

**ANA REGINA MACHADO**

**USO PREJUDICIAL E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS  
DROGAS NA AGENDA DA SAÚDE PÚBLICA: Um estudo sobre o processo  
de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool  
e outras drogas**

**Universidade Federal de Minas Gerais  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
Belo Horizonte – MG  
2006**

**ANA REGINA MACHADO**

**USO PREJUDICIAL E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS  
DROGAS NA AGENDA DA SAÚDE PÚBLICA: Um estudo sobre o processo  
de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool  
e outras drogas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Políticas de Saúde e Planejamento).

Orientador: Prof. Paulo Sérgio Carneiro Miranda

**Belo Horizonte  
2006**

Machado, Ana Regina  
M149u      Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da  
saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política  
pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas/Ana  
Regina Machado. Belo Horizonte, 2006.  
151f.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais.  
Faculdade de Medicina.  
Área de concentração: Saúde Pública – Políticas de Saúde e Planejamento  
Orientador: Paulo Sérgio Carneiro Miranda  
1.Política de saúde/história 2.Formulação de políticas 3.Transtornos  
relacionados ao uso de substâncias 4.Transtornos relacionados ao uso de  
álcool 5.SUS(BR) 6.Brasil I.Título

NLM: WA 540  
CDU: 614.2 (81)

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitora**

Prof<sup>ª</sup>. Ana Lúcia de Almeida Gazzola

### **Vice-Reitor**

Prof. Marcos Borato Viana

### **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Jaime Arturo Ramirez

### **Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. José Aurélio Garcia Bergmann

## **FACULDADE DE MEDICINA**

### **Diretor**

Prof. Geraldo Brasileiro Filho

### **Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof<sup>ª</sup>. Elza Machado de Melo

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

### **Coordenador**

Prof. Mark Drew C. Guimarães

### **Sub-Coordenadora**

Prof<sup>ª</sup>. Sandhi Maria Barreto

### **Colegiado**

Prof<sup>ª</sup>. Ada Ávila Assunção

Prof<sup>ª</sup>. Eli Iola Gurgel de Andrade

Prof<sup>ª</sup>. Elizabeth França

Prof. Fernando A. Proietti

Prof<sup>ª</sup>. Maria Fernanda F. L. Costa

Prof<sup>ª</sup>. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof<sup>ª</sup>. Waleska Teixeira Caiaffa

Elaine Leandro Machado

Lorenza Nogueira Campos

Paulo César Rodrigues Pinto Corrêa

Roberto Marini Ladeira



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640



**DECLARAÇÃO**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Paulo Sérgio Carneiro Miranda, Marcelo Santos Cruz e Délcio Fonseca Sobrinho, aprovou a defesa da dissertação intitulada **“USO PREJUDICIAL E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA AGENDA DA SAÚDE PÚBLICA - Um Estudo Sobre o Processo de Constituição da Política Pública de Saúde do Brasil para Usuários de Álcool e Outras Drogas”** apresentada pela mestranda **ANA REGINA MACHADO** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 22 de fevereiro de 2006.

  
Prof. Paulo Sérgio Carneiro Miranda  
Orientador

  
Prof. Marcelo Santos Cruz

  
Prof. Délcio Fonseca Sobrinho

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram para a realização deste trabalho, especialmente:

Ao Daniel e Elias, pela companhia constante e pelo carinho.

Ao meu pai que, em seu percurso profissional na Saúde Pública, me apresentou desde muito cedo a complexa trama que envolve as políticas de saúde e seus processos de implementação.

À minha mãe e meus irmãos, pelo apoio.

Aos colegas do CMT/FHEMIG, especialmente à Ana Beatriz, à Maria Wilma e à Vanuza.

Ao Prof. Paulo Miranda, orientador e grande estimulador deste trabalho.

Aos entrevistados que, de maneira generosa, apresentaram contribuições fundamentais para este trabalho.

Aos professores e colegas do Mestrado em Saúde Pública, pelas interlocuções estabelecidas.

## RESUMO

Este estudo tem como objeto o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas, estabelecida no ano de 2003. Partindo do pressuposto de que as políticas de saúde não são estabelecidas exclusivamente a partir das necessidades de atenção em saúde, buscou-se identificar os fatores e as condições que possibilitaram o surgimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas. O estudo utilizou a entrevista semi-estruturada como fonte privilegiada, além da pesquisa bibliográfica e documental. Estabeleceu-se uma amostra composta por nove informantes-chaves, selecionados em função da participação que tiveram no processo investigado. Os resultados do estudo mostraram que o estabelecimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas tornou-se possível a partir dos avanços técnicos, políticos e ideológicos viabilizados pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), da política de prevenção de AIDS - especialmente dos programas de redução de danos - e da política de reestruturação da atenção em saúde mental. Esses avanços contribuíram para que os gestores de saúde, no âmbito nacional, pudessem abordar o uso prejudicial e a dependência de álcool e outras drogas como problemas de saúde pública e não a partir de uma perspectiva moralista ou antidrogas. Além dessas condições favoráveis, o estudo mostrou que essa política foi estabelecida em um cenário marcado pelo crescimento do impacto financeiro dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no setor público de saúde e do impacto desses problemas na saúde da população e na sociedade brasileira.

**Palavras-chave:** 1. políticas públicas / 2. política de saúde / 3. formulação de políticas / 4. drogas ilícitas / 5. álcool / 6. abuso de drogas

## ABSTRACT

This study takes on as its object the process of creation of the public health policy for the user of alcohol and other drugs, established in the year 2003. Assuming beforehand that health policies are not established exclusively from the need of a special attention to issues involving health, the effort was to identify the factors and conditions that made possible the creation of the public health policy for the user of alcohol and other drugs. The study made use of the semi-structured interview as the privileged source, added by a bibliographical and documentary research. A sample was represented by nine key-informants, selected according to their participation in the investigated process. Results show that the establishment of a public health policy for the user of alcohol and other drugs became possible through technical, political and ideological advancements made viable by the implementation of the Public Healthcare System (SUS – Sistema único de saúde), the AIDS prevention policy – especially the damage reduction program – and the reformulation policy applied to the attention for mental health. These advancements contributed so that the health administrators, on a national level, could approach the prejudicial use and addiction of alcohol and other drugs as public health issues, and not through a moral or anti-drug perspective. Beyond these favorable conditions, the study shows that the policy was established inside a context marked by the growth of the financial impact brought by problems related to the use of alcohol and other drugs to the public health sector and the impact of these problems to the populations' health and to Brazilian society.

**Keywords:** 1. public policies / 2. health policy / 3. formulation of policies / 4. illicit drugs / 5. alcohol / 6. drug abuse



## LISTA DE ABREVIATURAS

AA - Alcoólicos Anônimos  
ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS  
ABORDA - Associação Brasileira de Redutores de Danos  
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida  
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
ASTECC - Assessoria Técnica  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial – álcool/drogas  
CEBRID - Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas  
CECRH - Centro Eulámpio Cordeiro de Recuperação Humana  
CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas  
CMT - Centro Mineiro de Toxicomania  
CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil  
CND - Comissão de Narcóticos  
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental  
COEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
CONAD - Conselho Nacional Antidrogas  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CONFEN - Conselho Federal de Entorpecentes  
CORDATO - Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos  
COSAM - Coordenação Nacional de Saúde Mental  
DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental  
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis  
FEBRACT - Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas  
FETEB - Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil  
FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais  
GAPA - Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS  
GM - Gabinete do Ministro

GTI - Grupo de Trabalho Interministerial  
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana  
MS - Ministério da Saúde  
NA - Narcóticos Anônimos  
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial  
NEPAD - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
ONG - Organização Não Governamental  
ONU - Organização das Nações Unidas  
PNAD - Política Nacional Antidrogas  
PROAD - Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes  
PRONAL - Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo de Álcool  
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada  
SAS - Secretaria de Assistência/Atenção à Saúde  
SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas  
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial  
SIH - Sistema de Informação Hospitalar  
SISNAD - Sistema Nacional Antidrogas  
SNAS - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro  
UFBA - Universidade Federal da Bahia  
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais  
UNB - Universidade de Brasília  
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo  
UNODC - Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes  
UNDCP – Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas

---

## SUMÁRIO

---

	Página
INTRODUÇÃO	12
METODOLOGIA	17
CAPÍTULO 1: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PROBLEMAS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	23
1.1 FATORES ASSOCIADOS À CONSTITUIÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA E À FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	23
1.2 FATORES ASSOCIADOS À CONSTITUIÇÃO DO USO PREJUDICIAL E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS COMO PROBLEMAS SAÚDE PÚBLICA E À FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA ÁREA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	27
CAPÍTULO 2: AS POLÍTICAS DE CONTROLE DE DROGAS NO BRASIL - A CONSTITUIÇÃO DO PROBLEMA E AS INTERVENÇÕES GOVERNAMENTAIS NA ÁREA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	34
2.1 SEGURANÇA E SAÚDE PÚBLICA: ENCONTROS E DESENCONTROS	35
2.2 O CONFEN	39
2.2.1 O CONFEN E AS AÇÕES DE SAÚDE	42
2.3 A SENAD	47
2.3.1 A SENAD E AS AÇÕES DE SAÚDE	50
2.4 SÍNTESE	55
CAPÍTULO 3: AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O USO PREJUDICIAL E A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – ENCONTROS E DESENCONTROS NA SAÚDE PÚBLICA	57
3.1 A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL	58
3.2 AS POLÍTICAS BRASILEIRAS DE PREVENÇÃO DE AIDS E OS PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE DANOS: O ENCONTRO DA SAÚDE PÚBLICA COM O USO PREJUDICIAL E A DEPENDÊNCIA DE DROGAS	61
3.2.1 A AIDS E OS USUÁRIOS DE DROGA	62
3.3 A REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: O DIFÍCIL ENCONTRO COM O USO PREJUDICIAL E A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	71
3.3.1 A SAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	75
3.4 A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: O USO PREJUDICIAL E A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS	

---

---

<b>DROGAS NA AGENDA DA SAÚDE PÚBLICA</b>	84
3.4.1 O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA	85
3.4.2 A PROPOSTA POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	95
<b>3.5 SÍNTESE</b>	96
<b>CAPÍTULO 4: OS FATORES ASSOCIADOS À CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL</b>	100
<b>CONCLUSÃO</b>	114
<b>BIBLIOGRAFIA.</b>	116
<b>ANEXOS</b>	127
<b>ANEXO A</b>	128
<b>ANEXO B</b>	130
<b>ANEXO C</b>	148
<b>ANEXO D</b>	150

---

## INTRODUÇÃO

As questões investigadas neste estudo surgiram de minha experiência profissional de mais de dez anos em um centro público de tratamento para dependentes de álcool e outras drogas, o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), que pertence à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e fica localizado em Belo Horizonte/MG.

O Centro Mineiro de Toxicomania foi um dos primeiros serviços públicos especializados no tratamento de pessoas dependentes de álcool e outras drogas do Brasil. Criado em 1983, em um contexto político favorável, propiciou a abordagem dessas pessoas no setor público de saúde. Tal iniciativa permaneceu como uma das poucas exceções até meados da década de 90.

A existência de um grupo de profissionais comprometidos com a construção de uma prática clínica para tratamento de alcoolistas e toxicômanos foi fundamental para a sustentação desse serviço no setor público de saúde, que não tinha, até início do século XXI, uma política de atenção na área de álcool e outras drogas. Foi no hospital psiquiátrico que muitos usuários foram internados, às vezes por uma necessidade de atenção, às vezes por uma opção política de segregação social.

No CMT, desempenhei, a partir de 1994, as funções de psicóloga clínica, gerente do ambulatório e do acolhimento e, desde 2003, ocupo a direção geral. A partir do trabalho como gerente, sobretudo, me deparei com as questões que deram origem a este trabalho.

Alguns impasses relativos à atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) puderam ser constatados no cotidiano do meu trabalho.

Um deles se apresentava no momento de encaminhamento de pessoas acolhidas na Unidade, que necessitavam dar continuidade ao tratamento em outros serviços públicos de saúde. Houve, por várias vezes, recusa em receber esses pacientes, ou então os profissionais colocavam dificuldades em recebê-los. Tais posturas sempre me chamaram atenção. Primeiro, porque contrariavam os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade do Sistema Único de Saúde. Nosso

cotidiano acabava por revelar que, a um segmento da população, o de usuários de álcool e outras drogas, era negado ou dificultado o direito ao acesso a serviços de saúde. Segundo, porque havia na fala dos profissionais de saúde uma irritabilidade ou mesmo uma hostilidade nos contatos estabelecidos. Possivelmente essas atitudes não se restringiam a dificuldades, próprias do sistema de saúde, de prestar uma atenção universal, integral e equânime a toda a população brasileira, estavam também relacionadas ao modo como o uso de drogas é percebido na cultura contemporânea.

Constatai também que o debate em torno dessa questão praticamente inexistia nos fóruns do SUS e naqueles que abordavam especificamente a questão das drogas, apresentavam-se, em maior número, pessoas vinculadas às comunidades terapêuticas. Poucos, entre os presentes, eram profissionais do setor público de saúde. As discussões sobre tratamento que ocorriam nos fóruns sobre drogas praticamente desconsideravam o SUS, seus princípios e suas diretrizes.

Tais situações vivenciadas em minha prática profissional permitiram constatar que havia poucos contatos e poucas articulações entre a área de álcool e outras drogas e o campo da saúde pública. Isso favorecia a manutenção de uma situação caracterizada pela desresponsabilização do poder público na abordagem dos problemas de saúde decorrentes do consumo drogas.

Assim, quando em 2003, o Ministério da Saúde publicou a “Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, pareceu-me relevante estudar o processo que possibilitou seu surgimento.

Uma das justificativas para a realização deste estudo relaciona-se com a importância da produção de conhecimentos nesta área, neste momento de implementação da política no país. Vários profissionais começam a ter contato, no âmbito do setor público de saúde brasileiro, com a complexidade da problemática relacionada ao uso de álcool e outras drogas. Este estudo possibilitará conhecer os fatores que se fizeram presentes no estabelecimento dessa política, permitindo um melhor dimensionamento dos impasses ou dificuldades que poderão surgir na sua implementação nas esferas de governo estadual e municipal.

Além disso, trata-se de um registro inédito do processo histórico que possibilitou a inclusão do uso prejudicial e da dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública brasileira.

No setor público de saúde, nas décadas de 80 e 90, começou-se a constatar a associação de vários problemas de saúde ao uso de álcool e outras drogas. Entre eles, podemos citar, comprometimentos orgânicos (doenças associadas ao uso crônico de bebidas alcoólicas, transmissão de doenças infecto-contagiosas), psíquicos e sociais (deterioração das relações interpessoais, prejuízo da capacidade produtiva e a ocorrência de atos violentos).

Em 2002, ações de saúde para lidar com esse quadro começaram a ser implementadas no setor público de saúde. A Portaria nº 816/2002 do Gabinete do Ministro da Saúde criou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. Esse programa, ainda em implementação no país, prevê a articulação de uma rede assistencial para tratamento e o desenvolvimento de ações nas áreas de capacitação de recursos humanos, prevenção e promoção à saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002c).

Em 2003, o governo brasileiro estabeleceu “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas”. No documento em que apresentou essa política, o Ministério da Saúde afirmou que houve um atraso no reconhecimento e no enfrentamento dessa problemática pelo SUS:

Reafirmando que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo Sistema Único de Saúde, e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, o Ministério da Saúde apresenta as suas diretrizes para uma Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003a, p.6).

A necessidade de atenção a usuários de álcool e outras drogas evidenciada por pesquisas epidemiológicas e indicadores de serviços publicados no início da década de 90 e o reconhecimento pelo Ministério da Saúde, em 2003, do atraso em assumir a responsabilidade pela oferta dessa atenção permitem constatar que fatores diversos, além da necessidade de atenção, interferem no reconhecimento dos problemas de saúde na área de álcool e outras drogas, bem como nas formas de organização para enfrentá-los por meio da formulação e da implementação

de políticas públicas de saúde. Ou seja, no campo da saúde pública, a constatação da necessidade de atenção não se traduz necessariamente na produção de respostas.

Este estudo se propõe a investigar os fatores que podem ser associados à constituição da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas, estabelecida no Brasil em 2003. Buscamos evidenciar os antecedentes históricos dessa política, os fatores que possibilitaram seu estabelecimento, bem como a complexidade desse processo.

Embora já seja possível constatar alguns impasses na implementação dessa política, estes não são aqui investigados. Este estudo limita-se a identificar os processos e os fatores que antecederam essa política e que possibilitaram o seu surgimento no âmbito governamental.

No capítulo 1, apresentamos uma revisão bibliográfica que permitiu identificar os fatores que podem ser associados ao reconhecimento de problemas de saúde pública pelo Estado e à formulação de políticas de saúde para enfrentá-los, assim como os fatores relacionados a esses dois processos, enfatizando-se as particularidades da área de álcool e outras drogas.

No capítulo 2, apresentamos o processo de constituição das primeiras ações governamentais de controle do uso e da oferta de drogas no Brasil, que surgiram no início do século XX e que se desenvolveram, sobretudo, no campo da Segurança Pública e da Justiça. Mostramos também que relações podem ser estabelecidas entre os desdobramentos de algumas ações das políticas de controle de drogas e o surgimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas.

No capítulo 3, apresentamos algumas ações governamentais da área de saúde pública, que contribuíram para a criação de condições - técnicas, políticas e ideológicas - favoráveis ao estabelecimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas: a criação do Sistema Único de Saúde que ocorreu no fim da década de 80; a implementação das políticas de prevenção de AIDS e da política de reestruturação da atenção em saúde mental, no início da década de 90. Abordamos também, nesse capítulo, os processos que permitiram a inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública.



No capítulo 4, a partir da articulação entre os antecedentes históricos relacionados ao surgimento da política identificados nos capítulos 2 e 3 e os fatores identificados no capítulo 1, buscamos identificar os fatores que contribuíram para que o uso prejudicial e a dependência de álcool e outras drogas se tornassem objetos das políticas públicas de saúde no Brasil.

Partindo de um marco teórico-conceitual que permite considerar os aspectos vinculados ao plano estrutural e ao plano singular da história dos problemas e das políticas públicas sociais, o estudo aqui proposto pretende identificar os fatores que contribuíram para que o uso prejudicial e a dependência de álcool e outras drogas se tornassem objetos de intervenção das políticas públicas de saúde no Brasil a partir do ano de 2003.

## METODOLOGIA

### O MÉTODO UTILIZADO E SEUS PRESSUPOSTOS

A metodologia corresponde ao caminho e ao instrumental, utilizados na abordagem da realidade, no processo de produção do conhecimento. A metodologia inclui as concepções teóricas que norteiam a abordagem da realidade, o conjunto de técnicas que possibilitam sua apreensão e o potencial criativo do pesquisador (MINAYO,1998).

Para o estudo do fenômeno social considerado – o processo histórico que permitiu o surgimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas – utilizaremos o marco teórico proposto por Gerschman que implica a adoção de uma “visão mais compreensiva das políticas que evite tanto a pura determinação estrutural quanto o voluntarismo dos atores” (GERSCHMAN, 1995, p.46). A autora utiliza as contribuições de Marx e de Weber para propor um enfoque integrado das políticas sociais.

Na realização de pesquisas sociais, Minayo (1998) propõe a adoção de uma metodologia capaz de abordar os significados e as intencionalidades dos atores sociais envolvidos nos processos sociais estudados, bem como os aspectos estruturais presentes nestes processos.

Alguns pressupostos das metodologias da pesquisa social, apresentados por Minayo (1998), foram também considerados no desenvolvimento deste estudo. Entre eles, citamos:

- O objeto é histórico. Os fenômenos, as relações, as estruturas sociais existem em um determinado tempo, em um determinado espaço. São mutáveis, provisórios, dinâmicos e passíveis de transformação.
- O objeto possui consciência histórica. As pessoas, os grupos estudados, assim como os pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de um tempo histórico.

- A pesquisa social é sempre ideológica. A visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais pesquisados está implicada em todo o processo de conhecimento desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho.

A consideração desses pressupostos neste estudo permite afirmar que a política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas, assim como outros aspectos que caracterizam a presença das drogas na sociedade contemporânea devem ser considerados como fatos históricos, resultantes de uma série de condições construídas em tempos e espaços diferentes, através de atos e práticas sociais diversas, imbuídas de significados e interesses diversos. São fenômenos mutáveis, dinâmicos e passíveis de transformação, já que são decorrentes das ações humanas.

Neste estudo, estão presentes necessariamente a visão do mundo do pesquisador e dos atores sociais implicados no processo. A visão do pesquisador esteve presente em todo o trabalho. Ainda na definição do objeto de estudo, ou seja, na interrogação sobre as condições ou fatores que propiciaram o surgimento de uma política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas, alguns pressupostos dessa visão de mundo já estavam presentes: o estabelecimento de uma política não é uma decorrência natural da existência de um problema de saúde; o estabelecimento de uma política pode ser viabilizado pelo entrelaçamento de fatores macrosociais ou macroestruturais e microsociais e por diferentes condições históricas. Esta diversidade de fatores e condições pode ser identificada nas falas dos diferentes atores sociais envolvidos no processo, com interesses e visões de mundo às vezes divergentes, às vezes convergentes.

## **TÉCNICAS E MATERIAL**

As entrevistas semi-estruturadas com atores sociais que participaram do processo histórico que resultou no surgimento da política aqui considerada constituem-se na técnica privilegiada adotada por este estudo. A fala e a linguagem são as matérias-primas fundamentais que permitem a veiculação tanto dos significados e das intenções, quanto dos aspectos estruturais presentes nos

processos sociais (MINAYO, 1993). Foram utilizadas ainda a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental.

A pesquisa bibliográfica teve por finalidade, em um primeiro momento, apontar, na área da saúde pública e na área de drogas, os aspectos associados à identificação de problemas de saúde pública e à formulação de respostas governamentais por meio do estabelecimento de políticas públicas sociais para seu enfrentamento. Em um segundo momento, buscamos identificar informações sobre as condições históricas e as práticas governamentais que favoreceram a inclusão da temática álcool e outras drogas no campo da saúde pública.

A pesquisa documental foi realizada em documentos da Coordenação Nacional de Saúde Mental (Legislação, Portarias Ministeriais, Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental) e da Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde. Essas áreas do Ministério de Saúde foram responsáveis pela elaboração da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas. Foram pesquisados ainda documentos do extinto Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) e da SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas), órgãos responsáveis pela política de controle de drogas no país em distintos períodos.

As informações obtidas nas pesquisas bibliográfica e documental foram complementadas com as informações extraídas das entrevistas semi-estruturadas.

## **PERÍODO CONSIDERADO NO ESTUDO**

O estudo considerou principalmente o período entre os anos de 1990 e 2004. Vale ressaltar que, durante a década de 90, foram implementadas outras políticas ou ações no país cujos desdobramentos podem ser relacionados com o estabelecimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas. Entre essas políticas e ações, destacamos a implementação do Sistema Único de Saúde, o início da reestruturação da atenção em saúde mental, a implementação das políticas de controle da AIDS, a reativação e posterior extinção do Conselho Federal de Entorpecentes e a criação da Secretaria Nacional Antidrogas.

Por ser tratar de um estudo que privilegia os aspectos históricos da constituição de uma política, por muitas vezes, foram mencionados situações ou fatos anteriores ao ano de 1990.

## **PROCEDIMENTOS E PERÍODOS DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

### a) Pesquisa bibliográfica e documental

Estes dois procedimentos foram realizados durante todo o período do estudo (2004/2005).

### b) Entrevistas semi-estruturadas

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas no ano de 2005, após aprovação do projeto desta pesquisa por banca examinadora no exame de qualificação (conforme anexo D) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), bem como dos roteiros de entrevistas e do termo de consentimento livre e esclarecido (conforme anexos A, B e C).

Os roteiros das entrevistas apresentaram algumas questões comuns e outras específicas, que variaram de acordo com a inserção dos atores no processo investigado. Os roteiros contemplaram também as hipóteses utilizadas neste estudo, abordando aspectos singulares e estruturais relacionados à formulação de políticas públicas de saúde para usuários de álcool e outras drogas. Houve a preocupação de apresentar uma questão aberta ao entrevistado permitindo que quaisquer aspectos relacionados à formulação da política em investigação pudessem ser evocados, ainda que não tivessem sido contemplados pelas hipóteses consideradas neste estudo.

A amostra foi constituída por nove informantes privilegiados, selecionados pela importância da participação que tiveram nos processos relacionados com o estabelecimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas do Brasil. A amostra foi selecionada também de maneira a permitir a apreensão da diversidade dos fatores envolvidos nessa política, já que foi constituída por informantes que trabalharam em diferentes momentos e em diversas áreas ligadas à abordagem da problemática das drogas no país. As áreas selecionadas foram:

- Saúde mental (dois coordenadores nacionais de saúde mental – que atuaram entre os anos 1991 e 2004 e um representante do movimento social da luta anti-manicomial). Os informantes dessa área são os entrevistados 1, 2 e 3.
- AIDS (um gestor do Programa Nacional de AIDS que trabalhou na interface AIDS/Drogas entre os anos de 1996 e 2003 e um representante do movimento social de redutores de danos). Os informantes dessa área são os entrevistados 4 e 5.
- Políticas de controle de drogas (um dirigente do extinto Conselho Federal de Entorpecentes e um dirigente da Secretaria Nacional Antidrogas, que atuaram entre os anos de 1994 e 2004). Os informantes dessa área são os entrevistados 6 e 7.
- Tratamento de Dependentes de Drogas (um ex-diretor de um centro de referência para tratamento, pesquisa e prevenção entre 1991 e 1996, e um representante de uma das federações de comunidades terapêuticas). Os informantes dessa área são os entrevistados 8 e 9.

O tempo de cada entrevista variou de quarenta e cinco minutos a duas horas. As entrevistas foram transcritas integralmente e encaminhadas aos entrevistados para que fizessem as correções necessárias. Após o recebimento das correções, iniciamos a análise dos dados.

### c) Análise do Material

Após leitura sistemática, foi elaborada uma ficha para cada entrevista e os dados extraídos foram organizados nas seguintes categorias: Políticas de Controle de Drogas, CONFEN, SENAD, Política Nacional Antidrogas, Centros de Referência, Comunidades Terapêuticas, AIDS, Redução de Danos, Saúde Mental, Comitê Assessor, Política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas.

Em seguida, reorganizamos o material. Elaboramos uma ficha para cada categoria, que reuniu as diferentes informações e posicionamentos dos informantes.

Ao material coletado nas entrevistas, foram acrescentadas outras informações oriundas do material bibliográfico e dos documentos consultados. Em seguida, passamos à redação dos Capítulos 2 e

3, que se consistiram em uma narrativa dos antecedentes históricos e do processo de formulação da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas.

Para a elaboração do Capítulo 4, construímos um quadro contendo os fatores que poderiam ser associados ao surgimento dessa política, identificados a partir da revisão bibliográfica realizada no Capítulo 1 e dos processos envolvidos na constituição da política registrados nos Capítulos 2 e 3. Foi feita uma nova leitura de cada entrevista, buscando identificar informações referentes a cada um dos fatores associados ao surgimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas (o impacto financeiro e social da problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas; os microfundamentos da política; as recomendações dos organismos internacionais de controle de drogas; a necessidade de se preservar a ordem social e a legitimidade do Estado; a consolidação das políticas de reestruturação da atenção em saúde mental e de prevenção de AIDS). As informações contidas nesse quadro oriundas das diversas entrevistas foram analisadas a partir de dados obtidos pelos Capítulos 1, 2 e 3 e serviram à redação do Capítulo 4.

## **LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

O estudo foi realizado principalmente em Belo Horizonte.

Para a realização das entrevistas, foram necessários deslocamentos para o Rio de Janeiro, Brasília, Porto Alegre e Vitória.

Na Capital Federal, foi realizado também um levantamento de documentos relevantes para este estudo na Biblioteca do Ministério da Saúde.

## **CAPÍTULO 1: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PROBLEMAS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

Neste capítulo, em um primeiro momento, buscamos identificar na literatura da área de saúde pública e de políticas de saúde, fatores que podem elucidar os processos de constituição dos problemas de saúde pública e de formulação das políticas públicas para enfrentá-los.

Em um segundo momento, buscamos identificar, na literatura da área de drogas, a presença desses fatores, bem como de outros específicos desta área, que podem ser associados aos processos de constituição do uso prejudicial e da dependência de álcool e outras drogas como problemas de saúde pública e de formulação de políticas para enfrentá-los.

Os fatores aqui identificados são considerados no Capítulo 4, quando é feita uma análise dos fatores envolvidos no estabelecimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas do Brasil.

### **1.1 FATORES ASSOCIADOS À CONSTITUIÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA E À FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

Nesta seção, abordamos fatores que intervêm na constituição de problemas de saúde pública e na formulação de políticas públicas de saúde. Buscamos mostrar que esses processos são complexos e que exigem, para sua compreensão, subsídios teóricos que não são exclusivos do campo da saúde. Uma composição de aspectos estruturais - que envolvem a sustentação do Estado - e de aspectos singulares - que envolvem atores e interesses específicos - pode ser identificada nesses processos.

O impacto dos problemas na saúde da população parece ser fundamental para que haja uma decisão governamental de enfrentá-los por meio da formulação de políticas públicas específicas. A Epidemiologia, disciplina do campo da saúde, possui métodos de investigação que permitem conhecer a situação de saúde dos diferentes grupos sociais, descrever a ocorrência das doenças ou



dos agravos à saúde na sociedade e identificar grupos vulneráveis. Desta forma, essa disciplina pode contribuir para a produção de conhecimentos necessários à tomada de decisões no que se refere à formulação de políticas, à organização do sistema de saúde e ao estabelecimento de intervenções destinadas a solucionar problemas de saúde específicos (TIGRE et al, 1990 apud PAIM, 2003). Entretanto, a vinculação entre Epidemiologia e planejamento e/ou gestão, embora racional, não se faz de maneira natural. As informações obtidas pelos estudos epidemiológicos podem oferecer subsídios para a formulação ou para a gestão de políticas, porém estes processos não são neutros, nem inteiramente receptivos à racionalidade e aos benefícios daquele saber (PAIM, 2003). Planejamento e gestão são processos político-institucionais complexos, atravessados por conflitos de interesses que envolvem diferentes atores sociais. Os estudos epidemiológicos, embora tenham grande relevância na produção de conhecimento sobre a ocorrência de problemas que acarretam impacto à saúde da população, não se constituem em fatores exclusivos para a definição dos objetos das políticas de saúde.

Fassin (1996) afirma que a saúde é uma construção social, que não possui o mesmo significado nas diferentes épocas, nas diferentes culturas ou mesmo para os diversos grupos sociais de uma sociedade. Em relação à saúde pública, afirma que se trata de um campo em constante redefinição, cujo conteúdo relevante se modifica de maneira incessante. Um problema de saúde pública, antes de sê-lo, constituía-se em uma série de dramas individuais. Para entrar no domínio da saúde pública, tem que adquirir um estatuto médico e uma estrutura sanitária para enfrentá-lo (FASSIN, 1996). Nessa proposição, o autor apresenta dois aspectos fundamentais em suas análises sobre a política e a saúde: o poder do Saber médico e do Estado. O Saber médico busca sua legitimação junto ao Estado que, por sua vez, visa manter a ordem social e sua legitimação através do estabelecimento de respostas coletivas às doenças que afetam as vidas das pessoas. Juntos, Saber médico e Estado estabelecem uma gestão ou um governo da vida das pessoas, redefinindo constantemente os limites entre a esfera da vida privada e da vida pública.

A necessidade de legitimação do Estado como fator interveniente no reconhecimento de problemas e na formulação de políticas sociais, nas quais podemos incluir as políticas de saúde, é também mencionada por Oszlack e O'Donnell (1976 apud GERSCHMAN, 1995). Esses autores afirmam que na “ossatura institucional do Estado”, há uma tradução de exigências sociais em

problemas e destes em respostas do Estado por meio de políticas específicas. Os autores afirmam que há uma seletividade nas instituições políticas, que traduz determinadas demandas em problemas e estes em políticas. Essa seletividade opera em dois planos: no plano singular da política em questão e no plano estrutural, evitando que determinadas questões ameacem a própria existência do Estado, enquanto Estado Capitalista. Oszlack e O'Donnel (1976) propõem ainda que as políticas sociais sejam compreendidas a partir de uma perspectiva centrada na recuperação da história dos problemas, das demandas e das políticas sociais.

A importância dos aspectos estruturais é também mencionada por Offe (1984 apud GERSCHMAN, 1995). O autor afirma que há uma seletividade estrutural do Estado Capitalista na definição dos seus objetos de intervenção no campo das políticas sociais. Tal seletividade pode ser pensada como um sistema de filtros vinculados a interesses de classes não visíveis que faz com que determinadas questões sejam excluídas, transformadas ou favorecidas pelo Estado em suas definições.

A importância da consideração do plano singular da política é mencionada por Cunha e Cunha (2002). As autoras afirmam que as políticas públicas sociais surgem das necessidades e das demandas da população, mas só entram na agenda pública a partir de um processo envolvendo atores e interesses diversos e, às vezes, conflitantes. Dessa maneira, as autoras introduzem a importância dos movimentos sociais organizados no reconhecimento de problemas sociais, na formulação das políticas públicas para enfrentá-los, bem como na garantia dos direitos sociais.

Goulart (1993) observa que não há uma relação causal entre a ação política dos movimentos sociais e o desenvolvimento de ações estatais específicas. Em várias circunstâncias, mais que o desenvolvimento dessas ações, os movimentos sociais conseguem produzir mudanças culturais - pelo seu potencial para inovar as relações sociais - e proporcionar uma maior democratização da vida social. Ainda assim, o autor propõe que os movimentos sociais e o impacto que podem produzir no estabelecimento de novas concepções e representações da sociedade e no fazer político sejam considerados nos processos de formulação das ações estatais específicas.

Cohn et al. (1991 apud GOULART, 1993) propõem que se acrescente o desvelamento do cotidiano dos sujeitos envolvidos nos processos políticos, sociais e institucionais às abordagens macroestruturais nas análises das políticas de saúde.

Bodstein (1996) propõe que no campo da saúde coletiva sejam considerados os microfundamentos - atores, instituições - que incidem sobre as demandas e as políticas de saúde, como uma alternativa às referências reducionistas de viés macroestrutural. A autora enfatiza a importância de se “...recuperar a potencialidade das instituições, dos atores e das políticas em contextos democráticos e de ampliação da democracia...” na compreensão das políticas sociais e de saúde (BODSTEIN, 1993, p.168).

Fassin (1996) afirma ainda que muitas vezes os objetos de intervenção das políticas de saúde são definidos por organismos internacionais. Propõe que seja considerada a existência de uma reterritorialização do espaço político da saúde. Mattos (2001) afirma que, embora sejam escassos os estudos dedicados a exames específicos da atuação das agências internacionais, não há como negar a importância, sobretudo do Banco Mundial e da Organização Mundial de Saúde (OMS), no processo de formulação e implementação de políticas de saúde. Ao longo das três últimas décadas, a atuação dessas agências tem se modificado. Nos anos 90, houve uma redução da ajuda financeira aos países em desenvolvimento e a atuação das agências internacionais passou a se caracterizar principalmente pela oferta de idéias relacionadas às políticas para esses países. Entre as proposições que passaram a ser difundidas por essas agências, destacamos: a redução da pobreza (esta proposição surge tanto por uma questão humanitária, como por uma necessidade de se evitarem as ameaças do crescimento da pobreza ao processo de desenvolvimento) e a oferta de um pacote essencial de cuidados de saúde, com intervenções eficientes (esta proposição faz uma crítica a países cujos governos mantêm a proposta de garantir o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde).

Os múltiplos fatores aqui identificados podem estar presentes no processo de constituição de problemas no campo da saúde pública, bem como na elaboração de políticas para enfrentá-los. Trata-se, portanto, de identificar quais dentre estes fatores foram relevantes na formulação das políticas públicas de saúde para usuários de álcool e outras drogas.

## **1.2 FATORES ASSOCIADOS À CONSTITUIÇÃO DO USO PREJUDICIAL E DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS COMO PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA E À FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA ÁREA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.**

Nesta seção, identificamos fatores específicos da área de álcool e drogas relacionados aos processos de reconhecimento do uso prejudicial e da dependência de álcool e outras drogas como problemas de saúde pública e de formulação de políticas públicas para enfrentá-los. Além disto, buscamos identificar, na literatura específica dessa área, referências relacionadas aos fatores já identificados na seção anterior.

É importante observar que nem todo uso de álcool ou de outra droga constitui necessariamente problema de saúde. Na atualidade, parte dos usuários e parte das relações estabelecidas em torno do uso e da aquisição de drogas apresentam problemas que comprometem a saúde daqueles diretamente envolvidos, bem como da população em geral. A epidemiologia, conforme mencionado na seção anterior, pode contribuir para a identificação do impacto desses problemas na saúde da população. Entretanto, a escassez de estudos sobre o tema contribuiu para a manutenção na sociedade de uma ampla gama de concepções moralistas, preconceituosas e alarmistas em torno do fenômeno das drogas. Essas concepções ora superdimensionam, ora subestimam o impacto dos problemas associados ao consumo de drogas na saúde da população.

Minayo (2003) observa que o preconceito e a demonização das drogas dificultam a abordagem da questão. Há uma tentativa de se relacionar todos os problemas, conflitos e contradições da sociedade às drogas, evitando assim uma compreensão dos múltiplos fatores envolvidos nos problemas sociais contemporâneos. De acordo com a autora:

[...] a própria sociedade se "droga" com as "drogas", criando sua toxicomania, buscando escapar, sobretudo, de problemas socioestruturais-culturais muito profundos, assim como de angústias existenciais, desemprego, miséria, guerras internas e externas, conflitos geracionais, mudanças velozes na cultura, dentre outras questões...Por vezes, tem-se a impressão de que nada mais acontece na sociedade a não ser a droga, a violência e suas conseqüências (MINAYO, 2003, p.20).

Bastos (1993a) afirma que a questão do uso abusivo de drogas foi pensada pelos formuladores de políticas sociais e de saúde em quase todas as sociedades, no imediatismo dos preconceitos, sem uma análise profunda do fenômeno.

Olmo (1990) observa que sempre foram difundidos discursos moralistas e alarmistas que contribuíram para ocultar as reais dimensões psicológicas, sociais, políticas e econômicas das drogas. A autora mostra que, a partir da década de 50, foram criadas ideologias pelo governo norte-americano, algumas referendadas por organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU), que contribuíram para a veiculação de concepções políticas antidrogas e para a realização de intervenções em vários países.

Essas concepções moralistas e antidrogas tiveram suas origens no fim do século XIX, quando se deu a constituição do problema social das drogas (FIORE,2004; RALET,2000, ROMANÍ,1999). Esse processo se iniciou nos Estados Unidos e teve, como determinantes, fatores de ordem moral, religiosa, política e econômica. Segundo Fiore (2004), entre as causas desse “pioneirismo norte-americano” pode-se destacar a antipatia cristã da sociedade norte-americana pelas substâncias psicoativas e pela alteração dos estados de consciência por elas provocada e a preocupação das elites políticas e econômicas com os excessos das classes ou raças vistas como perigosas. Para conter esses excessos que ameaçavam o projeto de construção da grande nação norte - americana, foram estabelecidas formas de fiscalização e de proibição das drogas (álcool, maconha, ópio e cocaína) nos anos 20 e 30, que se constituíram em alguns dos pilares para o desenvolvimento de um modelo de controle social coercitivo legitimado pela sociedade (ROMANÍ, 1999), que se faz presente ainda na atualidade.

A legitimação desse modelo, a princípio, baseou-se apenas em aspectos morais. Os americanos, denominados por Romaní (1999) de “empresários morais”, apresentavam-se como capazes de salvar a civilização das ameaças e dos perigos das drogas. Gamella e Martín (1992, apud ROMANÍ, 1999, p 48) afirmaram que “entre os norte-americanos venceu a convicção de que um santo horror às drogas protege melhor a coletividade, sendo, portanto, conveniente à saúde pública promovê-lo, ainda que tais horrores fundamentam-se em meias verdades” (tradução nossa). Posteriormente, a medicina contribuiu para essa legitimação, fornecendo as bases

científicas para os perigos e para as ameaças à ordem social que as drogas representavam (RODRIGUES apud FIORE, 2004). À concepção moral do fenômeno das drogas, somou-se o discurso médico, supostamente neutro e científico, contribuindo para que os aspectos sócio-econômicos, étnicos, morais ou políticos presentes nas intervenções se tornassem mais difusos e menos evidentes. Esse contexto cultural contribuiu para a consolidação de uma política proibicionista, pois se as drogas eram perigosas, era necessário proibi-las.

Mesmo tendo adquirido um estatuto médico no fim do século XIX e no início do século XX, o consumo de álcool e outras drogas só se constituiu como problema de saúde pública nas últimas décadas do século XX. Segundo Siqueira (2004), a extensão dos danos acarretados pelo consumo de álcool e outras drogas (danos à família, violência, crimes, danos no trânsito) se tornou uma ameaça à segurança pública e permitiu o reconhecimento da pertinência dessa problemática ao campo da saúde pública .

Romaní (1999) observa que, na Espanha, a insegurança cidadã gerada pelo aumento do número de assaltos associados ao uso de heroína contribuiu para uma forte reação social e para a constituição do problema social das drogas. Miranda (1996) afirma que a institucionalização do problema social das drogas, em Barcelona, foi também fortemente influenciada pela insegurança cidadã. O autor observa que essa questão se tornou relevante para o governo quando uma parcela dos usuários de drogas, não inserida no processo produtivo, começou a praticar assaltos, roubos, que ameaçavam a segurança e a vida dos cidadãos que estavam inseridos no processo produtivo. Tornou-se necessário fazer algo de maneira a evitar que a legitimidade do Estado fosse ameaçada. Em 1989, em Barcelona, foi estabelecido o Plan Municipal de Acción sobre las Drogodependencias (PMAD), que tinha como objetivo a preservação do bem-estar social e um duplo destinatário:

Por um lado, as pessoas dependentes e seu em torno imediato, como grupo mais diretamente afetado e, por outro, o conjunto de cidadãos , que vêem diminuir sua cota de bem-estar por causa das atitudes e comportamentos que acompanham o uso e conseguinte tráfico de drogas ilegais (BARCELONA, 1989 apud MIRANDA, 1996, p. 386) (tradução nossa).

Um plano com ações públicas para lidar com problemas associados ao uso de drogas foi elaborado a partir do momento em que esses problemas começaram a ameaçar a legitimidade do Estado. O autor observa ainda que, para o Estado, é melhor ter um problema social funcional sob controle do que um problema social que agrava a situação estrutural. Questões estruturais, como a falta de emprego, poderiam ganhar evidência, caso não se oferecessem respostas públicas ao problema das drogas (MIRANDA, 1996).

Além da questão da insegurança pública ou cidadã, alguns autores afirmam que, a partir de meados da década de 80, o surgimento da AIDS e a constatação de que uma parcela significativa das pessoas doentes ou portadoras do HIV era usuária de drogas injetáveis fizeram com que a saúde pública passasse a reconhecer e a apresentar respostas mais pragmáticas e eficazes no enfrentamento de problemas associados ao uso de drogas. Bastos (1993a) observa que a AIDS permitiu a constatação de que poucos países pensavam a questão do uso de drogas de maneira profunda e que, pela urgência e gravidade da situação, era necessário desenvolver ações no campo da saúde que implicavam em remanejamentos no campo terapêutico, educacional preventivo, jurídico e das políticas públicas para a abordagem do usuário de drogas.

Em países como a Suíça e a Suécia, pode-se constatar um incremento do desenvolvimento de políticas de atenção a usuários de drogas a partir do surgimento da AIDS (LEE, 2004; OGUS, 2004). Em vários outros países, o risco de propagação da AIDS pelo compartilhamento de seringas impôs aos responsáveis pela saúde a adoção de ações de redução de danos na abordagem dos usuários de drogas (RALET, 2000).

O surgimento da AIDS, além de ter favorecido o reconhecimento dos problemas de saúde associados ao uso de drogas no campo da saúde pública, contribuiu para reafirmar a necessidade de ações pragmáticas e efetivas de redução do impacto desses problemas na saúde da população. As práticas de redução de danos já utilizadas para o controle de outras epidemias passaram também a estar presentes nas políticas preventivas de AIDS.

As ações de redução de danos podem ser definidas como "...ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica, provocados ou secundários ao uso/abuso

de drogas, sem necessariamente requerer a redução do consumo de tais substâncias” (ANDRADE, 2002, p.83). São exemplos dessas ações, a troca de seringas, a substituição de drogas mais prejudiciais à saúde por outras menos, a criação de condições seguras para o uso de drogas e o controle de qualidade das drogas utilizadas. A concepção de redução de danos, além de proporcionar subsídios técnicos para o desenvolvimento de práticas de saúde, introduziu mudanças culturais nas formas de compreender e de abordar o uso de drogas. Essa concepção, mais tolerante com o uso de drogas, passou a questionar o ideal de um mundo sem drogas, mudou o foco das intervenções que deixaram de objetivar exclusivamente a abstinência e passaram a trabalhar com objetivos mais modestos, como a redução das conseqüências adversas do consumo de drogas. Os resultados das intervenções passaram a ser mensurados no âmbito social e da saúde e não na quantidade de drogas consumidas ou apreendidas (WODAK, 1998).

As políticas e ações de redução de riscos e danos contaram com a participação de usuários de drogas em sua implementação. Há um reconhecimento de que os usuários são capazes de reduzir os riscos associados ao consumo, bem como de acessar outros usuários que não são acessados pelos profissionais de saúde. Pode-se afirmar que a implementação dessas políticas favoreceu a organização social dos usuários de drogas, que praticamente inexistia antes do advento da AIDS e dos programas de redução de danos. Vários autores (BASTOS, 1993a; MIRANDA, 1996) constataram a diferença de organização social entre os segmentos inicialmente atingidos pela AIDS no início do processo de formulação das políticas públicas para o controle dessa doença. Os homossexuais já estavam organizados em movimentos sociais e muitos deles participaram das decisões das políticas adotadas. Já os movimentos sociais de usuários de drogas eram praticamente inexistentes.

Bastos (1993a) relaciona alguns fatores que dificultam a organização dos usuários de drogas: a necessidade de tempo e de esforços que muitos usuários de drogas preferem utilizar na aquisição e no consumo de produtos; a constituição de relações em torno do mercado ilícito de drogas, que propicia o estabelecimento de relações predatórias entre traficantes e usuários; as resistências da sociedade a essa iniciativa pelas restrições que tem ao uso de drogas.



Na Holanda, existe, desde 1975, uma organização que se ocupa dos interesses dos usuários de drogas, a MDHG (Serviço Médico Social para Usuários de Heroína). Essa organização tem reconhecimento social e participa ativamente do debate público e da formulação das políticas e das práticas de atenção a usuários de drogas. Defende a legalização das drogas e até que esse objetivo seja alcançado, busca gerar condições favoráveis aos usuários, assegurando, por exemplo, a oferta apropriada de cuidados médicos e sociais e a abordagem adequada de policiais.

No Brasil, segundo Bastos (1993a), há uma longa tradição de movimentos sociais de ajuda mútua entre os usuários de drogas que ensinam a lidar com a dependência e a estabelecer a abstinência; entre eles, são exemplos os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA). Esses movimentos, entretanto, estão mais identificados com uma concepção moralista do fenômeno das drogas, não têm uma atuação direta no campo político e contribuem para reafirmação de uma cultura antidrogas.

Ralet (2000) observa que, na atualidade, em muitos países, diferentes concepções e discursos sobre drogas coexistem. As ações de redução de danos e riscos passaram a ser mais comumente adotadas no âmbito da saúde e as ações antidrogas, voltadas para a redução da oferta de drogas e para a eliminação do consumo, continuaram a prevalecer no âmbito da Justiça e da Segurança Pública.

As políticas de drogas podem também ser influenciadas pelas definições de organismos supranacionais. A Organização das Nações Unidas (ONU) é a instituição que possui maior importância nessa área, seus acordos e convenções definem as grandes linhas orientadoras das políticas de drogas no mundo, seja no campo da redução da oferta de drogas, seja no campo da redução da demanda por drogas (TORRES, 2000). Mais especificamente, dois órgãos da ONU estão relacionados com a formulação de políticas públicas de saúde para usuários de álcool e outras drogas. Um deles é o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), que é responsável pela formulação de políticas relativas aos problemas vinculados às drogas. A esse escritório, está vinculada a Comissão de Narcóticos (CND), que é responsável pelo controle internacional de abuso de drogas. O outro órgão é a Organização Mundial de Saúde (OMS), que

possui programas específicos para o abuso de drogas e é responsável por prestar informações sobre as características toxicológicas, epidemiológicas e sanitárias do consumo de drogas ao CND.

As reuniões da ONU nos anos 1961, 1971 e 1988, que abordaram a temática drogas, produziram convenções nas quais prevaleceu uma concepção repressiva de combate ao uso e ao tráfico de drogas. Em 1998, em uma Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU, mais de 150 países assinaram a Declaração dos Princípios Diretivos da Redução da Demanda e se comprometeram a adotar algumas estratégias, entre elas, o desenvolvimento de esforços integrados para o estabelecimento de programas de bem-estar social, políticas de promoção à saúde e educação preventiva, objetivando a redução da demanda por drogas (ONU, 2005).

Minayo (2004), ao estudar o fenômeno da violência, observa que o setor saúde, marcado predominantemente pela mentalidade médica, tem dificuldades em assumir fenômenos que não são exclusivos do seu campo conceitual. Talvez essa dificuldade possa ser verificada também quando se trata da abordagem no setor saúde dos problemas associados ao consumo de drogas.

Em Portugal, essas dificuldades podem ser observadas na solução adotada para oferecer atenção em saúde a pessoas dependentes de álcool e outras drogas. Para estas pessoas, foi criada “...uma espécie de Serviço Nacional de Saúde Especial, paralelo ao Serviço Nacional de Saúde ordinário” (NEGRÃO, 2004, p.53).

Os fatores aqui identificados podem interferir tanto no reconhecimento do uso prejudicial e dependência de drogas como problemas de saúde pública, bem como na formulação de políticas públicas para enfrentá-los. Trata-se de compreender como e quais deles se fizeram presentes nesses processos que ocorreram na história recente do Brasil.

## CAPÍTULO 2: AS POLÍTICAS DE CONTROLE DE DROGAS NO BRASIL - A CONSTITUIÇÃO DO PROBLEMA E AS INTERVENÇÕES GOVERNAMENTAIS NA ÁREA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Para identificar os fatores que contribuíram para o surgimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas, recorreremos a alguns aspectos históricos que revelam como o poder público se apropriou dessa temática no Brasil.

A princípio, essa apropriação ocorreu no campo da segurança pública, ainda que o argumento da preservação da saúde pública tenha sido sempre utilizado como justificativa pelos governantes brasileiros para suas intervenções.

As primeiras medidas de tratamento destinadas aos dependentes de drogas não surgiram no campo da Saúde Pública, elas foram propostas no âmbito da justiça penal, a partir de um aparato legislativo que criminalizava as várias condutas associadas à produção, ao comércio e ao uso de drogas e eram destinadas às pessoas que cometiam o ato ilícito de se drogar. Essas medidas tiveram a contribuição da Psiquiatria para sua legitimação e estavam mais comprometidas com o estabelecimento da repressão e do controle do uso de drogas no País. Baseavam na compreensão do usuário de drogas como doente e/ou como criminoso (FIORE, 2005).

Iniciou-se, dessa forma, um processo de indefinição, tanto da necessidade, quanto da responsabilidade pela implementação de ações de saúde na área de álcool e outras drogas no Brasil, que pode ser observado até os dias atuais. A saúde da população brasileira estava, desde o início do século XX, comprometida por problemas associados ao uso de drogas ou se tratava de reprimir um comportamento que poderia ferir ou estava em desacordo com a ordem social? A necessidade de tais medidas se colocava no campo da saúde pública ou no campo da segurança pública? Quais responsabilidades deveriam ser atribuídas a cada um desses dois campos?

Embora a segurança pública e a saúde pública sejam orientadas por racionalidades nem sempre coincidentes, algumas práticas que emergiram no processo de controle e na repressão ao uso de drogas da segurança pública foram importantes para a criação de condições que favoreceram o

surgimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil no ano de 2003.

## **2.1 SEGURANÇA PÚBLICA E SAÚDE PÚBLICA: ENCONTROS E DESENCONTROS**

No Brasil, no início do século XX, foram adotadas medidas governamentais, sobretudo no campo legislativo, para o estabelecimento de medidas de controle do uso de álcool e outras drogas. A manutenção da ordem social e a preservação das condições de saúde e de segurança da população brasileira serviram como justificativas para o estabelecimento desse controle. O saber jurídico e o saber psiquiátrico forneceram as bases técnico-científicas necessárias à elaboração e à legitimação dessas medidas. No cenário internacional, as proposições das convenções da ONU colocavam como necessário o controle da oferta e da demanda de drogas.

A escassez de informações a respeito da dimensão dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil no início do século XX dificulta uma avaliação sobre a necessidade de estabelecimento dessas medidas de controle. De acordo com Musumesci (1994), o alcoolismo já era considerado um dos maiores flagelos da humanidade naquela época. Apesar disso, as primeiras intervenções governamentais foram motivadas por outras drogas que se tornaram ilícitas ainda no início do século XX e eram pouco consumidas no Brasil. As primeiras intervenções do poder público não acompanharam as necessidades surgidas na sociedade brasileira.

A inércia dos governantes frente ao alcoolismo, no início do século XX, possibilitou o surgimento de sociedades de caráter privado ( Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária e Liga Brasileira de Higiene Mental, União Brasileira Pró-Temperança) que se encarregaram de promover a educação anti-alcoólica e as primeiras medidas assistenciais para alcoolistas, marcadas por concepções moralistas e higienistas (MUSUMESCI, 1994).

Durante o século XX, o processo de deterioração das condições de vida nos grandes centros urbanos brasileiros contribuiu para que as camadas mais pobres da população recorressem à

marginalização, à prostituição e ao alcoolismo. Costa (1980, apud SÁAD, 2002) mostrou que, por ter sido uma constante nesse meio social, o alcoolismo foi tomado pela Psiquiatria como causa da desorganização moral e social da sociedade. Buscava-se, então, pelos programas de higiene mental, a redução do consumo de bebidas alcoólicas e a regeneração da sociedade.

A Psiquiatria, influenciada pela moral e pela eugenia, colocava como necessário o estabelecimento de medidas de caráter repressivo para diminuir o índice de alcoolismo, favorecendo a entrada da ordem jurídica na repressão ao uso de álcool (SÁAD, 2002). O governo brasileiro, por sua vez, permanecia tolerante em relação ao uso de álcool.

Em relação às outras drogas, o Brasil adotava posturas repressivas. Participou de reuniões e tornou-se signatário de documentos internacionais que abordaram a questão das drogas. Em 1911, o Brasil aderiu à Convenção de Haia, que estabeleceu o primeiro tratado internacional que propôs controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. Compareceu também às reuniões da Organização das Nações Unidas (ONU), realizadas em 1961, 1971 e 1988, que deram origem a convenções internacionais que reafirmaram a necessidade de adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas. Essas convenções influenciaram as respostas elaboradas pelo governo brasileiro para abordar o fenômeno do uso de drogas.

Nas décadas de 20 e 30, constatou-se a ocorrência do consumo de cocaína entre os jovens de classes mais abastadas e o consumo de maconha entre as classes mais baixas. Essa constatação foi acompanhada por um grande alarme social e, na tentativa de estabelecer o controle do uso de drogas, o governo brasileiro começou a desenvolver ações para a redução da oferta de drogas.

Já em 1924, algumas mudanças foram introduzidas no Código Penal Brasileiro por meio do Decreto nº4294, que passou a propor pena de prisão para aqueles que vendessem ópio, seus derivados e cocaína. A embriaguez que acarretasse “atos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública” passou a ser punida com a internação compulsória em “estabelecimento correccional adequado”. O Decreto nº 14969 criou o “sanatório para toxicômanos” (BITTENCOURT, 1986; FIORE, 2005). Essas medidas legislativas propuseram, então, a exclusão dos usuários de álcool e outras drogas do convívio social, justificada pela ameaça à

ordem social que supostamente eles representavam. Outros decretos-lei foram estabelecidos, reafirmando a perspectiva repressiva e criminalizante do uso de drogas no Brasil.

Em 1971, a Lei nº 5726 introduziu mudanças significativas na interpretação do uso de drogas ainda que no âmbito da justiça penal. A concepção médico-psiquiátrica tornou-se preponderante; o usuário de drogas passou a ser considerado um doente e os hospitais psiquiátricos tornaram-se os dispositivos assistenciais privilegiados de atenção, passando a ter como objetivos salvar, recuperar e não simplesmente punir. Bittencourt (1986) mostrou como a Psiquiatria se tornou uma aliada no fortalecimento da repressão e do controle de drogas no Brasil:

Primeiramente ao surgir no cenário jurídico-penal de 1971 como um complemento às ações de repressão e prevenção ao uso de drogas, servindo para o reaparelhamento do Judiciário através da absorção de sua tecnologia. Segundo, ao se apresentar como alternativa institucional ao destino desta classe de excluídos, implicando a psiquiatrização dos procedimentos de controle do uso de drogas em nossa sociedade [...] (BITTENCOURT, 1986, p.42).

Em 1976, foi aprovada e promulgada a Lei nº 6368, que reafirmou a tendência de abordar o abuso e a dependência de drogas no campo médico-psiquiátrico, já verificada na Lei de 1971. Algumas modificações conceituais nas propostas assistenciais reafirmaram a tendência de medicalização do uso de drogas, entre elas: a substituição do termo viciado por dependente de drogas; a proposição de criação de estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes de drogas na rede pública de saúde; a proposição de tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar e a proposição do tratamento - e não mais da internação - como medida compulsória.

A Lei nº 6368 de 1976 definiu medidas para o setor público de saúde. Seu artigo 9º do Capítulo II estabeleceu atribuições para o Sistema de Saúde e o para o Ministério da Previdência e Assistencial Social, então responsável pela assistência médica no País:

Art. 9º As redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente Lei.  
1º Enquanto não se criarem os estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptados, na rede já existente, unidades para aquela finalidade.

2º O Ministério da Previdência e Assistência Social providenciará no sentido de que as normas previstas neste artigo e em seu 1º parágrafo sejam também observadas pela sua rede de serviços de saúde (BRASIL, Ministério da Justiça, 1992, p.3).

Essas medidas legais surgiram após o incremento do consumo de drogas ilícitas no País. A partir da década de 60, o consumo de maconha, antes restrito a setores marginalizados das grandes cidades (prostitutas, assaltantes, detentos e malandros), se estendeu às classes médias (jovens artistas, intelectuais e universitários). A partir dos anos 70, o aumento da oferta e a redução do preço da cocaína favoreceram o crescimento do consumo dessa substância (CRUZ & FERREIRA, 2001; MISSE, 2003).

Segundo Bittencourt (1986), as orientações legislativas previstas na Lei nº 6368 começaram a ter efeitos práticos cerca de uma década após sua aprovação e promulgação, quando surgiram no Brasil os primeiros centros de tratamento (médico-psicológicos ou religiosos) ligados direta ou indiretamente ao poder público. De acordo com a autora:

**Se em parte esses estabelecimentos especializados emergem para atender a um problema formulado na esfera social da própria comunidade, por outro lado, servem como suporte institucional ao cumprimento da prescrição legal existente na atual legislação brasileira (lei 6368 de 1976). Esta, entre outras coisas, visa abrir as portas assistenciais do Estado aos dependentes de drogas [...]** (BITTENCOURT, 1986, p. 1-2) (grifo nosso).

É importante observar que tais portas assistenciais foram abertas aos consumidores de drogas ilícitas; muitos centros de tratamento, a princípio, não atendiam alcoolistas. Como veremos na seção 3.3.1, já na década de 80, o Ministério da Saúde constatava a necessidade de elaboração de programas de saúde para minimizar o impacto do consumo de bebidas alcoólicas na saúde da população. Verificava-se também que uma parcela significativa das internações e consultas ambulatoriais psiquiátricas e dos benefícios previdenciários (licença médica, aposentadorias, entre outros) era utilizada por alcoolistas. A abertura das portas assistenciais, a princípio, apenas para os usuários de drogas ilícitas confirma a tendência do Brasil de estabelecer ações governamentais a partir dos compromissos assumidos no plano internacional de controle e de repressão da oferta e do consumo de drogas ilícitas. Essas ações serviram mais ao propósito de estabelecimento de controle social de segmentos específicos da população brasileira do que ao

enfrentamento dos problemas que impactavam negativamente a saúde da população brasileira (CARLINI-COTRIM, 1998).

## 2.2 O CONFEN

A Lei nº 6368 de 1976 estabeleceu as bases legais para a criação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), no âmbito do Ministério da Justiça.

Em 1980, o Decreto nº 85110 de 02 de setembro instituiu esse Sistema, que teve como órgão central o CONFEN. Esse Conselho tinha como principais funções:

Art 4º [...] propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica [...] (BRASIL, Ministério da Justiça, 1992, p.19).

O CONFEN era composto por representantes dos vários Ministérios (Justiça, Saúde, Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social, Fazenda e Relações Exteriores), por um representante do Departamento da Polícia Federal, um da Vigilância Sanitária, um jurista escolhido e designado pelo Ministério da Justiça e um médico psiquiatra escolhido pela Associação Médica Brasileira e designado pelo Ministério da Justiça. Foi um órgão normativo dos diversos assuntos e das ações programáticas governamentais associadas ao tema drogas. A princípio, o CONFEN abordou apenas questões relativas às drogas ilícitas e, em meados da década de 80, passou a abordar também questões relacionadas às drogas lícitas.

O CONFEN surgiu no fim do período militar e foi extinto em 1998, quando se criou a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Vários autores (MESQUITA, 2003; MUSUMESCI, 1994 e PROCÓPIO, 1999) reconhecem que muitas iniciativas surgidas no Brasil na área de álcool e outras drogas devem ser atribuídas ao CONFEN. De acordo com esses autores, tais iniciativas foram pontuais e não produziram alterações significativas na abordagem do fenômeno das drogas



no País. Entretanto, como mostraremos a seguir, algumas dessas iniciativas, como o apoio aos programas de redução de danos, contribuíram para viabilizar uma nova forma de abordagem do uso de drogas no Brasil.

O CONFEN, em vários momentos de sua história, esteve mais comprometido com o desenvolvimento de ações repressivas em relação às drogas:

Nós tínhamos a tradição no governo brasileiro de centrar a política pública nesta área [de drogas] no Ministério da Justiça, política que era muito mais focada no campo da repressão, com o Conselho Federal de Entorpecentes totalmente desarticulado de qualquer política setorial...Eu penso que o CONFEN, que tinha uma cultura legal jurídica preocupava-se muito com a revisão da lei, com os aspectos legislativos e com os aspectos repressivos. (Entrevistado 8)

Em outros momentos, o CONFEN abriu a possibilidade de construção de práticas não orientadas exclusivamente pela perspectiva repressiva. Em 1988, o CONFEN publicou o documento “Política Nacional na Questão das Drogas”, cujo conteúdo refletiu o cenário de redemocratização vivido no Brasil. O documento propôs uma mudança no tratamento destinado ao assunto, buscando estabelecer uma abordagem “destituída de preconceitos”, de “certezas absolutas”, “do discurso aterrorizante”, de maneira a ampliar o debate sobre a questão das drogas, adequando “o CONFEN às propostas de uma sociedade moderna e democrática” (BRASIL, Ministério da Justiça, 1988, p. 1). Sem minimizar a importância das ações repressivas, o documento propôs uma abordagem centrada na pessoa e em suas motivações e não na droga. Algumas ações previstas nas Leis nº 5726 de 1971 e nº 6368 de 1976 foram questionadas nesse documento, como as prisões e as internações dos usuários de drogas.

Em 1992, um novo documento, denominado “Projeto para uma Nova Política de Drogas no País”, foi elaborado e apresentado ao CONFEN pelo conselheiro Domingos Bernardo Silva Sá, reafirmando a necessidade de modificações já apontadas no documento de 1988 e revelando impasses da política de drogas brasileira, baseada em uma visão jurídico-penal, associada à perspectiva médico-psiquiátrica.

Entretanto, ainda no início da década de 1990, o processo de construção de uma nova abordagem da questão das drogas foi interrompido:

As forças reacionárias – sempre teve isto no Brasil - puxaram para baixo o avanço que havia sido feito em termos de políticas públicas na área de drogas. Sempre foi assim, quando se propôs políticas mais liberais, mais modernas, mais atualizadas, não tão focadas na repressão. Então este mesmo documento que espelhou a política de uma época, determinou a queda da presidente do CONFEN. E aí houve um desmantelamento por um período do CONFEN. (Entrevistado 6)

O CONFEN teve péssimos momentos, péssimos. Teve bons momentos e péssimos. Tudo que a gente conseguiu de 1991 até 1993 caiu por terra do ponto de vista da aglutinação política no CONFEN. Isto só foi retomado com o Matias Flach, em 1994. (Entrevistado 1)

Esta foi a história do CONFEN, com momentos esplendorosos, eficientes de atuação e em outros momentos, o CONFEN praticamente desapareceu, caiu em completo ostracismo, passou a ter existência no papel apenas [...]. (Entrevistado 6)

O momento de desarticulação do CONFEN ocorrido no início da década de 90 teve como objetivo pôr fim a uma gestão que tinha uma abordagem liberal do fenômeno das drogas. Após essa fase, caracterizada pelo ostracismo e pela desarticulação, o CONFEN foi reorganizado.

Em 1994, o Sr. Luiz Matias Flach, advogado e juiz especialista na questão das drogas, que se destacava pelo comedimento, pelo temperamento conciliador, pela capacidade de dialogar e pela adoção de posições corajosas nos debates, assumiu a presidência do CONFEN (Voltolini, 1999). Foi possível o restabelecimento de uma gestão democrática e uma ampliação das questões abordadas no CONFEN que, mais uma vez, não ficaram restritas ao campo da repressão.

Como, por exemplo, a adoção de uma política mais razoável, mais tolerante no sentido verdadeiro da palavra, o estabelecimento de uma política mais harmônica, mais equilibrada em termos de prevenção e repressão, a valorização dos centros de referência, dos órgãos científicos, muitas vezes com o apoio moral e, quando possível, com apoio econômico. Nós verificamos também a necessidade de valorizar e aperfeiçoar as comunidades terapêuticas. (Entrevistado 6)

O CONFEN assumiu, em documento, com o Dr. Matias Flach que o Brasil precisava de uma nova maneira de encarar as drogas e que as experiências internacionais, sobretudo da Europa, com a redução de danos eram importantes para nós. Foi a chegada da AIDS que estimulou este debate e o CONFEN entendeu que muitos dos problemas atribuídos ao consumo de drogas era por causa do conceito de drogas que nós tínhamos, não por causa do consumo propriamente dito. (Entrevistado 4)

As ações de tratamento, de prevenção e de redução de danos passaram a ser apreciadas pelo CONFEN. Em 1996, foi publicado o documento “Programa de Ação Nacional Antidrogas”, que propôs a intensificação das ações públicas na área de drogas, “através de atuações harmônicas nas áreas de prevenção, repressão, recuperação e reinserção social” (BRASIL, Ministério da Justiça, 1996, p.9).

## 2. 2.1 O CONFEN E AS AÇÕES DE SAÚDE

Os dois documentos produzidos pelo CONFEN, em 1988 e em 1996, que contêm propostas políticas para a área de drogas, abordaram aspectos relativos ao tratamento e à atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas.

O documento de 1988, denominado “Política Nacional na Questão das Drogas”, propôs, como uma de suas linhas de ação, o favorecimento da criação de centros de referência em prevenção e tratamento ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas. Esses centros deveriam ser locais especializados para tratamento de dependentes, para formação de pessoal qualificado ao atendimento a dependentes e para a realização de pesquisas. Além disso, esses centros deveriam ser idealmente ligados a instituições universitárias. O documento propôs ainda que o dependente de drogas devesse receber uma atenção eficaz e não estigmatizante no Sistema Nacional de Saúde. Essa atenção deveria ocorrer prioritariamente nos ambulatórios e a internação, quando necessária, em hospitais gerais.

O documento de 1996, denominado “Programa de Ação Nacional Antidrogas”, apesar de ter proposto o desenvolvimento de ações harmônicas de prevenção, repressão e tratamento, privilegiou o desenvolvimento de ações repressivas. Manifestou a preocupação com o crescimento do consumo de drogas lícitas e ilícitas e do fenômeno das dependências químicas e com a disseminação do vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis no Brasil. No campo do tratamento ou das ações de recuperação, foram apresentadas as seguintes propostas: estabelecimento de critérios e normas para o funcionamento de instituições de tratamento; substituição do modelo assistencial de saúde mental por serviços específicos de atenção às

dependências químicas; apoio técnico e financeiro às entidades filantrópicas e a promoção de capacitação de recursos humanos.

Apesar de incluir preocupações do campo saúde pública, o documento não propôs nenhuma articulação com o setor público de saúde. A responsabilidade pela coordenação e pelo acompanhamento das ações de tratamento e de recuperação foi atribuída ao Ministério da Justiça, à Secretaria de Planejamento das Ações de Segurança Pública e ao Departamento de Entorpecentes. É importante observar que, em 1996, no setor saúde, já estavam em curso os processos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), da reestruturação da atenção em saúde mental e dos programas de redução de danos no Brasil. Estes últimos, voltados especificamente para usuários de drogas injetáveis, não chegaram nem mesmo a ser mencionados no Programa Nacional Antidrogas. O documento também não propôs a inserção da questão do tratamento e da prevenção no SUS.

Mais uma vez, na história do Brasil, as ações de saúde para abordagem de usuários de álcool e outras drogas foram propostas no âmbito da Justiça, sem a preocupação de estabelecer uma articulação intersetorial com a Saúde, mantendo uma tendência, observada desde o início do século XX até os dias atuais, de indefinição e sobreposição de atribuições e de responsabilidades pela implementação de ações de saúde na área de drogas. Na década de 90, diferentemente da situação do início do século XX, muitos problemas de saúde já podiam ser associados ao uso de álcool e outras drogas.

Ainda que as diretrizes políticas do CONFEN não tenham tido muito impacto no setor público de saúde, suas contribuições, por meio de ações normativas, para o desenvolvimento de práticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas no Brasil, não podem ser desconsideradas. Entre as práticas apoiadas pelo CONFEN, estão: as experiências dos centros de referências de tratamento e prevenção, dos projetos de redução de danos e das comunidades terapêuticas.

### Os Centros de Referência para Tratamento, Pesquisa e Prevenção

Como já foi mencionado na seção 2.1, a criação de centros especializados para tratamento de usuários de drogas, prevista na Lei nº 6368 de 1976, pode ser verificada no Brasil, sobretudo a partir dos anos 80. Em 1988, esses centros foram reconhecidos pelo CONFEN como centros de referência nas áreas de pesquisa, prevenção e/ou tratamento. Muitos deles foram criados nas universidades públicas como o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (CORDATO) da Universidade de Brasília (UNB); o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA); o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo da UNIFESP. Apenas dois centros foram criados no âmbito do setor público estadual de saúde: o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), em Minas Gerais, e o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), em Pernambuco.

Esses centros tinham perfis diferentes, mas tiveram e - muitos deles ainda têm - grande importância na produção de conhecimentos e de pesquisas na área de drogas, bem como na construção de uma prática clínica com alcoolistas e toxicômanos no Brasil:

O CMT e o Centro Eulâmpio Cordeiro eram os dois únicos centros de referência que pertenciam ao sistema público de saúde. Sofríamos todas as vicissitudes de estarmos vinculados ao SUS, estivemos sempre pressionados pelas demandas assistenciais, diferentemente dos outros centros, pressionados pelas demandas de produção científica e da formação de profissionais. (Entrevistado 8)

Alguns desses centros contribuíram para as discussões estabelecidas no CONFEN sobretudo na área assistencial:

[...] a idéia foi ter centros de referência que pudessem mais auxiliar o CONFEN do que serem auxiliados por ele. Eu lembro, de fato, de encontros fantásticos, passamos um evento inteiro discutindo como deveria ser feito o acolhimento dos pacientes. (Entrevistado 6)

[...] havia um clamor público pela assistência e o Matias Flach tomou os centros de referência como assessores para ajudá-los a pensar esta área... (Entrevistado 8)

De modo geral, pode-se dizer que esses centros contribuíram ainda para a produção técnico-científica relacionada ao tema drogas e para o desenvolvimento de práticas de atenção, de prevenção, de tratamento e de redução de danos. Como veremos adiante, suas práticas nem sempre estiveram articuladas à formulação de políticas públicas de saúde, mas inauguraram no País a possibilidade de realização de práticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas, não centradas em uma perspectiva moralista ou repressiva.

#### Os Projetos de Redução de Danos

Esses projetos são abordados de maneira mais detalhada nas seções 3.2 e 3.2.1 que tratam das políticas de prevenção de AIDS e dos programas de redução de danos no Brasil. Aqui apenas citamos uma importante contribuição do CONFEN para o estabelecimento desta prática no Brasil; a emissão de um parecer favorável aos programas de redução de danos no ano de 1994, quando a implementação desses programas encontrava resistências em vários setores da sociedade, como a Igreja, a Polícia e o Ministério Público.

#### As Comunidades Terapêuticas

A partir da década de 70, as comunidades terapêuticas começaram a se instalar no Brasil. De acordo com levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 2004, foi, na década de 90, que se registrou a maior expansão desses dispositivos de tratamento. Há, atualmente, cerca de 340 comunidades terapêuticas com internação em funcionamento no País (BRASIL. MINISTÉRIO da Saúde c, 2004).

O surgimento e ampliação do número de comunidades terapêuticas no Brasil têm várias explicações, entre elas o crescimento do consumo de álcool e outras drogas e a ausência de atenção aos dependentes no setor público de saúde:

Na verdade, eu imagino que esta expansão foi por causa do aumento da demanda pelo álcool e pelas drogas ilícitas mesmo. As pessoas procuraram a própria rede de saúde como resposta e não encontraram, aí foram surgindo outros meios. Eu creio que foi a necessidade mesmo, a demanda da população e o governo ficando muito aquém [...]. (Entrevistado 9)

Não é à toa que proliferou à margem do setor público toda uma rede de assistência calcada no voluntariado, com carências éticas e técnicas; é o desespero da população em se organizar para tratar de uma população desassistida...o crescimento destas comunidades terapêuticas surgiu no desespero das famílias, no voluntarismo social para fazer frente a um problema grave de saúde pública. (Entrevistado 8)

Mas a questão do tratamento da dependência química também não existia, o que tinha era uma omissão do poder público em relação ao tratamento e um avanço significativo das comunidades terapêuticas. (Entrevistado 5)

Até o fim da década de 80, podia ser constatado um antagonismo entre grupos ligados ao meio científico e aqueles que trabalhavam nas comunidades terapêuticas. Esse antagonismo cedeu lugar a uma parceria - entre alguns segmentos do meio científico e as comunidades terapêuticas - a partir da criação das federações de comunidades terapêuticas, que surgiram para garantir qualidade técnica e ética ao trabalho realizado nesses espaços (MONT SERRAT, 2002). No Brasil, existem duas federações de comunidades terapêuticas: a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), criada em 1990, e a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB), criada em 1994. O CONFEN também contribuiu para pôr fim a esse antagonismo:

Começou-se a perceber que poderia haver uma convivência dos centros de referência, da comunidade científica com as comunidades terapêuticas, buscando o aperfeiçoamento destas, no sentido de que elas tivessem profissionais qualificados, que fossem economicamente sustentáveis, que não dependessem da caridade para sua existência. (Entrevistado 6)

Com o CONFEN e as Federações de Comunidades Terapêuticas, iniciou-se o processo de estabelecimento de normas mínimas de funcionamento das comunidades terapêuticas que culminou com a publicação, em 2001, da Resolução nº 101 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Por meio dessa normatização, buscava-se evitar a “disseminação desorganizada de organizações que se denominavam comunidades terapêuticas e que eram depósitos que exploravam os dependentes e suas famílias” (FEBRACT, 2005). A ausência do poder público na prestação da assistência a usuários de álcool e outras drogas possibilitou o surgimento de uma diversidade de propostas assistenciais, algumas vezes, desprovidas de sustentação técnica e ética.

O apoio do CONFEN às comunidades terapêuticas contribuiu para que elas se aproximassem do meio acadêmico e do poder público. Isso se traduziu em melhorias assistenciais, mas permitiu também que essas comunidades, criadas a partir de iniciativas pessoais ou de grupos religiosos, passassem a reivindicar financiamento público para sua operacionalização. O apoio a essas instituições contribuiu também para a difusão de uma forma de atenção baseada em cuidados morais e de uma concepção antidrogas.

### **2.3 A SENAD**

Em 1998, o presidente Fernando Henrique Cardoso, por meio da Medida Provisória nº 1669 de 19/06/1998, extinguiu o Conselho Federal de Entorpecentes e a Secretaria Nacional de Entorpecentes e criou o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Pelo Decreto nº 2362 de 1906/1998, substituído posteriormente pelo Decreto nº 3696 de 21/12/2000, constituiu o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD). Essa reformulação institucional na área de drogas foi anunciada na Sessão Especial da Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), dedicada ao enfrentamento do problema mundial da droga, realizada em junho de 1998. O CONAD e a SENAD foram criados em um novo espaço institucional, não mais no Ministério da Justiça, mas no então Gabinete Militar da Presidência da República, atualmente denominado Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

A criação e a localização institucional da SENAD gerou muita polêmica entre os que atuavam na área de drogas:

Então, na primeira medida provisória do Governo Fernando Henrique, entre outras coisas, foi extinta a Secretaria Nacional de Entorpecentes que era o braço executivo do Conselho Federal de Entorpecentes, quando esta Secretaria ainda estava firmando as pernas. Então, foi inusitado que o presidente Fernando Henrique, concorrendo à reeleição, trouxesse como novidade a criação de uma Secretaria que ele chamou Antidrogas. Determinou perplexidade já que um dos seus primeiros atos tinha sido o aniquilamento da Secretaria Nacional de Entorpecentes. (Entrevistado 6)



Por motivos políticos, o CONFEN foi extinto e foi criada a SENAD. Tudo ruim, o nome é ruim, é antidrogas, vai para a Casa Militar do Governo Federal, estabelece uma visão de guerra muito maior, tudo ruim. (Entrevistado 4)

Quando são feitas alterações institucionais meramente para atender interesses circunstanciais, isto sempre significa um atraso imenso na questão do tempo...o que era CONFEN passou a ser CONAD, o que era Secretaria Nacional de Entorpecentes passou a ser SENAD, procuraram repetir o modelo na hora da execução. Com ajustamentos, no meu sentido, para pior [...] e aí ficou esta coisa engraçada em que os militares tratam da prevenção. (Entrevistado 6)

A SENAD foi um retrocesso. Ela foi o fim do CONFEN, que era um organismo multidisciplinar, que tinha problemas, mas do ponto de vista de um lugar de articulação de uma determinada política era melhor do que você criar uma política a partir de uma visão estratégica das Forças Armadas. (Entrevistado 1)

O SISNAD, então constituído, tinha, como função, a integração das atividades de repressão ao uso indevido, ao tráfico ilícito e da produção de drogas e a integração das atividades de prevenção ao uso indevido, de tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes de drogas. O Ministério da Justiça passou a ser o órgão central, a Polícia Federal, o órgão executivo do primeiro grupo de atividades. A SENAD, por sua vez, o órgão executivo do segundo grupo de atividades (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes). Apesar do Ministério da Saúde integrar o SISNAD, nenhuma das atividades do segundo grupo foi a ele atribuída. Entre os objetivos desse sistema, estão a formulação da política nacional antidrogas e a revisão dos procedimentos de administração nas áreas de prevenção, repressão, tratamento e recuperação e reinserção social.

O CONAD é o órgão normativo do SISNAD. Apresenta composição semelhante à do CONFEN, conta com a participação do Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, do Secretário Nacional Antidrogas, de representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Previdência e Assistência Social, das Relações Exteriores, da Justiça, da Fazenda, da Defesa, um jurista indicado pelo Ministério da Justiça, um psiquiatra indicado pela Associação Médica Brasileira, um representante do órgão de Inteligência do Governo Federal e um representante do setor de Prevenção da SENAD (BRASIL, Presidência da República, 2000).

O novo arranjo institucional, bem como a definição das atribuições das instituições que compõem o SISNAD, reafirmaram a tendência de uma duplicidade de lugares institucionais com

responsabilidade pelo desenvolvimento de ações de saúde associadas ao uso de álcool e outras drogas. Se por um lado, no SISNAD, a SENAD é o órgão executivo das ações de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes de drogas, por outro, no setor saúde, existe um outro Sistema, o SUS, responsável por prestar uma atenção integral à saúde dos cidadãos brasileiros.

O primeiro grande processo desencadeado pela SENAD, decorrente do compromisso assumido pelo governo na Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU, em 1998, foi a formulação da Política Nacional Antidrogas, que se deu a partir da realização do I Fórum Nacional Antidrogas.

O Brasil até 1998 não tinha uma política nacional, mesmo tendo realizado algumas tentativas bem conduzidas, na época, pelos CONFENS...Então veio o ano de 1998, quando aconteceu a vigésima assembleia geral da ONU, com a participação do Brasil, em Washington, exatamente nos dias 10 e 11 de junho... Nesta assembleia, foi convocada uma sessão especial para tratar do tema das drogas no mundo. Como umas das conseqüências desta sessão, todos os países que compõem a ONU concordaram com a importância de, entre outras medidas nas áreas de drogas, que os países tivessem, cada qual, sua política nacional sobre drogas...O Brasil foi um dos signatários deste compromisso, a partir daí, criou a SENAD que teve como primeira missão realizar um fórum nacional para que a sociedade viesse trazer suas contribuições para aquilo que viria a ser a política nacional sobre drogas. (Entrevistado 7)

O I Fórum Nacional Antidrogas aconteceu em 1998 com a presença de mais de 2000 pessoas. Nesse Fórum, se apresentaram os segmentos mais organizados que atuavam na área de drogas: policiais, pessoas vinculadas às comunidades terapêuticas, profissionais ligados às comunidades científicas e pessoas ligadas aos projetos de redução de danos. Essa composição do Fórum se refletiu no seu produto final: a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Nesse documento, no Capítulo sobre Tratamento, Recuperação e Reinserção Social, não há nenhuma proposição de articulação entre a área de drogas e o setor de saúde do Brasil. As federações de comunidades terapêuticas, que se faziam presentes em maior número, reivindicaram e fizeram constar no documento a necessidade de se iniciar o processo de definição das normas mínimas de regulação das instituições de tratamento. A presença de profissionais e de militantes da área de redução de danos favoreceu a inclusão de um capítulo destinado à Redução de Danos Sociais e à Saúde na Política Nacional Antidrogas. O tema foi abordado de maneira ambígua, não houve um

posicionamento claro em relação aos programas de troca de seringas, que já eram implementados no Brasil com apoio e financiamento do Ministério da Saúde.

Na primeira Política Nacional Antidrogas, a redução de danos entrou de uma forma extremamente complicada, ela entrou dividida; as comunidades terapêuticas que estavam em maior número, fizeram constar a redução de danos sem a troca de seringas, que era uma forma de mostrar a dificuldade que se tinha com esta ação no contexto geral do campo das drogas. (Entrevistado 5)

No II Fórum Nacional Antidrogas, realizado em 2001, a Política Nacional Antidrogas, já homologada, foi apresentada à sociedade Brasileira. É interessante observar que esse Fórum, que apresentou a Política Nacional Antidrogas contendo dois capítulos diretamente relacionados à área de saúde, foi realizado nos mesmos dias e na mesma cidade que a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que discutiu e propôs a inclusão da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no SUS. Esse fato revela a dificuldade de articulação entre a área de drogas e o setor público de saúde.

Bem ilustrativo da diferença destes dois campos, foi que o CONAD convocou o II Fórum Nacional Antidrogas nos mesmos dias da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Isto gerou uma forte crítica de quem estava na organização da Conferência de Saúde Mental, mas isto absolutamente não gerou crítica de quem fez o Fórum. O Fórum se considerava um espaço separado de discussão da saúde mental e os quase 2000 participantes da Conferência Nacional de Saúde Mental reclamavam que a discussão de álcool e drogas havia se separado em um outro espaço. Quem reivindicava discutir álcool e drogas era o campo da saúde mental, o campo de álcool e drogas não reivindicava discutir saúde mental ou saúde pública. (Entrevistado 2)

A partir de 2003, com o início do governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores, foi feito um esforço de articulação entre a SENAD e o Ministério da Saúde (MS), apesar das dificuldades e das diferenças, inclusive ideológicas, entre as políticas da área de drogas e o campo da saúde pública.

### 2.3.1 SENAD E AS AÇÕES DE SAÚDE

Se por um lado, com a criação da SENAD, se manteve no governo federal uma ambigüidade em relação à responsabilidade pelo desenvolvimento de ações de saúde direcionadas aos problemas decorrentes do uso prejudicial ou da dependência de álcool e outras drogas, por outro, a SENAD

direcionou seus esforços para ações mais pontuais, como o apoio à melhoria da qualidade do trabalho realizado pelas comunidades terapêuticas e o incentivo à realização de pesquisas pelos centros de referência na área de drogas. Em relação aos programas de redução de danos, a SENAD, em alguns momentos, se posicionou de maneira bastante favorável, em outros apresentou resistências que não chegaram a inviabilizar a implementação dessas ações no País.

#### As Comunidades Terapêuticas

Na área de tratamento, a SENAD se dedicou principalmente à promoção da melhoria da assistência realizada pelas comunidades terapêuticas. Essa Secretaria colaborou com a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) no processo de estabelecimento das normas mínimas de funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (como as comunidades terapêuticas), previstas na Política Nacional Antidrogas de 2001.

Não podemos ignorar que elas [as comunidades terapêuticas] existem, elas estão aí, elas preenchem um espaço... E o primeiro entendimento é justamente a acreditação destas instituições através das “normas mínimas”, o que significa um processo lento... É um processo de amadurecimento que está acontecendo. Na área de comunidades terapêuticas, elas vêm se organizando. Temos a FEBRACT, que é a Federação Brasileira, as comunidades evangélicas também possuem sua Federação. A Cruz Azul congrega outras tantas comunidades. Em resumo, são instituições que vêm querendo dialogar e o diálogo é fundamental. (Entrevistado 7)

As exigências mínimas para o funcionamento desses serviços estão previstas na Resolução da Diretoria Colegiada ( RDC ) nº101, de 30 de maio de 2001, da ANVISA. Esse documento efetivou a entrada do poder público, com a missão a ele atribuída “de proteger e promover a saúde da população, garantindo segurança sanitária de produtos e de serviços” (VECINA, 2002), nos dispositivos de atenção a dependentes de álcool e outras drogas que foram implementados sem qualquer regulamentação no País.

A construção dessa resolução envolveu diferentes atores que se reuniram em um Grupo de Trabalho coordenado pela ANVISA. O grupo foi composto por representantes da Coordenação de DST/AIDS, da Coordenação de Saúde Mental, órgãos e entidades envolvidos na assistência a usuários de álcool e outras drogas. A SENAD e a ANVISA realizaram eventos para discussão do

produto desse grupo de trabalho que, após consulta pública, se transformou na RDC nº 101 (VECINA, 2002).

Mesmo tendo sido um processo apoiado pelas federações de comunidades terapêuticas, o estabelecimento das normas mínimas de funcionamento gerou muita resistência entre as comunidades terapêuticas. As vistorias e inspeções realizadas passaram a dar mais visibilidade a atenção prestada nesses espaços, tornando-os mais vulneráveis a interpelações públicas.

Na verdade, isto [resistência à resolução da ANVISA] existe ainda, mas a tendência desta comunidade é ou ela se adequa, ou ela fecha...Como em toda resolução, a gente vê que existem os tecnocratas. Algumas exigências a gente vê que são absurdas, mas a gente vê que o mínimo necessário para o funcionamento tem que existir dentro da normatização porque senão, não se conserta a casa. (Entrevistado 9)

Tem algumas pessoas na clandestinidade...existem pessoas sérias fazendo algo... como também a gente vê, em todos os segmentos, tem pessoas fazendo coisas que não devem. (Entrevistado 9)

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

As comunidades terapêuticas, pela organização que alcançaram e pela sua vinculação a instituições religiosas, conseguiram exercer uma pressão junto às instituições governamentais, buscando se estabelecer como o modelo de tratamento do Brasil na área de drogas.

Uma articulação e uma afinidade ideológica - o alinhamento a uma concepção antidrogas - podem ser constatadas entre grupos vinculados às comunidades terapêuticas, grupos da comunidade científica e a SENAD:

A configuração, o cenário que existia era o seguinte: você tinha serviços universitários que realizavam pesquisas e atendimentos restritos e pouco articulados à rede SUS; comunidades terapêuticas muito articuladas à SENAD e a estes serviços universitários; alguns serviços fugiam a esta característica, como o CMT, o CETAD na Bahia e o NEPAD no Rio, fugiam a esta característica de serem muito restritos e tinham uma perspectiva de se articular em rede, estes eram exceções. A regra era serviços

universitários fechados, restritos, com uma forte articulação com as comunidades terapêuticas. Articulação ideológica, articulação de capacitação, de programa de formação e uma integração muito grande com a SENAD, que funcionava muitas vezes como mecanismo de apoio para pesquisa e tudo mais. (Entrevistado 2)

[...] com a SENAD, as comunidades terapêuticas têm um trânsito muito bom. A SENAD se prontificou a fazer banco de dados, cursos, capacitações, fóruns. (Entrevistado 9)

As comunidades terapêuticas participaram, inclusive como coordenadoras de grupos de trabalho e de oficinas, dos três fóruns nacionais antidrogas realizados pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) nos anos de 1998, 2001 e 2004.

Com relação ao Ministério da Saúde, as comunidades terapêuticas não estabeleceram nenhuma articulação orgânica apesar das pressões políticas. Na perspectiva de uma das Federações de Comunidades Terapêuticas:

[...] a gente vê uma discriminação do Ministério da Saúde quanto às comunidades terapêuticas. Esta discriminação passa pelo desconhecimento da eficácia da comunidade terapêutica. (Entrevistado 9)

Na perspectiva de algumas áreas do Ministério da Saúde, não se trata de um desconhecimento ou discriminação, mas sim do estabelecimento de resistência à consolidação de uma concepção que não se pauta por aspectos técnicos e ideológicos, próprios do campo da saúde:

A gente tinha uma posição clara. **Quando chegava pedido de financiamento no Ministério da Saúde para tratamento moral, a gente dava um parecer técnico, o Ministério da Saúde não recomendava. O que a gente fez na verdade foi uma política de resistência, atitudes de resistência à consolidação deste modelo moralista.** (Entrevistado 1)

A demanda das comunidades terapêuticas de obter financiamento junto ao Ministério da Saúde se acentuou a partir do fim da década de 90. Havia posições diferentes dentro do próprio Ministério em relação a essa demanda:

[...] havia contradições e dificuldades dentro do próprio Ministério da Saúde, **existia uma forte idéia de que a política de álcool e drogas poderia ser apenas uma política de financiamento de comunidades terapêuticas.** Isto existia como idéia

dentro do Ministério da Saúde, entre alguns setores dirigentes. Esta não era a idéia da Saúde Mental [...]. (Entrevistado 2)

O que se colocava como demanda ou com pressão ao Ministério da Saúde era o financiamento de comunidades terapêuticas, isto era colocado, isto aparecia com muita frequência. (Entrevistado 2)

Apesar da pressão política das comunidades terapêuticas junto ao governo federal, inclusive com apoio da SENAD, prevaleceu, no Ministério da Saúde, a posição daqueles que defendiam a inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no SUS. Em 2004, na reformulação da política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, ocorrida no mês de outubro, as comunidades terapêuticas receberam o estatuto de rede de suporte social (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004d). Apesar das pressões dirigidas aos gestores do Ministério da Saúde, as comunidades terapêuticas permaneceram sem receber financiamento do SUS.

Os programas de redução de danos

Em alguns momentos, a SENAD assumiu posições que contribuíram para a consolidação dos programas de redução de danos no Brasil:

[...] o Walter Maierovich, que assumiu a SENAD no início, era extremamente aberto à redução de danos, inclusive aberto até demais, ele falava assim coisas até muito ousadas, como terapias de substituição, salas para uso seguro. (Entrevistado 5)

[...] a SENAD também produziu frutos muito bons, porque a SENAD vivenciou aquilo que o CONFEN não pôde vivenciar, que foi o avanço dos programas de redução de danos... Tornou-se parceira da ABORDA (Associação Brasileira de Redutores de Danos) de outras organizações de redução de danos, fizemos muitos eventos juntos. O CONFEN, sem a experiência prática de redução de danos gerou frutos; a SENAD, que tinha tudo para dar errado, com a experiência de redução de danos trouxe frutos bons. (Entrevistado 4)

Apesar de sustentar uma concepção antidrogas, a SENAD não inviabilizou a expansão dos programas de redução de danos no Brasil, que possuem uma concepção mais tolerante em relação ao uso de drogas.

### Os Centros de Tratamento, Pesquisa e Prevenção

Muitos profissionais vinculados a esses centros participaram, no fim da década de 90 e nos primeiros anos do século XXI, das discussões sobre as políticas de tratamento e de redução de danos conduzidas pela SENAD, bem como da organização e coordenação dos fóruns regionais e nacionais antidrogas, cujas discussões resultaram no estabelecimento da Política Nacional Antidrogas (2001).

A SENAD também contribuiu, por meio de incentivos financeiros, para que alguns centros de referência na área de drogas realizassem pesquisas que pudessem informar as reais dimensões do fenômeno das drogas no Brasil. Um dos levantamentos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2001, revelou que cerca de 11,2% da população brasileira é dependente de álcool e cerca de 1,0% é dependente de maconha (CARLINI et al, 2002). Essas e outras informações são de grande importância para o estabelecimento de ações públicas direcionadas a enfrentar o que de fato se constitui como problema na área de drogas no Brasil.

## **2.4 SÍNTESE**

Ainda que a preservação da saúde pública tenha sido utilizada como justificativa para o estabelecimento de ações governamentais de controle do uso de drogas no País, essas ações, que surgiram no campo da segurança pública, apresentaram dificuldades de articulação com o setor público de saúde.

Apesar do caráter eminentemente repressivo e moralista, em algumas situações, as ações de controle do uso de drogas tiveram desdobramentos importantes que favoreceram o surgimento de práticas e de atores sociais que contribuíram para o processo de estabelecimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas.

Destacamos entre os atores sociais de relevância:



- O CONFEN;
- Os centros de referência de tratamento, pesquisa e prevenção que iniciaram uma prática em saúde na área de drogas no Brasil, sobretudo no campo do tratamento e da redução de danos;
- A SENAD.

Entre as práticas articuladas ao setor saúde, ressaltamos:

- A emissão de um parecer pelo CONFEN, em 1994, favorável à implementação dos programas de redução de danos no Brasil. A concepção do uso de drogas subjacente a esses programas influenciou fortemente a política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas estabelecida no Brasil em 2003;
- O incentivo do CONFEN à criação e consolidação dos centros de referência que impulsionaram no Brasil práticas que privilegiavam os aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados ao uso de drogas. Práticas, portanto, que não eram focadas na repressão;
- O incentivo da SENAD ao desenvolvimento de pesquisas e à implementação dos programas de redução de danos.

### CAPÍTULO 3: AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O USO PREJUDICIAL E A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS - ENCONTROS E DESENCONTROS NA SAÚDE PÚBLICA

Ainda que a ameaça à saúde pública tenha sido um dos argumentos utilizados para o estabelecimento de medidas de controle do uso de álcool e outras drogas desde o início do século XX, somente no início do século XXI, em 2003, surgiu, sob a forma de uma política, uma proposta de intervenção nessa área no campo da Saúde Pública no Brasil.

Antes disso, porém, podemos constatar a ocorrência de alguns fatos no setor público de saúde, sobretudo nas décadas de 80 e 90, que podem ser relacionados à criação de condições favoráveis ao surgimento dessa política. Mudanças no sistema de saúde brasileiro - como a criação do SUS e o início do processo de reestruturação da atenção em saúde mental - e alterações no quadro de morbidade da população brasileira - com o aparecimento da AIDS - criaram condições que favoreceram a aproximação entre a temática álcool/drogas e a Saúde Pública.

A criação do SUS em 1988 - cujos princípios buscavam garantir a integralidade, a universalidade e a equidade no acesso aos serviços e às condições de saúde -, o surgimento da AIDS e a constatação de que cerca de 26,5 % das pessoas infectadas pelo HIV eram usuárias de drogas injetáveis no ano de 1991 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2001a), o início do processo de reestruturação da atenção pública em saúde mental e a constatação de que cerca de 35,6 % dos ocupantes de leitos psiquiátricos em 1992 apresentavam problemas diretamente relacionados com o alcoolismo (ALVES, 1994) criaram condições para que pudesse ocorrer o encontro das políticas de saúde com a problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas.

Entretanto, como veremos a seguir, esse encontro, cuja necessidade foi evidenciada por indicadores epidemiológicos e do sistema de saúde, aconteceu em tempos e situações diferentes. A princípio, em meados da década de 90, por meio das políticas de prevenção de AIDS e, posteriormente, no ano de 2003, por meio da elaboração da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, quando se reconheceu que a dependência e o uso prejudicial de álcool e outras drogas consistiam em graves problemas de

saúde pública e que o SUS, até aquele momento, não havia assumido a responsabilidade pela abordagem dessa problemática.

Essa política foi inserida no processo de reestruturação da atenção em saúde mental em curso no País desde o início da década de 90. A necessidade de atenção, sobretudo aos alcoolistas, foi historicamente revelada e reafirmada pelo número de leitos psiquiátricos que esses pacientes ocupavam. Apesar da constatação dessa necessidade, o processo de reestruturação de atenção em saúde mental que tinha como objetivo, justamente, a criação de redes de atenção substitutivas aos hospitais psiquiátricos, adiou por quase uma década a discussão e a proposição das diretrizes de atenção aos alcoolistas. Se, desde a década de 70, os alcoolistas ocupavam grande parte dos leitos psiquiátricos, a partir da década de 90, começou a ser constatada a necessidade de tratamento dos usuários de outras drogas. Nessa década, o Brasil, antes um corredor para o tráfico de drogas, se consolidou como um grande mercado consumidor de drogas ilícitas (MAGALHÃES, 2000).

Na década seguinte, entre os anos 2001 e 2002, podemos identificar a ocorrência de processos políticos, no âmbito do Ministério da Saúde, que favoreceram a entrada da temática álcool/drogas na agenda da saúde pública brasileira. Em 2003, foi publicada a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

Nesta seção, procuramos identificar os processos, os atores e as práticas relacionados ao surgimento dessa política no âmbito do sistema público de saúde do Brasil. Alguns atores e práticas já foram considerados no Capítulo 2, quando tratamos das políticas de controle do uso de drogas.

### **3.1 A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL**

Na década de 80, enquanto vários países redefiniam os padrões de intervenção do poder público na área social, no Brasil surgia uma grande expectativa de ampliação desse poder na área social após o término do período ditatorial. A redemocratização trouxe a expectativa da construção de

uma sociedade mais justa e menos desigual por meio da implementação de políticas públicas sociais universais.

No setor saúde, essa expectativa foi concretizada por meio da proposição, pelo Movimento da Reforma Sanitária, de um sistema único de saúde, que teria como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade no acesso às condições e aos serviços de saúde. Em meio a interesses diversos - às vezes conflitantes, às vezes coincidentes - do Estado brasileiro, de movimentos sociais, dos trabalhadores e gestores do setor público de saúde e do setor médico privado, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi inscrito na Constituição Brasileira de 1988, conhecida como a “Constituição Cidadã”.

No texto constitucional, a saúde recebeu a seguinte definição:

A saúde é direito de todos e dever do Poder Público, assegurado mediante políticas econômicas, sociais, ambientais e outras que visem à prevenção e à eliminação do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, sem qualquer discriminação (BRASIL, Constituição Brasileira, 1988, p.45).

Os pressupostos da saúde compreendida como direito social a ser garantido pelo Estado e da construção de um sistema público de saúde capaz de prestar atenção integral, equânime e universal, sem qualquer discriminação, criaram as condições legais para que a oferta de atenção à saúde fosse proporcionada a todos cidadãos brasileiros, inclusive aos usuários de álcool e outras drogas. O próprio texto constitucional prevê como uma das competências dos municípios, no âmbito do SUS:

A prevenção do uso de drogas que determinem dependência física ou psíquica, bem como seu tratamento especializado, provendo os recursos humanos e materiais necessários (BRASIL, Constituição Brasileira, 1988, p.47).

Após quinze anos de existência do SUS, em 2003, o Ministério da Saúde reconheceu que os comprometimentos associados ao consumo de álcool e outras drogas se constituíam em graves problemas de saúde pública e que podia ser constatado um atraso do SUS em relação à assunção de responsabilidade pelo enfrentamento desses problemas.

Certamente, essa não foi a única competência atribuída ao SUS que obteve uma resposta tardia. O processo de efetivação e construção do SUS, desde o início, se deu em um cenário marcado por paradoxos e impasses que dificultaram a concretização de suas proposições. O SUS, cujos princípios são característicos de em um estado de bem-estar social, começou a ser implementado quando o Estado brasileiro passava por um processo de reforma de viés neoliberal. De acordo com Pereira:

[...] foi empreendido um perfil, no mínimo paradoxal, às políticas de saúde na década [de 80], uma vez que, se de um lado, foram aprovadas no texto constitucional alterações vinculadas a um modelo de welfare state institucional-redistributivo concernente aos princípios de cidadania social inspirados nos princípios da reforma sanitária, consolidou-se na vida prática dessas políticas uma tendência de política social de características residuais, segmentárias e focalizadas nos estratos de baixa renda, típicas do modelo neoliberal ( PEREIRA, 1996, p. 460).

Almeida (1999) constatou a ocorrência de uma onda generalizada de reformas do Estado em vários países do mundo. Essas reformas, com perspectiva neoliberal foram se consolidando como respostas à crise financeira e à crítica ao estado de bem-estar social. Tal crítica fundamenta-se nos efeitos danosos para as economias nacionais da excessiva intervenção do Estado nos negócios privados, sobretudo na cobrança de altos impostos, necessários para a sustentação das políticas sociais. As reformas passaram a propor a redefinição e a redução das responsabilidades do estado na área social por meio de diferentes medidas, como a redução da atuação do setor público na provisão de serviços, o estabelecimento de políticas sociais focalizadas em populações de baixa renda e o subfinanciamento das ações sociais.

A política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas surgiu em um cenário marcado pelo processo de reforma de estado e pelo processo de consolidação do SUS, quando as dificuldades em se garantir à população brasileira uma atenção universal, integral e equânime já se faziam presentes. Esse cenário permite uma dupla leitura dessa política, que pode ser compreendida como uma política focal – dirigida a um segmento específico da população - ou como a reafirmação de uma política universal – criada para estender um direito social a um segmento que, por motivos diversos, não se beneficiava desse direito.

Por meio de uma política pública focal ou como reafirmação de uma política pública universal, os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas passaram a ser objetos das intervenções do setor público de saúde do Brasil no ano de 2003.

### **3.2 AS POLÍTICAS BRASILEIRAS DE PREVENÇÃO DE AIDS E OS PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE DANOS: O ENCONTRO DA SAÚDE PÚBLICA COM O USO PREJUDICIAL E A DEPENDÊNCIA DE DROGAS**

No ano de 1982, foi constatado o primeiro caso de AIDS no Brasil. A ocorrência da doença foi, a princípio, associada a homossexuais de classe média alta. Por esse motivo, havia, entre as autoridades sanitárias, controvérsias quanto à necessidade de abordagem dessa doença no setor público de saúde. Em função de preconceitos e da falta de compreensão dos riscos que a doença colocava para a população em geral, o poder público resistia a abordar esse fenômeno. Porém, a rápida expansão da doença para outros segmentos - hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e heterossexuais - e a possibilidade de sua expansão para grande parte da população colocaram como necessária a criação de uma política pública de saúde para o controle de AIDS.

Algumas organizações não-governamentais (ONGs) surgiram e, além de difundir informações preventivas e ajudar pessoas portadoras do HIV, fiscalizavam e faziam críticas às propostas assistenciais e preventivas estabelecidas pelo governo. Em 1985, surgiu o Grupo de Apoio e Prevenção a AIDS (GAPA) a partir da mobilização de profissionais que trabalhavam com a AIDS e de militantes do movimento homossexual. Em 1986, foi criada a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), que se destinava a estabelecer discussões e intervenções em situações relacionadas à contaminação entre os politransfundidos (principalmente hemofílicos) como, por exemplo, a inexistência de controle da qualidade do sangue e dos hemoderivados no Brasil (BASTOS, 1993 b). Outras ONGs surgiram ao longo da década de 80 e 90. Em 1997, foi criada a primeira ONG vinculada à questão de drogas: a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA).

No campo governamental, em 1985, o Ministério da Saúde reconheceu a importância de se investigar a situação da AIDS no Brasil e de se criar um programa nacional para o controle dessa doença. Em 1987, criou-se a Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS

(DNDST/AIDS) no Ministério da Saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 1989). Essa Divisão posteriormente foi transformada na Coordenação Nacional de DST/AIDS.

### 3.2.1 A AIDS E OS USUÁRIOS DE DROGAS

Na Coordenação de DST/AIDS entre outras Unidades, havia a Unidade de Drogas, que se encarregou da implementação de projetos relacionados à problemática AIDS e Drogas. Posteriormente essa Unidade foi incorporada à Unidade de Prevenção. Mais do que estabelecer uma cronologia da atuação dessas Unidades, buscamos aqui identificar o contexto que possibilitou o surgimento das ações do setor público de saúde voltadas para a problemática AIDS/Drogas, os impasses gerados por essas ações, os atores sociais que contribuíram para sua viabilização, bem como as possíveis contribuições dessas ações para o estabelecimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas.

As alterações no perfil epidemiológico da AIDS, rapidamente constatadas no Brasil, colocaram como necessário o desenvolvimento de medidas preventivas de AIDS para usuários de drogas injetáveis. Se no período de 1980 a 1986, houve uma predominância da transmissão sexual entre homossexuais e bissexuais masculinos de escolaridade elevada, no período de 1987 a 1991, tornou-se significativa a transmissão sanguínea pela transfusão de sangue e pelo compartilhamento de materiais para o uso de drogas injetáveis (BRASIL, Ministério da Saúde, 1998). A participação percentual dos usuários de drogas injetáveis passou de 3,0 % do total de casos notificados, no período de 1980/1986, para 24,9 % no ano de 1992 (BRASIL, Ministério da Saúde, 1992a).

Em 1989, antes mesmo da constatação dessa mudança no perfil epidemiológico da doença no Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Divisão Nacional de DST/AIDS, baseando-se em pesquisas realizadas em outros países, elaborou o Projeto Previna. Tal projeto buscava estabelecer ações preventivas que permitissem o controle de DST/AIDS em grupos específicos: usuários de drogas injetáveis, prostitutas e presidiários (BRASIL, Ministério da Saúde, 1989). As estratégias previstas relacionavam-se principalmente à capacitação de recursos humanos, à produção de materiais preventivos, à implantação de ações educativas e à formação de equipes de

apoio, orientação e aconselhamento a usuários de drogas ilícitas. O projeto Previna, voltado para usuários de drogas injetáveis, cumpriu parcialmente seu objetivos, elaborando manuais para professores e para a população-alvo do projeto (MIRANDA, 1996).

Nesse mesmo ano, na cidade de Santos, no estado de São Paulo, onde já se constatava que mais de 50 % dos casos de Aids tinham como forma de contaminação o uso compartilhado de drogas injetáveis, o Programa Municipal de DST/AIDS tentou implantar o primeiro projeto de redução de danos no Brasil, com a distribuição de seringas e outros insumos, de maneira a criar condições para o uso seguro de drogas injetáveis. Entretanto, o Ministério Público interveio e proibiu a implementação desse projeto, abrindo várias ações cíveis e criminais contra seus coordenadores e contra a Prefeitura de Santos (MESQUITA, 1998).

Os projetos de redução de danos, sobretudo no que diz respeito à distribuição de insumos para uso de drogas injetáveis, foram interpretados como práticas ilícitas uma vez que a Lei nº 6368 de 1976 criminalizava quem contribuísse de qualquer forma para o uso de drogas. Essa interpretação da Lei, que desconsiderava o surgimento da epidemia da AIDS, criou entraves para a aplicação de uma importante medida de saúde pública para conter a disseminação da doença, já implementada com eficácia em outros países. Além do aspecto legal, a sociedade brasileira, marcada por preconceitos e por abordagens repressivas, apresentou dificuldades em aceitar medidas de saúde pública tolerantes com o uso de drogas e focadas mais na redução dos danos associados ao consumo do que propriamente no consumo. Foi em meio a muitos conflitos e resistências que os projetos de redução de danos foram se consolidando no Brasil.

Era difícil falar em redução de danos nas políticas capitaneadas por uma perspectiva norte-americana. Qualquer idéia de redução de danos significava tolerância e as regras fundamentais na questão de drogas eram a abstinência e a absoluta intolerância com as drogas. A mensagem desejável da intolerância não podia ser confundida com algum comportamento menos severo perante as drogas. (Entrevistado 6)

Bastos e colaboradores (1993) constataram que a problemática AIDS/uso de drogas permaneceu sem uma discussão aberta e ampla na sociedade até o ano de 1993 em função do caráter ilícito e da intensa estigmatização do comportamento de se drogar. A ausência dessa discussão contribuía



para a indefinição dos gestores de saúde quanto ao estabelecimento de políticas de prevenção especificamente voltadas para usuários de drogas injetáveis.

Em 1994, a Organização das Nações Unidas (ONU), por meio do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP), passou a apoiar política e financeiramente o desenvolvimento de programas de prevenção de AIDS entre usuários de drogas no Brasil. A Coordenação de DST/AIDS do Ministério da Saúde elaborou o Programa AIDS I, que se desenvolveu no período de 1994 a 1998. Esse programa tinha como uma de suas propostas a implementação de ações preventivas de maneira a alcançar "... a diminuição da expansão da contaminação do HIV entre a população em geral e entre os usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais" (BRASIL, Ministério da Saúde, 1999a, p.2).

As estratégias do Projeto AIDS e Drogas do Programa AIDS I, cuja implementação foi favorecida pelo financiamento do Banco Mundial decorrente do convênio com a UNDCP/ONU, desenvolveram-se a partir de cinco linhas de trabalho:

- Formação de multiplicadores para promoção à saúde e para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis - ênfase na Aids - e do uso indevido de drogas no ambiente escolar;
- Treinamento de pessoal para o desenvolvimento de projetos na área de drogas e Aids;
- Redução de danos à saúde associados ao uso indevido de drogas, por meio da promoção de ações assistenciais para os dependentes de drogas que desejavam se tratar e de ações preventivas como a adoção de práticas seguras no uso injetável de drogas;
- Apoio técnico e financeiro a organizações não-governamentais para o desenvolvimento de ações junto a populações específicas (usuários de drogas, adolescentes, populações com restrição de liberdade);
- Avaliação e Pesquisa.

A implementação de ações relacionadas a essas linhas estratégicas inaugurou no Brasil uma forma de abordagem do uso de drogas sob a perspectiva da saúde pública. As concepções repressivas e antidrogas, originadas nas práticas de segurança pública, deixaram de ser, desde

então, a referência exclusiva para as intervenções efetivamente realizadas e apoiadas pelo governo brasileiro.

**[...] eu tenho a impressão que a grande pedra de toque foi a AIDS. Eu acho que foi a primeira vez que os organismos sanitários perceberam que tinham que ir ao encontro do drogado. O drogado na rua era problema de polícia,** ele só passava a ser um problema de saúde, quando internado, mas não havia na saúde uma atuação de dentro para fora, na minha opinião. Eu tenho a impressão que a AIDS surpreendeu o mundo e, de certa forma, surpreendeu o Brasil também. Se não fosse por uma questão de solidariedade, era uma questão de pragmatismo. Porque se tinha que procurar ir ao encontro do drogado, para que ele não morresse e não matasse, para que ele deixasse de ser um vetor tão importante em uma epidemia séria, grave e cara ao País. Então, eu tenho a impressão que aí surge o programa de DST/AIDS...ele foi se organizando com uma linha de pensamento moderna, mexendo em questões tabus. (Entrevistado 6)

**Os usuários até se assustavam com a presença da Saúde porque eles estavam acostumados com a presença do poder público por meio dos policiais.** De repente, o poder público, por meio de profissionais da Saúde, chega até eles e eles não acreditavam que aquilo era de verdade ou que eles tinha direito à saúde, dado a carga de estigma e de preconceito. (Entrevistado 5)

As ações de saúde passaram a objetivar a redução dos danos associados ao consumo de drogas. Posturas tolerantes, pautadas pelo reconhecimento dos direitos sociais e humanos dos usuários de drogas, começaram a coexistir com posturas repressivas, moralistas e criminalizantes, não sem muitos conflitos.

A fim de viabilizar e executar as ações do Programa AIDS I, sobretudo as ações de redução de danos, a Coordenação Nacional de DST/AIDS buscou e obteve apoios institucionais importantes, como o do CONFEN e dos centros de referência.

O CONFEN teve uma importância fundamental para a resolução do impasse legal que se estabeleceu entre a Lei nº 6368 e as ações de redução de danos, principalmente aquelas que previam a troca de seringas e o fornecimento de insumos para o uso seguro de drogas. O CONFEN, apesar das resistências e preocupações manifestas da Polícia Federal, do Ministério Público, da Igreja Católica e até mesmo da Presidência da República, emitiu em 1994, um parecer favorável à implementação das ações de redução de danos no Brasil.

**Estes programas [de redução de danos] sofriam de um antagonismo violento da Polícia Federal e do Ministério Público e o CONFEN acabou sendo testado de**

**forma muito forte.** Quando surgiu o projeto de redução de danos, o desagrado foi focado na questão de troca de seringas. Embora, fosse um projeto menor dentro da redução de danos, passou-se a dizer, no Brasil, alguns policiais, promotores, “... **se implementarem o projeto de troca de seringas, isto passará a ser uma questão de polícia, nós vamos prender, nós vamos processar, nós vamos acabar com isto**”. E o Ministério da Saúde se dirigiu ao CONFEN pedindo orientação normativa em função da questão. **O Presidente Itamar manifestava sua preocupação, pois ele recebia a preocupação da CNBB...** E nós acabamos aprovando o projeto por maioria. Aprovamos a primeira parte dizendo que ele era adequado à situação brasileira da época, à necessidade brasileira em face da epidemia da AIDS, em relação a que o compartilhamento de seringas era vetor importante de desenvolvimento, e que nós tínhamos bons exemplos externos que nos davam uma segurança de que não se tratava de uma aventura...Mas havia uma segunda parte que nós deixamos para adiante. Muitos promotores, alguns juízes, delegados de polícia diziam o seguinte: “os projetos de redução de danos especialmente quando tratam da proteção, da sobrevivência do drogado e da troca de seringas estariam proibidos pela lei 6368 de 1976 porque significavam uma contribuição ao uso de drogas, instigando, induzindo ou auxiliando o uso de drogas”. Foi relator da matéria o Conselheiro Domingos Bernardo e ele considerou que não, ele entendia que a lei de 1976, em ditames genéricos, até não muito técnicos, porque o princípio de reserva legal determina que as condutas proibidas devam ser claramente estabelecidas, tipificadas e o “contribuir de qualquer forma” é um desviar do tipo penal porque ele coloca condutas das mais diversas, é uma incriminação muito genérica. Então ele questionava “como é que poderia uma legislação de 1976 vedar atuações em relação a uma epidemia que viria a existir muito tempo depois”, então nós concluímos que não feria a legalidade. **Depois adiante, eu alcancei a interpretação constitucional que me parece que é a mais importante do que tudo. Na constituição se diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado. E o que que é o dever do Estado ? É dever do Estado adotar todas as providências para evitar a doença. A Constituição tem suprallegalidade, ou seja, todas as demais leis devem estar em consonância e serem interpretadas de acordo com ela. Se a lei maior determina o direito à pessoa à saúde e o dever do Estado de atuar em favor da saúde, ele não pode inibir práticas que visem exatamente evitar a doença, especialmente se oriundo das autoridades sanitárias do País.** Então, eu me convenci e esta posição firme do CONFEN, nesta área, foi definitivamente importante. O CONFEN sofreu críticas, agressões. **Já que eu disse que havia preocupações do Presidente Itamar e do Ministro Dupeyrat, eu devo dizer que depois que o CONFEN decidiu, eles aceitaram como sendo a posição brasileira, também no foro internacional.** Então, foi um momento perigoso, um momento forte e se depois se conseguiu uma certa normalidade na questão da redução de danos, isto se deve àquela decisão muito difícil do CONFEN. (Entrevistado 6)

A importância da posição do CONFEN, apesar de não garantir a legalidade e a superação dos entraves para a implementação dos projetos de redução de danos no país, foi reconhecida por vários atores sociais das áreas de AIDS e drogas.

A gente procurou o CONFEN e solicitou um parecer em relação à redução de danos para vencer alguns impedimentos legais e, olha, o parecer do CONFEN foi fundamental para nós. (Entrevistado 5)

A chegada da AIDS estimulou o debate e o CONFEN entendeu que muitos dos problemas atribuídos ao consumo de drogas existiam por causa do conceito de drogas que nós tínhamos, não por causa do consumo propriamente dito. (Entrevistado 4)

Essa pressão [para mudar a Lei 6368], que se intensificou durante os anos subsequentes, ganhou inúmeros aliados, dentre os quais destacariamos o Dr. Matias Flach, presidente do CONFEN, que teve papel chave em incorporar ao Projeto do Ministério da Justiça de alteração da Lei 6368 dispositivo que legaliza a troca de seringas. (MESQUITA, 1998, p.106).

Em apoio à redução de danos, contamos com importantes pronunciamentos em seu favor. Um dos nossos grandes aliados tem sido o próprio Ministério da Justiça, através do Conselho Federal de Entorpecentes, que se manifestou favorável a esta estratégia considerando-a um instrumento útil e adequado da área de saúde pública (BRASIL, Ministério da Saúde, 1999a, p.28).

Tanto para as ações mais controversas, como as de redução de danos, quanto para as outras ações, como as de tratamento, de treinamento, de capacitação, de pesquisa e avaliação, os centros de referência de tratamento, prevenção e pesquisa, já existentes no País, tiveram grande importância como instituições executoras do Projeto AIDS e Drogas. O CETAD da UFBA implementou o primeiro programa de redução de danos com troca de seringas no Brasil. O CETAD/UFBA, o PROAD/UNIFESP, o NEPAD/UERJ, o PRODEQUI/UNB, o CMT/FHEMIG entre outros centros desenvolveram atividades de treinamento, capacitação e pesquisa previstas no Programa (BRASIL, Ministério da Saúde, 1999a).

**[...] é no âmbito da AIDS, que alguns centros de referência vão se estabelecer melhor e ganhar a dianteira nas projeções.** Alguns centros entraram em pesquisas internacionais, comparando cidades brasileiras com cidades européias e ganharam expressão neste movimento internacional da AIDS. Estes centros brasileiros, principalmente os ligados às universidades, pela “expertise” de seus profissionais na área de pesquisa, ganharam projeção e alguns profissionais da área da toxicomania migraram para a área de AIDS. Então, estes centros brasileiros de referência ajudaram muito a construir a política de redução de danos e a desenvolver pesquisas epidemiológicas nesta área. (Entrevistado 8)

**Durante o AIDS I, que foi de 1994 até 1998, se trabalhou muito com a prevenção a partir da formação de profissionais realizada pelos centros reconhecidos pelo CONFEN e através de alguns projetos de redução de danos que começaram a surgir. O primeiro projeto oficial pelo Ministério da Saúde, oficial assim como redução de danos, foi encomendado pela Lair Guerra ao Tarcísio da Bahia, do CETAD.** O Tarcísio então disse que ia fazer a redução de danos e realmente ele foi um dos que dos poucos que conseguiu fazer a redução de danos como ela devia ser, com troca de seringas, com mobilização de usuários, com a figura do redutor de danos. Começaram a trabalhar isso na Bahia, sem amparo da lei, porque a Bahia não tinha esta

exigência. Em 1995, quando o Tarcísio começa a projeto de redução de danos, com troca de seringas, eu diria que aí começam as ações do Ministério. (Entrevistado 5)

Outros projetos de redução de danos foram implementados no Brasil, ainda na década de 90. A partir desses projetos - que contavam com financiamento do governo federal e do Banco Mundial - e do contato com a experiência de redução de danos de outros países, começaram a surgir no Brasil organizações não-governamentais associadas à redução de danos. Em 1997, foi criada a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA) e nos anos subsequentes foram criadas outras organizações com atuações mais regionalizadas.

Se por um lado, esse cenário marcado pela chegada da AIDS no Brasil favoreceu o surgimento de movimentos sociais de redução de danos, por outro, contribuiu para que essa concepção fosse vinculada à prática preventiva de uma doença.

**Então, a parceria com a AIDS durante muito tempo, trouxe este problema, esta associação da redução de danos como um modelo de prevenção de doenças, de AIDS.** (Entrevistado 4)

A tentativa de desconstrução dessa perspectiva restrita de redução de danos foi feita até mesmo pela Coordenação Nacional de DST/AIDS, que buscou uma ampliação da compreensão dessa concepção:

Na Unidade de Prevenção da Coordenação de DST/AIDS, **a gente procurava trabalhar a redução de danos como uma ação vinculada a outras populações, ao consumo de drogas em geral**, com apoio ao movimento social, à organização de associações e redes para, desta forma, entrar em algumas áreas específicas de drogas e não somente de AIDS. (Entrevistado 5)

As organizações não-governamentais também buscaram ampliar a atuação e a compreensão da redução de danos para além de uma prática preventiva de AIDS.

A gente estava fazendo uma discussão com algumas pessoas do movimento, você tem uma série de questões, **você tem por um lado uma luta, que parte do movimento segue, que é em relação, por exemplo, a não criminalização do usuário**, que eu acho que é uma luta do movimento social, a não criminalização ou a descriminalização do usuário. **Mas tem segmentos que lutam, por exemplo, pela liberação das drogas, a liberação da maconha como um ponto, e tem uma parte que luta pelo acesso ao tratamento de saúde em geral, acesso aos equipamentos de saúde em geral.** Então,

assim, são muitas lutas para um movimento social e são lutas complicadas porque lida ainda com muitos estigmas e com muitos preconceitos. (Entrevistado 5)

**E hoje, no Brasil, a luta da redução de danos é por cidadania [...] A gente acha legal dizer que estamos lutando por direitos de cidadania, mas isso é pouco, estamos lutando para ser qualquer um e na vida a gente não quer se qualquer um. A gente quer ser alguém. Ou seja, ter cidadania não parece uma coisa tão...é lutar para ser o mínimo. E isto transparece nas ações de redução de danos porque o nosso primeiro argumento com relação aos usuários de drogas é que eles têm direito de cidadania. Uma pessoa que usa drogas não deixa de ser cidadão.** (Entrevistado 4)

**Na década de 90, surge a redução de danos, a princípio, as organizações são de redução de danos e do ano de 2000 para cá, surgem movimentos de organização da sociedade civil em torno do usuário de drogas.** (Entrevistado 4)

Essa perspectiva, que surgiu no âmbito das organizações não-governamentais e que privilegiava a defesa dos direitos dos usuários de drogas, apontou para um deslocamento da responsabilidade governamental na abordagem do uso de drogas. Mais do que acesso a serviços de saúde, esses movimentos reivindicavam modificações na percepção do uso de drogas na cultura brasileira e defendiam a abordagem do fenômeno das drogas no campo dos direitos humanos.

**Eu acho que a política sobre drogas do Brasil tinha que estar dentro da Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Ela não tem que estar na justiça porque reproduz a idéia de delito, ela não pode estar na saúde porque reproduz a idéia da doença...** Nós estávamos acostumados com a idéia de que o usuário de drogas é um doente, um delinqüente ou um pecador. São os três pontos de vista que existem no Brasil e que definem o nosso pensamento em relação ao uso de droga, é o olhar da saúde, da justiça, da religião... se nós acrescentássemos um quarto olhar além destes três, nós estaríamos mudando o conceito de drogas e aí o resultado seria outro. Este quarto olhar é o olhar da cidadania. A cidadania não vê o uso de drogas como doença, nem como delito, nem como pecado, ela vê como um direito. (Entrevistado 4)

De acordo com o Ministério da Saúde (1999a), os projetos de redução de danos não nasceram de demandas de movimentos sociais organizados. Eles surgiram a partir do Programa AIDS I. Na medida em que esses movimentos se organizaram, passaram a reivindicar o direito não apenas às ações de saúde, mas também, ao uso de drogas.

No âmbito governamental, a partir de 2003, o Ministério da Saúde passou a defender que a problemática de álcool e outras drogas fosse tratada como uma questão ampliada de Saúde Pública e não como uma questão médico-psiquiátrica ou jurídica. (BRASIL, Ministério da Saúde,

2003a). Propôs também uma ampliação da utilização da concepção de redução de danos para outras áreas que não a de AIDS. Buscou, nessa concepção, os subsídios para o enfrentamento dos problemas de saúde associados ao consumo de álcool e de outras drogas.

[...] a redução de danos traz, do ponto de vista do uso de drogas legais ou ilegais, um impacto importante. Porque quando você começa a discutir álcool, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, absenteísmo, desagregação familiar, que estão relacionados ao álcool e você começa a trabalhar alternativas possíveis para reduzir os danos e você mostra que o grande problema no campo da saúde pública não diz respeito apenas aos usuários de injetáveis ou aos usuários de drogas ilegais, mas às drogas legais, tabaco e álcool, que têm um impacto na saúde violento. De repente, você tem que trabalhar isso também pela redução de danos, porque ninguém vai dizer ‘pare de beber’ ou ‘pare de fumar’ e o fulano vai dizer ‘não consigo’ e você vai abandoná-lo. **Enfim, eu acho que é esta discussão que a redução de danos traz no campo da política, de que todas as ações não devem partir do pressuposto da abstinência.** (Entrevistado 5)

**Uma ação política eficaz pode reduzir o nível de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas** que são vivenciados por uma sociedade [...] (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004a, p. 5).

Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva deve ter em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, **a redução de danos associada ao consumo** e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004a, p. 8).

**A lógica que sustenta tal planejamento deve ser a da redução de danos, em uma ampla perspectiva de práticas voltadas para minimizar as conseqüências globais do uso de álcool e drogas** (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004a, p.36).

Além de fornecer os subsídios técnicos e teóricos para a elaboração da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas, os projetos de redução de danos deram maior visibilidade à realidade da atenção ao usuário de drogas no setor público de saúde brasileiro, evidenciando a dificuldade de acesso e de acolhimento desses usuários no SUS. Contribuíram também para constatar a precariedade dos serviços de apoio e tratamento à dependência de drogas, a dificuldade de encaminhamento desses usuários no SUS, bem como, a desconfiança e preconceito dos profissionais de saúde em relação às ações de redução de danos e aos usuários de drogas (BRASIL, Ministério da Saúde, 1999a).

Eu diria que esta é uma questão que vem sendo vivida até hoje, não só em relação ao tratamento da dependência, mas **a dificuldade de acesso do usuário de drogas ao equipamento de saúde como um todo.** (Entrevistado 5)

Por sua vez, **os serviços públicos de saúde, em sua maioria enfrentando sérias dificuldades e restrições orçamentárias, também não têm tradição no trato com estas questões, não estando habilitados para o manejo de um problema tão relevante.** Pelo contrário, têm pouco “profissionalismo” no trato dessa questão” (MARQUES & DONEDA, 1998, p.140).

A aproximação dos usuários de drogas aos serviços e profissionais de saúde por meio dos projetos de redução de danos revelou as dificuldades na prestação de atenção a esse segmento da população no SUS. Tornou evidente a existência de tais dificuldades e a quase inexistência de ações destinadas ao enfrentamento dos problemas de saúde associados ao uso de álcool e outras drogas no setor público de saúde do Brasil.

### **3.3 A REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: O DIFÍCIL ENCONTRO COM O USO PREJUDICIAL E A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

O início do processo de reestruturação da atenção em saúde mental no País coincidiu e foi favorecido pelo início do processo de implementação do SUS nos primeiros anos da década de 90.

Esse processo surgiu a partir da constatação, feita na década de 80, da falência do modelo tradicional de assistência psiquiátrica do Brasil, caracterizado pela atenção asilar realizada em grandes hospitais psiquiátricos.

Em 1981, O Brasil contava com 430 hospitais psiquiátricos: 357 eram privados (com ou sem fins lucrativos) e 73 públicos. Em 1988, os leitos psiquiátricos correspondiam a 19,1 % dos leitos do sistema de saúde brasileiro, ficando atrás apenas dos leitos de clínica médica que correspondiam a 21,6% do total (ALVES, 1996). Em 1991, o Brasil tinha cerca de 85.000 leitos psiquiátricos. Essa grande oferta de leitos foi constantemente denunciada como a “indústria da loucura”: lucrativa para o setor privado conveniado, onerosa para o Estado Brasileiro e destrutiva para as



peessoas portadoras de transtornos mentais. Havia justificativas éticas, técnicas, ideológicas e gerenciais para a proposição de um novo modelo de atenção em saúde mental.

**O modelo tradicional, já no início da década de 80, se mostrou falido do ponto de vista técnico e muito caro.** Aquela seqüência de denúncias da indústria da loucura, do superfaturamento dos leitos psiquiátricos e crescimento exponencial do número de leitos psiquiátricos contratados... **Então existia uma falência técnica, ideológica e ao mesmo tempo um problema gerencial para a saúde pública.** (Entrevistado 1).

Na década de 80, o Brasil passava pelo processo de redemocratização, o Movimento de Reforma Sanitária colocava a discussão da saúde como direito social, outros movimentos sociais se organizavam, o debate público em torno de práticas que violavam os direitos humanos e sociais voltava a acontecer. Nesse cenário, os maus tratos a que eram submetidos as pessoas portadoras de transtorno mental internadas em hospitais psiquiátricos foram constantemente denunciados e causaram indignação na população em geral, favorecendo a mobilização social - a princípio, de trabalhadores de saúde mental e, posteriormente, dos familiares e dos próprios portadores de transtorno mental – e criando condições para a construção de uma nova prática de atenção em saúde mental.

**A legitimidade social da assistência psiquiátrica brasileira era baixa, era mínima.** O gestor não tinha como defender o modelo tradicional, nenhum gestor. As famílias não tinham adesão a este modelo, um modelo de resultados fracos, iatrogênicos, etc. (Entrevistado 1)

Em 1987, surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que passou a lutar pela construção de uma sociedade sem manicômios. Este e outros movimentos sociais tiveram uma atuação relevante na defesa dos direitos humanos e sociais das pessoas portadoras de transtorno mental.

No mesmo ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que reafirmou a falência do modelo hospitalar e a necessidade de se criar novos modelos de atenção:

Ela [a conferência] estabeleceu um consenso mínimo entre os técnicos, que o modelo hospitalar era um modelo falido...e que a assistência prestada não deveria diminuir os direitos sociais dos portadores de sofrimento mental, pelo contrário deveria aumentar estes direitos. (Entrevistado 1)

No campo da assistência, o processo de reestruturação da atenção em saúde mental propôs a criação de serviços substitutivos abertos em substituição à internação em hospitais psiquiátricos. Esses serviços (núcleos/centros de atenção psicossocial-NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas, centros de convivência etc) deveriam trabalhar em rede, promovendo a reinserção social e a conquista dos direitos sociais e humanos dos portadores de transtorno mental.

Ainda na década de 80, foram criados os NAPS/CAPS, que inauguraram uma nova possibilidade de atenção em saúde mental no País. O primeiro deles, o CAPS Luiz Cerqueira, foi criado no ano de 1986, em São Paulo, quando propôs tratar de pacientes graves em regime aberto. Esses dispositivos de atenção foram se transformando nos principais serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, no processo de reestruturação da saúde mental do Brasil.

É importante compreender que esse processo estava inserido em um projeto maior de reforma psiquiátrica brasileira, que incluía a proposição e revisão de leis no campo da assistência psiquiátrica e a promoção de mudanças culturais na forma de perceber e lidar com a loucura.

No âmbito do poder legislativo, em 1989, foi apresentado o Projeto de Lei do Deputado Federal Paulo Delgado que propôs a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços abertos. Após modificações, em 2001, foi aprovada a Lei nº 10.216, que trata do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.

No plano internacional, alguns fatos tiveram grande repercussão e influenciaram os rumos do processo de reestruturação de saúde mental no Brasil. São eles: os processos de reforma psiquiátrica da Itália e da Espanha e a Declaração de Caracas. Esta última foi elaborada em 1990, em uma Conferência que reuniu associações, autoridades em saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas. Estabeleceu diretrizes para a reestruturação da atenção psiquiátrica, tais como, a defesa dos direitos humanos e civis dos doentes mentais, a permanência dos enfermos em seu meio comunitário, a revisão crítica do papel hegemônico do hospital psiquiátrico e a promoção de modelos alternativos de atenção (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004b).

Ao longo da década de 90, o processo de reforma psiquiátrica foi se consolidando e conquistando legitimidade na sociedade: muitos serviços substitutivos foram criados, os movimentos sociais se organizaram, muitos trabalhadores aderiram e participaram da construção de novas práticas em saúde mental, leis e portarias ministeriais forneceram o respaldo necessário para viabilizar essas novas práticas.

De 1991 até 2003, ocorreu uma redução de cerca de 32.000 leitos psiquiátricos; em 2003, o Brasil contava com 52.765 leitos psiquiátricos. O número de CAPS aumentou de 4, em 1991, para 502, em 2003 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004 b).

Algumas portarias do Ministério da Saúde foram importantes para a modificação do quadro da assistência psiquiátrica no Brasil visto que viabilizaram o redirecionamento do financiamento público para os dispositivos de atenção criados. A Portaria SNAS nº224, de 29 de janeiro de 1992, por exemplo, estabeleceu normas e criou possibilidade de financiamento para os dispositivos da rede de atenção substitutiva - unidades básicas, centros de saúde, ambulatórios, os NAPS/CAPS - e para a atenção hospitalar - hospital-dia, serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004b).

Dez anos após o início do processo de reestruturação da atenção em saúde mental, no âmbito do governo federal, a atenção a usuários de álcool e outras drogas passou efetivamente a ser incluída nas políticas de saúde mental do País por meio de uma série de portarias publicadas no ano de 2002. Entre elas, está a Portaria GM 816 que inaugurou um programa sistemático de implantação da rede assistencial a usuários de álcool e outras drogas no âmbito da saúde pública (DELGADO, 2004).

Compreender porque essa inclusão não se fez no início desse processo - quando cerca de 36 % dos leitos psiquiátricos eram ocupados por pessoas que apresentavam problemas diretamente relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas - é o nosso próximo passo. Buscamos, a seguir, identificar os fatores que dificultaram o encontro da saúde mental com a problemática associada ao consumo de álcool e drogas.

### 3.3.1 A SAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Antes mesmo do início do processo de reestruturação da atenção em saúde mental, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN), elaborou três documentos abordando a temática álcool/drogas. Dois deles trataram especificamente dos problemas decorrentes do consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

O primeiro documento “Subsídios para o Programa Nacional de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo” foi publicado em 1981. Reconheceu que a escassez das informações epidemiológicas sobre o uso de álcool no Brasil impedia o conhecimento da magnitude dos problemas a ele relacionados. Estimava, porém, que tais problemas já se constituíam como problemas de saúde pública e que apresentavam impacto significativo nos gastos da Assistência Psiquiátrica e da Seguridade Social (BRASIL, Ministério da Saúde, 1981).

O documento fez referência a 32<sup>a</sup> Assembléia Mundial de Saúde realizada em 1979, que recomendou a adoção de medidas para redução do consumo de álcool. A proposta era que o Programa Nacional de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo fosse desenvolvido por toda a rede nacional de serviços de saúde (da rede básica às unidades de nível secundário e terciário) e por outros setores que pudessem contribuir para a redução do consumo de bebidas alcoólicas. O documento apresentou alguns dados de 1977 que indicavam que o alcoolismo e as psicoses alcoólicas eram responsáveis pelo maior número de internações psiquiátricas, chegando a 22.184 o número de primeiras admissões em estabelecimentos psiquiátricos motivadas por problemas associados ao consumo de álcool (BRASIL, Ministério da Saúde, 1981). O documento afirmou a correlação desse consumo com acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, licenças médicas para afastamento do trabalho, criminalidade e problemas familiares. Concluía, embora sem informações precisas, que o consumo de bebidas alcoólicas ocasionava elevados custos sociais e econômicos ao País.

Em 1986, foi elaborado o documento “Proposta para o Programa Nacional de Prevenção, Recuperação e Ressocialização de Usuários de Drogas e Bebidas Alcoólicas”. Esse documento reafirmou o alto custo decorrente da utilização dos serviços de saúde e dos benefícios

previdenciários por alcoolistas. Criticou a abordagem medicamentosa e/ou hospitalar tradicionalmente utilizada para a abordagem do problema e propôs a reorganização das formas de atendimento a drogados e alcoolistas, buscando estender a cobertura dos serviços à população. Propôs ainda que o Ministério da Saúde, por meio da DINSAM e o Ministério da Justiça, por meio do CONFEN, fossem responsáveis pela condução do Programa.

Em 1988, foi estabelecido pela DINSAM o “Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o consumo de Álcool” (PRONAL), com o apoio de um Comitê Assessor, formado por especialistas na área de drogas ligados às universidades brasileiras. O documento apresentou dois levantamentos importantes: um deles se referia a sete estudos realizados no Brasil entre 1965 e 1985, que indicavam a prevalência de alcoolismo em 5 a 10 % na população adulta; o outro se referia a nove trabalhos publicados entre 1979 e 1985, que mostravam que 9 a 32 % dos leitos de hospitais gerais eram ocupados por pacientes que consumiam abusivamente bebidas alcoólicas. O Programa propôs como diretrizes:

- A criação de uma rede de tratamento composta prioritariamente por serviços de atenção primária, com a colaboração de grupos de mútua ajuda, unidades de desintoxicação - preferencialmente em hospitais gerais, ambulatórios e pensões protegidas;
- O estabelecimento de medidas restritivas à oferta de álcool como medida de prevenção primária;
- A capacitação de recursos humanos;
- O apoio ao desenvolvimento de pesquisa e de estudos relacionados ao consumo de álcool;
- A promoção de mudanças legislativas relacionadas à veiculação de propagandas, à comercialização de bebidas alcoólicas, ao consumo de álcool nos ambientes de trabalho, ao consumo de álcool no trânsito e à área assistencial (como a restrição da admissão de pacientes alcoolistas em hospitais psiquiátricos);
- A criação de um sistema de registro e de dados relacionados ao consumo de álcool.

O PRONAL, bem como as propostas anteriormente apresentadas, não chegaram a ser implementados. As grandes modificações pelas quais passavam o setor público de saúde relacionadas à criação do SUS e à reestruturação da atenção em saúde mental não foram nem

mesmo mencionadas no documento que apresentou o Programa, evidenciando uma desarticulação entre as ações propostas para abordagem do uso de álcool e as políticas de saúde do Brasil.

No fim da década de 80 e início da década de 90, se pensou em implantar o PRONAL. **O PRONAL, é curioso isto, demonstra claramente a falta de percepção do que é construir uma política de álcool e drogas no contexto do SUS.** A proposta era uma implementação que partia do nível central diretamente para os municípios, sem nenhuma articulação com a lógica do SUS, inclusive sem financiamento definido. Foi um programa que o governo federal lançou e quis aplicar de cima para baixo. O PRONAL, com suas dificuldades de implementação no Brasil, foi um exemplo das dificuldades e da consciência que se tinha na época do que era implementar uma política de álcool e drogas. (Entrevistado 8)

Além dessa desarticulação, a indefinição de fontes e formas de financiamento dificultou a implementação dos programas e propostas na área de álcool e outras drogas. A preocupação com os altos custos econômicos e sociais dos problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, presente em todos os programas, não foi suficiente para desencadear ações de saúde para o enfrentamento desses problemas na década de 80.

Na década seguinte, as condições no setor público de saúde eram, aparentemente, mais favoráveis à criação de uma atenção pública às pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas no campo da saúde mental. A proposição de serviços ou de formas de atenção a essas pessoas se colocava como necessária à efetivação do processo de reestruturação da atenção em saúde mental, uma vez que mais de um terço dos leitos psiquiátricos eram ocupados por alcoolistas. Esse processo - que foi se consolidando a partir do apoio e da mobilização da sociedade civil organizada, das possibilidades criadas pelas experiências estrangeiras de reforma psiquiátrica e das modificações introduzidas na gestão e no financiamento do sistema de saúde - apresentava, a princípio, condições de incluir a atenção a usuários de álcool e outras drogas no setor público de saúde. Entretanto, isso efetivamente não ocorreu.

A Coordenação Nacional de Saúde Mental (COSAM), entre 1991 e 1996, na gestão do neurologista e sanitarista Dr. Domingos Sávio do Nascimento Alves, reconhecia que o uso de drogas – sobretudo de bebidas alcoólicas - trazia comprometimentos graves para a saúde da população brasileira (ALVES, 1994). Além de dados relativos à internação em hospitais

psiquiátricos, a Coordenação trabalhava com dados de um levantamento de morbidade psiquiátrica, realizado em três regiões metropolitanas brasileiras que identificou uma demanda potencial de cuidado psiquiátrico para abuso e dependência de álcool. Essa demanda variou de 4,5 % da população nas regiões metropolitanas de Brasília e de São Paulo a 8,7 % na região metropolitana de Porto Alegre (ALMEIDA FILHO et al, 1992 apud CORREIA e SILVA, 1995).

Apesar desse reconhecimento, a COSAM, entre 1991 e 1996, não conseguiu incluir a discussão sobre a temática álcool/drogas no processo de reestruturação da atenção em saúde mental. Trabalhou, principalmente, com a perspectiva de imprimir modificações na abordagem dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas:

O Ministério da Saúde se organizou até os anos 80 levando em consideração a maldade ou a malvadeza da droga ou do álcool. Não sei se estou me fazendo entender. O problema era a substância e não o indivíduo com seu sofrimento. Isto repete a hegemonia do modelo norte-americano...a Coordenação [1991/1996] tinha uma visão diferente, nós achávamos que o problema do uso de substância é um problema de natureza clínica, de saúde, não é um problema da substância, é um problema do indivíduo ou do seu contexto sócio-cultural. (Entrevistado 1)

Criar uma forma de abordagem do uso, abuso e dependência de drogas sob a perspectiva da saúde foi o desafio dessa Coordenação, que buscou promover o deslocamento da ênfase no produto e nas correlatas ações de redução da oferta para a ênfase no usuário e nas correlatas ações de redução da demanda:

A abordagem predominante sobre a questão das drogas caracteriza-se por uma visão simplista, contraditória, com ênfase no produto, denotando uma concepção moralista e repressora...Assim muitas ações de prevenção são desenvolvidas neste referencial restrito, promovendo muito mais a discriminação e a marginalização do usuário do que a efetiva prevenção do uso indevido de drogas. Esta concepção influencia uma política fortemente centrada na redução da oferta em oposição à estratégia de redução da demanda. A atuação do Ministério da Saúde...está voltada para as ações de prevenção, assistência e tratamento na área de drogas, visando reduzir a demanda crescente e promover a mudança de percepção da população em relação à questão (CORREIA E SILVA, 1995, p.83).

Algumas estratégias foram adotadas de maneira a consolidar a abordagem proposta: a indicação de uma técnica de referência para tratar exclusivamente da área de álcool/drogas; a reformulação da composição do comitê assessor para a área de álcool e drogas; o estabelecimento de uma

política de resistência às experiências de tratamento que apresentavam uma abordagem moralista e de uma política de incentivo às práticas consonantes com a concepção da COSAM, além do estabelecimento de um discurso, sobretudo no CONFEN, que privilegiava uma abordagem focada nos usuários e não na droga.

Em função da relevância epidemiológica dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, a COSAM criou o Serviço de Atenção ao Alcoolismo e à Drogadição, que teve a frente, entre 1991 e 1996, a Dra. Rosane Correia e Silva.

A área de Saúde Mental do Ministério da Saúde contava até 1991 com dois comitês assessores: um para álcool e outro para outras drogas. Esses comitês eram constituídos por especialistas, quase todos ligados às universidades, alguns deles também ligados aos centros de referência de tratamento, pesquisa e prevenção. A partir de 1991, passou a existir apenas um comitê assessor para a área de álcool e outras drogas, constituído por alguns dos membros dos antigos comitês e pelo Dr. Luiz Matias Flach, que veio a ser o presidente do CONFEN, entre 1994 e 1998. Esse comitê assessor contribuiu para a consolidação das experiências clínicas e de redução de danos, realizadas por alguns de seus integrantes vinculados aos centros de referências. Essas experiências demonstravam a possibilidade de construção de práticas de atenção nessa área no País:

**[...] desconstruímos o antigo modelo de comitê assessor e o comitê assessor passou, de fato, a ser um comitê assessor muito rico, enriquecedor na medida em que começaram a pipocar experiências com base na clínica, tal como a do CMT, que tinha como viés, o viés da clínica, com a experiência do Centro de Marmottan, esta coisa toda, a Bahia com a experiência de redução de danos lá do CETAD, com o Nery, a própria experiência do Rio Grande do Sul, no Hospital Mãe de Deus, de tratamento em Hospital Geral. Na verdade, a gente fortalecia o tempo todo este tipo de prática. (Entrevistado 1)**

A experiência desse comitê contribuiu para a consolidação de experiências que trabalhavam em consonância com a abordagem da Coordenação Nacional de Saúde Mental. A origem desses profissionais – a Universidade –, o distanciamento de suas práticas do setor público de saúde e também seus interesses definiram o caráter de suas contribuições, voltadas principalmente para as atividades de ensino, pesquisa e outras produções científicas.



**Curiosamente havia um comitê assessor para álcool/drogas, mas este comitê estava muito mais focado na formação técnico-científica do que na concepção política. Os membros do comitê assessor estavam mais inseridos na academia do que numa tradição de reforma psiquiátrica ou de uma transformação política.**  
(Entrevistado 8)

A existência do comitê assessor não favoreceu diretamente a elaboração de uma política pública de saúde para a área de álcool e drogas, nem mesmo a inclusão dessa atenção no processo de reestruturação da atenção em saúde mental. Não havia, nem entre os técnicos da Saúde Mental, nem da área de álcool e outras drogas, quem promovesse a articulação entre os dois campos.

Este foi um outro desafio: a construção de uma política nesta área dentro da Saúde Mental. **A Saúde Mental trouxe o caminho de construção de uma rede dentro do SUS. Eu acho que o campo de álcool/drogas não acompanhou este movimento** porque, de certa forma, a Saúde Mental tinha mais clareza do seu papel na condução da reforma psiquiátrica brasileira... **A gente pode até dizer que, em termos de discurso, esta questão sempre esteve vinculada à Saúde Mental, mas não se chegou a traçar ações práticas para a área de álcool e drogas, no âmbito do Ministério.** Cabe nos perguntar se faltava pernas para tocar dois projetos ou se não se encontrava nesta área atores para tocá-la.(Entrevistado 8)

No âmbito do setor público de saúde, a COSAM, entre 1991 e 1996, buscou também consolidar sua forma de abordagem empreendendo uma política de resistência às práticas de atenção baseadas em concepções moralistas e repressivas e uma política de incentivo às práticas consonantes com sua concepção.

**O que a gente fez na verdade foi fazer uma política de resistência, atitudes de resistência à consolidação deste modelo moralista e um segundo aspecto foi que a gente ficou pregando uma idéia nova, uma idéia nova não, mas uma idéia que tinha como paradigma o ponto de vista clinico...na verdade, a gente fortalecia o tempo todo este tipo de prática e o resto a gente ia segurando como podia.**  
(Entrevistado 1)

Fora do âmbito da saúde, no CONFEN, a COSAM representava o Ministério da Saúde. Nesse espaço institucional, encontrou dificuldades para introduzir sua concepção, que não coincidia com a forma tradicional de abordagem das drogas no País, de viés punitivo e repressivo. A inclusão de uma abordagem que privilegiava a perspectiva da saúde só foi possível a partir de modificações na condução dos trabalhos do CONFEN, que permitiram, a partir de 1994, a coexistência de abordagens diferentes.

**A gente começou a construir esta política em todas as nossas falas fora e dentro do CONFEN. Tivemos embates muito pesados dentro do CONFEN, que era um órgão na época com uma representação muito ampla e era muito dividido; 40 % eram setores muito conservadores. Mesmo a representação de setores da saúde, era uma representação ligada a setores da saúde muito moralistas** nesta questão da droga e do álcool. Então, foram quatro anos de embates muito difíceis dentro do CONFEN... Então o que eu estava dizendo é que o primeiro problema é um problema de natureza política mesmo, no campo público a maioria das pessoas não trabalhava com o viés da clínica, trabalhavam com o viés punitivo. (Entrevistado 1)

Em 1994, **com o Matias Flach no CONFEN, a estratégia nossa foi fazer uma forte parceria no CONFEN com os centros que poderiam ser referências para esta política;** O CMT, o CETAD e o pessoal da Escola Paulista de Medicina. E, neste momento de aglutinação, a gente falou, o CONFEN só vai patrocinar capacitação com estes centros. E isto só foi possível enquanto o Matias esteve na presidência do CONFEN. (Entrevistado 1)

Então, **no CONFEN a gente entendia que não precisava pensar igual em drogas, divergências de idéias não significava inimizades. Aliás, ninguém pode pretender ter o monopólio do pensamento correto em relação às drogas, nós estávamos sempre, nas divergências, procurando as confluências.** Então, eu acho que em alguns momentos se conseguiu estabelecer idéias mais tranqüilas em relação às drogas. Era difícil, no início, a relação dos membros dos órgãos científicos no CONFEN, com os representantes dos setores repressivos, mas a gente começou a conseguir conviver bem com a diversidade. (Entrevistado 6)

A atuação da Coordenação de Saúde Mental - mais direcionada para a consolidação da abordagem da questão de álcool /drogas sob a perspectiva de saúde do que para a inclusão da atenção a usuários de álcool e outras drogas no processo de reestruturação da atenção em saúde mental - não gerou críticas ou controvérsias entre os especialistas da área, entre os técnicos da Saúde Mental ou mesmo entre os movimentos sociais.

**[...] há uma baixa densidade do debate de álcool e drogas no processo da Reforma Psiquiátrica e do debate da Reforma nos anos 90. Não só a Saúde Pública se debruçava pouco sobre isto enquanto política pública, como também os movimentos sociais discutiam pouco isto ou quem discutia a questão de álcool e drogas, discutia por outro lado.** (Entrevistado 2)

Se por um lado, os técnicos de saúde mental constataram a presença significativa de alcoolistas nos hospitais psiquiátricos e a inadequação destes dispositivos assistenciais para o tratamento desses pacientes; por outro, não participaram da construção de respostas a essa situação no setor público de saúde.

Então, quem trabalhava nos hospitais psiquiátricos discutia muito a presença dos alcoolistas. Até hoje [2005], a gente pode dizer que eles ocupam cerca de 18 a 20 % dos leitos, os que têm o alcoolismo como diagnóstico principal. **A única crítica que existia, que era mais freqüente, mais regular, era a de que os hospitais psiquiátricos eram locais inadequados para o tratamento de alcoolismo. Mas não havia uma resposta para a questão de álcool e drogas. É uma lacuna curiosa, interessante, deve ter várias razões, vários motivos [...].**Do nosso lado, do lado de quem trabalhava na Saúde Mental, na minha avaliação, foi o fato de que as pessoas que mais contribuíram para a Reforma, aqui no Brasil, vieram de uma tradição de instituição psiquiátrica, do trabalho com psicóticos. (Entrevistado 2)

Este diálogo era pontual [saúde mental e área de álcool e outras drogas], talvez pela origem das pessoas, pela origem das lideranças no trabalho com os psicóticos, no trabalho em instituições psiquiátricas convencionais onde se trabalhava com a questão dos direitos dos pacientes e onde havia um contato menor, de fato, com a questão de álcool e drogas. (Entrevistado 2)

Os movimentos sociais no campo da saúde mental também não incluíram em suas pautas aspectos vinculados à atenção aos dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

**O movimento social que contribuiu decisivamente para a aprovação da Lei da Reforma, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, a Luta Anti-Manicomial, o movimento geral da Reforma Psiquiátrica, ele não tinha diálogo com a questão de álcool e drogas.** (Entrevistado 2)

Na verdade, no hospital psiquiátrico, como está relatado na literatura, principalmente nos livros de Michel Foucault, você tinha toda sorte de pessoas; você tinha presos políticos, pessoas que perturbavam a ordem, militantes políticos, pessoas com suposto mau comportamento em casa, mulheres grávidas [...].Então, quando o movimento social surge, ele sabia que nos hospitais havia tudo isso, **mas o alvo do movimento sempre foi as pessoas com transtornos mentais.** Porque sabia-se que se tivesse uma política assistencial que desse conta desta clientela, que tinha menos poder de barganha, de troca, de reivindicação, porque são pessoas que têm uma subjetividade diferente, têm uma maneira própria de pensar o mundo, de ver as coisas [..]. **Estas outras pessoas que estavam dentro dos hospitais, como no caso dos usuários de álcool, eles já estavam por princípio erroneamente no estabelecimento.** Então, achava-se que se conseguisse tirar estas pessoas que supostamente, que tinham mais resistência da sociedade [...] porque em nome da periculosidade, da incapacidade, justificava-se a existência do estabelecimento, com a saída delas, automaticamente, estas outras pessoas que estavam lá, também acessariam outras formas de atendimento, de tratamento. (Entrevistado 3)

Além desses fatores, é importante considerar que o processo de reforma psiquiátrica brasileira teve grande influência dos processos de reformas psiquiátricas italiana e espanhola. Essas reformas também não produziram respostas para a problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas.

**A perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira não incluía, nos seus discursos, a problemática de álcool e drogas e este fenômeno não ocorreu somente no Brasil. A reforma psiquiátrica na Espanha também não incluiu esta problemática em seu discurso. (Entrevistado 8)**

**Nós temos forte influência da reestruturação da assistência psiquiátrica italiana e os italianos não tocaram nesta questão na reforma; nem os italianos, nem os espanhóis. Tanto que alcoolismo e uso de substâncias estão fora da saúde mental, eles não tiveram coragem de enfrentar exatamente por questões técnicas. Só depois da influência da Holanda, da política de redução de danos, que contaminou rapidamente a Espanha e hoje contaminou a Itália. Então, como a nossa influência teórica e, digamos, ideológica é fortemente centrada no modelo italiano, que excluiu este grupo de clientela, eu acho que esta é a raiz das nossas dificuldades, entre os técnicos. Então, como a gente não tinha, do ponto de vista técnico, substrato era mais fácil tomar a decisão política de não enfrentar esta situação. (Entrevistado 1)**

Apesar da possibilidade colocada, a partir do processo de reestruturação da atenção em saúde mental, de criação de uma rede substitutiva de serviços ou formas de atenção para dependentes de álcool e outras drogas, os vários fatores aqui considerados contribuíram para que a atenção na área de álcool e outras drogas permanecesse desarticulada do campo da saúde mental ao longo da década de 90. Em situações pontuais, foram criados serviços substitutivos especializados. Em 1996 em Natal/RN e em 1998 em Santo André/SP, surgiram os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), destinados a dependentes de drogas, no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira, iniciando uma prática de atenção que começou a aproximar a Saúde Mental da área de álcool e outras drogas.

Em 1999, a necessidade de atenção a usuários de álcool e outras drogas motivou a criação do documento “Proposta de Normalização dos Serviços de Atenção aos Transtornos por Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas” que propôs a inclusão de alguns procedimentos específicos no SUS da área de álcool e drogas, de maneira a viabilizar sua execução no setor público de saúde. Esse documento foi produzido por meio de uma articulação entre SENAD e MS, porém, não produziu modificações relevantes na assistência prestada pelo SUS aos usuários de álcool e outras drogas. A produção do documento, embora demonstrasse uma necessidade de abordagem dessa questão no âmbito do SUS, não foi acompanhada de um debate público, nem mesmo no setor saúde.

A dinâmica dos processos ocorridos ao longo da década de 90 no campo da saúde mental revelou dificuldades na aproximação entre as áreas de álcool e outras drogas e a saúde mental.

**[...] há uma lacuna, um muro que separa estas duas áreas, talvez um fosso mais do que um muro, que tem que ser transposto.** (Entrevistado 2)

Esse fosso começou a ser transposto a partir do ano 2000, quando começaram a ser criadas as condições técnicas e políticas para o encontro efetivo da área de álcool e outras drogas com a saúde mental e com o SUS por meio do estabelecimento da política pública de saúde para usuário de álcool e outras drogas. No setor saúde, a realização de um seminário sobre a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no MS em 2001, a proposição da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), também em 2001, de inclusão da atenção a usuários de álcool e outras drogas no SUS e a publicação de portarias ministeriais na área de álcool e outras drogas em 2002 favoreceram a consolidação no MS da posição daqueles que defendiam que a atenção a usuários de álcool e outras drogas deveria ser feita no âmbito do SUS.

### **3.4 A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: O USO PREJUDICIAL E A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA AGENDA DA SAÚDE PÚBLICA**

Na década de 90, foram criadas condições no setor saúde - a partir dos processos de implementação do SUS, da reestruturação da atenção em saúde mental e dos programas de redução de danos - que favoreceram o estabelecimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas em 2003. Essas condições, no entanto, não foram suficientes para que fosse tomada a decisão de estabelecê-la.

Tal decisão resultou de processos que ocorreram entre os anos 2001 e 2003 e que envolveram diferentes atores e interesses. De um lado, havia uma pressão das comunidades terapêuticas para obter financiamento do SUS, posição que contava com apoio de alguns setores do Ministério da Saúde e da SENAD; de outro, havia uma pressão de outros setores do Ministério da Saúde, entre eles a Coordenação de Saúde Mental, para que a questão de álcool e outras drogas fosse abordada no âmbito do SUS. Essas diferenças - aparentemente de ordem técnica, sobre modelos e dispositivos assistenciais a serem adotados no País - revelavam também um debate político-ideológico, ainda que pouco explícito, entre as diferentes concepções existentes no País em relação à abordagem dos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Tratava-se de

adotar uma política coerente com o discurso antidrogas ou de inaugurar uma outra proposta política, focada não na droga, mas na redução dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no campo da saúde pública brasileira.

No Ministério da Saúde, a segunda posição foi se consolidando. Uma proposta política, atenta às necessidades de abordagens intersetoriais, pautada pelos princípios do SUS, pelas diretrizes do processo de reforma psiquiátrica e pela concepção ampliada de redução dos danos, foi se constituindo no setor público de saúde do Brasil.

### 3.4.1 O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA

O processo de formulação da política do Ministério da Saúde para atenção aos usuários de álcool e outras drogas iniciou-se no ano 2001, no Governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso e se estendeu até o ano 2004, no Governo do Presidente Lula. Ao longo desse período, foram criadas as condições políticas que permitiram a inclusão da abordagem do uso prejudicial e da dependência de álcool e outras drogas na agenda do setor público de saúde.

No Ministério da Saúde, ao longo do ano de 2001, alguns fatos relacionados à área de álcool e outras drogas começaram a criar situações - entre elas o conflito de posições dentro do próprio Ministério e a III Conferência Nacional de Saúde Mental - que colocaram como necessária uma definição quanto à política a ser adotada pelo setor saúde na área de álcool e outras drogas.

Duas posições disputavam a hegemonia dentro do Ministério da Saúde. Uma delas reforçava a dissociação observada, ao longo do século XX, entre o campo da saúde pública e a abordagem dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, defendia que a política de álcool e outras drogas ficasse restrita ao financiamento das comunidades terapêuticas. A outra posição buscava uma aproximação entre a Saúde Pública e a área de álcool e outras drogas, defendia a criação de uma política e de uma rede atenção ao usuário de álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

**[...] havia uma inquietação, era preciso dar uma resposta a isto... Esta resposta aqui no Ministério da Saúde era buscada fora da Saúde Mental e até de certa maneira fora da rede. A resposta passava um pouco pela discussão se vamos ou não vamos financiar comunidades terapêuticas.** As perguntas que se colocavam eram mais ou menos desta ordem. (Entrevistado 2)

Em meio a esse debate, iniciou-se o processo de formulação da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas. Em junho de 2001, o Ministro José Serra, por meio da Portaria GM nº 843, decidiu:

Art. 1º - Incluir, nas áreas de atuação da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a área técnica de Assistência aos Portadores de Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas.

Art. 2º - Instituir no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, o Grupo Técnico de Assessoramento na área de Assistência aos Portadores de Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2001b).

As justificativas para essas decisões foram construídas a partir da necessidade de enfrentamento, pelos gestores do setor saúde, de problemas de saúde associados ao uso indevido e à dependência de álcool e outras drogas e dos elevados custos sociais e econômicos a eles associados. Foram também consideradas no estabelecimento dessas decisões: a necessidade de sistematizar o conhecimento oriundo das diferentes experiências assistenciais e pesquisas realizadas no País de maneira a subsidiar a atuação do Ministério da Saúde nessa área e a necessidade de adoção de mecanismos de parametrização técnica e de avaliação da possibilidade de financiamento das instituições de assistência às pessoas portadoras de transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas.

O Grupo Técnico de Assessoramento foi composto por representantes dos centros de referência para tratamento, pesquisa e prevenção, representantes da comunidade científica, representantes da SAS/MS, um representante da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (ABEAD), um representante da Federação das Comunidades Terapêuticas do Brasil (FEBRACT) e um representante da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). É importante observar que esse Grupo não contou com a participação de representantes da área de DST/AIDS do MS, que já desenvolvia ações de saúde junto aos usuários de drogas por meio dos projetos de redução de danos, nem da área de Saúde Mental do MS, que, embora ainda não tivesse incluído a abordagem dos usuários de álcool e outras drogas no processo de reestruturação da atenção em saúde mental, historicamente foi a área responsável pelo trabalho relacionado a essa temática.

A ausência da Saúde Mental pode ser explicada pela posição que essa área tinha em relação à política a ser adotada pelo Ministério da Saúde, que divergia de alguns de seus dirigentes. A Saúde Mental defendia que a atenção a usuário de álcool e outras drogas fosse feita no âmbito do SUS e não por meio do financiamento de instituições privadas (filantrópicas ou não) de assistência:

Em 2001, foi criado um grupo de trabalho numa articulação da SENAD com o Ministério da Saúde, mas uma articulação que não incluía a Saúde Mental. A idéia era fazer uma discussão para criar uma linha geral para uma política [...]. Na Saúde Mental, a gente defendia, na época, é que este grupo de trabalho deveria ser da Saúde Pública e que para este grupo deveria se chamar também gestores, o CONASS, o CONASEMS [...]. Este grupo teve uma forte participação das comunidades terapêuticas. (Entrevistado 2)

**[...] existia uma forte idéia de que a política de álcool e drogas poderia ser apenas uma política de financiamento de comunidades terapêuticas. Isto existia como idéia dentro do Ministério da Saúde, entre alguns setores dirigentes. Não era a idéia da Saúde Mental.** (Entrevistado 2)

Entre as várias atribuições do Grupo Técnico de Assessoramento, estava a formulação de políticas assistenciais para essa área e a prestação de auxílio à SAS na organização de redes assistenciais, na normatização técnica da área e na definição de fluxos de atendimentos. Entretanto, esse grupo não avançou na construção dessas propostas de trabalho.

Este grupo se reuniu, mas acabou não produzindo, ele não teve um produto (Entrevistado 2).

Em agosto de 2001, apesar da indefinição quanto à área do Ministério da Saúde que deveria se responsabilizar pela questão de álcool e outras drogas, a Saúde Mental, sob a coordenação do psiquiatra Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado, organizou o Seminário Nacional sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na rede SUS.

Foi um Seminário interessante que mostrou as contradições e as dificuldades que havia dentro do próprio Ministério da Saúde em relação à área de drogas [...]. (Entrevistado 2)

Apesar das contradições existentes, o relatório final desse Seminário recomendou a inclusão da atenção a usuário de álcool e outras drogas no SUS. As condições efetivas para essa inclusão foram criadas, no ano de 2002, por meio da publicação de portarias ministeriais que



normatizaram os dispositivos e criaram mecanismos de financiamento para essa atenção no SUS, e, no ano de 2003, por meio da elaboração da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, cuja primeira versão foi publicada no mês de março, no início do Governo Lula.

Essas portarias começaram a ser elaboradas pela Coordenação de Saúde Mental ainda no ano de 2001, mas só foram publicadas em 2002, após recomendação da III CNSM de se inserir a atenção a usuários de álcool e outras drogas no processo de reforma psiquiátrica brasileira e no SUS e após a superação de alguns impasses dentro do próprio Ministério da Saúde.

A primeira dessas portarias - a GM 336, que estabeleceu, entre outras definições, os serviços substitutivos de atenção diária específicos para a área de álcool e outras drogas (os Centros de Atenção Psicossocial – álcool/drogas, os CAPS ad) - foi elaborada em 2001 e só publicada em 2002, após a realização da III CNSM.

Então, eu participei de um grupo de trabalho para redigir a revisão da [portaria] 224, que é a 336. Então, quando a gente passou para o Pedro [Gabriel Delgado] a portaria, a gente tinha a plena consciência que politicamente ela estava aprovada. A gente não tinha muita dúvida que ela seria aprovada justamente pelo acumulado técnico do ano de 2001, que foi coroado com a Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta Conferência deu tanta força política à Coordenação de Saúde Mental porque você faz um evento em Brasília, com 1400 pessoas e a tradição das conferências nacionais é de não se encerrar. Todas as outras conferências temáticas não conseguiram se encerrar. A única conferência que terminou foi a de Saúde Mental. Então eu acho que este dado é um dado político fundamental. O Pedro saiu muito fortalecido da Conferência do ponto de vista político e o Ministro, uma pessoa inteligente, o José Serra, ele queria que as questões dessem certo. Então, no início de 2002, foi aprovada a portaria 336, dois meses após a Conferência. Ela já estava pronta, mas ela não podia sair, ela tinha que esperar a Conferência, para ver qual era a força política para botar uma portaria daquela na rua. A Conferência ratificou, de maneira arrasadora, a política do Ministério. A Conferência em si foi um êxito político muito grande. (Entrevistado 1)

Na III CNSM, realizada em dezembro de 2001, praticamente dez anos após o início da reestruturação da atenção em saúde mental no SUS, foi feita a recomendação de inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas nesse processo no Brasil, superando, ao menos no campo discursivo, a cisão entre a área de saúde mental e a área de álcool e outras drogas.

**Com a III Conferência, isso [a atenção ao usuário de álcool e outras drogas] se colocou como pauta da Saúde Mental no campo da Saúde Pública.** (Entrevistado 2)

Em 2001, aprovamos na Conferência de Saúde Mental uma resolução muito interessante, uma resolução muito clara dizendo que álcool e drogas é um problema da Saúde Pública e da Saúde Mental. (Entrevistado 2)

**Então, o resultado político mais importante da Conferência foi propiciar a defesa e a legitimação de uma política para álcool/drogas.** (Entrevistado 1)

Essa recomendação está presente no capítulo 13 do Relatório Final da III CNSM:

**Na construção da política de saúde mental, é fundamental garantir que o Ministério da Saúde defina políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que deverão ser baseadas no respeito aos direitos humanos, nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. É fundamental, também, garantir que o SUS se responsabilize pelo atendimento dos usuários de álcool e drogas e, ao mesmo tempo, não reduza esta questão a uma problemática exclusiva da saúde.**

Com esta perspectiva, é necessária a criação de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas integrada à rede do SUS, que evite a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas até então destinadas à sua internação (BRASIL, Ministério da Saúde a, 2002, p.60).

A partir da III CNSM, a própria área de saúde mental que, no início do processo de reforma psiquiátrica, apresentava dificuldades em incluir a problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas, passou a reivindicar o estabelecimento de políticas públicas de atenção para essa área no âmbito das políticas de saúde mental.

**Acho que parte da demanda [de formulação da política] surgiu na III Conferência Nacional de Saúde Mental e, neste sentido, foi uma demanda oriunda do movimento social, não é uma demanda do Movimento da Luta Anti-Manicomial, não é, absolutamente não é, nunca foi, em nenhum momento ela apareceu desta forma, continua não sendo, hoje em setembro de 2005. Embora, o próprio Movimento comece a se sensibilizar com esta questão.** (Entrevistado 2)

**A partir dali (III CNSM), nós todos tínhamos que fazer esforços - os gestores, os usuários e os movimentos sociais - para incluir a questão de álcool e drogas na saúde pública.** (Entrevistado 2)

O próprio percurso do processo da reestruturação da atenção em saúde mental forneceu algumas evidências da necessidade de criação de respostas do setor público de saúde aos problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Por um lado, os manicômios judiciários passaram a internar mais usuários de drogas, apontando para a necessidade de buscar mudanças na legislação e mesmo alternativas de atenção para essa clientela.

Hoje, os manicômios judiciários têm, quase que na mesma proporção, pacientes psicóticos que cometeram delitos graves e pacientes que estão cumprindo medidas de segurança em função da droga. Começaram a entrar, em função da legislação, a Lei nº 6368, muitos pacientes que faziam uso de drogas. (Entrevistado 2)

Por outro lado, com o avanço da reforma psiquiátrica, os hospitais psiquiátricos passaram a ser mais criteriosos nas indicações de internação. Alguns deixaram de prestar assistência a alcoolistas e toxicômanos a partir da constatação da sua inadequação para o atendimento de tais pacientes, evidenciando, mais uma vez, a necessidade de criação de alternativas de atenção.

E eu vejo também que, com o fim do hospital psiquiátrico, o fim da internação no hospital psiquiátrico...como a demanda a gente sabe que era grande para o hospital psiquiátrico, então, agora é preciso criar um outro modelo de tratamento. (Entrevistado 9)

**Então, havia também esta pressão que eu acho importante mencionar, nós identificávamos no campo da Reforma problemas que precisavam ter uma solução.** Eu acho que houve uma iniciativa mesmo do campo da gestão da Saúde Mental do Ministério da Saúde de fazer isto, de fazer isto que começou em 2002. (Entrevistado 2)

Apesar do fortalecimento político da Coordenação de Saúde Mental e da recomendação de inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no processo de reestruturação da atenção em saúde mental na III CNSM, o Ministério da Saúde manteve até o início de 2002 uma posição ambígua em relação à política a ser adotada e à área a ser responsabilizada pela abordagem da questão de álcool e outras drogas. A contribuição de alguns atores do Ministério da Saúde foi importante para que algumas definições pudessem ser estabelecidas:

**A Sônia Barros, que era a diretora da Assessoria Técnica (ASTE) da SAS, área onde fica a Saúde Mental, assumiu a idéia de que era preciso dar seguimento ao esforço de criar uma política dentro da Saúde Mental, ela apoiou a Saúde Mental neste esforço e foram criadas estas duas portarias [a 336 e a 189].** Acho que elas são uma espécie de marco inaugural deste momento [...] estas portarias foram integralmente feitas pela área de Saúde Mental, embora elas não deixem claro que a área de álcool e drogas esteja ligada à Saúde Mental. Se você ler a portaria, você vai ver que esta ambigüidade está colocada lá, mas ela foi feita e conduzida pela Saúde Mental. (Entrevistado 2)

Essa contribuição permitiu que, ao longo do ano de 2002, fossem publicadas portarias ministeriais que forneceram o esboço do que se tornaria a política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas:

- Portaria GM nº336 de 19/02/2002. Esta portaria, entre outras definições, criou a possibilidade de existência no SUS dos Centros de Atenção Psicossocial-álcool/drogas (CAPS ad), que são serviços de atenção diária para pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- Portaria SAS nº189 de 20/03/2002. Esta Portaria, entre outras definições, incluiu na tabela serviços do SIA/SUS, os procedimentos referentes à atenção a pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas nos CAPS ad;
- Portaria GM nº 816 de 30/04/2003. Esta Portaria instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, com objetivos de articular ações desenvolvidas nas três esferas de governo na atenção aos pacientes com dependência ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas; organizar e implantar rede de serviços extra-hospitalares para esses pacientes; aperfeiçoar intervenções preventivas de maneira a reduzir os danos sociais e à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas; realizar ações de atenção integral aos pacientes e seus familiares; organizar demandas e fluxos assistenciais; promover capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental. Essa Portaria previu também a expansão da rede de CAPS ad (meta: 250 CAPS ad em 2004), a criação do Programa Permanente de Capacitação de recursos humanos da rede SUS para os CAPS ad e a alocação de recursos financeiros para a implementação do programa;
- Portaria GM nº 817 de 30/04/2002. Esta Portaria incluiu, na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), procedimentos referentes à atenção hospitalar em hospitais gerais por uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- Portaria SAS nº 305 de 03/05/2002. Esta Portaria definiu as normas de funcionamento e de cadastramento dos CAPS ad e designou centros de referência em vários estados para implementar o Programa Permanente de Capacitação para a rede CAPS ad.

Essas portarias criaram as condições reais para a inserção da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no SUS, com a previsão de ações no campo assistencial, no campo da prevenção e no campo da capacitação de recursos humanos.

**Então, de fato, a gente pode colocar no ano 2002 o esforço inicial deste momento atual de construção de uma política para álcool e drogas.** (Entrevistado 2)

Apesar disso, em 2002, havia fortes pressões para que não se efetivasse a inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito da saúde mental no SUS.

**No governo anterior [do Presidente Fernando Henrique Cardoso], o ponto de vista do Gabinete do Ministro era que a área de álcool e drogas tinha que ser deixada com as comunidades terapêuticas, isto no governo anterior.** Por isto é que foi difícil construir, ainda no governo anterior, a política dentro do próprio Ministério. (Entrevistado 2)

No governo Lula, o cenário político se tornou mais favorável à consolidação de uma política nessa área. O psiquiatra Humberto Costa assumiu o Ministério da Saúde, na Coordenação de Saúde Mental permaneceu o psiquiatra Dr. Pedro Gabriel Delgado. A Saúde Mental tornou-se uma das prioridades do Governo Lula e não só do Ministério da Saúde.

**Então, a partir daí, não só a gente tinha as portarias, como também já passávamos a ter, no discurso oficial do governo, a questão de álcool e drogas como questão de saúde mental, que era uma prioridade de governo.** No início da gestão do Humberto Costa, em um seminário interno, em fevereiro de 2003, já se discutia o que fazer com álcool e drogas. (Entrevistado 2)

Fora do âmbito do SUS, um debate se estabelecia em torno da indefinição do Governo Lula em relação à política de drogas. Cerca de cinquenta instituições governamentais e não-governamentais assinaram o documento “Por uma Política de Drogas Justa e Eficaz” propondo mudanças no rumo da política de drogas no País. O documento criticou a ênfase na repressão e no controle de drogas na política adotada até o Governo Fernando Henrique Cardoso, propôs a desmilitarização da SENAD e a mudança de seu nome para Secretaria Nacional de Políticas sobre Álcool e outras Drogas.

O Governo Lula manteve o nome, assim como localização institucional da SENAD, que permaneceu no Gabinete de Segurança Institucional da Presidência, com a responsabilidade de

coordenar as ações setoriais sobre drogas. Também manteve, à frente da SENAD, como Secretário Nacional Antidrogas, o General Paulo Roberto Yog de Miranda Uchoa.

**[...] é importante lembrar que o Presidente Lula, quando assumiu o governo, no dia primeiro de janeiro de 2003, ele chegou com uma disposição de mudar tudo, de mudar para melhor as políticas do Brasil, mas ele manteve a política nacional sobre drogas, foi uma das poucas que ele manteve.** (Entrevistado 7)

Em março de 2003, no início do Governo, a SENAD realizou o Seminário “Novos Cenários da Política Nacional sobre Drogas” e convocou os Ministérios para que se posicionassem em relação às ações a serem desenvolvidas na área de drogas.

Este talvez tenha sido o evento mais importante para a conscientização das autoridades dos mais diferentes setores de que o seu setor tem que se preocupar com a droga. Tem que se preocupar em ter uma política específica... Acontece que **os Ministérios desconheciam a política nacional**, então não poderiam cumprir esta determinação do Presidente. **Então, nós fizemos o Seminário, preparamos os Ministérios com antecedência, levamos a política para eles**, explicamos o que queríamos com este Seminário e o que que nos queríamos? **Nós queríamos que cada Ministério viesse ao Seminário, já conhecendo a política e com idéias a respeito da sua própria participação dentro do que a política prevê, ‘qual o papel para o meu Ministério, para o meu setor nesta política?’** Todos os Ministérios e Secretarias Especiais, que têm o nível de Ministério, compareceram e prestaram excelentes contribuições. (Entrevistado 7)

Nesse Seminário, possivelmente atendendo a essa convocação da SENAD e já delimitando a sua concepção e a abrangência de sua atuação nessa área, o Ministério da Saúde apresentou a primeira versão da sua Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas:

**Nós lançamos o documento naquele evento**, conversamos com a SENAD sobre este lançamento, mas **foi uma tentativa também de mostrar claramente que a Saúde Pública tinha uma agenda própria e que compete à SENAD, ao CONAD, fazer a articulação** intersetorial. (Entrevistado 2)

Apesar de ter sido publicado e lançado no Seminário promovido pela SENAD, a elaboração do documento da política não contou com a participação dessa Secretaria.

Olha na elaboração da política apresentada neste documento, que é o embrião da política que vem se transformando, não houve nenhuma articulação particular ou de especial relevância [ com a SENAD]. (Entrevistado 2)

No Governo Lula, passou-se a fazer um esforço de articulação entre as ações dos Ministérios da Saúde e da SENAD.

**O que houve foi um esforço, desde o início do governo Lula, para estabelecer relações institucionais claras com a SENAD. No governo anterior, a SENAD jogava de um lado e o Ministério da Saúde de outro, não havia esta articulação.** Como eu disse para você, a gente fez a Conferência Nacional de Saúde Mental e a SENAD fez o Fórum Nacional Antidrogas na mesma data, exatamente nos mesmos dias” (Entrevistado 2).

**Há um esforço, que não é fácil, de fazer com que a SENAD cumpra o seu papel de articulação intersetorial e o Ministério cumpra seu papel de organização da rede, de trabalhar a questão do tratamento e da prevenção.** Isto foi feito com muito custo principalmente em 2003. O próprio Gastão Wagner, várias vezes eu tive reunião com o Gastão, com os dirigentes da SENAD e com o próprio Ministro, para dizer ‘isto é tarefa do Ministério da Saúde, isto não é tarefa da SENAD’. (Entrevistado 2).

No âmbito do Ministério da Saúde, em abril de 2003, o Ministro em exercício, Gastão Wagner de Souza Campos, criou, por meio da Portaria GM nº457 de 16 de abril de 2003, um novo Grupo de Trabalho para estabelecer diretrizes para a Política de Álcool e outras Drogas. Esse Grupo não só contou com a participação, como foi alocado na área técnica de Saúde Mental da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Essa área técnica tornou-se responsável pela condução da implementação da política no âmbito do SUS. O Grupo contou também com a participação de outras áreas do Ministério da Saúde: Secretaria Executiva, Coordenação de DST/AIDS, ANVISA e SAS (Saúde do Adolescente e do Jovem, Prevenção de Violência e Causas Externas, Saúde do Trabalhador e Atenção Básica). A composição desse Grupo envolveu áreas técnicas que atuavam junto a problemas ou a segmentos da população que sofriam as conseqüências do uso prejudicial ou da dependência de álcool e outras drogas. A opção pela constituição de um Grupo de Trabalho no interior do Ministério da Saúde reafirmou a decisão de consolidação de uma política e de efetivação de uma atenção a usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

Em 2003, o Decreto Presidencial de 28 de maio atribuiu ao Ministério da Saúde a responsabilidade de coordenação de um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para “avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool, bem como a harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas, em território nacional” (BRASIL, Presidência da República, 2003). Esse Decreto reafirmou a atribuição do Ministério da Saúde na construção de uma

proposta de atenção a usuários de álcool, bem como reafirmou a decisão governamental de enfrentar os problemas associados a consumo de álcool no Brasil.

As proposições desses Grupos de Trabalho estão contidas na segunda versão do documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, publicada em 2004.

### 3.4.2 A PROPOSTA POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

No documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, o MS reafirmou o compromisso de enfrentar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas como questões de saúde pública.

É importante, portanto, destacar que, neste governo, o Ministério da Saúde assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004a, p.9).

No documento, foram também apresentados o marco teórico-político e as diretrizes da política do Ministério da Saúde para a área de álcool e outras drogas, elaborados em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira e dentro de uma lógica ampliada de redução de danos.

O marco teórico-político adotado propõe uma ruptura com abordagens reducionistas dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Reconhece que a presença das drogas nas sociedades contemporâneas é um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas e que, portanto, não deve ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas, como historicamente o foi no Brasil, nem tão pouco objeto de intervenções exclusivas do campo da saúde pública. A abordagem proposta prevê a realização de ações intersetoriais e propõe ainda que, em uma área tão complexa, as intervenções não devam objetivar exclusivamente a abstinência de drogas.



A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas em saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito[...]. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003a, p.10).

O documento propõe como diretrizes: a alocação da questão do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública; a indicação do paradigma da redução de danos nas ações de prevenção e de tratamento; a desconstrução da concepção do senso comum de que todo usuário de drogas é doente e requer internação ou prisão e a mobilização da sociedade civil para participar de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras. A política prevê ainda a viabilização de uma atenção integral no SUS (ações preventivas, de promoção e proteção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, a construção de redes assistenciais formada por dispositivos especializados -os CAPS ad - e não-especializados - unidades básicas, programas de saúde da família e hospitais gerais) e o estabelecimento de ações intersetoriais para que se possa reduzir os riscos e os danos à saúde associados ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil.

A política proposta foi fortemente influenciada pelos programas de redução de danos e pelo processo de reestruturação da atenção em saúde mental. Buscou inaugurar uma prática de saúde pública capaz de superar abordagens antidrogas e moralistas ainda muito presentes nas práticas desenvolvidas no País na área de álcool e outras drogas.

### **3.5 SÍNTESE**

O processo que resultou na política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas envolveu conflitos de atores, de interesses e de concepções. A posição de alguns atores do Ministério da Saúde e as condições políticas criadas para sua sustentação permitiram que, no Brasil, os problemas de saúde associados ao consumo de álcool e outras drogas passassem a ser abordados no âmbito do setor público de saúde, como problemas de saúde pública.

O estabelecimento do SUS, as políticas de prevenção da AIDS e o processo de reestruturação de atenção em Saúde Mental, conforme demonstrado, criaram condições favoráveis, mas não suficientes, para o surgimento dessa política.

#### SUS

O estabelecimento do SUS permitiu que fossem criadas as condições legais e conceituais para a efetivação da atenção integral, universal e equânime em saúde a todo cidadão brasileiro, inclusive aos usuários de drogas.

#### AIDS

A constatação do crescimento do segmento de usuários de drogas injetáveis entre as pessoas contaminadas pelo HIV e a urgência de se criar medidas preventivas a fim de evitar a disseminação da AIDS entre os usuários, seus parceiros sexuais e a população em geral tornaram necessário e inadiável o encontro da Saúde Pública com o uso de drogas.

A implementação, conduzida pelo Ministério da Saúde, de programas de prevenção à contaminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis, sobretudo daqueles que incluíam projetos de redução de danos foi viabilizada pela ação de alguns atores sociais que já atuavam na abordagem do fenômeno das drogas no Brasil:

- O CONFEN, que emitiu parecer favorável à implementação de projetos de redução de danos no Brasil;
- Os centros de referência de tratamento, pesquisa e prevenção que possuíam técnicos capacitados que trabalharam na implementação de várias linhas de trabalho do Projeto Drogas e AIDS, inclusive de projetos de redução de danos;
- A ONU, por meio da UNDCP, que favoreceu o financiamento sobretudo das ações de prevenção do Programa Nacional de DST/AIDS.

Outros atores sociais surgiram no processo de implementação dos programas de redução de danos e contribuíram para sua consolidação:

- Os movimentos sociais de redução de danos;
- O corpo técnico do Ministério da Saúde.

Alguns desdobramentos da implementação dos programas de redução de danos podem ser relacionados com o surgimento da política aqui considerada:

- A flexibilização das formas de abordagem do usuário de drogas, que deixaram de visar exclusivamente o estabelecimento da abstinência;
- A aproximação dos usuários de drogas do SUS;
- A veiculação da concepção de redução de danos como uma abordagem possível, pragmática e eficaz no campo da saúde pública, mais focada no enfrentamento dos problemas associados ao consumo.

Na prevenção da AIDS, a necessidade de ações de saúde voltadas para usuários de drogas injetáveis, apontada por indicadores epidemiológicos do início da década de 90, traduziu-se, quase que imediatamente, em ações no setor público de saúde. Em 1995, começaram a ser desenvolvidos os primeiros projetos de redução de danos no Brasil.

#### Saúde Mental

Na área de saúde mental, a produção de alternativas de atenção - cuja necessidade foi constatada em 1992, quando mais de um terço das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos apresentavam problemas diretamente relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas - só ocorreu nos anos 2002 e 2003.

A atuação da Coordenação de Saúde Mental na década de 90 contribuiu principalmente para a introdução de modificações na abordagem da problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas no País, por meio da(o):

- Difusão de uma concepção focada no sujeito e no seu sofrimento e não na substância, favorecendo a construção de práticas de redução de demanda em oposição às práticas repressivas e criminalizantes predominantes no País;
- Incentivo às experiências que trabalhavam com essa concepção, a princípio realizadas pelos centros de referência de tratamento, prevenção e pesquisa e, posteriormente, pelos NAPS/CAPS destinados a dependentes de álcool e outras drogas.

Alguns fatores, constatados no processo de reestruturação da atenção em Saúde Mental na década de 90, dificultaram a inclusão da questão de álcool e outras drogas no campo da saúde mental:

- A presença de um corpo técnico, na área de álcool e outras drogas, mais comprometido com a produção técnico-científica do que com a perspectiva da criação de uma política pública nessa área;
- A ausência de movimentos sociais no campo da saúde mental que abordassem a problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas ou mesmo os direitos sociais dos usuários de substâncias psicoativas;
- A ausência de práticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas nas experiências estrangeiras de reforma psiquiátrica que inspiraram a reforma psiquiátrica brasileira.

Apesar disso, a consolidação de experiências que introduziram uma abordagem sob o viés da clínica e da saúde permitiu a sustentação da possibilidade de criação de uma prática de atenção a usuários de álcool e outras drogas no âmbito do setor público de saúde.

Essa possibilidade se transformou em realidade no SUS a partir do ano 2002 - com a publicação de portarias ministeriais que viabilizaram a criação de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas - e do ano 2003 - com o estabelecimento da política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

A decisão política da Coordenação de Saúde Mental de incluir a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no processo de reestruturação da atenção em saúde mental, corroborada pelo Ministério da Saúde, sobretudo a partir do Governo Lula, foi um fator decisivo para o estabelecimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil.

## CAPÍTULO 4: OS FATORES ASSOCIADOS À CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO BRASIL

Neste capítulo, identificamos os fatores que contribuíram para o estabelecimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas no ano 2003. Alguns desses fatores foram considerados a partir da revisão bibliográfica apresentada no capítulo 1, outros, a partir da investigação dos antecedentes históricos dessa política, abordados nos capítulos 2 e 3.

O primeiro fator a ser analisado é a influência do impacto financeiro – sobretudo no SUS - e social - sobretudo na saúde - dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas na decisão do governo brasileiro de estabelecer uma política pública de saúde na área de álcool e outras drogas.

Na história das intervenções governamentais destinadas ao controle do uso de álcool e outras drogas no Brasil do século XX, podemos constatar que essas intervenções não foram, inicialmente, influenciadas pelo impacto financeiro e social provocado pelo uso ou pela dependência dessas substâncias. As primeiras intervenções surgiram no campo da segurança pública e destinavam-se principalmente ao controle e à repressão da oferta e do consumo de drogas ilícitas. No campo da saúde pública, as drogas lícitas, que sempre foram as mais consumidas, se tornaram objeto da atenção governamental principalmente a partir da década de 80, quando o Ministério da Saúde começou a manifestar sua preocupação, registrada em alguns programas elaborados, com os altos custos decorrentes das consultas ambulatoriais e internações psiquiátricas e dos benefícios previdenciários utilizados por alcoolistas. Essa preocupação, justificada pelos gastos de recursos públicos, foi suficiente para produzir a elaboração de programas governamentais para abordagem de alcoolistas, mas não para desencadear ações, no setor público de saúde, que minimizassem os comprometimentos de saúde decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas.

Em 2003, o Ministério da Saúde considerou a relevância do impacto – financeiro, social e na saúde da população – dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas na formulação da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas.

**Os principais limites observados pela não priorização, por parte do Ministério da Saúde, de uma política de saúde integral dirigida ao consumidor de álcool e outras drogas, podem ser percebidos a partir do impacto econômico e social que tem recaído para o SUS...** (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003a, p.7). (grifo nosso)

Em todo o mundo, **são evidentes os agravos decorrentes do uso indevido de substâncias psicoativas, também é de conhecimento público a crescente elevação dos custos decorrentes direta ou indiretamente de tal uso** (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003a, p.27). (grifo nosso)

**O uso de álcool impõe às sociedades de todos os países uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, que acometem os indivíduos em todos os domínios de sua vida** (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003a, p.17). (grifo nosso)

Entre os entrevistados, há um consenso quanto à relevância do impacto financeiro, social e na saúde provocado pelo consumo de álcool e outras drogas no estabelecimento da política pública de saúde para essa área.

**[...] droga não é só uma questão de altruísmo. Não se trata drogado apenas por bondade. Há aspectos pragmáticos de custo social, de custo familiar, de repercussões nas relações de trabalho,** estas questões não podem ser esquecidas. (Entrevistado 6)

Eu acho que **esta ênfase na criação de uma política de álcool e outras drogas,** porque que o governo toma esta decisão, eu acho que é uma questão multifatorial. Ela é **determinada talvez por uma certa avaliação dos gastos com internações de pessoas com outras doenças que são conseqüências deste uso contínuo e prolongado. Eu acho que tem a ver um pouco com uma certa associação com a violência, eu acho que tem a ver com acidentes, com as causas externas, com acidentes de trânsito, com homicídios.** Todos estes fatores levam o governo a perceber a necessidade de investir na prevenção e no tratamento das pessoas. **O fato de camadas sociais elevadas fazerem uso excessivo[...].** Eu acho que hoje tem mais um clima para esta admissão e esta necessidade real dada por números, pelas estatísticas das internações em hospitais gerais (Entrevistado 3).

Alguns entrevistados destacaram a importância do impacto financeiro dessa problemática no SUS para o estabelecimento da política.

Mas o que eu fico mais preocupado é que **o governo na verdade, o maior recurso que ele gasta hoje no SUS está envolvido com álcool e droga.** Eu já vi alguns levantamentos sobre isso e estatisticamente, você deve saber disso, o governo gasta muito. (Entrevistado 9)

**No nível central, eu não tenho dúvida, eu tenho segurança absoluta que isto [o impacto financeiro] influenciou [...] é seguro que teve influência esta questão mais**

gerencial, como teve na década de 90, o gasto pesou muito. **Neste sentido, no plano federal, eu não tenho dúvida, o Pedro [Gabriel Delgado] construiu uma argumentação muito consistente da questão financeira também** (Entrevistado 1)

Alguns entrevistados observaram a importância do crescimento do consumo de drogas ilícitas e de seu impacto nos serviços de saúde na definição da política. Já o consumo de bebidas alcoólicas e seu impacto nos serviços de saúde, observados ao longo do século XX, sobretudo nas décadas de 70 e 80, não foram suficientes para desencadear ações no setor público de saúde.

**Os alcoolistas sempre estiveram nos hospitais psiquiátricos, ocuparam muitos leitos clínicos, as urgências, as emergências...** Agora a problemática da droga trouxe um a mais, os quadros psicóticos associados ao consumo de droga, as urgências, as emergências. Sobretudo a partir do consumo de cocaína e do crack que chega ao Brasil no fim da década de 80 e início da década de 90. **Agora, os danos provocados pela cocaína e pelo crack chegando aos serviços de saúde, eu acho que isto pode ter despertado a atenção para as estatísticas do que o álcool sempre causou. Me parece que este despertar foi proporcionado** pela cocaína e pelo crack. Eu acho que isto tem forçado uma política. (Entrevistado 8)

**Bem, o impacto econômico provocado pelos transtornos decorrentes do consumo de álcool sempre houve.** O custo decorrente das pancreatites, dos quadros hemorrágicos, digestivos, os quadros de anemia, **isto sempre teve impacto financeiro na saúde.** (Entrevistado 3).

[...]o problema hoje tem outra magnitude também [...] O problema não é o álcool, a maconha, a cocaína vai subindo, o crack vai subindo e começam a aparecer os opiáceos injetáveis, o ecstasy e outras substâncias... (Entrevistado 1)

Outros entrevistados, porém, afirmaram a importância do consumo de bebidas alcoólicas e de suas conseqüências na saúde da população para a definição dessa política. Nesse caso, as modificações na postura do gestor de saúde, que teria passado a tomar decisões a partir da consideração de informações epidemiológicas sobre o impacto do problema, é que teriam favorecido a decisão de formulação de uma política.

Você falou de impacto e existe um ator que está contribuindo para esta situação, ele se chama álcool. Então, **o álcool está ajudando a construir esta consciência ampliada em relação às demais drogas.** Então, eu acho que o álcool tem sido um ator importante para esta mudança de comportamento, para esta exigência...porque o álcool está por trás de cerca de 80 a 90% dos homicídios, da violência doméstica, dos acidentes de trânsito com vítimas. Agora parece que a sociedade exige e o governo está atendendo a esta exigência, tomando providências diretamente voltadas para que possamos ter de uma forma global uma política pública para o álcool. (Entrevistado 7)

**Ela [a política] veio como uma resposta à questão de saúde [...] quando você começa a discutir álcool, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, absenteísmo, desagregação familiar, que estão relacionados ao álcool e você começa a trabalhar alternativas possíveis para reduzir os danos e você mostra que o grande problema no campo da saúde pública não diz respeito apenas aos usuários de injetáveis ou aos usuários de drogas ilegais, mas às drogas legais, tabaco e álcool, que têm um impacto na saúde violento. O próprio SUS hoje, os problemas de saúde que batem à porta, os acidentes de trânsito, a grande maioria dos agravos está ali no campo de álcool e drogas. A juventude usando cada vez mais cedo, então, você tem pesquisas, tem dados que acabam mostrando, não dá para negar este problema e a saúde não pode se recusar a encarar isto (Entrevistado 5).**

Se há um reconhecimento entre os entrevistados da relevância do impacto dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no plano financeiro, social e da saúde no estabelecimento da política, é importante observar que as informações sobre esse impacto são processadas em um cenário político marcado por conflitos de interesses e ideológicos de vários atores sociais, como propõe Paim (2003). Esse cenário, muitas vezes, é pouco receptivo às informações epidemiológicas e aos indicadores dos serviços de saúde, ou seja, estas informações sobre as necessidades de atenção em saúde não têm ressonâncias em cenários políticos desfavoráveis.

Essa proposição de Paim (2003) reafirma a importância de se considerar o contexto político no qual as políticas são formuladas e introduz a necessidade de se analisar um outro fator no processo de constituição das políticas públicas de saúde: a influência dos microfundamentos das políticas, do protagonismo de atores sociais e instituições, como observam Bodstein (1996) e Cohn (1991).

Até o início da década de 80, os atores sociais e as instituições atuantes na área de drogas eram mais frequentemente vinculados à Segurança Pública e à Justiça. Suas intervenções nessa área eram realizadas a partir de uma perspectiva repressiva focada na redução da oferta de drogas. Essa perspectiva contribuiu para o estabelecimento de uma cultura alarmista, moralista e antidrogas no Brasil.

De acordo com Bittencourt (1986), na década de 50, foi introduzida no Brasil a perspectiva médico-psiquiátrica para abordagem da questão das drogas, cuja influência pode ser notada principalmente a partir da década de 70. A partir da década de 80, surgiram experiências



clínicas, de pesquisa e de prevenção, que incluíram em seu desenvolvimento aspectos subjetivos e do contexto sócio-cultural e possibilitaram uma abordagem mais complexa dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no País. A partir dessas experiências, surgiram novos atores sociais (profissionais vinculados às universidades e ao setor público de saúde), cujas contribuições corresponderam principalmente a suas produções científicas. Estes atores não tinham muita atuação no campo da formulação de políticas públicas de saúde.

No início da década de 90, a constatação de que cerca de 25 % dos portadores de HIV haviam se contaminado em experiências de uso compartilhado de seringas na administração de drogas injetáveis provocou uma resposta quase que imediata do poder público no desenvolvimento de ações de controle de transmissão da AIDS entre os usuários de drogas injetáveis e entre estes e seus parceiros sexuais. A possibilidade de disseminação da doença para grande parte da população e os custos sociais e econômicos a ela associados foram capazes de produzir respostas quase que imediatas do poder público. Entre as respostas elaboradas para prevenir a transmissão do HIV entre os usuários de drogas injetáveis, destacaram-se os projetos de redução de danos, que foram implementados por organizações governamentais e não-governamentais, possibilitando o surgimento de novos atores sociais na área de álcool e outras drogas: profissionais de saúde, pesquisadores e movimentos sociais de redutores de danos. Estes últimos, mais do que reivindicar ações governamentais na área de drogas, contribuíram para produzir mudanças culturais, viabilizando inovações nas relações sociais com o uso e com os usuários de drogas, favorecendo o reconhecimento de seus direitos sociais. Segundo Goulart (1993), muitas vezes, a importância dos movimentos sociais no fazer político diz respeito principalmente às modificações e inovações culturais que produzem e que contribuem para a democratização da sociedade. Os atores sociais vinculados às práticas e às políticas de redução de danos influenciaram a concepção da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas e contribuíram para sua formulação.

E eu acho também que, cada vez mais, o próprio movimento de redução de danos tem a ver com isso...porque a redução de danos acaba trazendo... porque já são 15 anos neste país com eventos importantes, com mídia, com projetos de lei, com senadores, deputados, profissionais da saúde, educação e os próprios usuários também sendo protagonistas, começa a movimentar esse campo que ficava, por ser ilegal o uso, na ilegalidade, ficava no ostracismo. (Entrevistado 5)

Se, na década de 90, esses atores da área de prevenção de AIDS favoreceram o encontro da Saúde Pública com os usuários de drogas, o mesmo não foi observado no campo da saúde mental. Nessa década, os atores sociais envolvidos no processo de reestruturação da atenção em saúde mental optaram por não trabalhar com a criação de uma atenção alternativa ao hospital psiquiátrico para os alcoolistas, que ocupavam cerca de 36 % dos leitos psiquiátricos. A possibilidade de criação dessa atenção não foi considerada pelos gestores, nem pelos trabalhadores de saúde mental, nem mesmo pelos movimentos sociais da área de saúde mental. Não havia, durante a década de 90, um contexto político favorável ao desenvolvimento de formas de atenção a alcoolistas, apesar da necessidade demonstrada por indicadores dos serviços. Nesse cenário, no campo da atenção a dependentes de álcool e outras drogas, pode ser verificada a consolidação da expansão das comunidades terapêuticas.

A partir do ano 2001, os gestores da saúde mental passaram a trabalhar com a temática de álcool e outras drogas e propuseram que a atenção aos usuários dessas substâncias fosse feita no SUS. No cenário em que foi formulada a política, o grande conflito se estabeleceu entre atores sociais vinculados às comunidades terapêuticas e atores sociais originários da saúde pública que trabalhavam a partir dos princípios e diretrizes do SUS, da reforma psiquiátrica e da redução de danos. No Ministério da Saúde, até 2002, existiam, entre seus dirigentes, representantes dessas duas posições. Em 2003, no início do Governo Lula, o psiquiatra Humberto Costa assumiu o Ministério da Saúde, criando condições políticas para que a segunda posição se consolidasse sob a forma de uma política pública de saúde.

**Então, eu acho que o que mudou de 1998 para 2001 provavelmente foi uma ideologia diferente que chegou no Ministério. Depois em 2002, com o fortalecimento político do Ministério e em 2003, um governo diferente.** (Entrevistado 1)

**Em 2003, a situação melhora ainda mais, na medida em que assume o governo no Ministério da Saúde, um psiquiatra que tem clareza deste problema.** (Entrevistado 1)

No discurso do Lula e no discurso do Humberto se mencionava álcool e drogas por uma decisão interna do Ministério da Saúde de colocar a questão de álcool e drogas. Então, a partir daí, não só a gente já tinha as portarias 336 e a 189, como também já **passávamos a ter no discurso oficial do governo a questão de álcool e drogas como questão da Saúde Mental, que era uma prioridade de governo.** (Entrevistado 2)

O segundo ponto é uma questão ideológica, o Ministério da Saúde hoje por conta de sua ideologia política, ele tem uma obrigação, de modificar e trabalhar por este caminho [da redução de danos] (Entrevistado 4).

**[...] o ministro Humberto é um psiquiatra, ele também tem esta visão desse sujeito que usa drogas, desse sujeito que sofre transtornos mentais, que são sujeitos para a saúde, vamos dizer assim.** (Entrevistado 5)

Essas condições políticas favoráveis foram também construídas a partir da consolidação técnica e política do projeto da reforma psiquiátrica brasileira e da gestão feita na área de Saúde Mental, no âmbito do Ministério da Saúde, que criou estratégias para a inclusão da atenção a usuários de álcool e outras drogas na agenda dessa área e da saúde pública.

**Primeiro o que facilita é que a reestruturação da assistência psiquiátrica em 2001 já era um fato [...]** Então, o modelo CAPS enquanto modelo de cuidado, enquanto tipo de organização de serviço para o cuidado de pessoas graves já estava legitimado, tanto para o gestor, quanto para a população. **Então isto cria uma atmosfera de natureza política facilitadora...** (Entrevistado 1)

**Eu acho que houve uma iniciativa mesmo do campo da gestão da Saúde Mental do Ministério da Saúde de fazer isto, de fazer isto** [a inclusão da temática álcool e drogas na Saúde Mental] **que começou em 2002.** (Entrevistado 2)

O reconhecimento do direito social à saúde a esse segmento da população foi favorecido por definições do campo da gestão das políticas de saúde na perspectiva de consolidação do SUS, inscrito na Constituição de 1988. Não foi uma demanda de movimentos sociais organizados ou da sociedade civil.

Entre os entrevistados, há uma compreensão de que a política pública de saúde foi formulada na perspectiva de consolidação do direito universal ao acesso de serviços, previsto no Sistema Único de Saúde.

**Eu tenho a impressão que nós estamos em uma progressão que acompanha os tempos e as incumbências assumidas na Constituição.** (Entrevistado 6)

**Mesmo que o SUS tenha a questão da equidade, do acesso universal, a gente sabe que alguns segmentos têm mais dificuldade de acesso.** Quanto maior a carga de preconceito em relação às práticas individuais, sejam elas quais forem, que a sociedade mantém, maior o afastamento destes sujeitos do que a sociedade tem para lhes oferecer. (Entrevistado 5)

A minha avaliação é que **a legitimação social desta política ainda está longe.** Eu tenho uma avaliação otimista desta política no plano do gestor, da política nacional. No

plano da legitimação social, ainda estamos longe. Até porque neste modelo, **a cultura da fraqueza moral ainda é muito forte** [...] é mais fácil transitar dentro do campo do agente público. Eu não estou falando do campo social porque aí é mais tempo para legitimar. (Entrevistado 1)

Agora eu penso o seguinte: o Brasil tem uma dívida muito grande com toda a população no acesso à saúde. Eu acho que a Constituição, a luta da Reforma Sanitária era e ainda é para fazer o acesso da população à Saúde Pública. Eu acho que o usuário de álcool e drogas, a gente não pode dizer que eles não têm acesso à saúde, eles têm acesso à Saúde, no momento de uma crise, num momento pontual. Na saúde, estas pessoas são atendidas, é feita aquela remissão imediata dos sintomas e as pessoas retornam à sociedade, e aí sim e eu acho que a dívida é esta, sem propor a elas programas para que possam dar continuidade ao tratamento, possam fazer novos projetos de vida, possam potencializar suas capacidades. (Entrevistado 3)

**[...] eu acho que quando as políticas públicas avançam na cidadania, elas vão se deparando que é necessário se fazer um resgate de segmentos que ficaram muito marginalizados.** Isto me parece que é histórico no Brasil. Então, eu acho que é **um resgate a uma população desassistida.** Acho que **há uma desassistência histórica sobretudo na questão do alcoolismo.** (Entrevistado 8)

O Ministério da Saúde, a partir de um momento que nós citamos aqui, ele começou a mudar e hoje está bem definido e está de acordo com a Política Nacional Antidrogas, que é não discriminar, que é considerar o usuário ou o dependente, como alguém que carece de cuidados. E **o Ministério da Saúde tem a obrigação, até mesmo pela Constituição, de conceder estes cuidados.** (Entrevistado 7)

Outro fator importante de ser analisado no estabelecimento da política pública de saúde é a influência das recomendações dos tratados e convenções internacionais da área de drogas.

Desde o início do século XX, essas recomendações influenciaram a posição adotada pelos governantes brasileiros em relação à abordagem do fenômeno das drogas. A opção pela proibição da produção, do comércio e do consumo de drogas e a criação de um sistema de controle e repressão da oferta e do consumo de tais substâncias são exemplos dessa influência. O Brasil, signatário das convenções da ONU e coerente com a posição norte-americana, desenvolveu uma cultura antidrogas. O moralismo, o preconceito, a intolerância e o horror às drogas decorrentes dessa cultura estão presentes na sociedade brasileira.

Na Sessão Especial da Assembléia Geral da ONU, destinada a enfrentar o problema mundial da droga, realizada em julho de 1998, foi enfatizada a necessidade de se desenvolver ações de redução da demanda, além da redução da oferta. Mais de 150 países, inclusive o Brasil, assinaram

os “Princípios Diretivos da Redução da Demanda por Drogas”, comprometendo-se a desenvolver ações políticas, sociais, sanitárias e educacionais para eliminar a demanda por drogas ilícitas. Esse compromisso do governo brasileiro pode ter influenciado a decisão governamental de estabelecer a política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas em 2003?

Entre os entrevistados, posições muito diferentes foram enunciadas. Alguns afirmaram que a perspectiva da redução de demanda presente nesse documento apenas reafirmou práticas já existentes, de viés repressivo e antidrogas. A influência dessa recomendação teria contribuído principalmente para reforçar o discurso antidrogas no País, o qual a política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas busca superar. Nessa perspectiva, o compromisso do governo brasileiro assumido em 1998 teria favorecido o surgimento dessa política.

**[...] eu acho que o documento de 1998 pode ter uma atualização de muita coisa, mas, ao mesmo tempo, uma perenização de políticas que mereceriam atualização** e eu digo isso com muita pena [...] todo mundo repete que a pedra de toque está na redução da demanda. Agora, a mentalidade é tão repressiva, sempre foi tão repressiva, que ninguém sabe fazer. Tu vais lá na redução de demanda e é pífio o que se encontra, é repetitivo, acaba tendo como parâmetro a repressão, fala-se sobre os malefícios das drogas...Ou seja, tu não vais encontrar neste documento [de 1998] nada, nada diferente. (Entrevistado 6)

Então, só para responder, complicando um pouco a sua pergunta, **estas pressões dos organismos internacionais para o Brasil responder melhor na questão da redução da demanda, do tratamento... eu não sei se elas de fato tiveram esta influência toda no fato do Brasil tentar criar uma política para tratamento de drogas. Eu acho que elas influenciam mais na perspectiva de organizar o sistema antidrogas.** (Entrevistado 2)

**Não, na definição desta política.** Mas o Brasil é um país capitalista, com características de dependência, em um mundo globalizado [...] Os organismos internacionais podem influenciar de maneira negativa, restringindo financiamento e desarticulando movimentos sociais. (Entrevistado 4).

Um entrevistado defendeu que o Brasil, que sempre privilegiou as ações de redução de oferta, após a Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU de 1998, passou a se ocupar das ações voltadas para a redução da demanda, entre elas a política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas.

**[...] aliás a redução da demanda, por ocasião desta Sessão Especial da ONU, a que eu me referi, em 1998, ali há uma recomendação muito importante sobre a**

**necessidade dos países se atentarem e priorizarem a redução da demanda.** Até antes de 1998, a preocupação era a redução da oferta. Em 1998, a própria ONU recomendou um equilíbrio destas ações, ações de redução da demanda e ações de redução da oferta. (Entrevistado 7)

Outro entrevistado observou que o Brasil é signatário de convenções internacionais que influenciam ações do governo, mas que o País tem conseguido manter uma relativa autonomia na abordagem de problemas associados às drogas.

Eu diria assim, o Brasil é signatário de convenções internacionais. A gente sabe do peso que isso tem para uma série de políticas. Agora a gente sabe que os países tendem a ser autônomos nas suas decisões internas. Então, o Brasil, sobretudo na AIDS, quando decidiu trabalhar a redução de danos, tem muitos países que são contra até hoje [...] Mas isso não impede que o País decida pela sua própria política, impede talvez alguns acordos de cooperação. Tem algumas coisas assim no cenário, mas o País tem autonomia. [...] **eu acho que o Brasil tem encarado essa autonomia, tem colocado isso na sua agenda de saúde, mesmo com as dificuldades internas que não são menores do que as externas.** (Entrevistado 5)

Essa relativa autonomia se traduz em uma posição ambígua do governo brasileiro em suas políticas de drogas, evidenciada pela coexistência de propostas diferentes, construídas sobre pressupostos diferentes. A abordagem dos problemas de saúde na área de álcool e outras drogas, no Brasil, é proposta em duas políticas: na Política Nacional Antidrogas (PNAD), da SENAD, homologada em 2001 e na Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, estabelecida em 2003.

Há, na PNAD, um capítulo sobre Tratamento, Recuperação e Reinserção Social que foi elaborado sem considerar os princípios e diretrizes do SUS, ou seja, a política de saúde do Brasil. As duas políticas têm também objetivos diferentes, que evidenciam seus diferentes pressupostos. A PNAD objetiva “atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (BRASIL, Presidência da República, 2001, p.13); a Política do Ministério da Saúde objetiva “reduzir o nível de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas que são vivenciados por uma sociedade” (BRASIL, Ministério da Saúde a, 2003. p. 5). Se a influência das recomendações da ONU pode ser observada na criação de um sistema e de uma política nacional antidrogas, outras influências, originárias da concepção da redução de danos, podem ser observadas na política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas.

O último fator a ser analisado é a possibilidade da política pública de saúde ter surgido para estabelecer o controle social de um segmento da população ao qual são associados alguns problemas sociais como violência, criminalidade, tráfico de drogas, que ameaçam a legitimidade do Estado brasileiro.

Alguns estudos (MIRANDA, 1996; ROMANÍ 1999) mostram que, em países como a Espanha, a insegurança da população diante dos assaltos praticados por usuários de heroína provocou uma forte reação social, gerando planos e programas para os dependentes de drogas. Uma situação de ameaça à sociedade e à legitimidade do Estado gerou intervenções do poder público na área de drogas.

Alguns entrevistados afirmaram que, no Brasil, esse fator pode ser associado ao surgimento das intervenções estatais nessa área, mas não se associa ao surgimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas aqui considerada.

**[...] eu acho que a questão das drogas faz parte da agenda por causa do medo e do terror.** Terror tanto da mídia, quanto da população, terror legítimo das famílias, quanto dos organismos internacionais. Então, eu acho que esta é uma questão de Estado por conta da repercussão política. **Mas, eu não acho que a atual política...A atual política sim é uma resposta que o Estado tem que dar, o governo tem que dar uma resposta... E não é o terror que está por trás.** (Entrevistado 1)

Eu tenho a impressão que nós podemos aceitar a idéia geral de que o Estado controla cada vez mais o indivíduo, isto é uma tendência inafastável. **Eu tenho impressão que em termos de saúde, a preservação da dignidade humana é muito mais importante, do que um dirigismo, um controle social.** (Entrevistado 6)

Eu acho que há um reconhecimento hoje de que o alcoolismo hoje, o tabagismo, o uso de outras drogas é um problema de saúde pública. É um problema que está em todas as classes sociais. E eu acho que isto não é só para minimizar a questão da violência, porque eu acho que **se o governo brasileiro não fizer sua função de formular políticas públicas para a sociedade e não entender que isto é um direito de cidadania, eu acho que nós vamos caminhar para uma condição de barbárie.** (Entrevistado 3)

Um entrevistado considerou a possibilidade dessa política de saúde ter surgido como uma resposta à necessidade de estabelecer o controle de um segmento social que apresenta problemas para a preservação da ordem pública. Observa, porém, que essa consideração é válida para os

usuários de drogas ilícitas. O uso de álcool, apesar de suas consequências sociais, não provocou grandes preocupações ou intervenções estatais ao longo da história.

**Embora o uso indevido do álcool tenha sempre sido parceiro da criminalidade, nunca foi um estopim para fazer um controle do álcool no Brasil. Agora a emergência da violência, o tráfico de drogas, o em torno disto e as consequências na população, aí sim, me parece que o controle social pode ter sido um motivador da política.** (Entrevistado 8)

Outro entrevistado afirmou que a política surgiu a partir da necessidade de o Estado estabelecer o controle social dos usuários de álcool e outras drogas. Admite, porém, que essa não foi a perspectiva dos formuladores dessa política. Esse enunciado evidencia como interesses de diferentes atores sociais podem coincidir, ainda que de maneira não intencional ou, às vezes, até mesmo de maneira intencional e estratégica, na formulação de uma política.

**Eu acredito exatamente nisto. A idéia central é controlar, controlar as pessoas, controlar as massas. A massa não pode ter noção dos direitos individuais. Mas eu falo isto e fico lembrando das pessoas que eu tenho como referência lá na Saúde Mental e eu acho que são pessoas que sabem disto e que não querem isso, então eu peço desculpas a elas, mas eu penso que elas vão passar e o Estado vai ficar. Qualquer mudança partidária no governo, tem possibilidade muito grande delas caírem. Mas a idéia é o controle da sociedade mesmo.** (Entrevistado 4)

Os fatores analisados foram considerados relevantes para o estabelecimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas. Alguns deles, sob a forma afirmativa; ou seja, a própria presença desses fatores contribuiu para o surgimento da política. Outros, sob a forma negativa; estiveram presentes pela necessidade de sua superação pelos atores sociais envolvidos no processo de construção da política. A interação, a afirmação ou mesmo a negação dos fatores aqui analisados podem ser observadas no processo social e histórico que permitiu o surgimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas.

Entre os fatores analisados, contribuíram para o estabelecimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas:

O impacto financeiro - sobretudo no SUS - e social - sobretudo na saúde da população brasileira - dos problemas decorrentes do uso prejudicial e da dependência de álcool e outras drogas;



A existência de condições políticas favoráveis, criadas sobretudo por atores sociais vinculados ao campo da gestão da saúde mental a partir das possibilidades advindas da implementação do SUS, com a consolidação do processo de reestruturação da atenção em saúde mental e dos programas de redução de danos no Brasil.

Outro fator analisado pode ser considerado como relevante, ainda que sua presença se faça notar sobretudo pela necessidade de sua negação ou superação pelo grupo que formulou a política. Trata-se da influência das recomendações da Sessão Especial da Assembléia Geral da ONU de 1998, que propôs a adoção de medidas de redução da demanda por drogas além das medidas repressivas. Essas recomendações contribuíram principalmente para a consolidação de uma política antidrogas. A política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas parece ter surgido de maneira a afirmar uma outra possibilidade de abordagem de usuários de álcool e outras drogas a partir de seus direitos sociais, inclusive do direito à saúde. Se no Ministério da Saúde, essa perspectiva foi consolidada sob a forma da política estabelecida, é importante reconhecer a influência histórica e ainda nos dias atuais das recomendações antidrogas dos organismos internacionais no Brasil, constantemente reafirmadas pelo governo norte-americano. Esse cenário coloca a possibilidade de fracasso ou do surgimento de dificuldades para a implementação de ações não comprometidas com a concepção antidrogas no Brasil, como é o caso da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas.

O último fator analisado e considerado relevante por alguns entrevistados foi a possibilidade dessa política ter surgido como uma resposta do governo brasileiro à necessidade de controlar segmentos da população que possam ameaçar a ordem social e a legitimidade do Estado. Nesse caso, a política estaria mais comprometida com aspectos macro-estruturais. Ainda que a pesquisa documental e a revisão bibliográfica não forneçam muitos dados sobre essa possibilidade, entendemos que esse fator deva ser melhor investigado. É importante observar que, na história das intervenções do poder público na área de drogas, há uma maior atenção do Estado às drogas ilícitas. A necessidade de preservar a ordem social foi o argumento para o desenvolvimento de intervenções do poder público mesmo quando as drogas ilícitas eram pouco consumidas no País. A partir da década de 90, o crescimento do consumo e do tráfico de drogas ilícitas bem como a associação entre drogas e a criminalidade violenta reforçaram a perspectiva de que essas substâncias ameaçavam a ordem social e a legitimidade do Estado. Ainda que pouco explícito,

esse fator pode ter contribuído para o surgimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas ao permitir a constatação de que, nessa área, cabia ao Estado fazer alguma coisa.

.

## CONCLUSÃO

Investigamos neste estudo o processo que permitiu o reconhecimento do uso prejudicial e da dependência de álcool e outras drogas como problemas de saúde pública e o estabelecimento de uma política pública de saúde para enfrentá-los.

Apesar de não se tratar de uma temática exclusiva do campo da saúde, cada vez mais, os serviços de saúde têm sido utilizados por pessoas que apresentam problemas associados ao consumo de drogas.

Buscamos, neste estudo, compreender como o tema álcool e outras drogas passou a fazer parte da agenda da saúde pública brasileira. Para tanto, recorreremos à história dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil, bem como à história das intervenções governamentais, na área de álcool e outras drogas, identificando os múltiplos atores sociais, concepções ideológicas, interesses e fatores envolvidos.

Este percurso revelou a diversidade de fatores que podem ser associados à formulação da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil, entre eles:

- a criação do SUS, a implementação de programas de redução de danos e o processo de reestruturação da atenção em saúde mental, que propiciaram a criação de condições técnicas, políticas e ideológicas favoráveis ao surgimento dessa política e o surgimento de atores sociais comprometidos com a abordagem dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no setor público de saúde .
- a constatação do impacto financeiro - sobretudo no SUS - e social - sobretudo na saúde da população brasileira - dos problemas decorrentes do uso prejudicial e da dependência de álcool e outras drogas;
- a necessidade do desenvolvimento de ações de redução de demanda a partir de compromissos assumidos pelo governo brasileiro na Assembléia Geral da ONU em 1998. Embora a política pública de saúde possa não apresentar relação direta com esses compromissos, ela parece ter surgido como um contraponto à consolidação de um sistema

antidrogas no Brasil, que se seguiu aos compromissos assumidos pelo governo brasileiro na Assembléia da ONU;

- o agravamento dos problemas sociais associados ao consumo e ao tráfico de drogas e a necessidade do Estado de interferir nessa problemática de maneira a preservar a sua legitimidade e a ordem social.

A conjunção desses fatores – e de seus desdobramentos - em um determinado momento histórico permitiu que a política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas fosse estabelecida no Brasil no ano de 2003.

## BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, C. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudanças. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol 4, n 2, ABRASCO, Rio de Janeiro, 1999, p263-286.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Morbidade Psiquiátrica em Regiões Metropolitanas no Brasil (Brasil, Porto Alegre e Salvador). *Informe Epidemiológico do SUS*. 76-86. junho /1992.

ALVES, D S N et al. Reestruturação da atenção em saúde mental : situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P(org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p195-202.

ALVES, D S N. Reestruturación de los Servicios de Salud Mental en Brasil. *Psiquiatria Pública*, Madrid, 8(4), 1996.

ALVES, D S N. & GULJOR, A P. O Cuidado em Saúde Mental.snt.

ANDRADE, T.M. .Redução de Danos: um novo paradigma? In: ACODESS. *Entre riscos e danos- uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Paris: Editions Scientifiques ACODESS, 2002. p.83-86.

BARCELONA. Ajuntament. Plan Municipal de Acción sobre las Drogodependencias. Barcelona: 1989.

BASTOS, F I. Para além do fatalismo. In: BASTOS, F I & GONÇALVES, O D. *Drogas é legal? Um debate autorizado*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1993 a. p 84-124.

BASTOS, F I et al. O não-dito da AIDS. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 (1): 90-96, jan/mar, 1993 b.

BATISTA, M & INEM, C. *Toxicomanias: Abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.

BODSTEIN, R C de A. Ciências sociais e saúde coletiva: novas questões, novas abordagens. *Cad. Saúde Pública*. [online]. abr./jun. 1992, vol 8, nº2 [citado 04 de setembro 2005], p.140-149. Disponível na World Wide Web: < [http://www.sceilo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0102311X1992000200005&Ing=pt&nrm=iso](http://www.sceilo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0102311X1992000200005&Ing=pt&nrm=iso)>.ISSN0102-311X.

BODSTEIN, R C .Inovações na análise de políticas no campo da saúde. In: COSTA, NR & RIBEIRO, J M. *Políticas de Saúde e Inovação Institucional*. Rio de Janeiro: ENSP,1996. p157-172.

BITTENCOURT, L M. “Do Discurso Jurídico à Ordem Médica” (Os descaminhos do Uso de Drogas no Brasil).1986. Dissertação. Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Brasília:1988.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. Política Nacional da Questão das Drogas. Brasília: 1988.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. Legislação sobre Entorpecentes no Brasil. Brasília: 1992.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. Programa de Ação Nacional Antidrogas. Brasília: 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. Subsídios para o Programa Nacional de Prevenção e Tratamento ao Alcoolismo. Brasília: 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. Proposta para o Programa Nacional de Prevenção, Recuperação e Ressocialização de Usuários de Drogas e Bebidas Alcoólicas. Brasília: 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. PRONAL. Brasília: 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de DST/AIDS. Projeto Previna. Brasília: 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Normas e Procedimentos na Abordagem do Abuso de Álcool. Brasília: 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Normas e Procedimentos na Abordagem do Abuso de Drogas. Brasília: 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico da AIDS*. ano V, nº 7. Brasília: 1992a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde: 1992b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. AIDS II – Desafios e Propostas. Brasília: 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Projeto de Drogas e Aids. Brasília: 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Proposta de Normalização dos Serviços de Atenção a Transtornos por Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas. Brasília: 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Manual de redução de danos*. Brasília: Ministério da Saúde: 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 843 de 08 de junho de 2001. Brasília: Ministério da Saúde: 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº816 de 30 de abril de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº817 de 30 de abril de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 189 de 29 de março de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 305 de 03 de maio de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 a.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria GM nº 457 de 16 de abril de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 2ª ed.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 5ª ed.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Área de Saúde Mental. I Levantamento das Comunidades Terapêuticas. Brasília: 2004c. snt.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2197 de 15 de outubro de 2004 Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.



BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória nº 1669 de 19/06/1998.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Decreto nº 2362 de 19/06/1998.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Decreto nº 3696 de 21/12/2000.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos Decreto de 28 de maio de 2003.

BRASIL. Presidência da República . Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. Política Nacional Antidrogas. Brasília: Presidência da República, 2001.

CARLINI, E et al. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil* . São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.

CARLINI-COTRIM, B. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: AQUINO, J G. *Drogas na escola – alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1998. p.19 -30.

COHN, A et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Editora Cortez/Cedec, 1991.

CORREIA e SILVA, R. Política do Ministério da Saúde na área de drogas. In: XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e outras Dependências, 1995, Belo Horizonte. Anais...Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas. Belo Horizonte: 1995. p. 81-85.

COSTA, J F. *História da Psiquiatria no Brasil:um corte ideológico*.Rio de Janeiro: Campus,1980.

CRUZ, M S & FERREIRA, S M B. Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas. In: \_\_\_\_\_(orgs). *Álcool e Drogas – usos, dependências e tratamentos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB – CUCA, 2001. p.95 –113.

CUNHA, E P & CUNHA, E S. Políticas públicas sociais. In: CARVALHO, A et al. (orgs). *Políticas Públicas*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002. p.11-25.

DELGADO, P G G. Reforma Psiquiátrica : processo político e marco regulatório (1990-2004) – Posfácio. In: BRASIL. Ministério da Saúde b. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 5ª ed.

FASSIN, D. *L'espace politique de la santé - Essai de généalogie*. Paris: Presses Universitaires de France, Collection Sociologie d'aujourd'hui, 1996.

FEBRACT. Histórico. Disponível em <http://www.febract.org.br/historico/htm>. Acesso em: 22 out. 2005.

FERREIRA, P S. Percebendo a experiência dos coordenadores na implantação de serviços abertos em álcool e outras drogas. 2004.130fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

IORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R P & CARNEIRO, H . *Álcool e drogas na História do Brasil*. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005. p.257-290.

GAMELLA, J & MARTÍN, E. Las rentas de Anfión. EL monopolio español del opio en Filipinas (1844-98) y su rechazo por la administración norteamericana. *Revista de Indias*, vol. LII, 194: 61-106.1992.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa. Um estudo sobre a Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

GONÇALVES, A M . Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa de Saúde da Família. 2002. 209 fl. Tese. (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

GOULART, F A A . Representações Sociais, Ação Política e Cidadania. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 (4): 477-486, out/dez, 1993.

GROOT, P & BOUMANS, P . La autoorganización de usuarios de drogas. In: IGIA. *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Ajuntament de Barcelona, 2000. p.321-326.

História e Situação Atual dos Centros de Referência do CONFEN. snt.

LEE, C-Y . Política Nacional sobre Drogas da Suíça. In: Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, 2004, Brasília. Anais...Brasília: Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília: 2004. p. 69-76.

MAGALHAES, M. *O Narcotráfico*. São Paulo: Publifolha, 2000.

MARQUES, L F & DONEDA, D. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos estados municípios. In: BASTOS, F I et al (orgs). *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p 137-152.

MARQUES, M C C. Saúde e Poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. *Hist. cienc. Saúde – Manguinhos*. [ online]. 2002, vol.9, supl. [ citado 28 de agosto 2005], p41-65. Disponível na World Wide Web: <[http:// www.scielo.br/ scielo.php? script=sci\\_arttex&pid = SO104 – 59702002000400003&Ing = pt& nrm = iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=SO104-59702002000400003&Ing=pt&nrm=iso) >.ISSN 0104-5970.

MATTOS, R A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciênc. saúde coletiva*. [ online]. 2001, vol.6, nº2. [ citado 28 de agosto 2005], p.377-389. Disponível na World Wide Web: <[http:// www.scielo.br/ scielo.php?script=sci\\_arttex&pid = S1413 –812320010002000008& Ing = pt& nrm = iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1413-812320010002000008&Ing=pt&nrm=iso) >.ISSN 1413-8123.

MESQUITA, F . Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis uma polêmica nacional. In: BASTOS, F I et al (orgs). *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p 101-112.

MESQUITA, F . A construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil. *Revista Outro Olhar*, Belo Horizonte, 3 (3): 23-27. out, 2003.

MINAYO, M C S & SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 (3):239-262, jul/set,1993.

MINAYO, M C S. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO,1998.

MINAYO, M C S. Sobre a toxicomania da sociedade. In: BAPTISTA, M et al (orgs). *Drogas e pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2003.

MINAYO, M C S & Souza, E R. Prefácio. In: \_\_\_\_\_(orgs). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.9-19.

MINAYO, M C S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde (editorial). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (3), p.646-647, mai-jun, 2004.

MIRANDA, P S C. EL discurso y la practica en la historia de una enfermedad: epidemiologia y políticas de SIDA en Barcelona, Cataluna, Espanha Y en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil . Universidad Autonoma de Barcelona, Salud Publica y Metodología de Investigación, 1996.

MISSE, M. O movimento: a constituição e reprodução das redes do mercado informal ilegal de drogas a varejo no Rio de Janeiro e seus efeitos de violência. In: BAPTISTA et al (orgs). *Drogas e Pós-modernidade – faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. p 147-156.

MONT SERRAT, S. Comunidades Terapêuticas: Mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos. *Com Ciência - Revista Eletrônica Jornalismo Científico. Especial Drogas*. 2002. Disponível em: < [www.comciencia.com.br/reportagens/framereport.html](http://www.comciencia.com.br/reportagens/framereport.html)>. Acesso em: 21 out. 2005.

MUSUMESCI, B. O consumo de álcool no país. In: ZALUAR, A (org). *Drogas e Cidadania*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

NEGRÃO, F. Política Nacional sobre Drogas de Portugal. In: Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, 2004, Brasília. Anais...Brasília: Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília: 2004. p. 51-56.

NORONHA, J C e SOARES, L T . A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 6(2), p. 445-450, 2001.

OFFE, C. *Problemas estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasiliense, 1984.

OGUS, C G . Política Nacional sobre Drogas da Suécia. In: Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, 2004, Brasília. Anais...Brasília: Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília: 2004. p. 59-65.

OLMO, R D. *A face oculta das drogas*. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1990.

OSZLAK, O & O'DONNELL, G. *Estado y política estatal en America Latina: hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires: CEDES/CLACSO, Documento n 4,1976.

PAIM, J S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Cienc. Saud. Coletiva. [ online] . 2003, vol.8, n°2 [citado 28 de agosto 2005], p 557-567. Disponível na World Wide Web: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=51413-81232003200017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51413-81232003200017) & Ing = pt&nrm=iso >. ISSN 413-8123.

PAIM, J S & ALMEIDA FILHO, N . Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas. *Revista de Saúde Pública*. v.32, n.4, p.299-316.1998.

PEREIRA, C. A política pública como caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira 1985-1989. *Revista de Ciências Sociais*. vol 39, n 3, Rio de Janeiro,1996. p 423-477.

PROCÓPIO, A . *O Brasil no mundo das drogas*. Petrópolis: Vozes, 1999.

RALET, O . Condicionantes políticos y económicos. In: IGIA. *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Ajuntament de Barcelona, 2000.

RAMOS, S de P et al. *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas,1997. 3ªed.

ROCHA, F M G. Política de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória [Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

RODRIGUES, T. Narcotráfico: um esboço histórico. In: VENÂNCIO, R P & CARNEIRO, H . *Álcool e drogas na História do Brasil*. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005. p.291-310.

ROMANÌ, O. *Las drogas – sueños e razones*. Barcelona: Editorial Ariel, 1999.

SÁ, D B S. Projeto para uma nova política de drogas no país. In: ZALUAR, A (org). *Drogas e Cidadania*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p.147-171.

SÁAD, A C. Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. In: CRUZ, M S & FERREIRA, S M B (orgs). *Álcool e Drogas – usos, dependências e tratamentos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB – CUCA, 2001. p. 11-32.

SIQUEIRA, M M . Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. *Cad. Saúde Pública*. [online]. jan./fev. 2004, vol. 20, nº1 [citado 28 de agosto de 2005], p.15-16. Disponível na World Wide Web: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0102311X20040000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0102311X20040000100003) &Ing=pt&nrm=iso>.ISSN0102-311X.

SOBRINHO, D F. *Estado e População: Uma História do Planejamento Familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP,1993.

SOUZA, M S L. *Guia para redação e apresentação de monografias, dissertações e teses*. 3.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. cienc. Saúde – Manguinhos* [ online] . jan/abr.2002, vol.9, nº1 [citado 28 de agosto 2005], p25-59. Disponível na World Wide Web: <[http:// www.scielo.br/ scielo.php? script=sci\\_arttex&pid = SO104 – 59702002000100003 & Ing = pt& nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=SO104-59702002000100003) >. ISSN 0104-5970.  
TIGRE, C et al. La práctica epidemiológica en los servicios de salud. *Educ. Med. Salud* 24(3): 306-320, 1990.

TOBAR, F & YALOUR, M R. *Como fazer teses em saúde pública: Conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes científicos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TORRES, S. Las drogas en el contexto internacional. In: IGIA. *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Ajuntament de Barcelona, 2000. p.411-428.

VIEIRA, W A . Aspectos Fundamentais de uma comunidade terapêutica. snt.

VECINA, G. Apresentação. In: Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas & Ministério da Saúde . ANVISA. Exigências Mínimas para funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Brasília: SENAD/ANVISA, 2002.

VOLTOLINI, R. Prefacio. In: FLACH, L M. *Drogas? Sejamos razoáveis ! – Uma conversa franca com especialista liberal*. São Bernardo do Campo: Bezerra, 1999. p. 7-8.

WODAK, A . Redução de danos e programas de troca de seringas. In: BASTOS, FI et al (orgs). *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 55-69.

ANEXOS



**ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO NO COEP/UFMG**

Universidade Federal de Minas Gerais  
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP


**Parecer nº. ETIC 176/05**

**Interesse: Prof. Paulo Sérgio Carneiro Miranda  
Depto. de Medicina Preventiva e Social/FMUFG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 10 de agosto de 2005, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado « **A política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil - antecedentes e determinantes** » bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
01 **Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia**  
**Presidente do COEP/UFMG**

**ANEXO B – ROTEIROS DAS ENTREVISTAS**

## Roteiro de Entrevista

Área: Políticas de Saúde Mental

Entrevistado 1 ( Coordenação Nacional de Saúde Mental )

- 1) O senhor esteve à frente da Coordenação de Saúde Mental no momento em que se iniciou a reforma psiquiátrica brasileira, no âmbito do Estado, como uma política de saúde. Gostaria que o senhor comentasse esse período, tentando enumerar os fatores que podem ter favorecido o surgimento dessa reforma no início da década de 90.
- 2) Em um texto de 1994, “A reestruturação em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias”, o senhor reconhece que o consumo de álcool e outras drogas já se constituía em um grave problema de saúde pública. No período em que o senhor esteve à frente da Coordenação Nacional de Saúde Mental, foi feita alguma proposta de política para atenção a usuários de álcool e outras drogas?
- 3) A leitura das portarias ministeriais relativas à atenção em saúde mental do início da década de 90, dos relatórios das conferências nacionais de saúde mental não abordam ou abordam de maneira pouco expressiva a questão da atenção a usuários de álcool e outras drogas. No texto já mencionado, o senhor apresenta um dado do DATASUS que indica que cerca de 36 % dos leitos psiquiátricos eram ocupados por pacientes com problemas diretamente associados ao alcoolismo. Por que a atenção a usuários de álcool e outras drogas não foi objeto das políticas de saúde mental do início da década de 90, já que esse usuário estava no hospital psiquiátrico, que era o centro da atenção do modelo que estava sendo reestruturado?
- 4) A problemática das drogas foi, no Brasil, abordada pelo campo da Justiça e da Saúde. Havia alguma articulação entre o Ministério da Justiça, sobretudo entre o Conselho Federal de Entorpecentes-CONFEN e o Ministério da Saúde na discussão a respeito de uma política de atenção a usuários de drogas?
- 5) No ano de 2002, dez anos após a publicação das portarias que deram início à reestruturação da saúde mental no País, são publicadas portarias que regulamentam e garantem financiamento de dispositivos de atenção a usuários de álcool e outras drogas no SUS. Em 2003, é lançada a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Que fatores podem ter contribuído para o surgimento dessa Política?
- 6) Gostaria que o senhor comentasse alguns fatores que podem ser associados ao surgimento dessa política.
  - 6.1) Essa política pode ter sido viabilizada para resgatar uma dívida com o usuário de álcool e outras drogas, ao reconhecer suas necessidades de atenção em saúde e seu direito ao acesso a serviços de saúde? O senhor acha que, a partir de 1990, houve algum movimento social que tentou garantir esse direito a usuários de álcool e outras drogas?

6.2) O impacto social e econômico da problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas pode ter contribuído para que uma política pública de saúde voltada para usuários de álcool e outras drogas fosse proposta no País?

6.3) Essa política pode ter sido viabilizada por ser voltada para um público que vem ocasionando problemas para a manutenção da ordem social, para a legitimação do Estado?

6.4) Essa política pode ter sido viabilizada por recomendação de organismos internacionais do setor saúde e do controle de drogas?

7) O senhor gostaria de fazer algum outro comentário?

## Roteiro de Entrevista

Área: Políticas de Saúde Mental

Entrevistado 2 (Coordenação Nacional de Saúde Mental)

- 1) Gostaria que o senhor comentasse o que existia no País em termos de políticas públicas de saúde sobre álcool/drogas quando o senhor assumiu a Coordenação Nacional de Saúde Mental?
- 2) No ano de 2002, foram publicadas portarias que regulamentam e garantem financiamento aos dispositivos de atenção a usuários de álcool e outras drogas no SUS. Em 2003, foi lançada a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Como foi o processo de formulação dessa política? De onde surgiu a demanda de formulação dessa política?
- 3) Houve alguma articulação com outras áreas do Ministério da Saúde na formulação dessa política?
- 4) Pode-se dizer que houve pressão de movimentos sociais organizados para que o governo brasileiro formulasse uma política de saúde para os usuários de álcool e outras drogas?
- 5) Houve alguma articulação com a Secretaria Nacional Antidrogas na elaboração dessa política?
- 6) Gostaria que o senhor comentasse a influência das recomendações das Convenções e Assembléias da ONU no que se fez e no que se faz no Brasil em relação à questão das drogas. Há de fato um maior comprometimento do governo em desenvolver ações a partir dos compromissos assinados nesses encontros internacionais?
- 7) Que fatores podem ter contribuído para a decisão do governo brasileiro de se formular essa política?
- 8) Gostaria que o senhor comentasse alguns fatores que podem ser associados ao surgimento dessa política.
  - 8.1) Essa política pode ter sido viabilizada para garantir ao usuário de álcool e outras drogas o direito ao acesso a serviços de saúde, definido na Constituição Federal de 1988, como direito de todo cidadão brasileiro?
  - 8.2) O impacto social e econômico (sobretudo no SUS) da problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas pode ter contribuído para que essa política pública de saúde fosse formulada no País?
  - 8.3) Essa política pode ter sido viabilizada por ser voltada para um público que vem ocasionando problemas (violência, por exemplo) para a manutenção da ordem social, para a legitimação do Estado?

8.4) Essa política pode ter sido viabilizada por recomendação de organismos internacionais do setor saúde e do controle de drogas?

9) O senhor gostaria de fazer algum outro comentário?

## Roteiro de Entrevista

Área: Políticas de Saúde Mental

Entrevistada 3 (Movimento Social de Saúde Mental / Luta Anti-manicomial )

- 1) Quando e como foi sua aproximação com os movimentos sociais no campo da saúde mental?
- 2) Quando e em que contexto esses movimentos surgiram no País?
- 3) As portarias ministeriais relativas à reestruturação da atenção em saúde mental do início da década de 90 não abordam ou abordam de maneira pouco expressiva a questão da atenção a usuários de álcool e outras drogas. Um dado do DATASUS indica que em 1992 cerca de 36 % dos leitos psiquiátricos eram ocupados por pacientes com problemas diretamente associados ao alcoolismo. Esses movimentos sociais que reivindicavam a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e propunham, entre outras ações, uma rede de atenção substitutiva ao hospital psiquiátrico, contemplavam, em suas discussões, a atenção a esses usuários de álcool e outras drogas. Por quê?
- 4) Nas conferências nacionais de saúde mental essa temática foi abordada?
- 5) No ano de 2002, dez anos após a publicação das portarias que deram início à reestruturação da saúde mental no País, foram publicadas portarias que regulamentam e garantem financiamento a dispositivos de atenção a usuários de álcool e outras drogas no SUS. Em 2003, foi lançada a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Os movimentos sociais do campo da saúde mental são favoráveis a essa política?
- 6) Que fatores podem ter contribuído para o surgimento dessa política?
- 7) Gostaria que fossem comentados alguns fatores que podem ser associados ao surgimento dessa política.
  - 7.1) Essa política pode ter sido viabilizada para resgatar uma dívida com o usuário de álcool e outras drogas, ao reconhecer suas necessidades de atenção em saúde e seu direito ao acesso a serviços de saúde? A partir de 1990, houve algum movimento social que tentou garantir esse direito a usuários de álcool e outras drogas?
  - 7.2) O impacto social e econômico da problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas pode ter contribuído para que uma política pública de saúde voltada para usuários de álcool e outras drogas fosse proposta no País?
  - 7.3) Essa política pode ter sido viabilizada por ser voltada para um público que vem ocasionando problemas para a manutenção da ordem social, para a legitimação do Estado?
  - 7.4) Essa política pode ter sido viabilizada por recomendação de organismos internacionais do setor saúde e do controle de drogas?
- 8) A senhora gostaria de fazer algum outro comentário ?



## Roteiro de Entrevista

Área: Políticas de Prevenção de AIDS

Entrevistado 4 (Movimento Social de Redução de Danos )

- 1) Como se constituíram os movimentos sociais relacionados com a redução de danos no Brasil?
- 2) Quais as novidades que esses movimentos apresentavam na compreensão do uso/abuso/dependência de drogas em relação às concepções já existentes no Brasil?
- 3) Quais foram e quais são as “principais bandeiras” desses movimentos?
- 4) Que tipo de articulação existia entre esses movimentos da sociedade civil e os órgãos governamentais?
- 5) As políticas de AIDS desenvolvidas no Brasil estimulavam a constituição de organizações não-governamentais. Como foi essa parceria sociedade civil/governo? O que houve de positivo nessa parceria? O que houve de negativo?
- 6) Além da Coordenação de DST/AIDS, esses movimentos tinham alguma interlocução com o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) e com a Coordenação Nacional de Saúde Mental? E nos dias de hoje, como é essa interlocução com a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e com a Coordenação de Saúde Mental?
- 7) Em 2003, foi lançada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas. Essa política favoreceu a inclusão da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde - SUS e reconheceu o direito ao acesso a serviços de saúde a esses usuários. A necessidade de inclusão dessa atenção no SUS pode ser constatada na prática dos redutores de danos?
- 8) Os movimentos sociais de redução de danos participaram da formulação dessa Política?
- 9) Que fatores podem ter contribuído para o surgimento da Política do Ministério da Saúde de Atenção ao usuário de álcool e outras drogas?
- 10) Gostaria que você comentasse alguns fatores que podem ser associados ao surgimento dessa política.
  - 10.1) Essa política pode ter sido viabilizada para resgatar uma dívida com o usuário de álcool e outras drogas, ao reconhecer suas necessidades de atenção em saúde e seu direito ao acesso a serviços de saúde, definido na Constituição Federal de 1988, como direito de todo cidadão brasileiro? Você acha que algum movimento social pode ter contribuído para a reivindicação desse direito para usuários de álcool e outras drogas?

10.2) O impacto social e econômico (sobretudo no SUS) da problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas pode ter contribuído para que uma política pública de saúde voltada para usuários de álcool e outras drogas fosse proposta no País?

10.3) Essa política pode ter sido viabilizada por ser voltada para um público que vem ocasionando problemas (violência, criminalidade, desestruturação familiar) para a manutenção da ordem social, para a legitimação do Estado? Pode-se pensar que, por meio dessa política, tenta-se estabelecer um controle social dessa população?

10.4) Essa política pode ter sido viabilizada por recomendação de organismos internacionais do setor saúde e do controle de drogas?

11) O senhor gostaria de fazer algum outro comentário?

## Roteiro de Entrevista

Área: Políticas de Prevenção de AIDS

Entrevistada 5 (Coordenação Nacional de DST /AIDS)

- 1) Em que período e em quais projetos que abordavam a interface AIDS/Drogas você trabalhou na Coordenação Nacional de DST/AIDS?
- 2) Quando a Coordenação passou trabalhar com questões vinculadas ao uso de drogas?
- 3) Você acha que esse trabalho da Coordenação de DST/AIDS teve repercussões na compreensão e na abordagem do uso/abuso/dependência de drogas no Brasil?
- 4) Em 1994, o Ministério da Saúde assinou um convênio com a ONU para o desenvolvimento de ações de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis, à AIDS e ao uso de drogas pela Coordenação de DST/AIDS. Esse convênio foi fundamental para o desenvolvimento e para o sucesso de programas na área? A Coordenação teve autonomia para definir os programas que seriam desenvolvidos?
- 5) Durante o desenvolvimento dos programas na interface AIDS/Drogas, a articulação da Coordenação com o CONFEN, com a SENAD se fez necessária? E com outras áreas do Ministério da Saúde?
- 6) Como e a partir de quando de deu a aproximação com a Coordenação de Saúde Mental?
- 7) Os programas e projetos desenvolvidos pela Coordenação de DST/AIDS junto aos usuários de drogas apontaram para a necessidade de inclusão da atenção a esse segmento da população no SUS?
- 8) Em 2003, foi lançada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas que de alguma forma favoreceu a inclusão dessa atenção no SUS. Você participou da formulação dessa política? De onde veio a demanda de formulação dessa política?
- 9) Que fatores podem ter contribuído para o surgimento dessa Política?
- 10) Gostaria que você comentasse alguns fatores que podem ser associados ao surgimento dessa política.
  - 10.1) Essa política pode ter sido viabilizada para resgatar uma dívida com o usuário de álcool e outras drogas, ao reconhecer suas necessidades de atenção em saúde e seu direito ao acesso a serviços de saúde, definido na Constituição Federal de 1988, como direito de todo cidadão brasileiro? Você acha que algum movimento social pode ter contribuído para a reivindicação desse direito para usuários de álcool e outras drogas?

10.2) O impacto social e econômico (sobretudo no SUS) da problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas pode ter contribuído para que uma política pública de saúde voltada para usuários de álcool e outras drogas fosse proposta no País?

10.3) Essa política pode ter sido viabilizada por ser voltada para um público que vem ocasionando problemas (violência) para a manutenção da ordem social, para a legitimação do Estado? Pode-se pensar que por meio dessa política, tenta-se estabelecer um controle social dessa população?

10.4) Essa política pode ter sido viabilizada por recomendação de organismos internacionais do setor saúde e do controle de drogas?

11) A senhora gostaria de fazer algum outro comentário?

## Roteiro de Entrevista

Área: Políticas de Controle de Drogas  
Entrevistado 6 (CONFEN)

- 1) Gostaria que o senhor comentasse um pouco o que existia no País em termos de políticas sobre drogas quando o senhor assumiu o Conselho Federal de Entorpecentes - CONFEN?
- 2) O quê foi possível propor em termos de política pública sobretudo para as áreas de prevenção e tratamento do uso indevido de drogas, enquanto o senhor esteve no CONFEN?
- 3) Havia alguma articulação entre o Ministério da Justiça, por meio do CONFEN e o Ministério da Saúde, pela Coordenação de Saúde Mental para a elaboração e implementação de uma política de atenção a usuários de drogas? O impacto da questão das drogas na saúde da população brasileira naquela época já colocava como necessária uma política pública para lidar com tal problemática?
- 4) Os centros de prevenção, tratamento e pesquisa, reconhecidos pelo CONFEN como centros de referência ou de excelência, discutiam a necessidade de uma política pública na área do tratamento e da prevenção?
- 5) O senhor é lembrado por muito de seus colegas, como uma pessoa que incentivou e respeitou o trabalho dos centros vinculados ao CONFEN. Que tipo de expectativa o CONFEN tinha em relação ao trabalho desenvolvido por esses centros?
- 6) Havia, naquela época, movimentos sociais já organizados que tentavam sensibilizar o CONFEN ou o governo brasileiro em relação a questão de álcool e outras drogas?
- 7) Gostaria que o senhor comentasse a influência das recomendações das Convenções e Assembléias da ONU no que se fez e no que se faz no Brasil em relação à questão das drogas?
- 8) No ano de 2002, o Ministério da Saúde publicou portarias que regulamentam e garantem financiamento de dispositivos de atenção a usuários de álcool e outras drogas no SUS. Em 2003, é estabelecida a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Que fatores podem ser associados ao surgimento dessa política?
- 9) Gostaria que o senhor comentasse alguns fatores que podem ser associados ao surgimento desta política.
  - 9.1) Essa política pode ter sido viabilizada para resgatar uma dívida com o usuário de álcool e outras drogas, ao reconhecer suas necessidades de atenção em saúde e seu direito ao acesso a serviços de saúde, definido na Constituição Federal como direito de todo cidadão brasileiro? Você acha que algum movimento social pode ter contribuído para a reivindicação desse direito para usuários de álcool e outras drogas?

9.2) O impacto social e econômico (sobretudo no SUS) da problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas pode ter contribuído para que uma política pública de saúde voltada para usuários de álcool e outras drogas fosse proposta no País?

9.3) Essa política pode ter sido viabilizada por ser voltada para um público que vem ocasionando problemas (violência, criminalidade) para a manutenção da ordem social, para a legitimação do Estado? Pode-se pensar que por meio dessa política, tenta-se estabelecer um controle social dessa população?

9.4) Essa política pode ter sido viabilizada por recomendação de organismos internacionais do setor saúde e do controle de drogas?

10) O senhor gostaria de fazer algum outro comentário?

## Roteiro de Entrevista

Área: Políticas de Controle de Drogas  
Entrevistado 7 (SENAD)

- 1) Gostaria que o senhor comentasse o que existia no País em termos de políticas sobre drogas quando o senhor assumiu a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD?
- 2) O quê foi possível propor em termos de política pública sobretudo para as áreas de prevenção e tratamento do uso indevido de drogas neste período em que o senhor esteve à frente da SENAD?
- 3) Gostaria que o senhor comentasse a influência das recomendações das Convenções e Assembléias da ONU no que se fez e no que se faz no Brasil em relação à questão das drogas. Há de fato um maior comprometimento do governo em desenvolver ações a partir dos compromissos assinados nestes encontros internacionais?
- 4) No ano de 2002, O Ministério da Saúde publicou várias portarias que regulamentam e garantem financiamento de dispositivos de atenção a usuários de álcool e outras drogas no SUS. Em 2003, foi lançada a política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas. A SENAD participou da formulação ou da decisão do governo brasileiro de se formular uma política no setor saúde para abordagem de usuários de álcool e outras drogas?
- 5) Pode-se dizer que houve pressão de movimentos sociais organizados para que o governo brasileiro formulasse uma política de saúde para os usuários de álcool e outras drogas?
- 6) Que fatores podem ter contribuído para a decisão do governo brasileiro de se formular esta política?
- 7) Gostaria que o senhor comentasse alguns fatores que podem ser associados ao surgimento desta política:
  - 7.1) Esta política pode ter sido viabilizada para resgatar uma dívida com o usuário de álcool e outras drogas, ao reconhecer suas necessidades de atenção em saúde e seu direito ao acesso a serviços de saúde, definido na Constituição Federal de 1988, como direito de todo cidadão brasileiro?
  - 7.2) O impacto social e econômico (sobretudo no SUS) da problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas pode ter contribuído para que uma política pública de saúde voltada para usuários de álcool e outras drogas fosse proposta no país?
  - 7.3) Esta política pode ter sido viabilizada por ser voltada para um público que vem ocasionando problemas (violência, criminalidade) para a manutenção da ordem social, para a legitimação do Estado? Pode-se pensar que, por meio dessa política, tenta-se estabelecer um controle social dessa população?

7.4) Essa política pode ter sido viabilizada por recomendação de organismos internacionais do setor saúde e do controle de drogas?

8) O senhor gostaria de fazer algum outro comentário?



## Roteiro de Entrevista

Área: Tratamento

Entrevistado 8 (Centros de Referência de Tratamento, Pesquisa e Prevenção)

- 1) O senhor foi diretor de um centro de referência no início da década de 90. Nesse período, existiam no País poucos centros de tratamento para usuários de álcool e outras drogas. Quantos eram esses centros aproximadamente? Que articulação existia entre esses serviços e o governo federal?
- 2) Que tipo de articulação existia entre esses serviços e o Conselho Federal de Entorpecentes - CONFEN /Ministério da Justiça?
- 3) Que tipo de articulação existia entre esses serviços e a Coordenação Nacional de Saúde Mental?
- 4) No início da década de 90, inicia-se no País a implementação do SUS e a reestruturação da atenção em saúde mental. Um dado do DATASUS, do ano de 1994, indica que cerca de 36 % dos leitos psiquiátricos eram ocupados por pacientes com problemas diretamente associados ao alcoolismo. Sabemos que a atenção a usuários de álcool e outras drogas não foi objeto das políticas de saúde mental do início da década de 90, apesar de dados como esse já pudessem apontar a necessidade dessa atenção. Esses centros que já existiam colocavam em discussão estes aspectos, tentavam propor a inclusão da atenção a usuários de álcool e outras drogas na reestruturação da atenção em saúde mental? Por quê?
- 5) Havia alguma articulação entre o Ministério da Justiça, sobretudo entre o CONFEN, o Ministério da Saúde e os centros de referência na discussão, a respeito de uma política de atenção a usuários de drogas?
- 6) Havia movimentos sociais organizados que abordavam essa questão e que conseguiam sensibilizar o governo federal, seja a Coordenação de Saúde Mental, seja o CONFEN?
- 7) E a questão do controle de AIDS, da redução de danos? Esses centros participaram das ações desses programas? Você acha que essa questão foi importante para sensibilizar o governo federal sobre a questão de álcool e outras drogas?
- 8) No ano de 2002, dez anos após a publicação das portarias que deram início a reestruturação da saúde mental no País, são publicadas portarias que regulamentam e garantem financiamento de dispositivos de atenção a usuários de álcool e outras drogas no SUS. Em 2003, é lançada a política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas. Os antigos centros de referência participaram da formulação dessa política?
- 9) Quais os motivos podem ter levado o governo brasileiro a estabelecer uma política de atenção a usuário de álcool e outras drogas?

10) Gostaria que você comentasse alguns fatores que podem ser associados ao surgimento dessa política.

10.1) Essa política pode ter sido viabilizada para resgatar uma dívida com o usuário de álcool e outras drogas, ao reconhecer suas necessidades de atenção em saúde e seu direito ao acesso a serviços de saúde, definido na Constituição Federal de 1988, como direito de todo cidadão brasileiro? Você acha que algum movimento social pode ter contribuído para a reivindicação desse direito para usuários de álcool e outras drogas?

10.2) O impacto social e econômico (sobretudo no SUS) da problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas pode ter contribuído para que uma política pública de saúde voltada para usuários de álcool e outras drogas fosse proposta no País?

10.3) Essa política pode ter sido viabilizada por ser voltada para um público que vem ocasionando problemas (violência) para a manutenção da ordem social, para a legitimação do Estado? Pode-se pensar que por meio dessa política, tenta-se estabelecer um controle social dessa população?

10.4) Essa política pode ter sido viabilizada por recomendação de organismos internacionais do setor saúde e do controle de drogas?

11) O senhor gostaria de fazer algum outro comentário?

## Roteiro de Entrevista

Área: Tratamento

Entrevistado: 9 (Federação das Comunidades Terapêuticas)

1) A FETEB (Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil) existe desde 1994, por que e com que objetivos ela foi criada? Quantas comunidades terapêuticas estão hoje vinculadas à FETEB?

2) Como foi o processo de expansão das comunidades terapêuticas no Brasil? Em que período houve uma maior dessas comunidades?

3) Que tipo de articulação existiu e existe entre as Comunidades e o Governo Federal (Conselho Federal de Entorpecentes - CONFEN/ Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD/ Ministério da Saúde)?

4) Como a FETEB percebe as ações do governo federal na área de álcool/drogas?

- A resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA -, que estabelece normas mínimas para o funcionamento das comunidades terapêuticas (2001).
- A Política de Atenção Integral do Ministério da Saúde para o usuário de álcool e outras drogas (2003).

5) A FETEB concorda com o desenvolvimento de políticas públicas de saúde para usuário de álcool e outras drogas?

6) Quais os motivos podem ter levado o governo brasileiro a estabelecer uma política de atenção a usuário de álcool e outras drogas?

7) Gostaria que fossem comentados alguns fatores que podem ser associados ao surgimento dessa política.

7.1) Essa política pode ter sido viabilizada para resgatar uma dívida com o usuário de álcool e outras drogas, ao reconhecer suas necessidades de atenção em saúde e seu direito ao acesso a serviços de saúde, definido na Constituição Federal de 1988, como direito de todo cidadão brasileiro? Você acha que algum movimento social pode ter contribuído para a reivindicação desse direito para usuários de álcool e outras drogas?

7.2) O impacto social e econômico (sobretudo no SUS) da problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas pode ter contribuído para que uma política pública de saúde voltada para usuários de álcool e outras drogas fosse proposta no País?

7.3) Essa política pode ter sido viabilizada por ser voltada para um público que vem ocasionando problemas (violência) para a manutenção da ordem social, para a legitimação do Estado? Pode-se pensar que por meio dessa política, tenta-se estabelecer um controle social dessa população?

7.4) Essa política pode ter sido viabilizada por recomendação de organismos internacionais do setor saúde e do controle de drogas?

8) Que outros fatores podem estar relacionados como o surgimento dessa política?

**ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/  
DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “A Política Pública de Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas do Brasil – Antecedentes e Determinantes” que tem como objetivo a investigação dos fatores que contribuíram para que o Estado brasileiro estabelecesse, nos anos 2002/2003, uma política de saúde para usuários de álcool e outras drogas.

A sua participação é inteiramente voluntária e você é livre para, a qualquer momento, abandonar a pesquisa, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

A sua participação será na forma de uma entrevista. Se você concordar, a entrevista será gravada. Você receberá uma cópia da transcrição e poderá fazer as alterações que julgar necessário. A fita cassete com a gravação da entrevista ficará guardada por um período de 5 anos sob a responsabilidade da pesquisadora, podendo ser solicitada por você, a qualquer momento.

Você não corre nenhum risco ao participar desta pesquisa. Você será identificado por um código e seu nome não será revelado em nenhuma situação.

Você não terá nenhum gasto financeiro ao participar desta pesquisa.

Depois de ter lido as informações acima, se for de sua vontade participar deste estudo, por favor preencha o termo de consentimento abaixo.

## Declaração de Consentimento

Li e compreendi as informações contidas neste documento. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar deste estudo concedendo entrevista e permito que as informações emitidas sejam utilizadas em artigos científicos e na dissertação de mestrado em Saúde Pública (área de concentração Política de Saúde e Planejamento) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a ser desenvolvida pela aluna Ana Regina Machado, sob orientação do Professor Paulo Sérgio Carneiro Miranda.

---

Local e Data

---

Assinatura do Participante

Ana Regina Machado – pesquisadora responsável pelo estudo  
Telefone para contato: 31 34811545 ou 31 91835200  
Psicóloga, mestranda em Saúde Pública (área de concentração Política de Saúde e Planejamento),  
Faculdade de Medicina, UFMG

**ANEXO D – CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO**



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9939



**Ata do exame de qualificação a que se submeteu a mestranda Ana Regina Machado.**

Aos quinze dias do mês de outubro de dois mil e quatro, convocado pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento, compareceu a mestranda ANA REGINA MACHADO para submeter-se ao exame de qualificação do Projeto de Dissertação intitulado: **“A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PARA USUÁRIOS DE ALCÓOL E OUTRAS DROGAS DO BRASIL - ANTECEDENTES E DETERMINANTES”**, perante a Comissão Examinadora composta pelos professores doutores: Antônio Leite Alves Radicchi - UFMG, Elza Machado de Melo - UFMG (membros titulares) e o Prof. Paulo Sérgio Carneiro Miranda, orientador da mestranda. A sessão iniciou-se às nove horas, na sala 7011 - 7º andar da Faculdade de Medicina com a presença dos professores acima citados. Após a exposição da candidata, os professores participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação oral, do conteúdo, relevância, metodologia e viabilidade do Projeto. Após a arguição, a banca examinadora considerou o Projeto coerente e a aluna apta a prosseguir a sua investigação. Para constar, lavrou-se a presente ata, que segue assinada pela Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 15 de outubro de 2004.

Prof. Paulo Sérgio Carneiro Miranda (orientador) \_\_\_\_\_

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi \_\_\_\_\_

Profa. Elza Machado de Melo \_\_\_\_\_

Profa. Ada Ávila Assunção (coordenadora) \_\_\_\_\_

Profª Ada Ávila Assunção  
Coord. PG. Saúde Pública  
Fac. Medicina UFMG

CONFERE COM O ORIGINAL  
Centro de Pós-Graduação