novos protagonistas, o então já denominado Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como ponto de virada dois eventos do ano de 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o posterior II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A realização desse encontro foi decidida durante a I Conferência, pela constatação de que a perspectiva sanitária de incorporar as propostas reformistas nas políticas oficiais vinha sendo anulada pela resistência passiva ou ativa da iniciativa privada, da estrutura manicomial, da burocracia estatal e do conservadorismo psiquiátrico.

É no final dessa década também que se inicia uma nova configuração nos tipos de cuidados referentes à saúde mental. Pois, se inaugura na cidade de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nominado de Caps Professor Luiz da Rocha Cerqueira.

Os Centros de Atenção Psicossocial fazem parte do Sistema Único de Saúde, e têm por finalidade oferecer um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, levando em consideração seu território, que se determina como o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana dos usuários e seus familiares, possibilitando assim cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial ao trabalho, lazer e ao exercício dos direitos civis, além do objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social.

O CAPS, no contexto de implementação do SUS assume um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, faz o direcionamento local das políticas e

programas de Saúde Mental desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e para a Estratégia Saúde da Família (ESF) no cuidado familiar (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial estão regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, a Portaria também estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPSi, definindo-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

A proposta dos CAPS se insere no processo de construção de novos serviços de atenção psicossocial, contrapondo-se as teorias e os modelos prontos de atendimento, que tornaram-se insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (BRASIL, 2004).

Dessa forma, os CAPS constituem a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica, pois, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental.

Salienta-se ainda que outro fator determinante para a construção de uma rede de cuidados efetiva que viesse a substituir os hospitais psiquiátricos se deu a partir de um caso de repercussão nacional, em 1989, na Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), a Casa de Saúde Anchieta, que se tratava de uma clínica privada, porém contratada e financiada pelo poder público para prestar serviços à população, em que eram recorrentes casos de maus-tratos e mortes de pacientes.

Neste período, são implantados no município de Santos (SP), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), além da criação de cooperativas, residências para os pacientes que saíam dos hospitais e também associações. A experiência do município de Santos passa a ser também um referencial no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, pois demonstra que se era possível intervir e mudar aquela realidade.

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

Dessa forma, no ano de 1992, os movimentos sociais conseguem significativas vitórias, por meio do Projeto de Lei Paulo Delgado se obtém a aprovação de várias leis em diversos estados brasileiros que passam a determinar a substituição de forma progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

No entanto, a Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a aprovação de novas leis e normas, seu efeito maior na sociedade é o conjunto de mudanças nos serviços de saúde ofertados as pessoas com transtorno mental.

Mediante o exposto, é evidente que as décadas de 1980 e 1990 foram determinantes para o processo de redemocratização do sistema de saúde brasileiro e a Reforma Psiquiátrica contribuiu para estabelecer as diretrizes que norteiam a saúde mental até os dias de hoje.

Em vista disso, podemos elencar os principais avanços por meio de Tenório,

Entre os muitos pontos a destacar, estão a penetração crescente de uma nova mentalidade no campo psiquiátrico (não obstante o triunfalismo da psiquiatria biológica); a permanência continuada de diretrizes reformistas no campo das políticas públicas, com os postos de coordenação e gerência ocupados por partidários da reforma [...] a existência de experiências renovadoras com resultados iniciais positivos em todas as regiões do país; a capacidade das experiências mais antigas de manter sua vitalidade; os reiterados indícios de um novo olhar sobre a loucura vicejando no espaço social, um olhar não mais tão fortemente marcado pelos estigmas do preconceito e do medo. (TENÓRIO, 2002, p. 41).

Em suma, é preciso reconhecer que a Reforma Psiquiátrica é um processo histórico assertivo e exitoso, pois apesar de se ter muito que avançar é possível identificar que suas metas e objetivos vêm sendo conquistados. Sem dúvida, o maior ganho está relacionado ao cuidado com os indivíduos que sofrem algum transtorno mental, uma vez que se elaborou um arsenal de métodos para o cuidado desses pacientes e também porque houve a superação do modelo de internação hospitalar.

Em vista disso, o Sistema único de Saúde volta suas ações e serviços públicos de saúde para a rede de atenção à saúde mental brasileira e se propõe a implementar as demandas da reforma psiquiátrica, destacando a importância em se investir na atenção primária de saúde como um meio efetivo de tratar os transtornos mentais.

O modelo de intervenção em saúde mental atuante no Brasil torna o território o elemento central de atuação, considerando-o como espaço de interação dos indivíduos, com

suas redes estabelecidas, recursos disponíveis, e a relação de vínculo firmado entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços. São sob essas bases que o campo da saúde mental vem intervindo frente ao fenômeno do consumo do álcool e outras drogas, que constitui-se numa problemática muito atual e de grandes desafios ao seu enfrentamento conforme veremos a seguir.

CAPÍTULO II – O uso de álcool e outras drogas

Este capítulo faz um resgate histórico sobre o álcool e as demais drogas e identifica o uso dessas substâncias psicoativas a partir de sua historicidade proveniente do sistema capitalista e de sua magnitude na contemporaneidade. Buscou-se ainda um maior aprofundamento em relação à discussão sobre o consumo de drogas, a realidade do Brasil e o agravo que essas substâncias provocam na saúde dos usuários que se encontram em situação de abuso de drogas. Além do mais, esse se trata de um tema de grande relevância e que diz respeito a todas as pessoas, posto que essa problemática está presente direta ou indiretamente nas relações pessoais e sociais de todos os indivíduos.

2.1. A historicidade do consumo de drogas e sua expansão na sociedade capitalista

Inicialmente, para abordar as questões que se referem ao consumo de álcool e outras drogas é preciso salientar que o consumo dessas substâncias não é um fenômeno novo na história da humanidade,

Sabe-se que, já por volta de 3.100 a. C., na Mesopotâmia, um ideograma sumério - a primeira linguagem escrita que se conhece - aludiu à papoula como a "planta do prazer"; outrossim, um papiro egípcio datado de 1522 a.C., destinados aos médicos de então, tratava do uso de ópio⁴ em cerca de setecentas diferentes misturas. Comerciantes árabes introduziram o ópio na Pérsia, China, Índia, Espanha e norte da África. Referências literárias à droga também houve na Antiguidade, de que é exemplo a própria Odisseia de Homero: em passagem do Livro IX, Helena oferece a seu marido Menelau e a Telêmaco uma mistura de vinho com outra droga - provavelmente ópio - que teria o poder de eliminar-lhes toda mágoa, lamento e ansiedade. (TAFFARELLO, 2009, p. 33).

O autor inclusive enfatiza que:

Tem-se que as substâncias psicoativas mais proeminentes ao longo da história da humanidade foram o álcool e os opiáceos: [...] podem-se encontrar registros de seu uso ligado a rituais mágicos, religiosos ou mesmo para fins terapêuticos havido desde tempos remotos. Não obstante, a própria *cannabis* já fora utilizada como analgésico ainda no século XVIII a. C., tendo sido empregada reiteradamente como medicina por povos antigos dos continentes africano e asiático. (TAFFARELLO, 2009, p. 34).

O consumo de drogas em determinadas sociedades se tratava de um consumo local, geralmente moderado e vinculado a práticas culturais e religiosas. Inclusive, nos tempos de

⁴ Originário do Oriente médio e introduzido pelos árabes na Índia e na China é derivado da palavra grega que significa "suco", e é extraído do fruto da papoula podendo ser fumado, ingerido ou injetado causando exagerada dependência. (JANSEN, 2007)

hegemonia do catolicismo em terras europeias, desde o Baixo Império Romano, impôs-se o consumo de álcool no ocidente. (TAFFARELLO, 2009; JANSEN, 2007)

A busca por drogas foi um dos grandes motores da formação do capitalismo, ao tempo da acumulação primitiva de capital e das grandes navegações,

os principais produtos que constituíram objeto fundamental da exploração colonial e do comércio e tráfico internacional figuraram: especiarias diversas e açúcar, no século XVI; álcool e tabaco, no século XVII; chocolate, chá e café, no século XVIII; e o próprio ópio, já no século XIX. Com o advento do mercantilismo, tornaram-se, pois, as drogas peças-chave da expansão da economia mercantil. (TAFFARELLO, 2009, p. 36-37).

O comércio de drogas esteve vinculado à expansão internacional do capitalismo e também à sua expansão colonial-militar. Os portugueses, entre os séculos XVI e XVII, começam a comercializar ópio da Índia para a China. Posteriormente, no século XVIII os ingleses substituem os portugueses, mas por meio do tráfico, visto que em 1729 o ópio é proibido pelo governo chinês. Dessa forma, a Inglaterra obtinha lucros na época, da ordem de 11 milhões de dólares com o comércio ilegal de ópio para a cidade chinesa de Lintim. E, tudo isso ocorreu com a aprovação declarada e, documentalmente registrada, pelo parlamento inglês. (JANSEN, 2007).

Por conseguinte, destaca-se que a droga e o capitalismo não estiveram unidos apenas no que diz respeito às drogas ilegais, mas também na comercialização e abuso de drogas legais. É destaque desse processo o uso do álcool no seio da classe operária inglesa do século XIX, como um dos poucos recursos para suportar a dor da jornada de trabalho:

há ainda outras causas que enfraquecem a saúde de um grande número de trabalhadores. Em primeiro lugar a bebida. Todas as tentações possíveis se juntam para levar o trabalhador ao alcoolismo [...] O trabalhador tem uma necessidade urgente de se divertir. Precisa de qualquer coisa que faça o trabalho valer a pena, que torne suportável a perspectiva do amargo dia seguinte o seu corpo exige imperiosamente um estimulante externo nessas condições, a necessidade física e moral faz com que grande parte dos trabalhadores tenha necessidade de sucumbir ao alcoolismo [...] que incitam o trabalhador [...] a certeza de esquecer sua embriaguez, pelo menos por algumas horas, a miséria e o fardo da vida [...] o alcoolismo deixou de ser um vício no qual se pode responsabilizar aquele que o adquire. Torna-se um fenômeno natural, uma consequência necessária e inevitável de condições dadas. (ENGELS 1986, p. 122-123 apud JANSEN, 2007).

É nesse contexto da revolução industrial que o uso da droga começa a se ampliar e conquistar seu espaço na sociedade, isso porque a droga passa a ser vista e tratada como uma mercadoria. Posteriormente no bojo do processo de mundialização do capital e de liberalização (livre-comércio), e o consequente processo de estagnação econômica, de

desindustrialização, desemprego e a devastação das economias agrárias locais, favorecerá o desenvolvimento da economia da droga em vista da acumulação lucrativa. (JANSEN, 2007).

Na atualidade o uso de substâncias psicoativas configura-se como uma problemática mundial. Sua expansão acelerada e devastadora torna-se uma grande questão a ser discutida não somente pelos governantes de todos os países, mas também pela sociedade, pois o acesso e consumo destas substâncias está cada vez mais facilitado e o seu controle mais dificultado.

O uso de drogas sempre existiu, mas atualmente o abuso de entorpecentes acentuou-se a partir da combinação de vários fatores que marcam também as mudanças ocorridas na sociedade no último século. A mundialização do capital, a dificuldades dos Estados em manter sua soberania e governança diante de um poder transnacional, o conseqüente enfraquecimento dos Estados, com uma economia de incertezas promovida pela globalização, às mudanças no mundo do trabalho e a emergência da sociedade de consumo, trouxe o aumento das desigualdades da miséria e do desemprego. (NONTICURI, 2010, p. 115-116).

A globalização que tem favorecido o acesso e o consumo de drogas a partir de mecanismos de transportes que facilitam o seu deslocamento e de meios de comunicação inovadores como a internet e assim se promove uma ampla rede de comercialização de drogas no mundo. Este negócio ilícito tem gerado grande lucratividade e consumidores dependentes com várias conseqüências à saúde pública.

O tráfico internacional de drogas cresceu espetacularmente durante os anos 80, até atingir, atualmente, uma cifra anual superior a US\$ 500 bilhões. Esta cifra supera os proventos do comércio internacional de petróleo; o narcotráfico é o segundo item do comércio mundial, só sendo superado pelo tráfico de armamento. Estes são índices objetivos da decomposição das relações de produção imperantes: o mercado mundial, expressão mais elevada da produção capitalista, está dominado, primeiro, por um comércio da destruição e, segundo, por um tráfico declaradamente ilegal. (COGGIOLA, 1996, p. 45).

Com efeito, pode-se afirmar que no capitalismo contemporâneo o tráfico de drogas tornou-se o negócio mais rentável do mundo. São bilhões de dólares movimentando tanto a economia ilegal quanto a legal – incluindo as indústrias de armas e de segurança, a de compostos químicos e setores que se envolvem na lavagem de dinheiro, como o sistema bancário e imobiliário. Cerca de 90% das receitas do tráfico vão para os bancos e são lavadas no sistema financeiro internacional. Os 10% restantes são repartidos aos países produtores e, são divididos entre os traficantes. A rentabilidade da droga é estimada em cerca de 3.000% enquanto que os camponeses ficam com apenas 0,1% do volume final dos negócios. (KOPP, 1998 apud JANSEN, 2007; LORENZETTO, 2014).

Outrossim, é possível notar que o uso de substâncias psicoativas está ligado à influência que a sociedade contemporânea gera sobre os seres humanos e seus

desdobramentos acabam por atingir suas relações mais próximas como a família, os amigos, os estudos e os trabalhos. Desse modo o uso de drogas apresenta-se como uma alternativa no trato dessas questões e deve ser entendido mediante a ligação de três fatores,

1. a droga, ou seja, o produto, a substância psicoativa; 2. a pessoa (em geral jovem) e a sua personalidade, determinada pela sua historicidade; 3. o contexto sociocultural com os seus valores, padrões e pressões. As dimensões farmacológicas, psicológicas e sociais do uso e abuso de drogas estão indissociavelmente mescladas e perfazem juntos o “problema da drogadição”, resultando de um encontro estruturalmente semelhante nos mais diversos contextos onde ocorrer, mas marcado pela singularidade de um determinado usuário e do seu contato subjetivo com a droga, dentro do seu percurso de vida estritamente pessoal. (BUCHER, 1992, p. 230-231).

Para a saúde pública o uso de álcool e outras drogas tornou-se um dos grandes desafios, exigindo ações junto à realidade dos usuários, assim como ações intersetoriais com as áreas de segurança pública, já que, além dos aspectos ligados diretamente à saúde dos indivíduos, o uso de drogas resulta no aumento da violência na sociedade, entre outros processos.

Frente a esta problemática mundial exigiu-se medidas em escala internacional em busca de criar estratégias para contribuir com a redução de seus danos de modo a produzir resultados satisfatórios no combate à sua expansão e, primordialmente, para a proteção da saúde pública. Medidas que além de demarcar a responsabilidade estatal e governamental frente a esta problemática devem impulsionar também a participação dos cidadãos, das famílias, das instituições e da sociedade civil para o engajamento da busca de estratégias que possam contribuir para o seu enfrentamento.

Com base nessas prerrogativas a Organização das Nações Unidas (ONU) elaborou o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas orientado a partir de três históricas convenções internacionais inerentes à problemática da droga: a Convenção única sobre Estupefacientes, de 1961, a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas, de 1988.

A primeira daquelas convenções visa, essencialmente, limitar a fins médicos ou científicos a produção, fabrico, exportação, importação, distribuição, comércio e uso dos estupefacientes. [...] A segunda pretende atingir idêntica finalidade no que se refere às substâncias psicotrópicas, também identificadas por listagem, embora consagrando um sistema de controlo mais ligeiro, adequado ao uso clínico, sob prescrição médica, de muitas dessas substâncias. [...] a Convenção de 1988 pretende controlar o acesso aos chamados <<precursores>>, produtos químicos essenciais e solventes (susceptíveis de desvio do seu uso industrial e comercial corrente para o fabrico ilícito de drogas), colmatar as lacunas das convenções anteriores e, sobretudo, reforçar o combate ao tráfico ilícito e ao branqueamento de capitais. (PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS, 1999, p. 37).

A finalidade dessas convenções foi promover uma maior fiscalização relacionada ao mercado de drogas e das substâncias psicoativas lícitas, e dispor de práticas de cunho normativo e legais com o intuito de proibir determinadas drogas.

Atrelado a isso é necessário reportar-se ao surgimento da prática proibicionista adotada inicialmente pelos Estados Unidos da América e que logo depois se expandiria para outros países. Em suma, essa prática passou a ser utilizada pelo Estado com o propósito de criar leis em que se estabeleciam os limites ao uso de substâncias psicoativas. Contudo, é ainda importante frisar que tais medidas eram bastante rigorosas e severas por parte dessas autoridades políticas.

2.2. A vertente proibicionista no combate às drogas numa perspectiva mundial

Com o surgimento da Revolução Industrial e da expansão do capitalismo o consumo e a mercantilização da droga cresceu ao redor do mundo. Como já foi dito, o álcool, por exemplo, tornou-se um refúgio para os trabalhadores do século XIX. Por isso, em consequência do uso dessas substâncias que tornavam seus usuários dependentes e abarcavam diversos outros efeitos, que por sua vez, começavam a prejudicar a mão-de-obra produtiva, passou-se a pensar em medidas para a proibição de seu uso.

A letargia, “estado de profunda e prolongada inconsciência”, como efeito do uso de ópio e seus derivados já não era mais interessante do ponto de vista econômico. A Liga das Nações – embrião da atual ONU (Organização das Nações Unidas) convoca uma reunião para a formação da Comissão de Xangai para tratar da questão do ópio em 1909. [...] A política de proibição, desde o início, já revelava as condicionantes sócio-econômicas da reação ao uso e comércio de algumas drogas. (D’ELIA FILHO, 2007, p. 79).

E, é nessa mesma época que os Estados Unidos, um dos protagonistas do desenvolvimento do capitalismo moderno, realiza uma convocação para a Convenção de Haia, que tinha por finalidade ratificar a proibição do uso de drogas, realizada na Comissão de Xangai em 1909. (D’ELIA FILHO, 2007). Contudo, se acrescenta que:

Até a Segunda Guerra Mundial, a proibição não foi muito eficaz. Com a inclusão principalmente da cocaína na lista de substâncias proibidas pela Convenção de Haia, a Alemanha, buscando ganhar tempo, insistiu na ratificação do encontro por outros importantes Estados da Europa e América, sendo que o início da Primeira Guerra Mundial atrasou por dez anos a validade da convenção que, somente em 1921, entra em vigor, criando-se a Comissão Consultiva do Ópio (e demais “substâncias nocivas”). A diversidade de interesses fez com que a reação às resoluções proibitivas fosse diferente em cada país. Mas foi nos EUA que a proibição se transformou e até hoje o é, por diferentes razões, em prioridade política, temperada e mascarada pelo

conservadorismo da moralidade e dos bons costumes. (D'ELIA FILHO, 2007, p. 80-81).

Em vista disso, também é preciso dizer que:

O início da proibição das drogas no EUA tem relevância no entendimento de alguns pontos do atual estágio da política internacional de repressão, entre elas a difusão do estereótipo moral, cujas consequências se revelam não só no “distanciamento cada vez maior entre drogas permitidas e proibidas, mas, sobretudo, entre os que consomem umas e outras”, bem como a criação do estereótipo médico, com a distinção entre usuário e traficante, que surge em 1914, com a aprovação nos EUA do Harrison Narcotic Act. (D'ELIA FILHO, 2007, p. 81).

Com efeito, nesse contexto se enfatiza um perfil para os usuários de drogas em que se associam substâncias perigosas às classes perigosas, colocando sob suspeita toda uma faixa da população que, por seus hábitos e pobreza, já costumava ser vigiada e controlada pelos aparatos repressivos do Estado.

A associação de negros, hispânicos, chineses e irlandeses, percebidos como “anormais”, com as drogas que passavam à ilegalidade criava a possibilidade de controle destas populações, sob a justificativa de combate ao tráfico. Todo este mecanismo de criação de estereótipos criminais, controle punitivo das classes perigosas e repressão ao tráfico de drogas ainda se encontra presente no modelo atual. Guardadas as especificidades históricas de cada momento, os agricultores da coca na Bolívia e os favelados do Rio de Janeiro, passaram a ser alvos dessa política específica de controle. (D'ELIA FILHO, 2007, p. 83).

Acrescenta-se que esse controle exercido nessa parcela específica da população dos Estados Unidos fortaleceu, em 1919, a criação da Lei Seca, que teve como objetivo instituir a proibição total da produção, circulação, estocagem, importação, exportação e venda de bebidas alcoólicas no país. Contudo, essa medida favoreceu o comércio ilegal promovido pelas máfias que passaram a lucrar sobre o valor das bebidas, pois nesse momento a máfia multiplicava de 3 a 4 vezes os preços. (JANSEN, 2007).

No entanto, a proibição não diminuiu o consumo e em 1933 a Lei Seca foi revogada, pois se observou que o tempo em que esta lei esteve em vigor houve o fortalecimento do crime nos EUA e maior exposição da população ao consumo de bebidas mais nocivas à saúde. (D'ELIA FILHO, 2007).

Contudo, o recuo quanto à proibição do álcool nos EUA não significou uma reavaliação global das políticas de proibição, e paralelamente na década de 1930 a maconha passou a ser uma substância proibida. Em vista disso, a Conferência de Genebra, em 1936, marcou o panorama da proibição internacional com a imposição do modelo americano, que obrigava os países signatários a criarem departamentos próprios de repressão ao tráfico de drogas. (D'ELIA FILHO, 2007).

Posteriormente, as décadas seguintes trouxeram a intensificação de medidas para conter o usuário de drogas, este que “até então visto como um degenerado social, inexorável criminoso, passou a ser compreendido essencialmente como um doente, que, portanto, deveria ser tutelado antes por médicos que pelas agências de controle do crime”. (TAFFARELLO 2009, p. 60).

E, assim ainda acrescenta que:

a nova concepção terapêutica da questão do consumo de drogas impunha tratamentos a todos e quaisquer usuários, sem considerar seu eventual desejo ou aquiescência a eles. Pressupunha que, como indivíduos doentes, não possuíam condições psíquicas para se autotutelarem livremente, o que justificaria a intervenção compulsória. (TAFFARELLO, 2009, p.60).

Diante disso, no decorrer dos anos 1960 se produziram as grandes modificações na política internacional de drogas. Estabelece-se e difunde o modelo médico-sanitário, considerando a droga como sinônimo de dependência. E, é nesse momento que se destaca a Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961, que resultou num protocolo, em 1972, pelos Estados participantes, em que se iniciou a “ideologia de diferenciação” a partir do modelo médico-jurídico. (D’ELIA FILHO, 2007).

Sobre isso o autor aponta que:

O discurso jurídico passa a ser influenciado por um discurso médico e, conforme observação da criminóloga venezuelana, desse encontro se difundiu o estereótipo da dependência para o consumidor, com o qual se inicia a experiência de diferentes tratamentos ao longo da década. Em fevereiro de 1966 foi aprovado nos EUA o *Narcotic Addict Rehabilitation Act*, pelo qual se permite ao consumidor no curso de um processo penal, optar por uma espécie de “medida de segurança” ao escolher entre um tratamento médico ou a prisão. Nessa lei encontra-se a origem da recém descoberta “Justiça Terapêutica”, que vem “encantando” magistrados e promotores de justiça como a grande novidade do século XXI, mas que na realidade nada mais faz do que confirmar a “ideologia da diferenciação” estabelecida nos anos 60: para o consumidor, um médico, um psicólogo e um assistente social; para o traficante, um carcereiro. (D’ELIA FILHO, 2007, p. 88).

Com a chegada dos anos 1970 o uso de substâncias psicoativas passa a ser tratado como uma questão de segurança nacional, pois as medidas do discurso médico-jurídico sobrepõem-se aos discursos moralistas. Ademais, nesse período ocorria a guerra do Vietnã e ela trouxe à tona o consumo de heroína por militares e ex-combatentes norte-americanos. E, em 1972, o então presidente Richard Nixon identifica os psicoativos ilícitos como inimigos da América e por isso declara guerra às drogas. (D’ELIA FILHO, 2007).

Essa guerra, longe de ser apenas uma metáfora, significava a intenção de aprofundar as medidas repressivas por meio de crescimento das ações policiais de busca e apreensão de drogas ilegais e do combate a grupos clandestinos e redes de tráfico. (RODRIGUES, op. Cit., p. 42 apud D’ELIA FILHO, 2007, p. 93).

E, ainda se se acrescenta que:

Em 1973, o Congresso estadunidense autorizou a criação da Drug Enforcement Administration (DEA), cujo escopo fundamental era garantir em todos os cantos do país a aplicação das severas políticas e normas federais de repressão às drogas, para o que recrutaria agentes da CIA para cargos diretivos e empregaria métodos típicos de serviço secreto. Além de questões de política interna, incluíram-se entre as suas atribuições incumbências externas, notadamente a coordenação de ações de força e de inteligência, como o apoio a pesquisas e treinamentos de agentes de repressão tanto dentro quanto fora do país. (TAFFARELLO, 2009, p.67)

Por conseguinte, quando se chega à década de oitenta os EUA apresentavam o maior número de consumidores de droga de toda sua história. E, nesse momento os aspectos econômicos e políticos do tráfico e uso de cocaína passam a ser o centro do discurso proibicionista. (D'ELIA FILHO, 2007).

Ademais, a esse período também se faz necessário mencionar que:

Com os EUA sob mais uma emergência moral, política, jurídica, militar e de saúde pública, aprovou-se em 1988, em Viena, a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas. Esse documento marca o apogeu da aceitação global do proibicionismo. Dessa maneira, foi possível inserir, em seu preâmbulo, a pueril ideia de “supressão” e “erradicação” do tráfico, bem como a pretensão de “eliminar as causas profundas [...] do uso indevido” de drogas. O texto arrolou diversas modalidades delitivas relacionadas à produção, distribuição e posse para uso próprio de psicoativos, a fim de que se refletissem nas legislações internas dos Estados-partes; ampliou formas de cooperação internacional judiciária e policial; e impôs o controle a substâncias utilizadas no processo produtivo de drogas, como o éter e a acetona. (TAFFARELLO, 2009, p.75).

Por outro lado, com o início dos anos de 1990 desenvolveu-se foros de discussão sobre essa temática em diversos países, com iniciativa atribuída principalmente a instituições acadêmicas e órgãos não governamentais. Inclusive, destacam-se algumas iniciativas políticas liberalizantes, como os casos de permissões legislativas para o uso médico da *cannabis* e das políticas de redução de danos.

Posteriormente, segundo Taffarello (2009, p. 78-79),

Nos anos iniciais do novo século, prossegue o império do proibicionismo em todo o mundo – embora, em uma escassa quantidade de países, haja sido limitadamente relativizado. Jamais, até hoje, o EUA sinalizaram qualquer mudança significativa em suas políticas, e, conseqüentemente, ainda que se verifique um relativo consenso entre acadêmicos, *think-tanks* e autoridades de diferentes países acerca do fracasso do modelo político-jurídico consagrado pelo *war on drugs*, poucos são os progressos emanados da autoridade internacional submetida à decisiva influência estadunidense.

2.2.1. O uso de drogas no Brasil

Na atualidade brasileira vivencia-se uma ampla discussão sobre os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Muito se fala sobre o consumo demasiado dessas substâncias psicoativas que geram, de certo modo, uma ameaça à organização e a estrutura da sociedade, bem como os riscos que se produz para os usuários. O uso das drogas no Brasil se iniciou ainda no século XVII onde se destaca que,

aguardentes, tabaco, seguidas pelas drogas do sertão e da selva, acompanhadas de produtos afrodisíacos, tinha um grande valor mercantil. A papoula era um excelente analgésico e tranquilizante, atuava contra disenteria e seu uso recreativo poderia ser afrodisíaco. (NERIS, 2015).

Com o passar do tempo outras drogas foram sendo introduzidas no Brasil, a exemplo do tabaco, que após a revolução industrial tornou-se um produto de sociabilidade masculina e o álcool a principal droga de uso recreativo no mundo. O ópio e seus derivados foram utilizados em várias medicações como em xaropes para tosse, a maconha teria sido trazida pelos escravos africanos e se expandiu por quase todo território, e seu uso passou dos negros para índios e brancos. A cocaína, inicialmente, era utilizada como medicamento para aliviar problemas respiratórios, mas, posteriormente, seu uso extrapolou os fins médicos, e isso ocorre principalmente nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. O LSD e a maconha eram drogas que estimulavam o uso de forma comunitária. (SILVA, 2005; NERIS, 2015).

A partir de 1990 amplia-se o consumo de crack, substância constituída de uma mistura de cocaína e bicarbonato de sódio, aquecida e fumada na forma de pedra. No mesmo período também se expandiu o uso de cola, por crianças e adolescentes de rua. E, depois, se desponta o êxtase ou ecstasy, entre vários países, incluindo o Brasil. (SILVA, 2005).

É sabido que o álcool e as demais drogas são caracterizados como o principal fator responsável pela degeneração da população que é por ela afetada.

Bucher (1992), afirma que:

recorrer a drogas pode processar-se em diversas situações de crise social. [...] no caso da ampliação da crise social, [atinge] não só os valores culturais, mas também a estruturação sócio-econômica, desencadeando um pauperismo crescente de amplas faixas da população, esta coesão secundária se desmantela; o consumo de drogas atinge então todas as parcelas fragilizadas do corpo social e se propaga com rapidez, inclusive entre os menos favorecidos. (BUCHER, 1992, p. 27-28).

A partir de dados epidemiológicos que representam um recurso substancial para determinarmos esses fenômenos é possível se aproximar e delimitar a situação do consumo da

população do nosso país. E, entre todas as substâncias, o uso de álcool é o mais relevante, já que de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), divulgados em 1980, entre 1% e 10% da população dos países ocidentais podem ser considerados como alcoolistas.

A tabela a seguir, por exemplo, apresenta o resultado de quatro estudos realizados no Brasil no ano de 1992, conduzido com base em amostras representativas da população.

Tabela 1: Prevalência de alcoolismo em populações brasileiras, de acordo com o sexo

Autor e ano	Local	Amostra n	Prevalências em %	
			Masc.	Fem.
Azoubel Neto (1962)	V. Sta, Terezinha Ribeiro Preto/SP	203	13,6	9,0
Luz Jr. (1974)	V. Vargas Porto Alegre/Rs	514	11,0	1,5
Santana (1978)	Bairro baixa renda, Salvador	1549	6,0	0,7
Santana & Almeida Fº. (1985)	Área industrial RMS – Bahia	1047	11,0	1,5

Fonte: Santana & Almeida Filho, 1990, p. 41 apud BUCHER, 1992, p. 12

E, já na atualidade, dispomos de um relatório do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), que retrata o aumento no consumo de álcool na população brasileira nos anos de 2006 e 2012. Os dados podem ser conferidos na tabela abaixo.

Tabela 2: Proporção de abstinentes (não consumiu álcool nos últimos 12 meses), população adulta (18 ou mais), 2006 e 2012.

Ano do Estudo		% Abstinentes		Total
		Abstinentes	Não Abstinentes	
2006	Homens	35%	65%	100%
	Mulheres	59%	41%	100%
	Total	48%	52%	100%
2012	Homens	38%	62%	100%
	Mulheres	62%	38%	100%
	Total	50%	50%	100%

Fonte: INPAD/2014

Além do mais, a Organização das Nações Unidas (ONU), afirma ainda que o Brasil é um dos principais pontos de circulação de drogas do mundo. No nordeste, na região conhecida como “polígono da maconha”, a droga tornou-se a alternativa de sobrevivência dos agricultores arruinados. (MENEZES, 2001 apud JANSEN, 2007).

De acordo com Jansen (2007), um relatório produzido por uma comissão da Câmara dos Deputados em 1997 sobre a região afirmava que:

A falta de uma política agrícola que garanta assistência técnica e preços justos, além da falta de investimentos sociais, tem servido de estímulo para que pequenos produtores optem pela maconha em vez de tomate, melancia, cebola e melão, base da agricultura irrigada do São Francisco. (MENEZES, 2001 apud JANSEN, 2007).

Ademais, a iniciação do uso de substâncias psicoativas começa cada vez mais cedo. De acordo com o Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas, em 2012 o percentual de adolescentes no País que relataram já terem consumido drogas traz dados extremamente significativos: 2,3% já haviam experimentado cocaína; 1,3% estimulantes; 0,6% ritalina; 0,8% crack; 0,5% OXI; 2,5% tranquilizantes; 2% solventes; 0,5% ecstasy; 0,1% morfina; 0,2% heroína; 0,8% esteróides; 1,4% alucinógenos; 0,4% anestésicos; 0,3% cristal e 4,3% maconha (INPAD, 2014).

Além disso, é preciso fazer memória que estamos incluídos em uma sociedade capitalista que gera desemprego e insegurança à população, de modo que produz “redução do trabalho primário, expansão do mercado de trabalho secundário e criação de uma subclasse de desempregados estruturais”. (YOUNG, 2002, p. 24 apud D’ELIA FILHO, 2007, p. 105).

A redução do trabalho estável e a falta de uma remuneração adequada acabam por criar “um sentimento de precariedade nos que antes estavam seguro”. (YOUNG, 2002, p. 25 apud D’ELIA FILHO, 2007, p. 105). Ainda mais, ressalta que:

O Estado já não mais interfere na ordem econômica e o capital deve circular livremente. Chegou a vez do Estado mínimo, sendo antigas conquistas dos trabalhadores vistas como “assistencialismo”, expressão de cunho pejorativo, onde “um exercício de direitos do cidadão transforma-se no estigma dos incapazes e imprevidentes”. (D’ELIA FILHO 2007, p. 105).

Outra característica determinante que emerge da sociedade capitalista é o individualismo. Esse, por sua vez, se acentua a partir das atividades de consumo em que os indivíduos passam a trocar suas relações e seus valores por prazeres momentâneos e instantâneos na busca de uma auto realização correspondente a mercadorias, dinheiro e prestígio.

Passamos a viver num mundo onde o sucesso é medido pelas conquistas materiais sem

limites, ao passo que o trabalho já não mais remunera o cidadão. A recompensa está cada vez mais restrita ao capital, sendo o talento e o esforço do trabalho pouquíssimo recompensado. (D'ELIA FILHO, 2007). E, por isso, é importante ressaltar aqui que não é só recompensa pelo trabalho, mas a forma alienante e exploradora desse trabalho.

Desse modo, os excluídos criam divisões entre eles mesmos, com frequência sobre bases étnicas, muitas vezes quando à parte da cidade em que se mora, ou, mais prosaicamente (ainda que para alguns profundamente, para que time de futebol se torce). Eles são excluídos, criam uma identidade que é rejeitadora e excludente, excluem outros mediante agressão e dispensa, e são, por sua vez, excluídos e dispensados por outros, sejam diretores de escolas, seguranças de shoppings ou supermercados, cidadãos 'honestos' ou o policial em sua ronda. (YOUNG, 2002, p. 31 apud D'ELIA FILHO, 2007, p. 109).

Em suma, é nesse contexto que as drogas se desenvolvem. E, em um mundo de incertezas e medo, segundo o sociólogo Zigmunt Bauman (1999), que podem ser observados alguns fatores responsáveis, entre eles:

A nova desordem do mundo, que cria um quadro de imprevisibilidade econômica, política e social; a desregulamentação universal, expressa “na desatada liberdade concedida ao capital e às finanças às custas de outras liberdades”; o enfraquecimento das outras redes de segurança, tais como a família e a vizinhança; a fluidez dos valores, onde “a arte de esquecer é um bem não menos, se não mais, importante do que qualquer arte de memorizar, em que esquecer mais do que aprender, é a condição de contínua adaptação”. (BAUMAN, 1999, p. 30; 36 apud D'ELIA FILHO, 2007, p. 112).

Inclusive, D'Elia Filho aponta que no Brasil a “guerra contra as drogas” é o carro-chefe da criminalização da pobreza, através dos discursos de lei e ordem disseminados pelo pânico e ainda acrescenta que:

Bala perdida, roubo de veículos, queima de ônibus e até o comércio de produtos por camelôs são diferentes práticas ilícitas imputadas aos “traficantes”, que passam a constituir “uma categoria fantasmática, uma categoria policial que migrou para a academia, para o jornalismo, para a psicologia e que não tem cara, não é mais humana. É uma coisa do mal. (D'ELIA FILHO, 2007, p. 115).

Dessa forma, nota-se que, partindo do pressuposto de que o sistema capitalista, por ser excludente e por tornar as relações desiguais, acaba por favorecer a produção e circulação das drogas ao redor do mundo e no Brasil, pois ele torna as classes subalternas uma vítima em potencial ao uso e tráfico da droga.

Contudo, é preciso esclarecer que o ser humano, muitas vezes, recorre ao uso exacerbado das drogas por se tratar de um ser social que recebe influências da sociedade e das relações que estabelece, pois essas duas dimensões podem ocasionar diversas adversidades na vida dos indivíduos que, por sua vez, passam a recorrer ao uso dessas substâncias.

2.2.2 Políticas públicas de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas no Brasil

O consumo de álcool e outras drogas se caracteriza como um grave problema de saúde pública, isso porque, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, o agravo ocasionado pelo consumo de substâncias psicoativas, atinge cerca de 10% da população de todo mundo, independentemente de idade, sexo, nível de instrução ou poder aquisitivo (BRASIL, 2003).

Em vista disso, pode-se compreender a necessidade da busca de estratégias para o enfrentamento das questões relacionadas ao abuso de drogas, pois é preciso destacar que o alto consumo de álcool e drogas trazem preocupantes danos para a sociedade contemporânea, atingindo uma amplitude mundial com desdobramentos que afetam todas as classes sociais e com efeitos cada vez mais devastadores, já que “estudos realizados durante a última década mostram que a prevalência do uso e abuso de álcool se manteve alta, gerando graves problemas sociais e de saúde e a magnitude desses problemas é evidente” (PILLON; LUIS, 2004, p. 677).

No decorrer do século XX as ações de enfrentamento ao uso de drogas ocorreu por meio da associação entre áreas da saúde e da justiça. Com a valorização do saber médico as ações de saúde voltadas ao público que faz uso de drogas também ficaram centralizadas à prática médica, que se legitimava junto ao Estado, ampliando seu mercado de trabalho. (MACHADO, 2006; COELHO, ALMEIDA FILHO, 1999 apud PACHECO, 2013).

Na década de 1920, as primeiras medidas legislativas coercitivas ao uso e comércio de algumas substâncias psicoativas aconteciam por intermédio do mecanismo da justiça criminal, que tinha como parceiro o movimento da medicina detentor de aparato técnico para legitimar as provas sobre os fatos criminais. (MACHADO, 2006; COELHO, ALMEIDA FILHO, 1999 apud PACHECO, 2013).

Da parceria entre as políticas de saúde e judiciária, consolidada ao longo da trajetória das temáticas voltadas às questões do uso e abuso de substâncias psicoativas, estabeleceram-se, durante a XX Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1988, os princípios diretivos para a redução da demanda⁵ de drogas. Nesse evento, após discutir-se também a redução da

⁵ Ações voltadas à prevenção, tratamento, recuperação, redução de danos e reinserção social do usuário de drogas lícitas e ilícitas. (DUARTE, 2011 apud PACHECO, 2013).

oferta⁶, o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) passa a se configurar Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). (DUARTE, 2001 apud PACHECO, 2013).

Contudo, a saúde pública até o início do século XXI, não realizava ações sistemáticas para tratamento e prevenção do uso e abuso de substâncias psicoativas. Somente a partir da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, originária da Reforma Psiquiátrica brasileira, se reafirmaram os princípios e diretrizes do SUS garantindo serviços de saúde mental às pessoas com transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas. (DELGADO, CORDEIRO, 2011 apud PACHECO, 2013).

Com efeito, no ano de 2002 sob a Portaria nº 816/2002, é implementado, no SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. Esse programa enfatizava a prestação de serviços não hospitalares, articulados em rede, sob abordagem multidisciplinar, direcionados ao apoio das estratégias em redução de danos e acessíveis à comunidade, que deveria se apoderar do controle social. (CRUZ, FERREIRA, 2011 apud PACHECO, 2013).

Posteriormente, o Ministério da Saúde, no ano de 2003, apresentou uma proposta ainda inédita no âmbito da política pública para intervir nessa realidade. A primeira dessas propostas considera a intersetorialidade como a busca do reconhecimento de que o problema do uso de álcool e outras drogas ultrapassam a área da saúde, e se adentra em outras áreas, como por exemplo, a justiça, a educação e o desenvolvimento social. Logo se torna necessária uma relação entre todas elas. Já o outro mecanismo apontado pelo Ministério é a atenção integral, e essa seria a maneira de propor variadas iniciativas para promover propostas de prevenção, capacitação de profissionais e outros diversos modelos de atenção.

É importante ressaltar que cabe ao Ministério da Saúde encarregar-se de modo integral de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas e, sendo assim, comprometer-se a com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção a usuários de álcool e outras drogas, de modo que se possa atender igualmente toda a população e contribuir com a execução de serviços de saúde com o propósito de inserção dos usuários no cotidiano dos serviços e nas práticas institucionais.

Em vista disso, ainda no ano de 2003, o Ministério da Saúde lançou “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, com a finalidade de assumir de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas no âmbito da saúde pública. Esta decisão atende às

⁶ Atos referentes à repressão da produção ilegal e do tráfico ilícito de drogas. (DUARTE, 2011 apud PACHECO, 2013).

propostas que foram enfaticamente recomendadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001. (III CNSM, Relatório Final, 2001 apud BRASIL, 2003).

Para dar continuidade ao trabalho elaborado até então, em 23 de agosto de 2006, sob a lei nº 11.343, cria-se o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que coloca o Brasil em destaque entre as discussões mundiais sobre esse tema ao indicar medidas preventivas contra o uso indevido de substâncias psicoativas e promotoras da reinserção social dos usuários e dependentes de drogas no panorama internacional, distinguindo o traficante do usuário dependente, carente por tratamento e leis diferenciadas. (PACHECO, 2013). Além do mais, essa lei institui normas para coerção à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, definindo-os como crimes. (BRASIL, 2006 apud PACHECO, 2013).

Atualmente, na rede de atendimento do SUS, aos usuários de álcool e outras drogas destinam-se a Atenção Básica mediante as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou as Equipes de Saúde da Família (ESF). (PACHECO, 2013). Salienta-se ainda que a esse serviço, em 2008, apresentam-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostos por equipe multiprofissional interdisciplinar para que sejam realizados atendimentos conjuntos, apoio matricial⁷, supervisão de casos, entre outras estratégias (DELGADO, CORDEIRO, 2011 apud PACHECO, 2013).

Contudo, é necessário indicar que a partir da década de 1960, também vigorou no Brasil as práticas proibicionistas oriundas dos Estados Unidos e da Europa. Segundo Neves (2015), o discurso moralista predominou no Brasil no início do século XX, pois o uso de certas substâncias era rotulado como imoral e associado à criminalidade.

Quando nos reportamos, por exemplo, ao período da ditadura militar brasileira reconhecemos que Getúlio Vargas reproduz a abordagem que estabelece que o usuário de drogas torna-se incapaz de cuidar de si mesmo e ainda o associa com a criminalidade. E, essa imagem distorcida dos usuários de drogas fez emergir políticas com cunho repressivas no Brasil. (NEVES, 2015).

Como já citado acima, o Brasil, a partir do século XX, passou a adotar o modelo médico e jurídico moral para ocupar-se das questões que se referiam ao uso de drogas no País. Neves (2015), explica do que se tratava cada um deles:

O modelo médico ou da saúde pública [passa a adotar] o enfoque epidemiológico de saúde. Nesse enfoque a droga é o agente; e o indivíduo consumidor o hospedeiro; o

⁷ É uma proposta que articula os cuidados em saúde mental à Atenção Básica, ou seja, constitui-se por ser um arranjo organizacional de suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento das ações básicas de saúde para a população. (CAMPOS, 1999 apud PACHECO, 2013).

meio ambiente o contexto. A droga passa a ter um papel de destaque entre os três elementos, sendo definida como a geradora de dependência. Um dos objetivos dessa perspectiva é tratar o consumo de drogas de maneira preventiva, visando diminuir a “aceitação” social da droga. Uma das políticas sugeridas por esse modelo é o aumento do preço das drogas lícitas como estratégia de controle de uso. (NEVES, 2015, p. 55).

E, assim também:

O modelo jurídico-moral classifica as drogas como perigosas ou inofensivas. As drogas serão tratadas como agentes ativos e o público a vítima. Esse modelo tem como objetivo colocar as substâncias rotuladas como ilícitas fora do alcance do público alvo, protegendo e vigiando a população através de dispositivos de controle ao acesso à droga. (NOWLIS, 1977 apud NEVES, 2015, p. 55).

Em suma, o Brasil passa a adotar, por meio do modelo médico ou de saúde pública, práticas mais progressistas que buscavam romper com o conservadorismo ao mesmo tempo em que se esforçavam em promover mudanças que contribuíssem para o desenvolvimento e o progresso da sociedade brasileira, pois nesse momento se reconhece que a dependência de álcool e das demais substâncias psicoativas é uma doença e, portanto o Estado deve oferecer serviços públicos de saúde.

E, inverso a esse modelo, o jurídico-moral apresenta medidas de cunho proibicionistas, no qual o usuário de droga é visto como um criminoso merecedor de severas punições ou um indivíduo que não consegue responder por si mesmo e, por isso, precisaria de uma intervenção, ou seja, a privação de sua liberdade por intermédio das internações compulsórias.

Sob esse mesmo ponto de vista é preciso mencionar outras práticas que retratam como atua o Estado:

os meios de controle de drogas distinguem três modalidades que atuam nas sociedades, a primeira é dos heterocontroles: instituições que possuem dupla função, tanto de defesa social como de controle da saúde pública; consideram o indivíduo toxicômano como incapaz de administrar seu consumo, sendo necessário ajuda e proteção. A segunda modalidade é dos controles societais; se referem às ações informais de regulação exercidas na interlocução entre diversos agentes sociais e os usuários de drogas, legais ou ilegais. O terceiro e último meio é o autocontrole; esse refere à conduta do usuário exercida na regulação do uso e na manutenção de uma relação entre indivíduo-usuário e a sociedade em que vive. (CASTEL; COPPEL, 1991 apud NEVES, 57-58).

A partir dessas concepções o Estado configura-se como um heterocontrole⁸, pois seu enfoque está direcionado a interesses políticos que desconsidera a multidimensionalidade do debate acerca das drogas, limitando as abordagens à delinquência ou à patologia, sem se

⁸ Heterocontrole é um princípio de saúde pública aplicado ao campo da vigilância sanitária. Foi proposto por Narvai, em 1982, como o princípio segundo o qual se um bem ou serviço qualquer implica risco ou representa fator de proteção para a saúde pública então além do controle do produtor sobre o processo de produção, distribuição e consumo deve haver controle por parte das instituições do Estado. (WIKIPÉDIA, 2011)

aprofundar nas questões sociais que ocasionam o uso demasiado dessas substâncias pelos indivíduos. (NEVES, 2015).

Dessa forma, o que se nota é que, ao longo do percurso histórico do nosso país e da expansão das questões referentes às drogas, o que perdura até os dias atuais, é que o Brasil adotou tanto medidas com propostas progressistas voltadas para políticas de saúde pública como também ações direcionadas por diretrizes proibicionistas. E, dessa maneira, essas duas vertentes passam a se conflitar e disputar espaço, pois no âmbito da saúde predomina a saúde pública, mas na esfera da justiça predomina a proibicionista.

Em vista disso, fica claro que se torna indispensável a busca de ações eficazes voltadas para essa problemática, porém de um modo que se reduza os agravos ocasionados pelo consumo excessivo de drogas, pois à saúde mental está ligada a uma nova perspectiva de saúde pública e, assim, torna-se necessário, no exercício cotidiano dos serviços e práticas institucionais, a busca de diretrizes, planos e propostas para intervir nessa demanda de maneira em que se beneficiem os usuários.

Portanto, é necessário ainda destacar algumas práticas adotadas em nosso país que buscam responder e intervir nas demandas relacionadas ao abuso de drogas, levando em consideração seu caráter preventivo. Isso é, no âmbito da saúde pública, mas também citando aquelas que estão enquadradas na esfera proibicionista.

2.3. Mecanismos de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas

Além de abordar as principais medidas adotadas no Brasil para o enfrentamento do uso de drogas no campo da saúde, os subitens a seguir relacionam cada uma dessas práticas com as concepções proibicionistas e de saúde pública.

2.3.1. *Prevenção*

Em um aspecto direcionado para a saúde pública o modelo de prevenção ao uso de substâncias psicoativas como o álcool e as demais drogas contém três níveis: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária.

A primeira delas, denominada como prevenção primária, se direciona a um conjunto de intervenções que têm por objetivo intervir na causa das doenças para que as mesmas não cheguem sequer a se manifestar.

Já a prevenção secundária se atenta para um diagnóstico precoce e busca intervir de maneira imediata naquela doença, tendo como ponto de partida a identificação dos sintomas das doenças de modo a executar uma terapia eficaz.

E, por fim a prevenção terciária diz respeito ao esforço para que se possa evitar uma perda de capacidades (total ou parcial) do indivíduo que o impossibilitaria de integrar a sociedade.

A prevenção pode ser considerada como um conjunto de estratégias destinadas a criar e manter estilos de vida saudáveis, englobando o envolvimento das comunidades, das suas instituições e dos seus sistemas.

Nesse sentido:

a prevenção compreende a difusão de informação sobre o problema da droga (ex.: campanhas nos meios de comunicação social), a garantia de informação e educação sobre o modo de atingir e manter a saúde em geral, o desenvolvimento de atividades alternativas saudáveis (ex.: desportos e dança) e a existência de um contexto de políticas promotoras de saúde. Assim, os programas preventivos do uso/abuso de drogas devem cobrir uma vasta série de temas, desde, obviamente, a informação sobre as drogas, a saúde e a sua promoção até à capacidade de tomar decisões e resolver problemas, passando pela valorização das competências de comunicação, pelo reforço das resistências à pressão negativa do grupo, pela apresentação de alternativas ao uso de drogas e pela afirmação da identidade e auto-estima. (Presidência do Conselho de Ministros, 1999, p. 126).

Em vista disso, é possível mencionar mecanismos e instituições brasileiros responsáveis por realizar um atendimento preventivo a pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Essas instituições trabalham em sua maioria numa perspectiva médico-psiquiátrica com ou sem fins lucrativos, ou sob um ponto de vista religioso e filantrópico.

Primeiramente, é preciso citar a atuação dos conselhos estaduais de entorpecentes, que estão ligados a uma perspectiva de saúde pública. Estes estão presentes na maioria dos estados brasileiros e são caracterizados como órgãos colegiados. Em relação aos métodos preventivos sua função remete a deliberar, normatizar e executar as políticas estaduais de prevenção, fiscalização, recuperação e repressão de entorpecentes nos estados, de acordo com as propostas da Política Nacional Sobre Drogas.

E, em relação às instituições estaduais interligadas a ministérios ou secretarias que atuam para prevenir o uso de drogas e que também estão relacionadas à saúde pública, se reconhece que essas são insuficientes, uma vez que as próprias secretarias de saúde, educação e justiça não estão preparadas para lidar com tal problemática. Em vista disso, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-Ad), são as instituições responsáveis por ofertar um serviço específico para o cuidado e a atenção integral e continuada aos indivíduos

que sofrem algum transtorno proveniente do consumo de drogas. Cabe ainda ressaltar que os CAPS-Ad oferecem serviços ambulatoriais de atenção diária, com cuidados intensivos, semi-intensivos e não intensivos. E quando não é se é possível um atendimento no CAPS-Ad o Estado acaba por recorrer a hospitais ou até mesmo a instituições particulares.

Em síntese, essas instituições particulares são clínicas psiquiátricas que recebem pacientes em situação de abuso de drogas. Várias dessas clínicas se especializam para receberem e tratarem esses pacientes seja por meio de um tratamento ambulatorial, ou ainda, uma internação mais curta para desintoxicação ou internações mais prolongadas que contam com um conjunto diverso de procedimentos.

Semelhantemente, atuam as comunidades terapêuticas, essas instituições em sua grande maioria possuem cunho filantrópico e são gerenciadas por leigos ou por órgãos não governamentais. Elas oferecem orientação sobre as questões referentes às drogas e proporcionam atendimentos a usuários, seja por meio de internação ou não.

Dentre a maioria das comunidades terapêuticas as com características religiosas representam a maioria das entidades que oferecem tratamento a pessoas que possuem problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Essas instituições são organizadas e dirigidas com base na fé e em convicções religiosas, pregando valores a partir de suas ideologias. Desse modo, desenvolvem suas atividades utilizando-se da pregação de valores espirituais para a prevenção do uso de substâncias psicoativas por meio de centros de orientação para jovens, famílias, escolas e a comunidade em geral.

No entanto, é preciso se atentar que, muitas das vezes, tanto as clínicas particulares, quanto as comunidades terapêuticas, possuem práticas relacionadas ao proibicionismo, já que isolam e segregam seus pacientes, além de serem também utilizadas para a internação compulsória. Elas vão ser apresentadas com mais detalhamento nas páginas subsequentes.

2.3.2. Mecanismos de tratamento ao uso de álcool e outras drogas

2.3.3 Redução de Danos

Ao longo da história o tratamento ao usuário de álcool e outras drogas esteve mais associado a modelos de prevenção e não necessariamente a uma assistência de fato. Pinheiro (2006) vai dizer que quando o usuário era considerado como um delinquente, tanto a prevenção quanto os tratamentos se baseavam num aspecto mais repressivo: a prevenção com mensagens de amedrontamento e o tratamento com prisão, internação compulsória em

hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. E ainda acrescenta que quando o usuário é caracterizado como doente, o modelo de atenção é dirigido à medicação e aos tratamentos de desintoxicação.

Em busca de uma estratégia nacional de luta contra a droga surgiu no Brasil a redução de danos, que pode ser definida como:

as expressões <<redução de danos>> ou <<redução de riscos>> designam as políticas que visam eliminar ou minimizar os danos, ou os riscos, causados pelo consumo de drogas, em todas as situações, mesmo quando o consumo se mantém.[...] A ideia, entende-se, não é desistir do tratamento dos toxicodependentes e muito menos decretar genericamente a sua condição de <<incuráveis>>. Trata-se, isso sim, de estruturar um novo tipo de intervenção nas toxicodependências, complementar das estratégias de prevenção e de tratamento/reinserção. (Presidência do Conselho de Ministros, 1999, p. 168).

Pinheiro (2006) ainda vai acrescentar que a redução de danos é “uma estratégia de saúde pública que busca controlar possíveis consequências adversas ao consumo de psicoativos – lícitos ou ilícitos – sem, necessariamente, interromper esse uso, e buscando inclusão social e cidadania para usuários de drogas” (Ministério da saúde, 2004 apud Pinheiro, 2006).

É preciso assinalar que a proposta de se criar políticas voltadas para a redução de danos surgiu para prevenir o risco da propagação de doenças infectocontagiosas, como é o caso das hepatites B e C e da AIDS, isso porque ao se consumir drogas injetáveis o risco de contaminação dessas doenças é maior. Ademais, a redução de danos também contribui para amenizar os danos ocasionados pelo uso de drogas na vida nas relações sociais dos dependentes.

Acrescenta-se ainda que,

as ações básicas dos Programas de Redução de Danos (PRD) implantados no Brasil são: contato com o usuário, principalmente aquele que está fora da rede de serviços de saúde, no local de moradia ou de uso; maior proximidade dos profissionais com a comunidade; treinamento e supervisão de agentes de saúde, muitos deles usuários ou ex-usuários que fazem o trabalho de multiplicadores e são conhecidos como redutores de danos; e a divulgação de informações preventivas da AIDS e distribuição de insumos (seringas, água destilada, swab de álcool, colher, garrote, etc). (PINHEIRO, 2006, p. 26).

Em suma, a redução de danos nada mais é do que um método que busca intervir na realidade do usuário dependente do álcool e de outras drogas. Contudo, a proposta não está ligada a ideia de impor um tratamento que vise, como fim único, a abstinência, pois, como modo de se adequar à realidade de um determinado indivíduo, é preciso levar em conta justamente sua individualidade, sua vida e sua trajetória de forma singular. Não é possível

traçar um único caminho comum para todos e por isso é preciso sempre evocar que o tratamento decorrerá a partir das respostas e empenho daquele que se dispõe a se tratar. E, por fim, cabe ainda ressaltar que esse se trata de um método com propostas progressistas, uma vez que busca reduzir os danos à saúde.

2.3.4. Comunidades Terapêuticas

Na busca de compreender a problemática do uso de álcool e outras drogas e de intervir para enfrentar essa problemática surgiram ao longo dos anos diversos modelos de tratamento, como já foi apresentado. E, por meio do surgimento das comunidades terapêuticas, foi implementado mais um procedimento com essa finalidade.

De acordo com Pozas (1995 apud SABINO, CAZENAVE, 2005), as comunidades terapêuticas foram criadas em 1979 com o intuito de dar uma resposta aos problemas provenientes da dependência de drogas, possuindo assim um ambiente que necessariamente é livre das mesmas e uma forma de tratamento em que o paciente é tratado como o principal protagonista de sua cura.

O tratamento ofertado é baseado em um conjunto de regras que serve como forma de controle e que impõe limites, além de estabelecer normas, horários e tarefas. Isso para que o paciente e os profissionais intensifiquem seus trabalhos e focalizem em seus objetivos.

Além disso, muitas das comunidades terapêuticas proibem que os pacientes façam uso de medicamentos, por considerar que esses são substâncias psicoativas. Desse modo, acabam por prejudicar o tratamento desses indivíduos e agravar problemas de saúde.

Ademais, as comunidades terapêuticas possuem características próprias:

As CT [...] apresentam uma ampla flexibilidade a fim de adaptar-se a várias culturas e níveis sociais, trabalhando basicamente em três linhas de atuação: espiritual (trabalha-se com religiosidade e apoio de ex-internos), científica (psicológicos, médicos, assistentes sociais e voluntários de diversas áreas) e mista (união das duas citadas anteriormente). (SABINO, CAZENAVE, 2005, p.172).

Agindo assim, as comunidades terapêuticas buscam motivar o indivíduo para que no futuro o mesmo possa retornar à sociedade, e tudo isso por meio da propagação de valores relacionados à responsabilidade, espiritualidade, solidariedade, amor e etc.

Contudo, apesar de aparentemente o modelo proposto pelas comunidades terapêuticas ser viável de modo que atraem muitos indivíduos que buscam um tratamento, os relatos que se tornaram conhecidos vão de encontro a essa realidade.

A autora Matuoka (2016) revela que por meio de uma fiscalização realizada pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRPSP) em 43 comunidades terapêuticas entre 2013 e 2015 os resultados trouxeram graves violações de direitos humanos nas CT. Pois, são apontados como método de tratamento o trabalho forçado e a participação compulsiva em cultos religiosos, a, medicalização excessiva, homofobia, transfobia e estupros. Há também relatos de mortes – quatro nas instituições inspecionadas durante as internações, sendo dois suicídios.

E também destaca que a maioria dessas instituições de atendimento a usuários de álcool e drogas funciona em um ambiente isolado da sociedade, normalmente em chácaras, e recebem internações de usuários que decidiram parar de consumir drogas. O tratamento seria focado em um fortalecimento físico, psíquico e espiritual, na libertação pelo trabalho e na terapia coletiva, com orientação técnica e profissional, por um tempo que varia de 3 a 11 meses, e o objetivo final seria a cura. (MATUOKA, 2016).

Conseqüentemente, o que se evidencia é que a atuação das comunidades terapêuticas rompe com as práticas e as orientações que norteiam as políticas públicas de saúde e, principalmente, das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Além do mais, existe ainda a ausência de profissionais de saúde capacitados nessas instituições, o que acaba por ocasionar nas práticas institucionais das comunidades terapêuticas posturas moralistas que tendem a culpar o indivíduo, e isso se reflete em uma conduta proibicionista.

2.3.5. Internação Compulsória

Com características conservadoras, moralistas e com ações violentas e opressoras por parte de policiais, a internação compulsória está diretamente associada com práticas proibicionistas, visto que o Estado passa a executar ações que violam os direitos constitucionais da pessoa humana em relação à sua dignidade, autonomia, liberdade e saúde.

Entende-se por internação compulsória aquela que é determinada pela Justiça mediante a comprovação de um laudo médico que determine a necessidade de tal medida e da constatação da ineficácia de outros tratamentos alternativos.

Em vista disso, a Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, define os tipos de internações vigentes em nosso país:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. (BRASIL, 2001).

É na dualidade da interpretação dessa Lei que vêm sendo respaldadas as discussões a cerca das internações compulsórias direcionadas aos dependentes químicos.

Um exemplo claro dessas práticas nos dias atuais foram as recentes operações autoritárias do prefeito de São Paulo, João Doria na região conhecida como Cracolândia. As ações tiveram início a partir de maio desse ano com a demolição por parte da prefeitura de um imóvel que estava ocupado por pessoas em situação de rua, além do mais, essa operação ainda fez uso de força policial para a retirada forçada de dependentes químicos daquela região com a ameaça de interna-los compulsoriamente.

Todavia, o que se nota é que tais procedimentos não levam em consideração a historicidade, o contexto e a relação do dependente com a droga, e ainda desconsidera a articulação intersetorial com as políticas sociais.

Em vista disso, a assistente social e pesquisadora Cristina Brites afirma que:

O fenômeno do uso de drogas é histórico, complexo, multideterminado e depende de respostas das várias políticas sociais, e não de um só modelo que se baseia no isolamento e encarceramento do usuário. Além disso, a internação compulsória vem atender interesses econômicos e políticos do capital, uma vez que assume caráter higienista, porque se volta somente para os usuários de crack em situação de rua nas chamadas “cracolândias”, que em sua maioria são territórios de especulação imobiliária, de mobilidade urbana. (BRITES, 2013).

Por outro lado, Cristina Brites enfatiza que,

a abordagem da saúde coletiva coloca o uso de drogas no seu contexto histórico. Reconhece que a relação dos seres humanos com a droga é histórica, determinada socialmente e culturalmente, e que envolve questões inclusive ligadas ao capital. Reconhece que o uso de drogas é reflexo da ausência de políticas sociais, da incapacidade do Estado em garantir direitos da população como a saúde, o trabalho, a moradia etc. E esta abordagem desemboca numa ideia de antiproibicionismo, que tem uma perspectiva de totalidade do ponto de vista social. Esta mesma abordagem vai dizer que, quanto mais ampla for a oferta de respostas diante do uso e da dependência das drogas, mais chances eu tenho de enfrentar esta questão. (BRITES, 2013).

Em suma, como já dito, a solução do uso demasiado de drogas no Brasil não ocorrerá por meio de práticas que isolem e internam um usuário de droga sem seu consentimento, pois ainda que um indivíduo sob efeito de droga não responda parcialmente por suas decisões, esse mesmo indivíduo em outro dado momento possui lucidez e, desse modo, tem o poder de optar

ou não por um tratamento. E, convém ressaltar, o histórico de episódios de abordagem a dependentes químicos em nosso país se volta a práticas proibicionistas, pois tais atitudes vêm sendo subsidiadas por intervenções da força policial e assim se desconsidera o uso da droga como uma problemática da área da saúde e uma questão social.

Portanto, por meio de tudo o que foi exposto até aqui, a etapa seguinte tem por objetivo adentrar na realidade do Distrito Federal com o intuito de verificar quais são as políticas públicas adotadas para o enfrentamento do uso de drogas na região, bem como, analisar se tais medidas contribuem para a superação desse fenômeno e se proporcionam o controle do consumo de substâncias psicoativas, no âmbito da saúde.

CAPÍTULO III – As políticas públicas do Governo do Distrito Federal referente ao enfrentamento do uso de álcool e outras drogas

Este capítulo teve como objetivo realizar um levantamento das ações no campo da saúde frente ao uso de álcool e outras drogas, a partir das políticas desenvolvidas frente a essa problemática. Nesse sentido realizou-se uma pesquisa documental no: Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; Comitê de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e do Mapeamento e Identificação das Metodologias das Instituições de Tratamento e Reinserção Social de Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas no Distrito Federal. Além do mais, esse capítulo ainda realizou uma breve abordagem sobre o desenvolvimento dessas políticas no âmbito do Distrito Federal.

3.1. O uso de álcool e outras drogas no Distrito Federal e as políticas públicas elaboradas para seu enfrentamento

Com a finalidade de abordar sobre o uso de álcool e outras drogas no Distrito Federal e apresentar as políticas públicas que foram estruturadas a fim de intervir nessa problemática é fundamental, logo de início, enunciar que tal discussão é proveniente da percepção de que a Capital do País apresenta consideráveis números de dependentes de substâncias como o álcool, maconha, tabaco, cocaína, crack, entre outros. Essas drogas se expandiram por todo o território da Capital Federal, atingindo, assim, todas as classes sociais.

Segundo a Coordenação de Repressão às Drogas da Polícia Civil (Cord) o consumo de crack é o mais alarmante, incrustado nas diversas camadas sociais, vai muito além de um problema de segurança pública, pois o uso demasiado dessa substância torna-se um problema social e de saúde pública:

A substância [crack] deriva da cocaína produzida nos países Andinos, como Bolívia, Peru, Colômbia e uma parte da Venezuela. O diretor da Cord, delegado Rodrigo Bonach, explicou que o usuário do crack perde a autodeterminação. “Ele se afasta de tudo que tem para satisfazer o próprio vício e acaba indo para as ruas para viver em uma situação que é vista em São Paulo. O dependente químico do crack está doente e não consegue se livrar da droga espontaneamente. Por isso, é importante fortalecer as redes de saúde e de acolhimento nas comunidades terapêuticas, aumentar o número de Caps-Ad, além de repreender de forma qualificada o fornecedor, o que cabe à polícia identificar”, explicou. (STACCIARINI, 2017).

As primeiras apreensões de crack no Distrito Federal ocorreram no ano de 2006 e, a partir daí, essa substância passou a ocupar o lugar de outra droga que até então era muito consumida na capital federal que era a merla. Posteriormente, no ano de 2008, a polícia do Distrito Federal já havia tirado de circulação 4.342 pedras da droga e, no ano seguinte, o número já se estendia para 11.967 pedras, o equivalente a um crescimento de 175%. Além do mais, como já realçado, o uso do crack também alimenta a violência e prejudica a saúde de seus dependentes, por isso a substância é considerada uma epidemia. (STACCIARINI, 2017; OLIVEIRA, 2010).

De acordo com o delegado Pedro Cardoso (DF), o crack tornou-se a substância mais comercializada e consumida no Distrito Federal e também no restante do País devido ao seu poder viciante que é capaz de causar dependência já na primeira vez em que é experimentada. “O preço é baixo e a ocultação, fácil. É uma droga complexa, que exige preocupação específica”, explica. O crack atualmente está mais presente em regiões como Ceilândia, Taguatinga, São Sebastião, Plano Piloto, em áreas rurais do Distrito Federal e em municípios do entorno. (BRASÍLIA, 2010 apud OLIVEIRA, 2010).

As altas taxas de consumo de crack e das demais drogas ao longo da história do Distrito Federal tornou-se uma questão de saúde pública, e dessa maneira foi imprescindível a intervenção do Estado, que desde então, por meio de políticas públicas busca meios que reduzam os danos ocasionados por essas substâncias.

As primeiras medidas governamentais criadas pelo Distrito Federal frente a esta problemática ocorreram em 01 de abril de 1986, por meio do Decreto nº 9.359, que criou o Conselho de Entorpecentes do Distrito Federal (CONEN-DF). Contudo o bojo da reestruturação da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal (SEJUS/DF), em 24 de maio de 2007, foi publicado o Decreto nº 27.970, de 23 de maio de 2007, que teve por objetivo alterar o nome do CONEN-DF, e, a partir desse momento, o mesmo passou a ser chamado de Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal. Entretanto se manteve a sigla CONEN-DF por ser socialmente reconhecida. (BRASÍLIA, 2016).

O CONEN-DF desde sua origem sempre esteve vinculado diretamente à Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania. Todavia, sua composição somente ficou definida pelo Decreto nº 32.108, de 25 de agosto de 2010, que instituiu a Política Distrital sobre Drogas e criou o Sistema Distrital de Política sobre Drogas (SIDPD), esse por sua vez fundamentado na Política Nacional sobre Drogas, na Política Nacional sobre o Álcool e nas resoluções aprovadas pelo Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal. (BRASÍLIA, 2016).

A partir de sua criação em 1986 ficou atribuído ao CONEN-DF a elaboração de planos, orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e de substâncias que determinem dependência física ou psíquica, bem como o exercício de outras funções em consonância com os objetivos do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. (BRASÍLIA, 1986).

E, dessa forma ainda, é possível destacar que esse Conselho:

presta o assessoramento na promoção de articulação, integração e organização do Distrito Federal para o desenvolvimento de ações e programas de prevenção, tratamento e redução da demanda, dos danos e da oferta de drogas, além de propor a política, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o uso e tráfico de drogas, bem como exercitar outras funções em consonância com os objetivos da Política Nacional sobre Drogas. (BRASÍLIA, 2016).

Mediante o exposto, é notório que a criação do CONEN-DF foi de extrema importância para a abertura de ações no âmbito do Distrito Federal que se destinaram ao enfrentamento do uso de substâncias psicoativas, do mesmo modo que se promoveu a criação de novas políticas. E, a partir disso, esse trabalho de pesquisa buscou compreender como a SEJUS e a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), desenvolvem suas atividades de modo a intervir na problemática da droga no Distrito Federal.

Assim sendo, a Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal (SEJUS/DF), é o órgão responsável que viabiliza o pleno exercício da cidadania e da defesa dos direitos humanos em conformidade com ações integradas entre a sociedade e o Governo do Distrito Federal (GDF). É de sua responsabilidade a coordenação do Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que no Distrito Federal foi constituído pelo Decreto nº. 33.164, de 31 de agosto de 2011, do mesmo modo que também supervisiona o Comitê de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criado por meio do Decreto nº. 32.901, de 3 de maio de 2011. Porém esse decreto foi revogado pelo atual governo do Distrito Federal que elaborou o Decreto nº 36.628, de 22 de julho de 2015 como forma de renovar as legislações contidas no Comitê. Nesse sentido, a SEJUS fica responsável por implementar o Plano no Distrito Federal e providenciar apoio técnico-administrativo e meios necessários para a execução dos trabalhos dos órgãos colegiados ao Comitê.

Por conseguinte, dispomos das atividades exercidas pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), que tem a missão de produzir estudos e análises sociais a fim de contribuir para uma maior efetivação das políticas públicas do Governo do Distrito

Federal. Com efeito, a CODEPLAN tem papel fundamental na temática de drogas no Distrito Federal, pois a Companhia é parte integrante do Comitê de Enfrentamento ao Crack e a outras Drogas e intervêm por meio de seus estudos e pesquisas a fim de contribuir para dar resposta a esse problema.

Portanto, serão apresentadas abaixo as medidas adotadas pelo Governo do Distrito Federal com a finalidade de enfrentar o uso de álcool e outras drogas. Essa etapa tem por objetivo cumprir o propósito inicial desse trabalho que buscou pesquisar quais são as ações desenvolvidas no Distrito Federal para o enfrentamento ao uso de drogas.

3.2. Plano distrital de enfrentamento ao crack e outras drogas

O Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, foi instaurado pelo Governo Federal por meio do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 como parte de uma estratégia nacional ao enfrentamento as drogas, e tem por objetivo promover a prevenção ao uso, oferecer o tratamento, a reinserção social dos usuários e, também, o combate ao comércio ilegal de crack e das demais substâncias ilícitas. Ademais, o Plano busca a integralização com as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, direitos humanos, entre outras.

O Plano está em consonância com as diretrizes contidas na Política Nacional sobre Drogas por meio da Resolução Nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005 e com o Sistema Nacional Antidrogas que foi instituído pela Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.

Cabe ressaltar que por, se tratar de um programa do Governo Federal, o Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas possui diretrizes únicas e somente é instituído nos Estados que solicitam a adesão ao mesmo. E, sendo assim a entidade federativa que passar a fazer parte do programa assume a responsabilidade de sua implementação e gestão.

Em vista disso, é preciso salientar que existem seis etapas a serem cumpridas para a adesão efetiva ao programa. Primeiramente, é preciso que os Estados criem os seus próprios Comitês Gestores, e esses, por sua vez, ficarão responsáveis pela coordenação do programa articulando as diferentes redes de atenção ao usuário de droga. Em segundo lugar, é necessária a elaboração de um plano de ação que forneça frequentes informações sobre a execução do programa, um mapeamento que aponte referências sobre a violência decorrente do tráfico de drogas e também informações que digam quais serviços e equipamentos precisam ser implantados naquela região. (CASTRO, 2016).

A inscrição definitiva ao programa é constituída na terceira etapa por meio da assinatura do termo de adesão. O quarto procedimento adotado é a criação de oficinas que promovam um espaço intersetorial e multidisciplinar com o intuito da busca de estratégias de articulação e formação de redes. Fica acordado, no quinto passo, a implementação dos serviços e equipamentos em vista de pôr em prática o plano de adesão, e por último, o sexto passo é o monitoramento e acompanhamento do programa, visando informações periódicas sobre a implementação e funcionamento naquela localidade. (CASTRO, 2016).

A implantação do programa no Distrito Federal se deu por intermédio do Decreto nº 33.164, de 31 de agosto de 2011 pelo ex-governador Agnelo Queiroz. E assim sendo o Art. 2º desse decreto trata sobre os objetivos do Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas no Distrito Federal:

- I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas ilícitas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, como crianças, adolescentes e população em situação de rua;
- II - estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas ilícitas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS;
- III - capacitar, de forma continuada, os gestores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas ilícitas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas;
- IV - promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, de tratamento, de reinserção social e ocupacional de usuários de crack e demais drogas ilícitas e fomentar a multiplicação de boas práticas;
- V - disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas ilícitas;
- VI - fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas no Distrito Federal e Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno – RIDE; e
- VII – promover a articulação de ações do Governo Federal e do Governo do Distrito Federal com ações dos Governos Estaduais e Municipais que compõem a RIDE. (BRASÍLIA, 2011).

O Plano apresenta ainda outros sete artigos que apontam os procedimentos a serem desenvolvidos para sua execução, entre as quais: a criação do Comitê gestor de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; as ações a serem desenvolvidas ao longo da implementação do mesmo, ações essas que estão contidas no anexo I do Plano; as despesas referentes a essa implementação, visto que essas ocorrerão pelos próprios órgãos inclusos no Plano por meio de seus respectivos orçamentos; o fornecimento trimestralmente de informações pelas secretarias que compõem o Comitê e a solicitação, também por parte do Comitê de informações ou apoio a outros órgãos do Distrito Federal, visando o enfrentamento do crack e outras drogas ilícitas. (BRASÍLIA, 2011).

É importante frisar que o Comitê de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas é o principal mecanismo que fundamenta as ações políticas sobre drogas no Distrito Federal de modo a dar subsídio para a elaboração, implantação e funcionamento do Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

Inclusive, o Comitê possui ainda um núcleo executivo que fica responsável exclusivamente por viabilizar a disponibilização dos recursos para a execução do Plano, do mesmo modo que acompanha e avalia sua implantação e consolida, por meio de relatórios periódicos, todas as informações das ações e resultados obtidos. Por fim, a Secretaria Executiva do Núcleo Executivo do Comitê é exercida pelo (a) Subsecretário (a) de Prevenção ao Uso de Drogas. (CASTRO, 2016).

Em 2015, já no mandato do então governador do Distrito Federal, Rodrigo Rollemberg, o Comitê de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas passou por uma atualização a fim de consolidar sua legislação. E, isso se deu mediante o Decreto nº 36.628, de 22 de julho de 2015. Contudo, não houve grandes mudanças em sua estrutura e consequentemente, no desenvolvimento do que até então é feito por meio do Plano no âmbito do Distrito Federal.

Portanto, as tabelas a seguir demonstram as medidas e os respectivos órgãos do Governo que atuam em todo âmbito do Distrito Federal e que estão contidos no Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Todavia, a exposição apresentará somente as ações e parcerias desenvolvidas no âmbito da saúde e daquelas relacionadas à atuação da Codeplan, tendo em vista que a abordagem desse trabalho teve seu enfoque nesses segmentos. Isto posto, as amostras que abordam as questões referentes à saúde são: prevenção; tratamento/reinserção social; capacitação; mobilização social; pesquisa e redução da oferta.

3.2.1 Prevenção

AÇÃO	PARCERIAS
1. Implantação de Projeto sobre crack e outras drogas para o sistema socioeducativo.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria da Criança • Secretaria de Educação • Secretaria de Saúde • Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania • Secretaria da Juventude

<p>2. Elaboração e implantação de projeto de atenção integral à saúde, com especial atenção à prevenção ao uso de crack e outras drogas, para estudantes do primeiro ao quarto ano do ensino fundamental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Educação • Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania • Secretaria de Saúde
<p>3. Elaboração e implantação de projeto de atenção integral à saúde, com especial atenção à prevenção ao uso de crack e outras drogas, para estudantes da Educação de Jovens e Adultos – EJA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Educação • Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania • Secretaria de Saúde • Secretaria da Juventude
<p>4. Implantação do Centro de Referência em Álcool e outras Drogas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania
<p>5. Implantação do Projeto Álcool e outras Drogas na Transversal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania • Secretaria de Educação • Secretaria de Saúde
<p>6. Ampliação do número de escolas atendidas pelo Programa Saúde nas Escolas – PSE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Educação • Secretaria de Saúde • Ministério da Saúde • Ministério da Educação
<p>7. Ampliação do número de escolas atendidas pelo Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Educação • Secretaria de Saúde • Ministério da Saúde • Ministério da Educação
<p>8. Implantação de ações integradas de mobilização, prevenção, tratamento e reinserção social nos Territórios de Cultura e Cidadania, e nos territórios de vulnerabilidade e risco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todas as secretarias que compõe o Comitê de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas

Fonte: Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas/2011

3.2.2 Tratamento/Reinserção Social

AÇÃO	PARCERIAS
1. Implantação de 11 Consultórios de Rua.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde • Ministério da Saúde • Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
2. Implantação de 11 equipes das Escolas de Redutores de Danos.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde • Ministério da Saúde
3. Implantação do Projeto Lua Nova para atenção às mulheres grávidas ou às mães usuárias de crack e outras drogas.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania • Secretaria de Saúde • Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda • Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
4. Implantação do Projeto Fala Aí! – Espaço Aberto, destinado a promover tendas de acolhimento móvel, nas cidades de Brasília, Taguatinga, Ceilândia, Gama, Planaltina e São Sebastião.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania • Secretaria de Saúde • Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda
5. Abertura de cinco novos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas – Caps AD, atendendo à densidade populacional das regiões a serem contempladas.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde • Ministério da Saúde
6. Reforma e transferência do Caps AD Ceilândia para sede definitiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde
7. Abertura de dois novos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas Infanto-Juvenis – Caps AD,	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde • Ministério da Saúde

atendendo à densidade populacional das regiões a serem contempladas.	
8. Consolidação do Adolescento junto ao Ministério da Saúde como Caps AD.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde • Ministério da Saúde
9. Adequação dos Caps AD Ceilândia, Sobradinho II, Guará, Santa Maria e Rodoviária para serem transformados em Caps AD III, com atendimento 24 horas.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde • Ministério da Saúde
10. Abertura de duas Casas de Acolhimento Transitório – CAT para adultos.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde • Ministério da Saúde
11. Abertura de duas Casas de Acolhimento Transitório – CAT para crianças e adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde • Ministério da Saúde
12. Abertura de leitos em hospitais gerais para atendimento e inserção de dependentes químicos em programas de reabilitação.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde • Ministério da Saúde
13. Credenciamento de Comunidades Terapêuticas que atendam a dependentes químicos, visando à oferta de leitos de internação prolongada (até 12 meses).	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania • Secretaria de Saúde • Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda

Fonte: Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas/2011

3.2.3 Capacitação

AÇÃO	PARCERIAS
1. Promoção de Curso de Iniciação a Abordagens em Álcool e outras Drogas, que trate de redução de danos sociais e à saúde, entrevista motivacional e intervenção breve, destinado a profissionais das redes SUS e	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde • Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde • Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania

Suas, Projetos Picasso não Pichava e Esporte à Meia-Noite e Sistema Socioeducativo.	
2. Realização de Curso de Especialização em atenção ao adolescente em uso de álcool e outras drogas.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde • Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
3. Capacitação e sensibilização das equipes de urgência e emergência dos Hospitais Gerais na especificidade álcool e outras drogas ilícitas.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde • Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
4. Implantação do Centro Regional de Referência.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde • Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde • Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
5. Curso de especialização em álcool e outras drogas ilícitas.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde • Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Fonte: Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas/2011

3.2.4 Mobilização Social

AÇÃO	PARCERIAS
1. Realização de um Encontro para discutir e divulgar o fluxo de encaminhamentos no DF.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania • Secretaria de Saúde • Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda

Fonte: Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas/2011

3.2.5 Pesquisa

AÇÃO	PARCERIAS
1. Realização de estudo epidemiológico do uso de crack e outras drogas no DF e entorno;	<ul style="list-style-type: none"> • Codeplan • Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania • Secretaria de Assuntos Estratégicos
2. Mapeamento e georreferenciamento das cenas de uso de drogas no DF e entorno.	<ul style="list-style-type: none"> • Codeplan • Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania • Secretaria de Assuntos Estratégicos
3. Realização de pesquisa para avaliar as metodologias utilizadas no tratamento e reinserção social dos usuários de crack e outras drogas ilícitas no DF.	<ul style="list-style-type: none"> • Codeplan • Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania • Secretaria de Assuntos Estratégicos
4. Mapeamento e georeferenciamento dos diversos atores da rede de redução da demanda por drogas.	<ul style="list-style-type: none"> • Codeplan • Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania
	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Assuntos Estratégicos
5. Realização de pesquisa de impacto da publicidade sobre álcool e outras drogas promovida pelo GDF.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Publicidade Institucional • Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania
6. Realização de pesquisa do impacto do Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack	<ul style="list-style-type: none"> • Codeplan • Secretaria de Justiça, Direitos

e outras Drogas, após dois anos de sua implantação.	Humanos e Cidadania <ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Assuntos Estratégicos
---	--

Fonte: Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas/2011

3.2.6 Redução da Oferta

AÇÃO	PARCERIAS
1. Intensificar ações integradas nas cenas de uso identificadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde • Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda • Secretaria de Segurança Pública • Administrações Regionais

Fonte: Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas/2011

Mediante o exposto, se percebe que o Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e o Comitê de Enfrentamento ao Crack e a outras Drogas são medidas correspondentes para o enfrentamento das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas no Distrito Federal, pois se busca a articulação de diversos órgãos e secretarias para a implementação de medidas que reduzam os agravos ocasionados pelo uso demasiado de substâncias psicoativas com um enfoque voltado para a saúde. Ademais, tais medidas também são previstas a fim de contribuir para a prevenção do uso de entorpecentes e do esforço para extinguir o tráfico de drogas ilícitas.

Todavia, em função do tempo e do acesso às informações, esse trabalho somente identificou, no âmbito do Distrito Federal, a partir do anexo I do Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, a efetivação dos itens relacionados à pesquisa e do tratamento e reinserção social, isso porque o mapeamento da Codeplan que será apresentado abaixo e que foi um dos documentos escolhidos para esse trabalho trata sobre a temática de drogas no Distrito Federal e descreve sobre o funcionamento dos Caps-Ad e das comunidades terapêuticas.

3.3. Mapeamento e Identificação das Metodologias das Instituições de Tratamento e Reinserção Social de Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas no Distrito Federal

Dando seguimento à análise proposta por esse trabalho, nessa etapa serão expostos os objetivos da Companhia de Planejamento do Distrito Federal e os resultados alcançados por meio da pesquisa elaborada por esse órgão denominada como “Mapeamento e Identificação das Metodologias das Instituições de Tratamento e Reinserção Social de Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas no Distrito Federal”, produzida em março de 2013. Tal pesquisa identificou como se encontram atualmente as instituições de tratamento e reinserção social de usuários de drogas no Distrito Federal, como também indicou os serviços voltados para essa questão levando em consideração o mesmo território.

Por estar inserida no Plano e no Comitê de Enfrentamento ao Crack e a outras Drogas é imprescindível reforçar que as atribuições da CODEPLAN são:

(a) realização de estudo epidemiológico do uso de crack e outras drogas no DF e Entorno; (b) mapeamento e georrefenciamento das cenas de uso de drogas no DF e Entorno; (c) realização de pesquisa para avaliar as metodologias utilizadas no tratamento e reinserção social dos usuários de crack e outras drogas ilícitas no DF; (d) mapeamento e georreferenciamento dos diversos atores da rede de redução da demanda por drogas; (e) realização de pesquisa do impacto do Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, após dois anos de sua implantação. (CODEPLAN, 2013).

Ademais, a contribuição da pesquisa da CODEPLAN junto ao comitê foi à discussão da oferta de serviços e tratamentos, bem como suas características e localização. Pois, o trabalho foi elaborado com o objetivo de fornecer subsídios à política de enfrentamento às drogas no Distrito Federal. (CODEPLAN, 2013).

Salienta-se ainda que:

Com este estudo, será possível repensar a política do Distrito Federal para enfrentamento dos problemas advindos do uso de crack e outras drogas. Os dados apresentados, se apropriados pelos gestores das pastas de saúde, segurança pública, justiça, direitos humanos e demais relacionadas à questão, podem ter como resultado um atendimento adequado às complexas demandas que se aprofundam com as intensas mudanças sociais vividas pelo país nos últimos anos. (CODEPLAN, 2013).

E, por fim a Codeplan ressalta que:

Pretende-se, com esta produção, oferecer subsídios à gestão das políticas públicas sobre drogas do Distrito Federal, garantindo a efetividade do Comitê de Enfrentamento ao Crack e a outras Drogas e permitindo ao governo a adoção de medidas capazes de fortalecer a política sobre drogas local. A Codeplan cumpre parte de suas incumbências junto ao Comitê por meio deste trabalho, reafirmando-se como parceira no planejamento e no acompanhamento das políticas sociais. (CODEPLAN, 2013).

Mediante exposto, para uma maior compreensão dos dados adquiridos por meio da pesquisa da Codeplan os subitens a seguir serão tratados de acordo com a pesquisa original.

Desse modo, a divisão será: Perfil dos dirigentes das instituições/Perfil das instituições e Tipificação do Tratamento. Em cada subitem serão apresentadas as informações da pesquisa.

3.3.1 Perfil dos dirigentes das instituições e Perfil das Instituições

Com o objetivo de buscar conhecer o perfil das instituições que oferecem tratamentos aos indivíduos que se encontram envolvidos com a problemática do uso de álcool e outras drogas no Distrito Federal fez-se necessário em primeiro lugar conhecer quem são as pessoas que coordenam tais instituições. E para isso os dados em questão foram levantados por meio de um questionário aplicado pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas.

É importante esclarecer que a Codeplan pesquisou 25 instituições, entre elas 16 identificadas como não governamental sem fim lucrativo, 7 instituições governamentais e outras duas como não governamental com fim lucrativo e, portanto foram entrevistados 25 dirigentes. Para alcançar seu objetivo nesse primeiro momento o questionário buscava os seguintes dados: idade; sexo; nível de escolaridade; remuneração e a participação social em conselho.

Deste modo, verificou-se que oito dirigentes têm entre 20 e 40 anos, treze informaram ter entre 41 e 60 anos e quatro têm 61 anos ou mais. Em relação ao sexo a uma predominância do sexo masculino, pois: quatorze instituições são coordenadas pelo sexo masculino, enquanto onze são coordenadas pelo sexo feminino. (CODEPLAN, 2013).

Quando a questão referente foi sobre o nível de escolaridade, a pesquisa descobriu que sete homens e onze mulheres dentre os dirigentes têm nível superior completo. E, entre esses os cursos são: psicologia, administração, farmácia, medicina, serviço social, terapia ocupacional, design, letras e ciências sociais. Outros dois dirigentes possuem curso superior incompleto, dois ensino médio completo, um ensino fundamental completo e dois com ensino fundamental incompleto. (CODEPLAN, 2013).

Quanto ao exercício das atividades remuneradas desses dirigentes, 15 afirmaram não exercer atividade remunerada fora da instituição e 14 disseram não receber remuneração pelo serviço prestado. Aqueles que declararam receber algum dinheiro destacaram porém que contam apenas com uma ajuda de custo e não com um salário regular. Os dirigentes das instituições governamentais são servidores públicos e, por isso, possuem função gratificada. (CODEPLAN, 2013).

A pesquisa ainda aponta que a principal motivação para a realização dos trabalhos por parte dos dirigentes é: (a) motivação pessoal, (b) religiosa, (c) humanitária, (d) profissional, (e) designação profissional alheia à vontade, (f) solicitação ou convite de amigos ou conhecidos ou (g) outra motivação. (CODEPLAN, 2013).

Por conseguinte, a pesquisa elucidou que a participação social por parte dos dirigentes em algum conselho é pouco representativa:

13 dirigentes nunca participaram de qualquer Conselho. Dos 11 que afirmaram participar de órgãos de defesa de direitos e de participação social, seis já participaram do Conselho Antidrogas ou de Entorpecentes, um declarou participação no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas e dois no Conselho de Saúde. Foi declarado também envolvimento com a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract), a Associação de Comunidades Terapêuticas do Distrito Federal e Entorno, a Rede Iberoamericana de ONGs que trabalham com Dependência de Drogas (Riod), Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do Distrito Federal, Associação Brasileira de Terapia Familiar e Comitê de Enfrentamento ao Crack e a outras Drogas. Foram informadas também participações em conselhos de categorias profissionais, como o de Farmácia e o de Medicina. (CODEPLAN, 2013, p. 17).

Portanto, com base nesses dados que foram adquiridos por intermédio da aplicação de um questionário, foi possível traçar o perfil dos dirigentes das instituições pesquisadas para buscar iniciar os estudos referentes às próprias instituições. E, na pretensão de conhecer o perfil das instituições a pesquisa se baseou nas seguintes informações: natureza; localização, articulação, capacitação, financiamento, recursos humanos, recursos materiais e estrutura física e, abrangência, público alvo e formas de acesso.

Em relação às características dessas instituições e sua natureza como já destacado acima, as unidades pesquisadas foram identificadas como de caráter não governamental com ou sem fins lucrativos e de natureza governamental. Sendo assim, 16 instituições que se afirmaram filantrópicas, são classificadas como comunidades terapêuticas, outras duas instituições são de fins lucrativos e as outras 7 com caráter governamental são classificadas como Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (Caps-Ad), vinculados à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (CODEPLAN, 2013).

Quando se refere às localizações das instituições que acolhem e oferecem tratamento ao usuário de drogas a pesquisa descobriu que grande parte dessas unidades se encontra em áreas rurais das Regiões Administrativas e em cidades goianas da Área Metropolitana de Brasília. Isto posto, por área de localização, 11 estão incluídas em espaço urbano, 10 em área rural e 4 delas em ambos os territórios. (CODEPLAN, 2013).

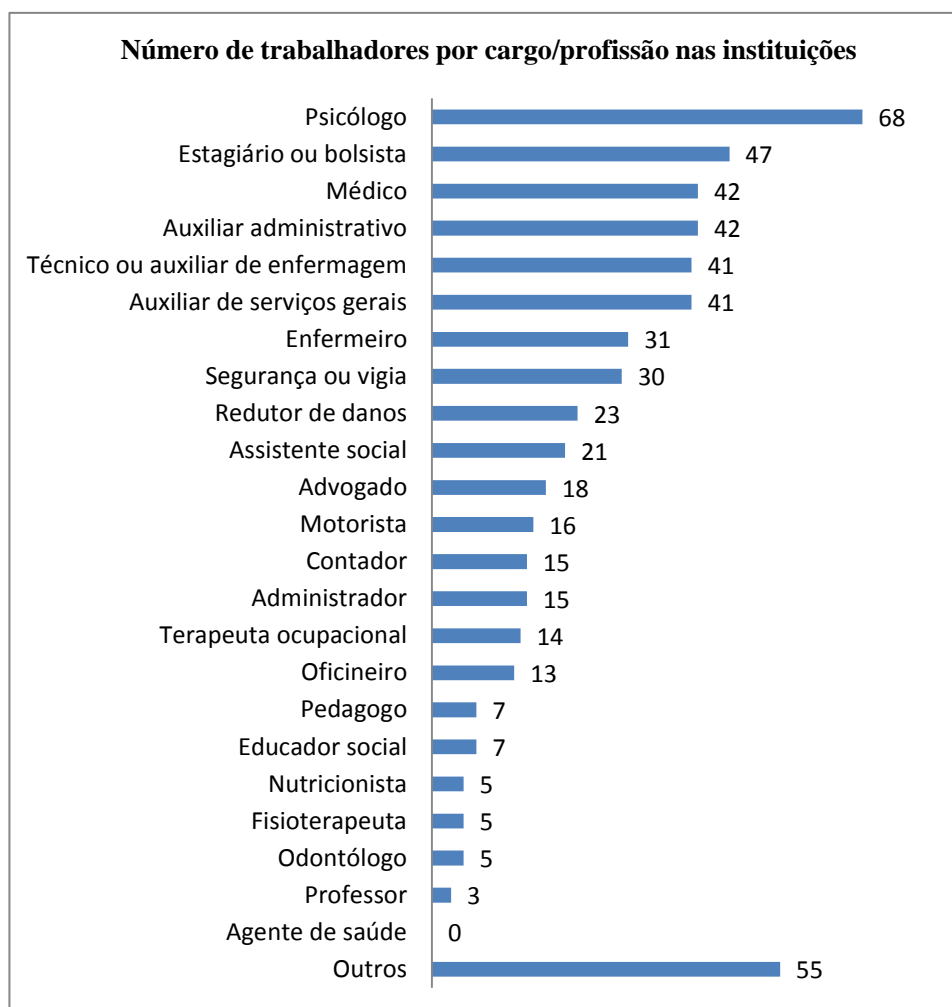
Sobre as articulações com outros órgãos a pesquisa descobriu que as instituições estão em constante contato com:

Centros de ensino, meios de comunicação, associações comunitárias e, sobretudo, entidades religiosas. [...] As instituições religiosas funcionam também como sede para realização de reuniões de autoajuda dos grupos do AA (Alcoólicos Anônimos), do NATA (Núcleo de Apoio ao Toxicômano e Alcoólatra) e do NAFTA (Núcleo de Apoio à Família do Toxicômano e Alcoólatra). [...] as Secretarias de Saúde (SES), de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania (Sejus), de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (Sedest), a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (Senad), os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente (CDCA), de Políticas sobre Drogas (Conen) e Tutelar. Dentre os órgãos públicos, os mais mencionados foram a Sedest, citada por 13 dirigentes, e a Sejus, citada por 11 pessoas. [...] o Corpo de Bombeiros, universidades e faculdades, Programa de Redução de Danos, Administrações Regionais, além de organizações não governamentais, como associações, o Rotary Club e o Lions Club. O Tribunal de Justiça e o Ministério Público. (CODEPLAN, 2013, p. 20).

A capacitação do corpo técnico que trabalha nas instituições, quando se refere a instituições governamentais, é composta por servidores da Secretaria de Estado de Saúde, que, como já dito, atuam no Caps-Ad. Cada profissional possui conhecimento e experiência específica nas áreas de psicologia, serviço social, psiquiatria, enfermagem, terapia ocupacional e medicina. De resto, em todas as instituições, exceto três de natureza não governamental, foram identificadas iniciativas que buscam capacitar a equipe de trabalho. (CODEPLAN, 2013).

Acerca do financiamento, muitas instituições, por possuírem caráter não governamental, sem fins lucrativos, se mantêm somente por doações sejam elas em espécie de dinheiro ou de alimentos, móveis e utensílios domésticos, vestuário, etc. Desse modo, 18 instituições informaram receber doações de pessoas físicas, 13 de contribuições de pessoas jurídicas, 14 recebem recursos públicos do Distrito Federal por meio de convênios da Secretaria de Estado do Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos e Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania. Além disso, 13 instituições mencionaram que suas receitas provêm do pagamento de internação. O cadastro junto à Vara de Penas e Medidas Alternativas (Vepema) do Tribunal de Justiça do Distrito Federal também proporciona repasse de penas pecuniárias. E, por fim, as instituições também geram renda por meio da venda de produtos. (CODEPLAN, 2013).

A equipe que atua no tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas é variada, pois os profissionais possuem nível superior e médio de diversas áreas. O gráfico a seguir apresenta os números de todos os trabalhadores e de seus respectivos cargos ou profissões.

Figura 1 – Número de trabalhadores por cargo/profissão nas instituições

Fonte: Codeplan/2013

Ainda nesse segmento a pesquisa encontrou a figura dos obreiros, que são de voluntários com diversas funções, desde acolher pacientes até coordenar atividades, executar serviços gerais, administrar e zelar pelo patrimônio da unidade. Destaca-se ainda que muitos desses obreiros são os próprios internos das instituições que muitas vezes executam trabalhos domésticos e de jardinagem como sendo parte do seu tratamento. (CODEPLAN, 2013).

Durante o período da pesquisa as instituições foram visitadas pela equipe da Codeplan e dessa maneira tornou-se possível um conhecimento acerca de suas estruturas físicas. Referindo-se as entidades não governamentais, os pesquisadores detalharam que as maiorias das instituições possuíam:

aparelhos eletrônicos, DVD, videocassete, computadores, impressoras, copiadoras, máquina fotográfica, filmadora, projetor e acesso à internet. A estrutura das edificações variou, por vezes havendo salas de aula, jogos e reuniões, capela, refeitório, auditório, cozinha, biblioteca, enfermaria, escritório, oficina ou espaço destinado a atividades terapêuticas e banheiro acessível. [...] A composição física

dos dormitórios coletivos de todas as unidades não governamentais revelou um expressivo número de camas para permanência diuturna, atingindo uma oferta total de 513 vagas, distribuídas em 64 dormitórios coletivos, o que revela uma média de oito pessoas por quarto. (CODEPLAN, 2013, p. 23-24).

E em relação aos Caps-Ad os dirigentes atestaram que a maioria não possui leitos, pois se tratam de unidades especializadas em tratamento ambulatorial aberto. Somente uma das unidades apresenta leitos para internação breve, isso porque se trata do tipo III e assim oferece serviços de atenção contínua, ou seja, funcionam vinte e quatro horas. (CODEPLAN, 2013).

Por último, a pesquisa relata sobre a abrangência, o público alvo e as formas de acesso às instituições. E dentre as unidades pesquisadas, ficou comprovado que seis possuem restrições referentes à sua localidade levando em consideração os usuários que buscam por seus serviços. Logo, seis instituições não governamentais atendem pessoas do Distrito Federal e do entorno, à medida em que as instituições com caráter governamental atendem todo o território do Distrito Federal e alguns municípios de Goiás. (CODEPLAN, 2013).

Das instituições não governamentais pesquisadas, três atendem somente mulheres e três atendem ambos os sexos. Todas as demais atendem exclusivamente pessoas do sexo masculino. Os Caps-Ad não tem distinção quanto a isso, portanto atendem tanto o sexo feminino como o masculino. Outra característica ainda é que o público-alvo mais comum das instituições são os adultos de 18 a 59 anos. Contudo 18 instituições atendem idosos ao passo que 8 atendem adolescentes e, somente 04 instituições atendem crianças. (CODEPLAN, 2013).

Nesse sentido, outros pontos importantes em relação aos pacientes atendidos nas instituições são:

Além dos motivos diretos que levam os usuários a serem admitidos no serviço de tratamento, são apontadas situações específicas em que os pacientes são atendidos. Assim, pessoas sem referência familiar são atendidas por 24 instituições, assim como aquelas em cumprimento de pena ou em medida socioeducativa. Pessoas em situação de rua são admitidas por 23 instituições, 18 atendem pacientes com deficiência física, auditiva, visual ou múltipla. Pessoas com HIV/aids, outras doenças sexualmente transmissíveis ou hepatite são admitidas em 19 unidades. Comprometimento psiquiátrico entendido como comorbidade é situação admitida por 10 instituições, enquanto 11 atendem pessoas com comorbidade clínica. (CODEPLAN, 2013, p. 26).

Finalmente, o acesso ao tratamento ofertado por essas instituições advém de encaminhamentos das unidades de saúde, Promotoria de Justiça, Ministério Público, escolas, entidades religiosas, Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), existindo ainda demanda espontânea e busca ativa por parte das instituições. (CODEPLAN, 2013)

3.3.2 Tipificação do tratamento

Outro ponto importante investigado e apresentado pela Codeplan por meio de sua pesquisa foi o detalhamento dos tipos de tratamento que as instituições voltadas para atender usuários que se encontram em situação de abuso de drogas oferecem. Nessa questão os estudos foram desenvolvidos a fim de se conhecer sobre: plano terapêutico; participação da família no tratamento; abordagens terapêuticas e atividades para reinserção social.

No primeiro tópico os dirigentes precisaram informar a classificação da instituição. Do total, 13 instituições se classificaram como comunidades terapêuticas, outras 7 são Caps-Ad, uma se classificou como sendo clínica particular e hospital dia e, as outras se denominaram como “centro de recuperação”, “centro de reintegração”, “clínica social” e “centro de tratamento”. Todavia, essas apresentavam as mesmas características daquelas que se classificaram pertencentes ao grupo de comunidades terapêuticas. (CODEPLAN, 2013).

Quanto à definição sobre as comunidades terapêuticas, a pesquisa estabelece que:

Segundo a Resolução RDC ANVISA nº 29/11, comunidades terapêuticas (CT) são instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime de residência, tendo como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares. São unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido no programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica e de reinserção social. (CODEPLAN, 2013, p. 26).

Dessa maneira, percebe-se que as internações em comunidades terapêuticas é o tratamento mais ofertado dentre todas as instituições com um total de 14 unidades e, logo em seguida, vem o atendimento ambulatorial, presente em 7 entidades. Ademais, os dirigentes ainda mencionaram outros mecanismos de tratamento como: acompanhamento educativo e psicoterapêutico individual e em grupo, tratamento interdisciplinar de base comunitária, terapia comunitária e estudo religioso, além de internação em centro de tratamento. Inclusive, é essencial mencionar que o estudo religioso é a prática em comum da maioria das comunidades terapêuticas e que com exceção de uma clínica particular e dos Caps-Ad, as instituições voltam seu tratamento visando à abstinência total das drogas. (CODEPLAN, 2013).

Sobre o modelo de plano terapêutico adotado pelas instituições, há uma pequena prevalência em utilizá-lo de forma mista, isto é, 10 instituições adaptam planos individuais

aos coletivos. Outras 9 entidades utilizam-se somente de planos terapêuticos individuais e as outras 6 restantes somente planos terapêuticos coletivos.

Quando o assunto é referente à participação da família no tratamento é importante recordar que essa adesão é uma parte fundamental para o êxito do mesmo, pois, de acordo com a política de saúde mental, é recomendado que o indivíduo não perca sua vinculação com a comunidade. Em vista disso, a pesquisa buscou o posicionamento das instituições em relação a essa questão e descobriu que 17 delas proporcionam atividades para incluir a família em sua rotina, outras 8 que trabalham com internação permitem visitas quinzenalmente, no mesmo passo que 6 promovem visitas mensais, outras duas proporcionam visitas semanalmente e apenas uma admite visitas desde o início do tratamento. Uma instituição relatou ainda a permissão de telefonemas semanais por parte dos internos e outras 4 realizam visitas domiciliares com o intuito de conhecer e aproximar a família do tratamento. Todavia, na conclusão da pesquisa, percebeu-se que o envolvimento da família no tratamento não é participante e nem frequente. (CODEPLAN, 2013).

Acerca das abordagens terapêuticas a pesquisa expõe seus resultados por meio das tabelas abaixo e esses dados se referem às abordagens mais praticadas pelas instituições. Verificou-se ainda que as técnicas mais citadas pelas entidades não governamentais foram o aconselhamento motivacional, a orientação moral e/ou religiosa, a laborterapia ou a recuperação pelo trabalho, a psicoterapia – em grupo ou individual – e a terapia familiar. (CODEPLAN, 2013).

Um ponto que chama atenção nessa parte da pesquisa é a utilização do Método Minnesota conhecido popularmente como o método dos 12 passos, por ser praticado majoritariamente por instituições religiosas o método atribui a Deus a responsabilidade pelo fim da dependência da droga ao mesmo tempo em que determina o usuário como principal responsável por sua dependência e dos danos ocasionados por ela. (CODEPLAN, 2013).

Quadro 1 – Quantidade de instituições por tipo por abordagem terapêutica adotada

Abordagem terapêutica	Não Governamentais	Caps-ad	Total
Psicoterapia individual	12	5	17
Psicoterapia em grupo	13	7	20
Terapia familiar	11	5	16

Assistência médica clínica	6	4	10
Assistência médica psiquiátrica	5	7	12
Assistência farmacológica	5	4	9
Método Minnesota (12 passos)	11	0	11
Grupo de prevenção da recaída	11	5	16
Aconselhamento motivacional	16	5	21
Terapia ocupacional	9	6	15
Oficinas terapêuticas	10	6	16
Redução de danos	2	6	8
Terapia comunitária	7	5	12
Orientação moral e/ou religiosa	15	0	15
Laborterapia ou recuperação pelo trabalho	15	0	15

Fonte: Codeplan/2013

Por conseguinte, a pesquisa aponta observações importantes sobre alguns procedimentos muito utilizados nas instituições:

A menção relevante do Método Minnesota, da orientação moral e religiosa e da laborterapia indica a manutenção de um julgamento moral sobre o usuário de álcool, crack e outras drogas, para o qual é garantido um tratamento frequentemente focado no fortalecimento ou na implantação da fé e de práticas religiosas e moralizantes, como o trabalho braçal. (CODEPLAN, 2013, p. 29).

E, também acrescenta que:

É necessário alertar para o uso dos termos “terapia ocupacional” e “terapia familiar”, pois atividades sem a condução de profissionais terapeutas são muitas vezes consideradas terapêuticas pelos respondentes, principalmente por aqueles sem formação na área de saúde e sem formação específica para o tratamento de usuários de drogas. (CODEPLAN, 2013, p. 29).

Em seguida, o quadro abaixo buscou representar outras atividades complementares praticadas pelas instituições a fim de favorecer o tratamento.

Quadro 2 – Atividades complementares adotadas por instituições governamentais (Caps-ad) e não governamentais

Atividade complementar	Não Governamentais	Caps-ad	Total
Acompanhamento social	6	5	11

Acompanhamento familiar	13	5	18
Grupo de autoajuda	9	3	12
Grupo de apoio em geral	11	3	14
Assistência religiosa	11	0	11
Assistência jurídica	11	0	11
Assistência previdenciária	6	5	11
Atividades físicas, esportivas, de lazer e culturais	15	6	21
Atividades agrícolas/jardinagem	15	3	18
Atividades de serviços gerais na instituição	14	0	14
Atividades de artesanato	12	5	17
Visita domiciliar	3	4	7

Fonte: Codeplan/2013

Por fim, a pesquisa procurou abordar sobre as atividades para reinserção social dos indivíduos em comunidade e o que se constatou é que essa prática não é levada em consideração pela maioria das instituições, principalmente pelas entidades de caráter não governamental, pois nessas instituições o momento em que se está realizando o tratamento é o mais relevante, e desse modo, não se consideram os acontecimentos posteriores, uma vez que não se prepara o paciente para retornar às suas atividades rotineiras e para o convívio em sociedade. Desse modo, o resultado apontou que 11 instituições fazem algum tipo de encaminhamento de usuários para o mercado de trabalho, outras 11 realizam encaminhamentos para capacitação técnica ou profissional, 9 atuam de modo a realizar encaminhamentos para instituições de ensino enquanto 6 contam com apoio cultural e esportivo. Outras 4 encaminham seus pacientes para o desenvolvimento de trabalho voluntário, uma recomenda o trabalho em oficinas de produção e 5 não realizam nenhuma atividade para a reinserção social de seus pacientes. Apesar do número relevante de encaminhamentos, o que a pesquisa alertou foi que não há uma preparação prévia dos indivíduos para a realização dessas atividades. (CODEPLAN, 2013).

Em suma, é preciso enfatizar que essa pesquisa cumpre com seus propósitos contidos no Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e, por conseguinte no Comitê

de Enfrentamento ao Crack e a outras Drogas, ademais também é objetivo da Codeplan proporcionar, por meio de suas pesquisas, a informação sobre a realidade do Distrito Federal e, assim, buscar uma maior efetivação das políticas públicas do Governo.

Desta forma, essa pesquisa em específico relatou toda a estrutura das instituições que trabalham com o público que é usuário de droga. O ponto de maior relevância que se pôde observar é a diferenciação das instituições governamentais para aquelas de natureza não governamental, sobretudo quando se refere à capacitação técnica dos profissionais e das medidas adotadas pelas mesmas nas práticas cotidianas ofertadas para seus pacientes. Pois, se nota que isso intervém diretamente no resultado do tratamento e na vida daqueles indivíduos, uma vez que algumas instituições não governamentais tendem a culpar seus pacientes pela dependência química e destinar medidas paliativas que muitas vezes se resumem em práticas religiosas ou de trabalhos braçais.

E em relação às instituições de caráter governamental o aspecto de maior pertinência é acerca de sua abrangência, pois no Distrito Federal existem apenas sete Caps-Ad e isso é um fator determinante para o acesso de pessoas que dependem desse tipo de serviço. Em suma, o que se entende com essa pesquisa é que o Governo do Distrito Federal precisa atuar de modo a ampliar seus serviços e qualificar seus profissionais, ao mesmo tempo em que intervenha com uma fiscalização mais rigorosa nas instituições não governamentais.

4. Análise do trabalho

Em síntese, o que se constatou no decorrer desse trabalho e numa análise geral desse capítulo que procurou abordar quais são as políticas públicas de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas no Distrito Federal foi que o Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e o seu respectivo Comitê de Enfrentamento ao Crack e a outras Drogas são mecanismos da saúde que vão de encontro à efetivação do processo de saúde pública no Brasil, pois como podemos notar no segundo capítulo desse trabalho o uso de drogas tornou-se um problema mundial que passou a ser discutido pelas autoridades e pela sociedade civil e isso ocasionou a busca de ações e medidas para a criação de estratégias que reduzissem os danos ocasionados por essas substâncias.

Tais medidas também podem ser observadas no primeiro capítulo desse trabalho, uma vez que a discussão se volta para as grandes mobilizações da sociedade brasileira na busca da garantia de direitos. E a década de 1980 é a principal protagonista dessa parte da história, pois foi nesse momento que surgiu a Reforma Sanitária que reivindicava uma ampliação dos direitos e da assistência à saúde e, por conseguinte surgiu a Reforma Psiquiátrica brasileira que passa a ser a maior redemocratização do País na reformulação nacional de saúde mental.

Voltando-se para a execução do Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas no Distrito Federal por intermédio de seu comitê é preciso ter em mente que o objetivo da reforma psiquiátrica perpassa a aprovação ou criação de novas leis ou normas, sua intenção maior é proporcionar o conjunto de mudanças necessárias nos serviços de saúde ofertados às pessoas com transtornos mentais, inclusive aquelas que possuem transtornos decorrentes do uso de drogas.

Em vista disso, os dois primeiros capítulos desse trabalho demonstraram que o uso de drogas é proveniente do sistema capitalista, onde a busca por drogas favoreceu a formação do mesmo, pois o uso dessas substâncias também está ligado à influência que a sociedade gera sobre os indivíduos, visto que o consumo desmedido de álcool e outras drogas é um fenômeno que surge como reflexo da sociabilidade perversa do capital. E, também é preciso fazer memória que com a expansão do capitalismo no Brasil a saúde em um dado momento teve seu enfoque para a acumulação financeira, uma vez que a privatização da saúde passou a ser um negócio rentável que despertou os interesses do capital.

Diante disso, houve o declínio da saúde pública e o Estado passou a investir menos nesse setor. Com efeito, a saúde pública voltou a ganhar força com a criação do SUS, porém

como já é sabido o processo histórico da saúde no Brasil foi baseada em perspectivas conservadoras e privatistas e a partir do influxo das ideias neoliberais por parte do Estado, e então a saúde passa a ser somente um promotor e regulador da política, pois passa a sua administração para o setor privado.

Dito isso, no contexto desse trabalho de pesquisa por intermédio dos resultados apresentados pela Codeplan, percebe-se que esse processo em muito se assemelha a atuação das comunidades terapêuticas, nesse primeiro momento voltado principalmente para aquelas que possuem parcerias com o Governo do Distrito Federal, pois a pesquisa apontou que as práticas exercidas nessas instituições estão ligadas a medidas severas e menos flexíveis em relação às políticas públicas, pois o que se nota é a violação e minimização dos direitos sociais dos indivíduos.

E, em segundo lugar, também é preciso advertir que os padrões das comunidades terapêuticas faz referência ao primeiro capítulo, no qual se discorreu sobre os hospícios como o primeiro instrumento terapêutico da psiquiatria que funcionava como um enclausuramento. Outro ponto de grande semelhança com as práticas desse período que remete às comunidades terapêuticas atuais eram as colônias agrícolas que buscavam recuperar os doentes mentais a partir do trabalho no campo como uma estratégia terapêutica e, dessa maneira percebe-se mais uma vez que o tratamento ofertado pelas comunidades terapêuticas é ultrapassado.

Em suma, esse trabalho também buscou mapear as ações políticas adotadas pelo Distrito Federal frente ao problema das drogas a fim de descobrir se tais medidas de intervenção colaboram para proporcionar práticas progressistas em relação o controle do consumo de substâncias psicoativas.

E, assim sendo, discutiu-se ao longo dos capítulos que no Brasil existem mecanismo de enfrentamento baseados tanto na vertente proibicionista como num modelo mais progressista que é o da saúde pública. Diante dos dados da pesquisa da Codeplan que apresentou a realidade das comunidades terapêuticas, se torna necessário alertar mais uma vez que essas instituições estão ligadas ao proibicionismo já que se tornam instituições aptas para receber possíveis indivíduos para uma internação compulsória, além de favorecer a atuação do Estado que passa a internar usuários de drogas com o intuito de higienizar as cidades e disciplinar esses que são considerados uma ameaça à ordem e ao progresso da sociedade.

E tanto a pesquisa da Codeplan quando retrata a atuação dos Caps-Ad como o Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e o Comitê de Enfrentamento ao Crack e a outras Drogas podem ser consideradas ações progressistas da saúde pública no Distrito

Federal. Pois, esses mecanismos configuram os tipos de cuidados referentes à saúde mental que buscam evitar internações e favorecer o exercício da cidadania e da inclusão social. Contudo, é preciso reforçar que os Caps-Ad além de serem insuficientes frente às demandas atuais precisam ser aperfeiçoados para garantirem assim um serviço mais qualificado que atenda um maior número de pessoas que necessitam desse serviço, do mesmo modo em que busquem uma maior integralização com a sociedade, pois o Caps é a principal estratégia da reforma psiquiátrica brasileira no cuidado a saúde mental.

Em vista disso, é preciso considerar também que o atual modelo da política de saúde mental no Brasil não abrange de uma forma mais específica a demanda de álcool e isso precisa ser repensado e transformado, já que essa é a droga que gera os efeitos mais graves e relevantes na vida dos usuários, pois ela não é uma droga ilícita, portanto é de fácil acesso e é considerada por muitos a porta de entrada para o consumo e a procura das demais substâncias psicoativas.

Por fim, como explanado acima cabe reforçar que esse trabalho conseguiu identificar que o Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas executou algumas das medidas propostas, pois por meio do mapeamento da Codeplan pôde-se verificar que o governo do Distrito Federal juntamente com os órgãos que compõem o Plano têm efetuado pesquisas que contribuem para mapear o uso de drogas no Distrito Federal e no entorno, como também favoreceu a consolidação dos Caps-Ad e do credenciamento de comunidades terapêuticas. Contudo, é necessário enfatizar que o uso de álcool e outras drogas deve ser preferencialmente enfrentado pelo âmbito da saúde pública em busca de romper com as práticas proibicionistas e que essas e as demais ações contidas no Plano só se tornam efetivas quando executadas na prática para que não fiquem restritas somente a uma legislação.

E, por mais que se tenha encontrado pontos positivos no Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, é preciso realçar que o mesmo quando faz uma abordagem específica para o consumo de crack no Distrito Federal direciona suas diretrizes mais para uma demanda social e desconsidera o âmbito da saúde, já que o enfrentamento ao uso de crack por vezes defende ações que buscam excluir os usuários da sociedade, pois os usuários desse tipo de droga são caracterizados como causadores de violência e do não progresso e por isso muitas vezes o poder público faz uso de mecanismos de intervenção ligados a segurança pública e a processos de higienização para retirá-los dos centros urbanos.

Em suma, as políticas públicas adotadas pelo Distrito Federal são sim consideradas fundamentais para o enfrentamento das drogas na região, somente é preciso conceituar que as

críticas mencionadas pretendem colaborar para a reformulação das políticas e dos serviços ofertados aos cuidados das pessoas que possuem problemas com drogas.

Considerações finais

O presente trabalho teve como finalidade analisar as políticas públicas de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas no Distrito Federal e refletir se tais propostas condizem com práticas que promovam as ideologias progressistas no campo da saúde pública e na esfera da saúde mental no cuidado ao dependente químico.

Percebe-se que o processo histórico de saúde no Brasil foi marcado por ações interventivas por parte do Estado, contudo muitas vezes essas intervenções atuavam de modo a favorecer o capital através da regularização de procedimentos que privatizavam os serviços de saúde.

Desta maneira, a saúde pública brasileira só começa de fato se voltar para atender a população que necessitava de seus serviços por meio da atuação dos movimentos sociais que durante anos empregaram forças para assegurar a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. E aqui se destaca a criação da política de saúde mental voltada para atender as pessoas com algum tipo de transtorno mental, essa política é oriunda da Reforma Psiquiátrica brasileira que buscou romper com práticas opressivas e de maus tratos aos pacientes.

Além do mais, a expansão do consumo e do tráfico de drogas na sociedade capitalista resultou em uma problemática que se tornou também uma questão a ser assumida e tratada no âmbito da saúde e por isso tornou-se indispensável à criação de políticas que intervissem frente essa nova demanda.

Nesse sentido, o que se nota é que o Estado formulou propostas que favorecem os serviços de saúde pública no cuidado as pessoas que se encontram em situação de uso de substâncias psicoativas, porém ele também implementou mecanismos com concepções de cunho proibicionistas que são um regresso no âmbito da saúde e no cuidado ao dependente químico, uma vez que tendem a isolar e punir seus pacientes.

E a partir da realização dessa pesquisa foi possível identificar como se formulam as políticas públicas adotadas pelo governo para intervir nessa problemática no território do Distrito Federal. Assim, descobriu-se que nessa região as principais políticas tendem a favorecer os serviços governamentais que trabalham de maneira a enfatizar a liberdade do paciente como uma ferramenta que colabora para a realização do serviço prestado e para a redução dos agravos ocasionados na saúde dos mesmos.

Entretanto, através dessa análise também foi possível identificar que esses serviços que são baseados em propostas progressistas até o momento são insuficientes e que no

Distrito Federal existe ainda um grande número de comunidades terapêuticas não governamentais que tratam seus pacientes com princípios moralistas e que por isto reproduzem as ideias proibicionistas. Sendo assim, cabe ao Estado um maior rigor para fiscalizar essas comunidades ao mesmo tempo em que invista na ampliação e na qualificação de serviços e políticas públicas voltadas para o enfrentamento do uso de álcool e outras drogas.

Isto posto, esse trabalho pretende contribuir com as práticas progressistas no âmbito da saúde pública diante da problemática atual que é o uso demasiado de álcool e outras drogas no Distrito Federal.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 mar. 2017.
- _____. Lei nº 8.142, de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 25 mar. 2017.
- _____. Lei nº 10.216, de 06 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} República Federativa do Brasil**, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 12 abr. 2017.
- _____. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 18 abr. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2017.
- _____. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece sobre as modalidades de serviços dos CAPS. **Ministério da Saúde**, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 26 mar. 2017.

_____. Portaria nº 816/2002, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. **Ministério da Saúde**, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html>. Acesso em: 22 abr. 2017.

BRASÍLIA. Conselho de Políticas sobre Drogas (Conen-DF). **Sejus**, 22 jan. 2016. Disponível em: <<http://www.sejus.df.gov.br/conselhos/politica-sobre-drogas.html>> Acesso em: 11 jun. 2017.

_____, 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} República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm> Acesso em: 25 jun. 2017.

_____, Decreto nº 9.359, 01 de abril de 1986. Cria o Conselho de Entorpecentes do Distrito Federal e dá outras providências. **Governo do Distrito Federal**. Disponível em: <http://www.sejus.df.gov.br/images/Documentos/decreto_criao_do_conen.pdf> Acesso em: 20 jun. 2017.

_____, Decreto nº 27.970, de 23 de maio de 2007. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania, e dá outras providências. **Governo do Distrito Federal**. Disponível em: <<http://www.defensoria.df.gov.br/wp-content/uploads/2013/06/Decreto-DF-27.970.pdf>> Acesso em: 21 jun. 2017.

_____, Decreto nº 32.108, de 25 de agosto de 2010. Institui a Política Distrital sobre Drogas e cria o Sistema Distrital de Política sobre Drogas. **Governo do Distrito Federal**. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogacao/dr_outros_drogacao/plano_enfrentamento/pevb_politicas/dec_32108_2010_poi%C3%ADtica_drogas.pdf> Acesso em: 22 jun. 2017.

_____, Decreto nº. 32.901, de 3 de maio de 2011. Dispõe sobre o Comitê de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. **Diário Oficial do Distrito Federal**. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2011/Mai/4/decreto-nb0-32-901-de-03-de-maio-de-2011-dispoe>> Acesso em: 23 jun. 2017.

_____, Decreto nº. 33.164, de 31 de agosto de 2011. Dispõe sobre o Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e dá outras providências. **Governo do Distrito Federal**. Disponível em: <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=69226> Acesso em: 23 jun. 2017.

_____, Decreto nº 36.628, de 22 de julho de 2015. Atualiza e consolida a legislação sobre o Comitê de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. **Diário Oficial do Distrito Federal**. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/96398102/dodf-secao-01-23-07-2015-pg-4>> Acesso em: 23 jun. 2017.

_____. Resolução N°3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. **Legislação Federal**, 2005. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=619>> Acesso em: 27 jun. 2017.

BRAVO, Maria. Política de Saúde no Brasil. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. ABEPSS/OPAS, 2006.

_____. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

BRITES, Cristina. O serviço social tem alternativas à internação compulsória. **CFESS**, 2013. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/982>> Acesso em: 15 jun. 2017.

BUCHER, Ricardo. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1992.

CASTRO, Gustavo. **Plano distrital de enfrentamento ao crack e outras drogas: uma análise de sua implementação**. 2016. 36 f. Relatório de pesquisa (Bacharel em Gestão de Políticas Públicas) – Curso de Gestão de Políticas Públicas, Universidade de Brasília, Brasília.

CODEPLAN. **Mapeamento e Identificação das Metodologias das Instituições de Tratamento e Reinserção Social de Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas no Distrito Federal**. Brasília, 2013.

COGGIOLA, Osvaldo. O tráfico internacional de drogas e a influência do capitalismo. In: **Revista Adusp**, agosto de 1996. Disponível em: <<http://www.adusp.org.br/files/revistas/07/r07a07.pdf>> Acesso em: 20 abr. 2017.

D'ELIA FILHO, Orlando. **Acionistas do nada: quem são os traficantes de droga**. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

FONTE, Eliane. Da institucionalização da loucura á reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil. In: **Estudos de sociologia**, Pernambuco, v. 1, n. 18, 2012. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>> Acesso em: 27 mar. 2017.

JANSEN, Ney. **Drogas, Imperialismo e Luta de Classe**. Maringá, Paraná, 2007. Disponível em: <<http://www.urutagua.uem.br/012/12jansen.htm>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

LARANJEIRA, Ronaldo. (Supervisão) [et. al.]. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

LORENZETTO, Mário. **O melhor negócio do capitalismo contemporâneo é o tráfico de drogas**. Disponível em: <<https://www.campgrandenews.com.br/colunistas/em-pauta/o->

melhor-negocio-do-capitalismo-contemporaneo-e-o-trafico-de-drogas> Acesso em: 7 mar. 2017.

LUZ, Madel. A História de uma marginalização: a política oficial de Saúde Mental. Ontem, hoje, alternativas e possibilidades. (1980) In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

MATUOKA, Ingrid. **Comunidades terapêuticas: a violência no lugar da cura**. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/comunidades-terapeuticas-a-violencia-no-lugar-da-cura>> Acesso em: 2 jun. 2017.

MEDEIROS, R. (Org.); OSCAR, C.(Org.). **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

MENDES, Áquilas. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: BRAVO, Maria. et al (Org.). **A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p.

MENICUCCI, Telma. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

MINAYO, Maria. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NERIS, Misleine. **Drogas no Brasil**. Disponível em: <<https://misleinehistoria.wordpress.com/tag/historia-das-drogas-no-brasil/>> Acesso em: 10 mai. 2017

NEVES, Anderson. **Genealogia das políticas proibicionistas sobre drogas no Brasil, 1970-1990**. 2015. 101 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria. 2015.

NONTICURI, Amélia. **As vivências de adolescentes e jovens com o crack e suas relações com as políticas sociais protetoras nesse contexto**. 2010. 144 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas. 2010.

OLIVEIRA, Giselle. **A questão das drogas no Distrito Federal e a atuação da câmara legislativa**. 2010. 49 f. Monografia (Especialização Lato Sensu em Política e Representação Parlamentar) – Curso de Política e Representação Parlamentar, Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), Brasília.

PACHECO, Maria. **Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no projeto consultório de rua em Fortaleza, Ceará**. 2013. 126 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2013.

PAIM, Jairnilson. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo; LIMA, Júlio (Org.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008. 410 p.

PILLON, Sandra; LUIS, Margarita. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400014>

Acesso em: 15 mai. 2017.

PINHEIRO, Raquel. Redução de Danos e psicanálise aplicadas à toxicomania. In: CIRINO, Oscar; MEDEIROS, Regina (Orgs.). *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 25-31.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. **Estratégia nacional de luta contra a droga**. 2ª Ed. 1999.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson (Org.). **Cidadania e Loucura**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

SABINO, Nathalí; CAZENAVE, Sílvia. **Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n2/v22n2a06.pdf>> Acesso em: 21 mai. 2017.

SANTOS, Liliam. **A Regulação na Saúde e o Fortalecimento do Setor Privado Sob a Orientação do Banco Mundial**. Jundiaí: Paco Editorial, 2011.

SILVA, Débora. **Gênero e assistência às usuárias de álcool e outras drogas: Tratamento ou violência**. 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2005.

TAFFARELLO, Rogério. **Drogas: Falência do proibicionismo e alternativas de política criminal**. 2009. 155 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>> Acesso em: 20 mar. 2017.

STACCIARINI, Isa. Consumo de crack em Brasília é problema social e de saúde pública. **Correio Braziliense**, 27 mai. 2017. Disponível em:

<http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2017/05/27/interna_cidadesdf,598196/consumo-de-crack-em-brasilia-e-problema-social-e-de-saude-publica.shtml> Acesso em: 10 jun. 2017.

WIKIPÉDIA. **Heterocontrole**. Disponível em:

<<https://pt.wikipedia.org/wiki/Heterocontrole>> Acesso em: 18 abr. 2017.