

**REDUÇÃO DE DANOS, TECENDO OS FIOS DA MEADA: DROGAS,
LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.037-138>

Francisco de Jesus Silva de Sousa

Possui graduação em Psicologia (Bacharelado, Licenciatura e Formação de Psicólogo) pela Universidade Gama Filho - UGF (1988), mestrado em Psicologia (Psicologia Social) pela Universidade Gama Filho - UGF (1994) e doutorado em Psicologia (Psicologia Social) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ (2012). É professor efetivo da Universidade Federal do Maranhão - UFMA desde 1988; Classe D - Associado IV, lotado no Departamento de Psicologia. Exerceu o Cargo de Diretor do Centro de Ciências Humanas – CCH/UFMA no período de fevereiro de 2013 a abril de 2022.

E-mail: sousa.francisco@ufma.br; sousafrancisco@uol.com.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4978-091X>

Suzanne Marcelle Martins Soares

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Especialista em Avaliação Psicológica pelo Instituto de Pós-Graduação (IPOG). Integrou o Programa de Educação pelo Trabalho - Redes de Atenção Psicossocial, nos subprojetos Redução de Danos e Fortalecimento do Atendimento em Redes de Atenção Psicossocial para as Pessoas em Psicoses. Ocupou a função de psicóloga no Programa Força Estadual de Saúde do Maranhão (FESMA). Ocupa a função de Especialista em Assistência Social na Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal desde 2020.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8926012133976478>
E-mail: suzane_mmartins@hotmail.com

RESUMO

O consumo de substâncias psicoativas ao longo da história humana envolveu múltiplos significados, desde usos terapêuticos e rituais até o controle social e econômico. No Brasil, o consumo e a legislação sobre drogas evoluíram ao longo dos séculos, refletindo influências externas e mudanças sociais, econômicas e políticas.

Palavras-chave: Consumo de drogas. Legislação sobre drogas.

1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE O CONSUMO DE DROGAS NO MUNDO E NO BRASIL

Desde a Antiguidade, o homem buscou na diversidade da flora plantas que lhe fossem úteis, descobrindo em algumas delas sensações, como alteração da consciência, do humor, da disposição, do sono, entre outras. Essa interação operou múltiplos significados nos diferentes contextos e civilizações: algumas plantas serviram como grandes analgésicos, fundamentais para combater a dor; outras como estimulantes, aliados da energia e da produtividade; outras concediam acesso ao transcendente. Todos estes efeitos foram de grande relevância na história da humanidade (CARNEIRO, 2014).

Diehl et al. (2011) apontam que os sumérios, já no ano 4000 a.C., faziam uso da papoula de ópio, para obter contato com os deuses. Em países como a China, Índia e Egito, por volta de 2000 a.C., era difundido o uso da maconha com finalidades terapêuticas. Também o uso de fermentados alcoólicos representaram as antigas civilizações. No Egito, por exemplo, são encontrados registros de pinturas que denotam estados de embriaguez com o álcool, em que homens aparecem carregando outros homens.

Na Idade Média, o consumo de ópio no continente europeu aumentou, devido à propagação do plantio da papoula entre os camponeses. A expansão da navegação comercial, a partir dos séculos XVI e XVII, interligou os continentes, permitindo a entrada e saída de produtos, tais como o ópio, as bebidas à base de álcool (destiladas e fermentadas), o tabaco, a maconha e seus derivados, como o haxixe. Esses produtos eram considerados especiarias de luxo e cumpriram importante função nas trocas comerciais (AVELAR, 2014).

Com o fortalecimento da indústria farmacêutica, no século XIX, substâncias como a cocaína, heroína, morfina e cafeína tiveram seus princípios ativos sintetizados e passaram a ser produzidas e comercializadas (CARNEIRO, 2014). A cocaína, por exemplo, por volta dos anos de 1800, teve seu uso expandido, inclusive no meio médico por suas propriedades antidepressivas, anestésicas e analgésicas. O próprio Sigmund Freud (1856-1939) se debruçou sobre o estudo da cocaína, indicando seu uso por suas funções benéficas. Por seu alto custo, foi reputada “droga das elites”, tornando-se artigo de desejo por todos aqueles que queriam ascender socialmente. Coutinho (2014, p. 35) diz que “foi forjado um estilo de vida que acabou se associando a cocaína”, uma vez que a população consumidora era conhecida por seus empregos milionários, característicos do sistema de produção da época. O autor supracitado afirma que a cocaína era considerada a substância ideal para aqueles que queriam ter autoestima elevada, energia e ambição social, atributos essenciais para os jovens que estavam ingressando no mercado, cumprindo função benéfica até mesmo para a economia americana na obstinada conquista de hegemonia. Diehl et al. (2011, p. 140) retratam a mudança nesse cenário.

Apesar dos efeitos aparentemente benéficos, seu uso se alastrou com rapidez pelo mundo. Na época, já se observavam as diversas consequências danosas decorrentes de seu consumo,

provocando alterações de comportamento, aumento da agressividade e estabelecendo dependência, o que levou à subsequente proibição de seu uso.

Um fator decisivo, segundo Coutinho (2014), aconteceu nos anos 70 do século passado, quando traficantes colombianos inseriram grandes quantidades de cocaína no território americano, aumentando a disponibilidade e reduzindo os preços, o que tornou a substância acessível, principalmente entre as classes excluídas.

[...] a fama do psicoativo virou de ponta-cabeça: passou de uma droga de elite, associada ao poder e ao triunfo no mundo capitalista, para uma substância utilizada por populações excluídas e grande potencial destrutivo (COUTINHO, 2014, p. 35).

A situação foi intensificada com a rápida popularização de um de seus derivados: o crack. O consumo de caráter compulsivo, a fissura, a ausência de refino em sua produção e o preço acessível atraíam usuários das classes menos favorecidas. Coutinho (2014) acrescenta que a omissão do Estado no desenvolvimento de políticas sociais protetivas intensificou seu caráter repressor e estigmatizador ao tráfico e principalmente ao usuário.

Semelhante transformação de significados aconteceu com o consumo do álcool. No período da Revolução Industrial, o modo de produção que explorava o operário fez com que a bebida adquirisse papel importante, sendo utilizado como um alívio às condições subumanas de trabalho. Quando o uso do álcool tornou-se um incômodo, justamente por deixar o operário improdutivo, aos olhos do Estado, mudanças políticas ocorreram. Nos Estados Unidos, entre os anos de 1919 a 1933, vigorou a chamada “Lei Seca”, que proibia a fabricação e o consumo de álcool (COUTINHO, 2014).

A heroína, outra substância bastante popularizada, ficou conhecida como a solução para os viciados em morfina e também por seus efeitos terapêuticos, tanto que chegou a ser comercializada livremente em farmácias. Mas a solução logo se revelou um problema de saúde pública. Por volta de 1920, a Associação Americana de Médicos solicitou a proibição do uso, por seu caráter altamente viciante. No entanto, o combate não ganhou tanta repercussão, já que a substância não foi alvo de distribuição das máfias colombianas. O uso da heroína ficou mais popularizado no continente europeu, entre os chamados junkies, pessoas que consumiam a droga por via intravenosa (COUTINHO, 2014).

Substâncias como a maconha e LSD ficaram caracterizadas pela comunidade científica como a marca da “desordem social”, uma vez que ganharam popularidade entre os jovens que compunham os movimentos hippies e as bandas de rock da época. Por seu caráter contracultural, a repressão ao uso não tardou a ser desencadeada. Ao lado dessas drogas, observou-se a partir dos anos 90 a proliferação das drogas sintéticas, como o ecstasy, a metanfetamina, e outras (DIEHL et al., 2011).



Nos últimos anos verifica-se a crescente propagação de substâncias que têm efeitos similares aos de drogas ilícitas, as chamadas “novas substâncias psicoativas” (NSP)¹. Esse resultado é garantido por meio de combinações de ervas e substâncias químicas, como o herbal smoke, que causam os mesmos efeitos da maconha. Um exemplo é a *Salvia Divinorum*, um tipo de sálvia utilizada com fins ritualísticos. Seu uso tem sido amplamente difundido por seus efeitos intensos, que se assemelham a maconha, por não possuir cheiro forte, por não ser uma substância ilícita e pelo fácil acesso, seja em tabacarias ou em sites da internet (DIEHL et al., 2011).

No Brasil, as substâncias psicoativas também cumpriam funções significativas, vinculadas a atividades ritualísticas, terapêuticas e comerciais (AVELAR, 2014). Quando os europeus chegaram, os povos nativos faziam uso do tabaco e caíun, bebida destilada da raiz da mandioca. Posteriormente, o cultivo da cana-de-açúcar e o trabalho escravo, forneceu a produção da “cagaça” ou cachaça, a partir do melaço, que se popularizou entre escravos e homens livres. Em razão da baixa circulação de moedas metálicas, as drogas cumpriam o papel de facilitar as trocas no comércio. A aguardente, por exemplo, era trocada por feijões, batatas e aipim entre os escravos africanos do estado da Bahia (AVELAR, 2014).

A legislação, que assumia até certo ponto caráter permissivo no uso de substâncias psicoativas, foi aos poucos se adequando à lógica do controle dos vícios, com o objetivo de estabelecer o convívio civilizado, e controle dos lucros, impondo restrições à venda de álcool e outras drogas (TRAD, 2010). Em meados do século XVII, a Coroa Portuguesa elaborou leis que proibiam a produção e o consumo da cachaça. O objetivo era evitar a concorrência com os vinhos portugueses. Em resposta às pressões, ao final do mesmo século, os portugueses voltaram a permitir a venda da bebida. No início do século XIX, discutia-se a proibição da embriaguez pública no Rio de Janeiro. Alegava-se que a medida de encarceramento provisório ao embriagado tinha função protetiva, objetivando evitar danos até que o efeito da embriaguez passasse. Essa medida só foi autorizada três anos depois (AVELAR, 2014).

Em 1830, a publicação do Código de Posturas apresentava em seu art. 7º a proibição ao uso e venda do cigarro de maconha, tendo como penalização multa e cumprimento de três dias de cadeia para escravos e demais pessoas. Rodrigues (2014) diz que o Rio de Janeiro foi a primeira cidade do mundo a editar uma lei contra o uso da maconha, por associá-la aos negros capoeiras que amedrontavam a sociedade escravocrata. Ao longo do século XX, a repressão ao consumo de plantas, bebidas e fumaças só aumentou no Brasil, reflexo do cenário mundial, que empreendia a guerra às drogas (AVELAR, 2014).

¹ Novas substâncias psicoativas são aquelas de uso indevido, seja na forma pura ou numa preparação, que não são controladas pela Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961 ou pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971, mas que podem representar uma ameaça à saúde pública. Nesse contexto, o termo “novas” não necessariamente se refere a novas invenções, mas a substâncias que se tornaram disponíveis recentemente.

Fonte: Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, *The Challenge of New Psychoactive Substances* (Viena, Março de 2013).

Ao final do primeiro quarto do século XX, o consumo de drogas estava classificado em “vícios elegantes”, onde estavam categorizadas drogas como heroína, morfina e cocaína, utilizadas pelas elites de brancos, e em “vícios deselegantes”, pertencentes aos hábitos das camadas pobres, formadas por negros e seus descendentes e classes populares, que faziam uso de drogas como a maconha e o álcool. Não tardou para que as drogas estigmatizadas fossem difundidas em todas as classes sociais, escravizando, inclusive, as elites (BRASIL, 2014). Esse quadro de distinções se manifestava também no meio científico. Trad (2010) relata que não havia trabalhos sobre os males do ópio, da heroína ou da cocaína, mas destacavam os males do alcoolismo e do tabaco. Ressalta-se que o Brasil sofria influência dos padrões determinados por países, como os Estados Unidos e outros do continente europeu.

Observa-se que, historicamente, o consumo de substâncias psicoativas preenche expectativas e necessidades de um dado momento na cultura, economia e condições sociais da vida de um povo. Assim, a questão das drogas não se constitui meramente como problema social, mas precisa ser compreendida como parte integrante da história humana. As considerações feitas permitem analisar as mudanças na percepção social e a postura assumida pelo Estado no que se refere ao uso de drogas: do doce ao amargo, do resolutivo ao venenoso, bem como suas implicações na elaboração de políticas públicas sobre drogas.

2 A TRAJETÓRIA LEGISLATIVA E POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL

Até metade do século XIX, o consumo de substâncias psicoativas não era considerado um problema alarmante para a sociedade brasileira e para o Estado, logo o Brasil não havia sistematizado um controle oficial sobre o uso de drogas. No século XX, acontecimentos que ultrapassavam as fronteiras brasileiras³ e mudanças que ocorriam dentro de seus próprios limites anunciavam a necessidade de rearranjos no sistema político (TRAD, 2010).

No Período Colonial, o controle social e de lucros estavam em pauta na elaboração da legislação sobre drogas, como já exposto. As primeiras tentativas do Estado em estabelecer controle sobre o uso, produção e venda de drogas não alcançam, segundo Ribeiro (2013) o status de um verdadeiro sistema legal. As Ordenanças Filipinas, publicadas em 1737, proibiam a venda de “substâncias venenosas”, como o ópio, nos estabelecimentos que não pertencessem aos médicos, boticários ou cirurgiões, mas a decisão foi revogada um ano depois devido a pressões dos comerciantes ao rei de Portugal (TRAD, 2010).

Mesmo durante o período Imperial ainda não existia um arcabouço legislativo sobre a questão das drogas. O próprio Código Criminal do Império, sancionado em 1830, estava sujeito às posturas assumidas pelos municípios, como o Rio de Janeiro, Santos e Campinas, que impediam a venda de maconha em locais públicos. Ribeiro (2013) considera este dispositivo como um marco proibicionista.

Com a Proclamação da República (1889), os padrões universais difundidos pelas potências mundiais, como EUA, França e Inglaterra, foram articulados à ideologia republicana brasileira (TRAD, 2010). O quadro de legitimação e institucionalização da medicina psiquiátrica enquanto campo de conhecimento já vivenciado pela Europa, reproduziu no Brasil efeitos semelhantes. Trad (2010) destaca que o Estado e a medicina psiquiátrica aproximavam-se por suas ideologias dualísticas sobre indivíduo e sociedade: ordem/desordem, razão/loucura, normal/patológico. Assim, como parâmetro “os médicos brasileiros identificavam o ‘desvio’ psíquico observando os hábitos e comportamentos da população em geral e em contraste com o mundo urbano das grandes metrópoles” (ENGEL, 1999 apud TRAD, 2010, p. 106).

Nesse período foram sentidas inúmeras modificações legislativas, fundamentadas por acordos internacionais, como a Convenção de Haia (1912)², que se comprometiam em fortalecer o controle sobre o crescimento e o uso de drogas como o ópio e a cocaína. No ano de 1921, o governo editou um decreto que estabeleceu punição para todo tipo de utilização de ópio, morfina, heroína e cocaína. Ocorreu ainda a primeira tipificação do toxicômano, seguida da instituição de sanatórios para a internação, seja ela requerida pela família, juiz ou o pelo próprio usuário (TRAD, 2010).

Com a Era Vargas, o papel normatizador e controlador do Estado sobre o uso de drogas foi intensificado, estabelecendo um órgão específico para cumprir essa tarefa - a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE) —, em 1936 (TRAD, 2010). Entre as atribuições da CNFE, estavam a fixação de normas e fiscalização da produção, venda, compra e repressão ao uso de substâncias entorpecentes. A dependência ganhou status de doença contagiosa, estigmatizando os usuários como pessoas contagiadas, que deveriam ser tratadas para que não disseminassem “a peste”. Trad (2010) observa que o modelo de atenção estava baseado em intervenção sanitária, sem que houvesse discussões para a elaboração de ações preventivas.

A ditadura militar fortaleceu o discurso proibicionista-criminalizante, com especial repressão aos movimentos contraculturais brasileiros que nasciam inspirados nas ações estudantis e hippies nos EUA e Europa por volta de 1960.

Se antes da década de 1960 o consumo de drogas como a maconha e a cocaína era associado à prostituição, à criminalidade e à loucura, com a ditadura militar as drogas foram associadas à juventude, incorporando novos significados ao imaginário social, como a delinquência juvenil e a alienação político-social (OLMO, 1990 apud TRAD, 2010, p. 116).

Ribeiro (2013) diz que entre as primeiras modificações legislativas introduzidas pelo regime militar, está a alteração do art. 281 do Código Penal, que passa a equiparar a conduta da pessoa que

² Em 1912 acontece a Primeira Conferência Internacional do Ópio, realizada em Haia, que editou as primeiras resoluções sobre a proibição internacional do comércio e consumo dessa substância. Em 1961 acontece um dos marcos para a consolidação do paradigma proibicionista: a Convenção das Nações Unidas sobre Entorpecentes de 1961, no qual os países comprometeram-se internacionalmente a lutar contra as drogas (FIORE, 2012).

usa drogas à do traficante, em 1968. A separação entre as figuras do consumidor e do traficante, isto é, do “doente” e do “delinquente”, foi alterada em 1976, com o advento de Lei n. 6368/76, que ficou conhecida como Lei de Entorpecentes. A lei previa disciplinas diferenciadas para a conduta do usuário (art.16) e do traficante (art.12). É importante ressaltar que as alterações realizadas não apagaram os rastros que estigmatizam ainda hoje o usuário, equiparando-o ao traficante. A Lei de Entorpecentes marcou a estruturação de medidas oficiais do governo, apresentando ações de prevenção e repressão ao tráfico e uso indevido de substâncias que determinem dependências físicas ou psíquicas. A Lei também instituiu o tratamento médico obrigatório para indivíduos de condutas definidas como dependência, afirma Trad (2010).

O governo tinha como prioridade a repressão ao uso, venda e tráfico, logo os investimentos financeiros visavam a redução da oferta. Para tal, estabeleceu entre os anos 1980 e 1993 órgãos responsáveis por coordenar pesquisas e ações no âmbito das drogas, como Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, do Conselho Federal de Entorpecentes, da Secretaria Nacional de Entorpecentes, vinculados ao Ministério da Justiça. Já as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde baseavam-se no modelo hospitalocêntrico, priorizando a internação em hospitais psiquiátricos, produzindo práticas violentadoras dos direitos, amparadas no modelo criminal/moral/doença e promovendo o encarceramento e tratamento com meta de abstinência (TRAD, 2010).

O descontentamento com a assistência prestada irrompeu movimentos sociais e de grupos organizados que se colocaram em posição de crítica ao Estado, gerando mudanças. O advento da Constituição Federal de 1988, conferiu a condição de política pública à saúde, a assistência social e previdência social, constituindo o tripé da seguridade social do país. A partir da Constituição, tem-se a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90) e instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), e mais tarde a Lei Orgânica da Assistência Social (nº 8.742/93); a primeira ampliando o conceito de saúde coletiva e a segunda ampliando a noção de rede socioassistencial, ambos, junto a outras conquistas sociais, referenciam apostas na integralidade do cuidado e na intersetorialidade das ações que ampliem a atenção, cuidado e proteção ao indivíduo, família e comunidade.

Para Trad (2010), essas conquistas anunciaram a emergência de uma nova perspectiva sobre a questão das drogas. Em consequência, os critérios farmacológicos e criminais cederam espaço para a discussão de uma abordagem sociocultural, apontando novos modelos de intervenção, baseados na educação preventiva e humanização no cuidado ao usuário.

No âmbito da questão das drogas, essas mudanças trouxeram a instituição da primeira Política Nacional Antidrogas — PNAD, estabelecendo objetivos e diretrizes para a ação de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas. É importante destacar que a política reconheceu, junto às

demais ações, as ações de redução de danos sociais e à saúde como medidas a serem desenvolvidas. Em 2003, o Ministério da Saúde apresenta Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, onde esclarece a atribuição do Sistema Único de Saúde em atender essa população e estabelece a intersetorialidade nas ações relacionadas à saúde (atenção primária, CAPS, ambulatório, leitos em hospital geral e redução de danos).

Mais tarde, em 2006, é sancionada a Lei nº 11.343 ou Lei de Drogas, que revogou as leis nº6.368/76 e nº10.409/02, até então vigentes no país. A nova lei coloca o Brasil em destaque no cenário internacional nos aspectos relativos à prevenção, atenção, reinserção social do usuário e dependente de drogas. Entre os principais destaques está a distinção entre usuários, dependentes e traficantes e o fim do tratamento obrigatório para os dependentes de drogas. O porte de substâncias ilícitas continua caracterizado como crime, porém usuários e dependentes não estarão mais sujeitos à pena privativa de liberdade e sim a medidas socioeducativas. Ribeiro (2013) afirma que apesar de manter a criminalização do consumo de substâncias psicoativas, a Lei de Drogas assume um posicionamento mais moderado sobre as políticas proibicionistas. A Lei de Drogas institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que tem por atribuição a organização e execução de ações públicas sobre drogas no âmbito da prevenção, tratamento e reinserção social e a coordenação de ações de repressão à produção e ao tráfico de substâncias ilícitas.

Em 2008 foi instituída a Lei nº 11.754, que alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional sobre Drogas. A mudança era aguardada desde o processo de realinhamento da PNAD, que passou a se chamar Política Nacional Sobre Drogas, em 2004. É importante frisar que essa alteração não se limita a simples disposição de letras, mas sinaliza a tentativa de abordar a questão das drogas por uma perspectiva menos repressiva e estigmatizadora, mais acolhedora e humanizada, embora as ações empreendidas pelo Estado ainda adotem como referencial o modelo “guerra às drogas”, herdado de países como os EUA.

A manutenção de modelos obsoletos não ofusca os progressos no âmbito das políticas assistenciais sobre drogas. A proposta para os próximos momentos é abordar mais detalhadamente a Política Nacional sobre Drogas e a Portaria Nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para atenção a pessoa com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, uma vez que a realização dessas ações prioriza a garantia do cuidado integral.

3 A POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS (PNAD)

A Política Nacional sobre Drogas (PNAD) é um marco para as novas políticas públicas sobre drogas no Brasil. Seu nascimento resultou da interação entre governo, sociedade e comunidade científica, num amplo processo de discussão, com objetivo de realinhar a política vigente desde 2002. Os pressupostos básicos e objetivos da PNAD (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social,



redução de danos sociais e a saúde, redução de oferta e repressão, estudos, pesquisas e métodos de avaliação da eficácia das ações) entraram em pauta nos debates.

A PNAD está apoiada em pressupostos, dos quais destacam-se: a construção de uma sociedade livre das drogas ilícitas e uso indevido de drogas lícitas, reconhecimento das diferenças e busca por articular diferentes formas de intervenção para usuário, dependente e traficante; tratamento igualitário a usuários de drogas ilícitas e lícitas; garantia do direito ao acesso de serviços adequados para todas as pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de drogas; prioridade as ações de prevenção, por sua eficácia e baixo custo para a sociedade; reconhecimento do uso irracional das drogas ilícitas como fator importante na indução de dependência, devendo, por esse motivo, ser objeto de um controle social adequado; integração das políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública; princípio da “responsabilidade compartilhada”, que consiste na coordenação de esforços entre os seguimentos do governo e sociedade, buscando a efetividade das ações de redução de oferta, demanda e danos decorrentes do uso de drogas. No tópico sobre os pressupostos, a PNAD destaca que as ações de redução de danos não podem ser confundidas com incitação ao consumo, pois são estratégias preventivas.

Alguns dos objetivos apresentados pela PNAD são: a conscientização social dos prejuízos e implicações negativas decorrentes do uso indevido de drogas; educação, informação e capacitação aos diversos segmentos da sociedade para a ação efetiva no que tange à redução de oferta, demanda e danos do uso de drogas; implantação e implementação da rede de assistência integral, pública e privada, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas; avaliação e acompanhamento dos diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, com a finalidade de promover aqueles que obtiverem resultados favoráveis; redução dos danos sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas.

Quando aborda o desenvolvimento de ações preventivas, a PNAD ressalta a filosofia da responsabilidade compartilhada, através da construção de redes sociais que objetivem a melhoria e promoção da qualidade de vida. O desenvolvimento dessas ações conta com a capacitação continuada dos diversos atores sociais sobre a prevenção do uso indevido e drogas lícitas e ilícitas e apoio às atividades preventivas que considerem o indivíduo e seu contexto sociocultural. A política versa ainda sobre a realização do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, a fim de ampliar, articular e fortalecer as redes assistenciais.

No que diz respeito ao tratamento, recuperação e reinserção social, a orientação geral é o desenvolvimento de ações para que a sociedade, incluindo usuários e dependentes de drogas, possa assumir responsabilidade ética no tratamento, recuperação e reinserção social. As ações de tratamento e recuperação devem promover ações de reinserção familiar, social e ocupacional, em razão de sua utilidade no rompimento do ciclo consumo/tratamento.

Quando discorre sobre a realização de ações de redução de danos, a PNAD reconhece a estratégia como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos e orienta acerca da promoção de estratégias e ações de redução de danos, de forma articulada inter e intrasetorial, visando à redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade.

4 PORTARIA Nº 3.088 E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, é aqui abordada por destacar o interesse do Ministério da Saúde em vincular o tema drogas a uma rede articulada de cuidado.

Como diretrizes a RAPS: traz o respeito aos direitos humanos; combate a estigmas e preconceitos; garante o acesso e qualidade de serviços que se articulam a fim de proporcionar cuidado integral e assistência multiprofissional; promove a atenção humanizada e centrada na necessidade das pessoas; diversifica das estratégias de cuidado; desenvolve ações territoriais, considerando as dimensões socioculturais dos lugares e relações; elabora e realiza estratégias de redução de danos; enfatiza serviços de base comunitária, com a participação e o controle social dos usuários e seus familiares; promove estratégias de educação permanente; e desenvolve estratégias de cuidado que tenham como eixo o projeto terapêutico singular (PTS).

Como objetivos, a Rede de Atenção Psicossocial sustenta: a ampliação do acesso à rede assistencial; a promoção do vínculo às pessoas que sofrem de transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas aos serviços de atenção; e a garantia da articulação e integração dos pontos da rede. Destes objetivos gerais, objetivos específicos são estabelecidos, tais como: a promoção de saúde a grupos em situação de vulnerabilidade; a prevenção do consumo de substâncias psicoativas; a redução de danos vinculados ao consumo de álcool e drogas; a promoção de reabilitação e inserção social; a oferta de informação acerca dos direitos civis, medidas de prevenção e serviços disponíveis na rede; e a formação permanente dos profissionais.

A Rede de Atenção Psicossocial destaca a necessidade de integração e articulação de diferentes setores que ofereçam atenção integral, obedecendo ao princípio da integralidade que, junto a universalidade e equidade, subsidiam o SUS. A constituição da RAPS conta com: a Atenção Básica em Saúde; a Atenção Psicossocial Especializada; a Atenção de Urgência e Emergência; a Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

A Atenção Básica, também conhecida como porta de entrada da rede integrada dos serviços de saúde, tem como objetivo oferecer atenção ao paciente e à família no acolhimento da demanda e

direcionamento e acompanhamento do caso na rede de serviços. Na Atenção Básica, a portaria N° 3.088 destaca como pontos de referência a Unidade Básica de Saúde (UBS), que são serviços constituídos por equipe multiprofissional responsável por ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, visando à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e ações de redução de danos. A Equipe de Atenção Básica para populações em situações específicas é outro dispositivo da Atenção Básica, como a equipe de consultório na rua, que é constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, a fim de ofertar ações e serviços para populações em situação de rua. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é constituído por profissionais de diferentes áreas, que atuam no apoio matricial das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Básica para populações específicas.

A Atenção Psicossocial Especializada é formada por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), constituído por equipe multiprofissional, que atua prestando assistência às pessoas com transtornos mentais graves e pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O trabalho no CAPS é realizado prioritariamente em espaços coletivos, de forma articulada com outros pontos da rede de atenção. A realização do trabalho conta com o PTS, construído pela equipe, usuário e família. O CAPS AD (Álcool e Drogas) é o principal dispositivo de cuidado, dentro da modalidade de organização dos CAPS (CAPS I, II, III e i), no atendimento às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. É um serviço aberto, de caráter comunitário, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, conforme dispõe a portaria.

Em casos de internação ou de serviços residenciais transitórios, a Atenção Residencial é responsável por coordenar as ações. Ela está constituída por Unidade de Acolhimento, um ponto de cuidado que oferece cuidados contínuos à saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar, que demandem acolhimento protetivo transitório.

Na Atenção Hospitalar, estão articulados com CAPS e outros pontos da rede as enfermarias especializadas em Hospital Geral, oferecendo atendimento hospitalar para casos graves, especialmente abstinência e desintoxicação.

As Estratégias de Desinstitucionalização são constituídas por iniciativas que visam garantir às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas que se encontram em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral, por meio de estratégias que visem a promoção de autonomia e exercício de cidadania através da progressiva reinserção social. Os serviços residenciais são dispositivos responsáveis por acolher pessoas vindas de internação de longa permanência.



5 POR UMA POLÍTICA INTEGRADA E TRANSVERSALIZADA

A construção da Política Nacional sobre Drogas tem em seus pressupostos a integração e articulação dos diversos setores (educação, assistência social, saúde e segurança pública) para o desenvolvimento e efetivação de ações que compreendam desde a prevenção até estratégias de reinserção social. Se a elaboração da política, com suas prioridades e conteúdos, não se fez sem dificuldades, o processo de implementação igualmente envolve muitos desafios.

Quando a discussão faz referência à assistência ao usuário de drogas, encontramos nas Políticas Públicas de Saúde um solo fértil, que aponta para o compromisso em fazer germinar estratégias que abarquem todos os níveis de cuidado. Entretanto, diante da acentuada vulnerabilidade social e das carências não só no campo da saúde, mas da educação, segurança pública e assistência social, o debate de uma Política Integrada e Transversalizada é imperativo. Porque se de um lado podemos apontar os avanços na atenção e gestão das políticas públicas sobre drogas, com ampliação nos níveis de universalidade, equidade e integralidade, por outro vemos a fragmentação e consequente compartimentalização dos processos de trabalho, que fragilizam e sobrecarregam as instâncias de assistência, quando não falham em assistir ao usuário, família e comunidade.



REFERÊNCIAS

AVELAR, L. Uso se Branco, Abuso se Preto. *Revista de História*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 110, 2014, p. 22-24.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE nº 5, 2011.

BRASIL. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Redução de Danos. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. O Uso de Substâncias Psicoativas no Brasil: módulo 1. 6. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocia1/arquivo/Politica%20Nacional1%20de%20Assistencia%20Social1%202013%20PNAS%202004%20e%202013%20NOBSUASsem%20marca.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 3088 / 2011, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.028/ 2005, de 01 de julho de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/MEC nº 1.802/ 2008, de 26 de agosto de 2008.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório Brasileiro sobre Drogas. Brasília: SENAD, 2009. Organizado por Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso.

CARNEIRO, H. Portais de Todo Prazer. *Revista de História*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 110, 2014, p. 17-20.

COUTINHO, T. Doces Venenos. *Revista de História*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 110, 2014, p. 34-37.

DIEHL, A. (Org). Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

IORE, M. O Lugar do Estado na Questão das Drogas: o Paradigma Proibicionista e as Alternativas. *Novos Estudos*, São Paulo: CEBRAD, 2012, p. 9-21.



PORTAL BRASIL. Cidadania e Justiça: Secretário fala sobre Política Nacional sobre Drogas. Portal Brasil, [S. l.], 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/03/secretario-fala-sobre-politica-nacional-sobre-drogas>. Acesso em: 09 maio 2015.

RIBEIRO, M. Drogas e Redução de Danos: os Direitos das Pessoas que Usam Drogas. São Paulo: Saraiva, 2013.

RODRIGUES, T. Quem é o Inimigo? Revista de História, Rio de Janeiro, v. 10, n. 110, p. 38-41, 2014.

TRAD, S. A Trajetória da Prevenção às Drogas no Brasil: do Proibicionismo à Redução de Danos e seus Reflexos nas Políticas Locais. 2010. 300 f. Tese (Doutorado em Antropologia e Medicina) — Programa de Doutorado em Antropologia da Medicina, Universidade Rovira i Virgili, Tarragona, 2010.