



## LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL<sup>1</sup>

### LEGISLATION AND PUBLIC POLICIES ON DRUGS IN BRAZIL

**Thaís de Andrade Alves Guimarães**

**Discente da Universidade Federal do Piauí (UFPI)**

#### RESUMO

Para entender a política pública sobre drogas é fundamental conhecer o contexto histórico, mais precisamente, em que circunstâncias política, econômica e social, se produziu os marcos legais bem como a política em si mesma. As leis e a política pública/social são históricas, expressam um determinado momento da história. A legislação e as políticas sobre drogas no Brasil seguiram as tendências impressas nos documentos dos organismos internacionais. As políticas proibicionistas, contornadas pela conotação militar, de Segurança Pública e a criminalização do consumidor ganharam destaque. O Brasil vem adotando uma política que mescla o modelo preventivo à visão proibicionista, com foco nas substâncias consideradas ilícitas (ilegais), na repressão e na abstinência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Drogas. Políticas Públicas. Legislação

#### ABSTRACT

In order to understand the public policy on drugs it is fundamental to know the historical context, more precisely, in what political, economic and social circumstances, the legal landmarks as well as the policy itself have been produced. Laws and public / social policy are historical, expressing a particular moment in history. Drug legislation and policies in Brazil followed the trends printed in the documents of international organizations. The prohibitionist policies, contornadas by the military connotation, of Public Security and the criminalization of the consumer gained prominence. Brazil has been adopting a policy that merges the preventive model with the prohibitionist view, focusing on substances considered illegal (illegal), repression and abstinence

**KEYWORDS:** Drugs. Public Policy. Legislation

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho objetiva traçar uma linha do tempo da legislação e políticas públicas sobre drogas no país destacando os principais marcos de cada período, além de apresentar os

---

<sup>1</sup> Trabalho originalmente apresentado, porém não publicado no I Seminário Internacional sobre Drogas no Piauí, revisto e atualizado.



pressupostos/diretrizes da Política Pública sobre Drogas, emanadas do Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, através de pesquisa documental e bibliográfica. Os documentos acessados incluíram leis, resoluções e decretos sobre a temática.

As políticas sobre drogas começam a ser constituídas a partir do século XX. Antes, a produção e o consumo eram controlados por sistemas informais, no geral as tradições e os costumes locais de determinadas comunidades, estabeleciam as pessoas (tais como os pajés, os xamãs, a mãe de santo), e as datas (a exemplo dos rituais de passagem da criança para a vida adulta; momentos de enfermidade) e locais que as pessoas poderiam ter acesso e até mesmo consumir as substâncias psicoativas- SPA. No século XX, o Estado passa a ser o coordenador principal do controle sobre a produção, o comércio, o consumo e a tipificação de substâncias psicoativas.

Todo o processo de constituição da ordem burguesa foi permeado por manifestações de resistência, tensões, lutas entre projetos e propostas antagônicas, sobressaindo-se a luta pela ampliação dos direitos de cidadania e a incorporação de novos segmentos sociais. A história da extensão da cidadania é a arregimentação de forças no empenho pela ampliação de direitos. A cidadania real “[...] é processo, é movimento que visa à incorporação de novos ‘grupos’ ou classes ao gozo de direitos já reconhecidos e/ou a incorporação de novos direitos aos já existentes” (OLIVEIRA, 1987, p. 17).

Em um Estado democrático de direito, a produção de uma política pública se configura em uma arena de disputas (GIOVANELLA, L. *et al*, 2012), que expressa vários interesses (econômicos, políticos, religiosos, corporativos, sociais, dentre outros). Pode ser observado que a trajetória das políticas públicas sobre drogas, historicamente, teve uma direção predominante, orientada pela lógica proibicionista, pautada na opinião exclusiva de *experts*, no geral, técnicos de Segurança Pública, pessoas ligadas ao sistema de justiça e gestores das políticas.

Com o incremento das diretrizes dos direitos humanos, da participação e do controle social nas políticas públicas, dinamizado pelo movimento da Reforma Sanitária e instituído na Constituição Federal de 1988, no Brasil, se conquista o direito a um serviço usuário centrado, ou seja, baseado nas necessidades de seus usuários. Quando outras vozes entram em cena, as vozes dos estudiosos do tema e de quem vive uma determinada situação e consegue se fortalecer e explicitar suas necessidades (como os familiares e consumidores de SPA), a relação de forças a favor de outros olhares, sem julgamento e estigmas, passa a prevalecer e modificar o modo de cuidar dos usuários e o tratamento dado às substâncias psicoativas, fortalecendo a produção de leis e políticas públicas mais sintonizadas com a cidadania e as diversidades.



## 2 A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL

Com apoio nos estudos de Trad (2009) e Medina, Nery Filho e Von Flach (2014) é possível reconstituir a linha do tempo da política sobre drogas no Brasil, que pode ser dividida em 6 períodos, que sintetizam conjunturas políticas, econômicas e sociais marcantes, que agregam características da configuração predominante do desenho das ações governamentais sobre as substâncias psicoativas.

### 1º período – Do período Imperial ao final da República Velha – (1822 a 1929)

O Estado brasileiro tinha uma atuação liberal, sem uma legislação específica que regulamentasse a produção, o transporte e o consumo de SPA. O consumo era liberado, inclusive a cocaína nos anos de 1920, no Rio de Janeiro da *Belle Époque*, que imitava os costumes europeus, era vendida livremente. Inclusive, a possível dependência era considerada um “vício elegante”, pois associada aos segmentos de alta renda da sociedade.

Vale lembrar que, nesse período, é fortalecida a atuação das associações médicas nas ações do Estado, no que diz respeito à Saúde Pública, que dá seus primeiros passos no País, no controle de endemias e na organização do espaço urbano. As análises sobre as manifestações da questão social no Brasil nesse período tendem a culpabilizar os trabalhadores, os pobres e a “mestiçagem” sobre os males que acometem o País. Data dessa época a ação policial sobre as práticas do segmento afrodescendente “como o samba, a capoeira, o candomblé e o uso da maconha” (TRAD, 2009, p. 102).

O alcoolismo até meados dos anos 50 esteve associado às questões sociais, relacionadas à pobreza, à desordem e remetido a um problema individual e moral, como uma falha de caráter.

A Liga Brasileira de Higiene Mental-LBHM, criada em 1923, composta por psiquiatras defendia que “o Brasil se degradava moral e socialmente por causa dos vícios, da ociosidade e da miscigenação racial do povo brasileiro” (COSTA, 1980, p. 17). O Estado quando atuava sobre a questão, tinha por foco o consumo de SPA, sobretudo o álcool e a maconha, e sua ação era de natureza policial, repressiva, buscando assegurar a ordem e a paz social. Nesse horizonte, “a embriaguez alcoólica em público era punida com a prisão” (TRAD, 2009, p. 101). Ou seja, a embriaguez e o consumo eram criminalizados. Mas, concomitantemente, como esclarecem Medina; Nery Filho e Von Flach (2014): é lançado o Decreto 14.969, em 1921 que remete o dependente para tratamento compulsório em “Sanatório para Toxicômano”. Em suma, o consumidor, sobretudo o dependente era tratado no binômio repressão-assistência. Ao mesmo tempo, como caso de polícia e de saúde. De qualquer maneira, nas duas situações, a perda de



seu direito civil, a privação da sua liberdade era prevista, posto que a internação para tratamento era compulsória.

### **2º período – A Era Vargas: entre o liberalismo e a intervenção no controle das SPA**

Esse período se caracteriza pela consolidação da República, do capitalismo, através da industrialização e ampliação do processo de urbanização no Brasil. Ocasão em que são criadas as bases do estado de bem-estar brasileiro, que funda o sistema de proteção social no País baseado na cidadania regulada, ou seja, uma cidadania que reconhece direitos apenas para os trabalhadores urbanos, com profissão reconhecida, carteira de trabalho assinada e sindicalização do operário (SANTOS, 1987).

O *Welfare State* no Brasil, priorizou o princípio do mérito próprio, em detrimento de políticas universalistas, que reproduzem o sistema de desigualdades predominantes na sociedade, instituiu serviços sociais por intermédio da cidadania regulada e seletiva, ocasionando a modernização do país. Draibe (1990) sinaliza que o nosso Estado de Bem-Estar Social se caracterizou por uma morfologia e um sistema de proteção social específico por ter se constituído sobre um padrão “seletivo, heterogêneo e fragmentado de intervenção social do Estado” (DRAIBE, 1990, p. 8-9).

Nesse contexto, o tratamento punitivo, com prisão do consumidor das substâncias psicoativas persiste, ganhando foco a maconha, a cocaína e o ópio, em função do País ser signatário da Convenção Internacional do Ópio, de 1912. Trad (2009) informa que as leis promulgadas no período mantem uma linha liberalizante em relação às substâncias consideradas lícitas, tais como tabaco e álcool. A dispensação de medicamentos passa a ser condicionada à prescrição de receita médica. Isto significa que passa a haver maior controle no consumo de psicotrópicos.

Medina; Nery Filho e Von Flach (2014) destacam como principais leis estabelecidas no período: o Decreto 20.930, de 1932, que torna a posse de substâncias ilícitas uma ação ilegal, criminosa. Por sua vez, o Decreto-lei 891, de 1938, criminaliza o consumo, o que repercute no Código Penal de 1940, em reforço à criminalização do consumidor. Nesse sentido, traficante e consumidor passam a ser encarados da mesma maneira, haja vista o porte, o comércio e o consumo de SPA serem criminalizados.

A parca ação estatal na dimensão educacional e da saúde na matéria do consumo de SPA, no período, abre espaços para o início de atividades não governamentais, como os grupos de Alcoólicos Anônimos e ações religiosas dirigidas aos consumidores.

### **3º período: Abordagem da ditadura militar acerca da política sobre drogas**



Nesse período, o consumo de substâncias psicoativas é celebrado como experiência de ampliação da consciência e autoconhecimento, “uma viagem para dentro de si mesmo”, inaugurando a “nova era”, e o prazer como dimensão importante do viver. Nesse sentido, um novo significado para o consumo é agregado para a experiência dos usuários, na perspectiva do autoconhecimento.

Por outro lado, e em função mesmo da associação entre consumo de SPA e juventude, no imaginário social ganha projeção a associação entre delinquência juvenil e a alienação político social (TRAD, 2009). O LSD é a principal substância que ganha projeção no período, junto com a maconha. Com a ditadura militar instalada no País em 1964, toda contestação da ordem, tais como o consumo de SPA, o tráfico e a crítica da organização da sociedade, é tratada pelo governo como subversão política. As principais leis do período são: Lei 5.726 de 1971, que mobiliza a sociedade em torno do combate ao tráfico e ao uso de SPA. Considera o consumidor como um “**viciado infrator**”, traduzindo, um dependente criminoso. Nesse sentido, seu tratamento é a prisão ou o internamento, conforme avaliação do Juiz.

A Lei 6.368, de 1976, também conhecida como “Lei de Tóxicos”, estabelece a obrigatoriedade do tratamento. Enfatiza o consumidor como doente e o endereça para o hospital psiquiátrico. Um avanço representado por essa lei, diz respeito à alusão, pela primeira vez, segundo Medina, Nery Filho e Von Flach (2014) das ações de prevenção, reduzidas a difusão de informações sobre os “malefícios das substâncias ilícitas”, traduzidas no senso comum como droga, através da mídia televisiva e panfletos, impulsionando no País a “pedagogia do terror”, que tem por foco a superestimação do poder da substância.

Medina, Nery Filho e Von Flach (2014) destacam a ausência de bases de informação sobre o consumo e consumidores de SPA no País, destacando que as informações disponíveis referiam às apreensões e prisões remetidas ao tráfico, ou seja, oriundos do Sistema de Segurança Pública. Dessa maneira, o período consolida a dimensão jurídico legal e médico institucional na perspectiva proibicionista e repressora.

#### **4º período: Redemocratização da sociedade brasileira.**

Emergência e consolidação de críticas ao modelo proibicionista e emergência de outras lógicas de entendimento e atenção ao consumo e ao consumidor de SPA. Com o processo de consolidação da redemocratização da sociedade brasileira, ao final dos anos 70 e início dos anos 90, iniciam-se os movimentos sociais, sobretudo o movimento de reforma sanitária, e o movimento da reforma psiquiátrica. O primeiro, luta pela saúde como direitos de todos e dever do estado, busca assim expandir e consolidar direitos sociais, o universalizando. Isto quer dizer, que a saúde é um bem geral/coletivo, que deve estar disponível a todos. Não é uma mercadoria,



mas um direito. O segundo, luta também pelo cuidar em liberdade, ou seja, destaca os direitos civis, a garantia das liberdades básicas. Também é contra a “indústria da loucura”, ou seja, o tratamento do transtorno mental como mercadoria, ou seja, fonte de lucro.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS é criado, reforçando em seus artigos 196 a 200 a política saúde como direito de todos e dever do Estado. A Lei 8.080/1990 amplia o conceito de saúde, para além das doenças/enfermidades, remetendo os problemas de saúde para a forma de organização da sociedade. Dessa maneira, os problemas de saúde são vinculados aos determinantes sociais do processo saúde doença. Nesse contexto, os profissionais de saúde devem olhar para o contexto e qualidade de vida dos usuários dos serviços, pois saúde é também associada a habitação, saneamento, lazer, trabalho, dentre outras necessidades.

A política de saúde é colocada na Seguridade Social, junto com a Previdência e Assistência Social, sendo a única política universal, destinada a todos, sem distinção de qualquer natureza. Várias experiências, com outras logics de abordagem ao consumo e aos consumidores de SPA tem início, sobretudo, relacionados a centros de pesquisa e assistência, vinculados as universidades públicas brasileiras. Algumas dessas experiências tem inspiração na tradição francesa construída por Claude Olievenstein (1990), que aborda a dependência como um encontro entre a **pessoa** e a **substância**, mediada por um **contexto sociocultural**. Ou seja, baseado em um tripé, em que a substância é um componente, em meio a outros que igualmente influencia o padrão de consumo. O tratamento na ótica do referido autor é inspirado por 3 nortes: o desejo de se tratar do usuário; a gratuidade e o anonimato.

Institucionalmente, em 1980 é criado o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), presidido pelo advogado criminalista Técio Lins e Silva que defende a primazia de ações relacionadas à prevenção, sobre as ações repressivas (MEDINA, *et al*, 2014). Um fator importante no período se expressa na epidemia da AIDS, que vai aprofundar as críticas ao modelo proibicionista de ação governamental e requerer outras lógicas de ação. Com o alerta de ampliação do número de pessoas infectadas pelos vírus da AIDS, em função do uso coletivo e compartilhado de seringas entre consumidores de SPA injetáveis, alguns profissionais de saúde, em 1989, inicialmente na cidade de Santos-SP iniciam outras abordagens, baseadas em ações socioeducativas e atenção mais humanizada aos consumidores, fundamentadas em programas de redução de danos. Dessa forma, tem início ações de trocas de seringas em Santos-SP, que durou pouco tempo, pois foi obstaculizada por ações judiciais.

Brasil (2009) informa que em 1992 tiveram início as ações de redução de danos voltadas para a AIDS no Brasil, com apoio oficial do governo federal. Em seguida, o Centro de Estudos



e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, da Universidade da Bahia, cria o primeiro Programa de Redução de Danos/Troca de Seringas do País, implementado por uma universidade pública, com apoio, inclusive financeiro do Governo Federal.

Desfoca o olhar da substância para identificar as funções do consumo na vida de cada pessoa, assim como as vulnerabilidades a que está sujeita. Dessa forma, outros espaços de atuação são dinamizados, “as cenas de uso”, com os profissionais deslocando-se de seus consultórios (gabinetes) para os espaços onde os consumidores se encontram, permitindo maior acesso a serviços de saúde e cuidados em geral. Tal fato, também permite maior escuta sobre as reais necessidades dos consumidores e investimentos nas suas múltiplas vulnerabilidades, ampliando o repertório de intervenções das políticas públicas.

### **5ª período: Anos 90 – Passos iniciais para uma Política Nacional sobre Drogas**

Em 1998 é criada a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD que estava vinculada à Casa Militar da Presidência da República, segundo informações da Secretaria Nacional sobre Drogas, o País é brindado com os elementos iniciais para uma política nacional sobre a redução da demanda e da oferta de substâncias psicoativas.

No final dos anos 90 acontece experiências embrionárias de atenção nas cenas de uso dos próprios consumidores de SPA, coordenado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, da Universidade Federal da Bahia, posteriormente intitulada Consultório de Rua, baseada na perspectiva da redução de danos e voltada para as necessidades dos consumidores.

### **6º período: Anos 2000 a 2016 – Novo Milênio – Coexistência de modelos e realinhamento da Política Pública sobre Drogas**

Esse é o período de maior produção de leis e reorientações das políticas sobre drogas no País. Concomitantemente, na arena governamental assiste-se o direcionamento distinto das políticas sobre drogas entre a Secretaria Nacional Antidrogas, explicitamente voltada para a perspectiva proibicionista, de origem norte americana.

De outra forma se posiciona o Ministério da Saúde, que assume a questão do consumo prejudicial como uma questão de saúde pública, alinhada aos princípios da Redução de Danos, política identificada com a tradição de alguns países europeus, como a Holanda (MOTA, D. B. *et al.*, 2012).

Ao possibilitar disputas por paradigmas e modelos tecno-assistenciais, ou seja, formas diferentes de entender e tratar o consumo e o consumidor, o Estado democrático de direito mostra sua face ampliada, ao contemplar lógicas distintas, que passam a coexistir e conviver, tencionando as lutas em torno de maiores fatias do orçamento público, na condução da direção



dos rumos assistenciais ao consumidor de SPA, impondo também que seja avaliado e trazido a público a resolutividade das diferentes formas de cuidar. Obviamente que tais tensões também tendem a levar a impasses, contradições e em algumas situações, dificuldades de negociações. Isso tudo faz parte da arena de disputas que conformam as políticas públicas.

Vasconcelos (1992) elenca algumas condições históricas como propiciadoras para a emergência de processos de reforma psiquiátrica, como os processos de democratização, revolucionários ou reformistas, pois tendem a consolidar direitos civis, sociais e políticos; implementação de várias formas de *Welfare State*, que dinamizam direitos e políticas sociais; alterações no processo de financiamento e produção de serviços sociais, incluindo políticas neoliberais, que incitam programas de desospitalização; alterações na estrutura e organização familiar, fatores que dificultam ou mesmo impossibilitam o cuidado doméstico com as pessoas dependentes; novas teorias e práticas terapêuticas.

Em 2001, é promulgada a Lei nº 10.216 que explicita os direitos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, inclusive para pessoas consumidoras de substâncias psicoativas, postulando o cuidado em serviços que funcionam de portas abertas e com baixas exigências, para assegurar o acesso universal, a todos, sem distinção. Ainda neste ano foi realizado a III Conferência de Saúde Mental, em Brasília, que tem um capítulo específico sobre a política de álcool e outras drogas, que postula o direcionamento da política pela redução de danos.

No ano seguinte o Ministério da Saúde lança a Portaria 336, na qual estabelece as modalidades de centros de atenção psicossocial, incluindo o CAPSAD – serviço específico para atendimento às pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas e também estabelece a Portaria 816, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Em 2004 o Ministério da Saúde lança o documento intitulado “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2004), em que explicita os fundamentos da lógica da redução de danos. E 5 (cinco) anos depois institui o Plano emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – PEAD.

Em 2010 acontece a IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial, com tema: Saúde mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, em uma clara alusão à importância de ações articuladas entre as diferentes políticas. E em 2011 pela Portaria 3088, é lançada a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, que caracteriza os componentes e sua missão na atenção ao consumidor de substâncias psicoativas, ativando a potência de outros



equipamentos, para além do CAPS AD, num reforço a outro olhar e ação intrasetorial, mas, também intersetorial.

Em 2012, o Ministério da Saúde lança 04 portarias, a primeira Portaria 121 cria a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no componente de atenção residencial da RAPS, as demais (130, 131 e 132) em reforço financeiro aos equipamentos da RAPS.

Pela Lei 11.754 de 2008, o prefixo anti das instituições vinculadas à Casa Civil é retirado e substituído por “sobre”. Dessa forma, são renomeados o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas – CONAD e a Secretaria Nacional sobre Drogas. Consequentemente, há sintoniza com as tendências internacionais e com as discussões acadêmicas, baseadas em evidências. É consenso sobretudo entre os estudiosos das ciências humanas, o que também ganhou adesão em alguns setores da saúde, que é impossível uma sociedade sem drogas. Elas sempre existiram e existirão, pois fazem parte da experiência humana.

Em sintonia com essa compreensão, em 2005 passa a vigorar a Política Nacional sobre Drogas – PNAD, pela Resolução nº 03/GSIPR/CONAD, fundamentada nos princípios dos direitos humanos e pautada na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. Redução de danos sociais. Redução da oferta. Estudos, pesquisas e avaliações.

Em 2006 é aprovada a Lei nº 11.343 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. O Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, regulamenta a Lei nº 11.343.

Um dos principais avanços dessa lei, remete a distinção e tratamento diferenciado entre o traficante e o usuário/dependente, o primeiro enquadrado na condição de crime e o segundo, apesar de penalizado, é contemplado com penas alternativas, que não a privação da liberdade.

Em 22 de maio de 2007 é publicado o Decreto nº 6.117, que aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispondo sobre medidas para redução do uso nocivo.

Outras leis são sancionadas, regulamentando o comércio de bebidas alcoólicas nas rodovias federais e transformando a direção de veículos automotores sob efeito de substâncias psicoativas como crime. Em respaldo a essas orientações, tem-se a Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. O Decreto nº 6.488/2008 e o Decreto 6.489/2008 que regulamenta a Lei nº 11.705.

Nesse sentido, observa-se o crescente investimento no controle e preocupação política dos gestores em relação às substâncias consideradas lícitas, até então negligenciadas. Vale lembrar que a preocupação com a automedicação também passa a ser crescente, em função do aumento da procura por medicações sem indicação médica, sobretudo entre as mulheres.



Em 2010, pelo Decreto 7.179 é instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Em resposta a uma suposta epidemia de crack, divulgada pela mídia, o que os estudiosos, pautados em evidências científicas contestam. Apesar das pesquisas nacionais informarem que a maioria dos problemas de saúde, expressas principalmente na violência urbana e no trânsito, se relacionam com o consumo de substâncias lícitas, mais destacadamente o consumo prejudicial de álcool, o governo federal prioriza a ação estatal a partir do crack.

Institucionalmente, houve mudança em 2011, quando toda estrutura da SENAD é transferida para o Ministério da Justiça. Avanços com certeza são identificados, sobretudo no que remete ao asseguramento e ao reconhecimento dos direitos humanos dos consumidores de SPA. Igualmente, outras lógicas, mais flexíveis, pragmáticas, humanas e que permite maior acesso aos consumidores, sem o temor do julgamento moral são implementadas, viabilizando seu cuidado em saúde, inclusive nas cenas de uso, tais como o Consultório na Rua.

Outros avanços, se materializam no maior investimento em pesquisas epidemiológicas, de abrangência nacional, que permitem conhecer o perfil do consumo de SPA no contexto brasileiro, coordenado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID.

Em 2014 foi publicada a *Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack*: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil, coordenado pela Fiocruz/Rio de Janeiro, que descobriu, com base nos resultados da pesquisa, a ideia de que há uma epidemia de crack. Foi criado ainda o Observatório Brasileiro de Informações sobre drogas – OBID, que disponibiliza pesquisas, informações sobre leis e políticas.

Apesar dos avanços, vários impasses persistem, pois como informa Trad (2009) a lógica proibicionista ainda é dominante, inclusive no imaginário social. Persiste a tendência do consumidor de SPA ser avaliado como potencial criminoso/bandido, sobretudo se utilizar substâncias consideradas ilícitas.

Prevalece ainda na leitura de parte significativa dos profissionais e formuladores de políticas os fundamentos da biofarmacologia e a visão sobre as substâncias e a doença, em um reforço à perspectiva medicocêntrica e focada na internação, no modelo curativo. “Para cada dólar gasto em prevenção, pelo menos dez podem ser economizados em custos futuros com saúde, programas sociais e crime” (UNODC, 2013).



### 3 CONCLUSÃO

As manifestações da questão social, consequências diretas do neoliberalismo, como desemprego, violência, miséria, baixa qualidade de vida etc. são capazes de gerar sobretudo o consumo de SPA fazendo crescer a demanda e os desafios para os serviços de saúde mental (VASCONCELOS, 2000; 2008). As políticas neoliberais impulsionam o aumento da falta de solidariedade para com os excluídos, assim como também o desmonte de políticas sociais, a conjuntura de não democratização e, ainda, um menor investimento público na saúde mental (BISNETO, 2007).

Assim, em tempos de globalização, muito do que constituía a essência do Estado de bem-estar social ou *Welfare State*, surgido no período pós-segunda guerra nos países considerados desenvolvidos, a justiça social, a solidariedade e o universalismo não mais vigoram, e, como apontam Behring e Boschetti (2007), a expansão das políticas sociais não seguiu o mesmo padrão de desenvolvimento em todos os países capitalistas.

As conquistas consignadas no plano legal e das políticas públicas sobre drogas, parecem pouco sólidas, pois, desafiadas por uma conjuntura política e econômica de desinvestimento no Sistema Único de Saúde, observado pela insuficiência numérica e infraestrutural da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS; dificuldades em fazer valer a lógica da redução de danos, o cuidado territorial, intersetorial e a reinserção, apesar dos textos legais orientarem as políticas públicas para essas direções, assiste-se ainda às disputas por modelos e recursos públicos, entre uma perspectiva de reforço à lógica universal do SUS, pautada no direito, de um lado. E, de outro lado, as políticas privatizantes que ganham força e buscam redirecionar os recursos do SUS, remercantilizando os serviços e a atenção em saúde, transferindo a atenção e os recursos financeiros dos equipamentos do Estado para serviços vinculados ao mercado e às organizações da sociedade civil - OSC, em uma clara tendência de transformar a saúde em mercadoria.

Acompanhando essas tendências, ganha força propostas higienistas, de tratamento forçado ou compulsório, o que viola os direitos humanos dos consumidores de SPA. Ainda há dificuldade de se ouvir a “voz” dos consumidores, pouco estimulado em seu protagonismo social. O controle social e o fomento à participação social precisam ser reinvestidos, até pelas dificuldades sociais e culturais que desqualificaram a imagem social dos consumidores de SPA.

### REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 2 ed. São Paulo, Cortez, 2007.



BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **A política Nacional do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Glossário de álcool e drogas**. Brasília: SENAD, 2006.

\_\_\_\_\_. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2009.

\_\_\_\_\_. **Legislação e Políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil**. 3ªed. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

DRAIBE, Sônia. **As políticas sociais e o neoliberalismo**. Revista USP, São Paulo, 1993.

\_\_\_\_\_. **As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas para a década de 90**. In: **IPEA**, Brasília, IPEA, 1990

GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

LEFÉVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

MARONNA, Cristiano Ávila. **Drogas**: aspectos jurídicos e criminológicos. P. 51-59. **Álcool e drogas**. São Paulo: CRPSP, 2011.

MEDINA, Maria Guadalupe; NERY FILHO, Antonio; VON FLACH, Patrícia Maia. **Políticas de prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas**. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs). **Saúde Coletiva**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBooks, 2014. p. 479-500.

MOTA, D.B. et al. **Construindo a continuidade do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: alguns conceitos e questões para o trabalho em rede no Brasil**. P. 85-105. In: NERY FILHO, Antônio. **Por que os humanos usam drogas?** P. 11-20. In: NERY FILHO, A; MACRAE, E; TAVARES, L.A.; RÊGO, M.; NUÑEZ, M.E. (Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA, 2012.

OLIVEIRA, M. J. G. C. G. O. **O direito aos serviços sociais – prática de Serviço Social e constituição da cidadania**. Recife: UFPE, 1987.

OLIEVENSTEIN, C. (1990). **A clínica do toxicômano**: A falta da falta. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça**: A política social na ordem brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

# II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

*“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”*

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



TRAD, Sergio. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. P. 97-112. In NERY FILHO, A. et al. **Toxicomanias: incidência clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA, 2009.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Abordagens psicossociais**. v. II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental**. São Paulo: Cortez, 2000.

UNODC. **Diretrizes internacionais sobre a prevenção do uso de drogas**. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, 2013.