



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Barros Teixeira, Mirna; de Leão Ramôa, Marise; Engstrom, Elyne; Mendes Ribeiro, José
Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação
brasileira no período de 2000 a 2016

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 5, mayo, 2017, pp. 1455-1466
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050935007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016

Tensions between approach paradigms in public policies on drugs:
an analysis of Brazilian legislation in 2000-2016

Mirna Barros Teixeira ¹

Marise de Leão Ramôa ²

Elyne Engstrom ¹

José Mendes Ribeiro ¹

Abstract Brazilian public policy on drugs has been permeated by two diametrically opposing approaches: one focusing on prohibition and the other on non- prohibition. Similarly, there have been two opposing approaches to mental healthcare, one centered on hospitalization and the other psychosocial care and development. In the context of these different paradigms, this article presents an analysis of twenty-two documents sourced by the legislative rules over the last sixteen years. After the year 2000, a renewed focus by healthcare community on drugs was noticeable as was the immersion of a harm reducing approach. Following international trends, although there are still considerable divergencies between (a) psychosocial care and (b) residential care in the therapeutic communities there seems to be an alignment to anti- prohibition approaches.

Key words Harm reduction, Public policies, Alcohol and other drugs, Inter-sector cooperation and coordination

Resumo Tensões em diferentes campos perpassam a formulação de políticas públicas sobre drogas. Na Justiça/Segurança pública, controvérsias entre os paradigmas do proibicionismo e antiproibicionismo; no campo da Saúde/Assistência social, os paradigmas asilar e psicossocial norteiam, de forma divergente, práticas em saúde mental/ álcool e outras drogas. O objetivo do artigo é analisar, à luz destes paradigmas, modelos que influenciaram as Políticas Públicas sobre Drogas no Executivo Federal brasileiro. Trata-se de pesquisa documental, cuja fonte são normativos publicados entre 2000-2016 e categorias analíticas: os modelos hegemônicos, as influências na organização dos serviços e a intersectorialidade. Foram analisados 22 documentos. Concluiu-se que, na saúde, a abordagem às drogas apresentou incremento e relevância a partir dos anos 2000, a redução de danos emergiu como estratégia norteadora do cuidado, um paradigma ético, clínico e político, transversal no diálogo com os campos. Identificou-se protagonismo promissor de outros setores, alinhados às novas tendências internacionais e ao antiproibicionismo, mas persistem divergências quanto ao modelo de atenção psicossocial e interação em comunidades terapêuticas.

Palavras-chave Redução de danos, Políticas públicas, Álcool e outras drogas, Intersectorialidade

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. mirna@ensp.fiocruz.br

² Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

O uso prejudicial de drogas (UPD) é problema de saúde pública multifatorial envolvendo as dimensões biológicas, psíquicas, sociais, culturais, constituindo-se como um desafio para a implementação de políticas integradas e abrangentes. De magnitude mundial expressiva, estima-se que 246 milhões de pessoas no mundo usem substâncias psicoativas (SPA), o que corresponde à prevalência global de 5,2% em 2013¹. No âmbito da formulação de políticas públicas sobre drogas existem tensões em diversos setores. No setor da justiça e da segurança pública dois paradigmas, o do proibicionismo e o do antiproibicionismo, se encontram em disputa. Já no campo da saúde e assistência social, os paradigmas asilar, psicosocial e de Redução de danos (RD) sustentam as práticas em saúde mental/álcool e outras drogas². O proibicionismo ou “Guerra às Drogas” tem como objetivo maior o combate ao tráfico e a criminalização de usuários e traficantes, visando um mundo livre de drogas. Está associado ao discurso antidrogas, fruto de vários tratados internacionais cujo compromisso era a prevenção do consumo e a repressão da produção e da oferta. Já o “antiproibicionismo” tem como debate principal a descriminalização e a legalização das drogas; comprehende que o uso de drogas não deve ser considerado crime e às pessoas que fazem uso prejudicial de SPA deve ser ofertado tratamento e cuidado e não reclusão em ambiente prisional³.

No setor saúde, a característica básica da abordagem “asilar” é a ênfase no caráter orgânico, com a aposta central nos medicamentos como ferramenta para a cura. O indivíduo ocupa um lugar passivo em seu tratamento, sendo considerado doente, justificando, com isso, seu isolamento do meio familiar e social mais amplo. A instituição típica desse paradigma é o hospital psiquiátrico que possui somente a internação como modelo.

No modelo “psicosocial”, o desenvolvimento das práticas é decorrente de movimentos sociais e de diversos campos teóricos. As considerações desse modelo, num primeiro momento, sobre a psicose, em particular, e sobre outras formas de sofrimento, como as associadas ao uso prejudicial de drogas, são marcadas por considerações que vão além da noção de doença. Por isso, os recursos usados na atenção também precisam ir além dos medicamentos. Parte-se da contextualização de um dado fenômeno, com base na fenomenologia de Husserl, citado por Basaglia⁴, quando se propõe colocar a doença entre parênteses para

ver o sujeito do processo do adoecimento com seus determinantes econômicos, sociais e políticos. O cuidado se dá na perspectiva de Redes de Atenção territorializadas, sendo a integralidade considerada tanto em relação ao ambiente, quanto ao ato terapêutico com o indivíduo, no qual seus efeitos não visam à supressão sintomática e a necessária abstinência e sim à redução de riscos e danos. Esse modelo de cuidado centra-se no respeito às diferenças, à defesa da vida e ao direito à liberdade e à dignidade da pessoa, cujo objetivo é inclusão e reinserção social, e a toxicomania ou a dependência de drogas é vista como resultante do encontro de uma pessoa com uma droga em um dado momento sociocultural, numa tríade indivíduo-droga-contexto⁵. Seus princípios são a desinstitucionalização; a liberdade; a autonomia e a cidadania, tendo a interdisciplinaridade e a intersetorialidade como práticas da clínica ampliada⁶.

Tais referências norteiam disputas nos campos da saúde, assistência social, segurança e justiça e podem ser refletidas em três modelos/abordagens aos usuários de drogas segundo Marlatt⁷:

1. No *modelo moral/criminal* o uso de algumas drogas é definido como ilícito e por isso passível de punição. Remete a políticas proibicionistas e redução da oferta, na ideia moral do prazer associado ao pecado e o indivíduo não sendo capaz de discernir o certo do errado, podendo ser submetido a medidas de suspensão de direitos individuais. Faz-se aqui a associação entre Justiça e Saúde, por meio de práticas como a Justiça Terapêutica e internações compulsórias determinadas por juízes, mas que estão previstas em Lei da Saúde, como na lei 10.216⁸, que sofreu inúmeras modificações desde o projeto de Lei nº 3657-B, da Câmara dos Deputados, de 1989. Para tal modelo a única meta é a abstinência total.

2. O *modelo de doença*⁷ vê a dependência de drogas como uma doença biológica que merece tratamento e reabilitação. O foco está no indivíduo e remete a uma abordagem de redução da demanda; seus dispositivos incluiriam as experiências de Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e Modelo Minnesota. Tais abordagens não se preocupam com um mundo livre de drogas, pois partem do princípio de que apenas alguns indivíduos desenvolvem a dependência. Porém, pode-se incorrer no risco de associação ao modelo moral, quando se relaciona ao sujeito da doença a ideia de incapacidade da razão em detrimento do prazer. A única meta aceitável a partir de tal concepção é a abstinência total, inclusive como condição para o tratamento, pois

o indivíduo precisa aceitar que tem uma doença incurável, progressiva e fatal e por isso não pode estar em contato com a substância à qual seria alérgico⁹.

3. O *modelo da RD* é entendido como uma estratégia norteadora do cuidado, um paradigma ético, clínico e político^{10,11}. Segundo Marlatt⁷, a RD parte de pressupostos filosóficos do Pragmatismo e dos Direitos Humanos; rompe com a ideia de uso abusivo de drogas, afirma que o mesmo pode ou não ser prejudicial. Torna-se uma estratégia também para pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir/cessar o uso de drogas, bem como para os demais usuários com dificuldade para acessar serviços de saúde ou aderir ao cuidado integral à saúde. Tem como princípio o respeito à autonomia dos sujeitos na perspectiva de um cuidado ampliado de saúde que se contrapõe às práticas de recolhimento dos usuários em abrigos ou para a internação compulsória. Marlatt⁷ aponta a RD como uma alternativa da saúde pública aos modelos moral/criminal e de doença, que se sustentam em princípios e pressupostos diferenciados da RD.

Os primeiro e o segundo modelos têm sintonia com o paradigma proibicionista enquanto o terceiro tem a ver com o paradigma antiproibicionista. Percebe-se certa aproximação entre os modelos de políticas públicas apresentados por Marlatt⁷ e os paradigmas asilar e psicossocial, que foram problematizados por autores do campo da Reforma Psiquiátrica e que podem manter as políticas públicas sustentadas em uma lógica que aprisiona, reprime e isola o sujeito que faz uso de drogas a um modelo pautado na ideia de exclusão como forma de tratamento e de suposto cuidado e um outro modelo que se sustenta na relação entre as drogas e os contextos e promove rompimento com estigmas, que é o modelo da RD e psicossocial.

As políticas públicas têm se mostrado pouco integradas e com barreiras de acesso, acentuando as inequidades para as pessoas que fazem UPD e que se encontram em extrema vulnerabilidade social. A ampliação e a reorientação de políticas públicas que priorizem acesso e tratamento no âmbito de uma rede de cuidado humanizada e intersetorial, com práticas orientadas por valores e princípios de participação, de intersetorialidade e de equidade, fundamentos do Sistema de Saúde Brasileiro (SUS) e do movimento internacional da promoção da saúde (PS)¹² mostram-se promissoras e vêm conquistando espaços no campo das drogas no Brasil. O objetivo do artigo é analisar à luz dos paradigmas existentes os modelos e

as abordagens que permearam o desenvolvimento das Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil no âmbito do poder Executivo Federal no século XXI.

Metodologia

Trata-se de pesquisa documental que teve como fonte de dados, as políticas, os decretos e as demais normativas publicados entre 2000-2016. A escolha deste período justificou-se por estar este século marcado pelo destaque dado à temática das drogas em diversos setores governamentais e da sociedade, com mudanças na configuração de políticas e atores públicos envolvidos com o acirramento de conflitos entre os mesmos e por haver uma vasta publicação nacional a ser explorada. A *pesquisa documental permite acrescentar a dimensão de tempo à compreensão do social relacionada às fases do ciclo das políticas neste período*¹³. Dessa forma, procurou-se conhecer, caracterizar, analisar e elaborar sínteses sobre documentos escritos e publicados pelas diversas instâncias do Executivo Federal, relativos às políticas direcionadas às drogas no Brasil. Realizou-se buscas eletrônicas do tema para identificar normativas de interesse utilizando as bases “SAUDE LEGIS e SENAD”¹⁴, com seleção do material por pares, pelos autores.

A sistematização dos documentos foi organizada considerando o ano de publicação (temporalidade), os setores governamentais protagonistas envolvidos (atores) e sua relação com a temática da droga. *Foram excluídos os documentos não normatizados em portarias ou leis/decretos.* Como categoria analítica foi realizada a identificação da tipologia dos modelos segundo Marlatt⁷ e suas respectivas influências na organização dos serviços de saúde (Quadro 1). Analisou-se ainda, a perspectiva da intersetorialidade, categoria relevante se considerado à complexidade da abordagem ao UPD, a compreensão ampliada de saúde e de seus determinantes, dilemas que necessitam abordagens sistêmicas e integradas entre os setores. Analisou-se nos normativos a dimensão da intersetorialidade classificadas em três tipos: inexistente; incipiente e robusta (Quadro 2).

Resultados

Do total de 22 documentos identificados acerca do tema, foram selecionados 18 para a presente análise *que atenderam aos critérios de elegibilidade*. Embora com os normativos distribuídos ao

Quadro 1. Sistematização dos normativos acessados sobre drogas na legislação brasileira no período de 2000 a 2016.

Normativos	Ano e Setor	Relação com temática das drogas e a organização dos serviços	Modelos*
Lei 10.216 de 06 de abril de 2001	2001. Ministério da Saúde	Marco da Reforma Psiquiátrica; novo modelo de atenção em saúde mental; desospitalização, serviços de base territorial, portas abertas, sem exclusão do convívio com a sociedade. Define três tipos de internação psiquiátrica: voluntária, solicitada pelo paciente e involuntária.	(3)
Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 101 de 30 de maio de 2001 (revogada pela RDC 29 de 2011)	2001. Ministério da Saúde. Anvisa	Regulamento Técnico sobre o funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), segundo modelo psicosocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas (CT).	(2)
Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002.	2002. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)	Institui a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Apresenta o prefixo <i>anti</i> drogas, que denota uma posição proibicionista visando uma <i>sociedade livre do uso de drogas ilícitas</i> e do uso indevido de drogas lícitas embora já aponte para programas de redução de demanda e danos considerando os determinantes sociais de saúde.	(1)
Portaria nº 2197 de 14 de outubro de 2004.	2004. Ministério da Saúde	Estabelece que o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (AD). Considera as determinações do documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de AD” de 2003 do MS. Adota a Redução de Danos (RD) como estratégia de intervenção prioritária. É contrária à internação de usuários AD em hospitais psiquiátricos normatizando as internações hospitalares de curta permanência; propõe integração entre os serviços e níveis de atenção à saúde.	(3)
Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD de 27 de outubro de 2005.	2005. Conselho Nacional Antidrogas (CONAD)	Institui a Política Nacional Sobre Drogas substituindo o prefixo “anti” para “sobre” drogas, refletindo nova compreensão técnica-política para o problema em uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.	(3)
Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005.	2005. Ministério da Saúde	Regulamenta ações que visam à RD decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência definindo as ações de RD com disponibilização de insumos para prevenção de HIV e hepatites.	(3)
Lei de Drogas 11.343 de 23 de agosto de 2006.	2006. Presidência da República. Casa Civil	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e as redes de serviços. Estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes, distingue usuário de traficante e suas respectivas penas, porém mantém a criminalização e a penalização por uso de drogas.	(1)
Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007.	2007. Presidência da República	Institui a Política Nacional sobre o Álcool com medidas para redução do seu uso indevido e sua associação com a violência e criminalidade. Propõe a ampliação e fortalecimento das redes locais de atenção integral na lógica de território e de RD.	(3)
Portaria nº 1.190 de 04 de junho de 2009.	2009. Ministério da Saúde.	Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD). Normatiza os Consultórios de Rua (CR) como uma das estratégias do plano na área de saúde mental, visa diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção e tratamento por meio de respostas intersetoriais efetivas.	(3)

continua

longo do período estudado, houve um incremento a partir de 2009 (Quadro 1). Os setores go-

vernamentais envolvidos foram o Ministério da Saúde (MS), Presidência da República, Gabinete

Quadro 1. continuação

Normativos	Ano e Setor	Relação com temática das drogas e a organização dos serviços	Modelos*
Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.	2009. Presidência da República, Casa Civil	Dispõe sobre a certificação das entidades benfeicentes de assistência social, regula isenção de contribuições para a seguridade social às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos e inclui as CT em tal categoria.	(2)
Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010	2010. Presidência da República, Casa Civil	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC) e cria o seu Comitê Gestor. Esse Plano deu origem ao Programa “Crack é Possível Vencer” em 2011 apresentando três eixos de atuação: Prevenção, Cuidado e Autoridade com a finalidade de promover a prevenção, o tratamento e a reinserção social de usuários; além do enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. Visa integrar as ações de saúde e reinserção social de usuários AD com as ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), além da ampliação dos dispositivos da rede de atenção.	(2 e 3)
RDC 29 de 30 de junho de 2011.	2011. Ministério da Saúde. Anvisa	Estabelece requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes de SPA em regime de residência. Revoga a RDC de 2001 e apresenta atividades supostamente desenvolvidas nas CT sem nomeá-las como tal. Não há o rigor anterior da RDC 101 quanto aos critérios de elegibilidade do residente e mantém o critério de permanência voluntária. Não define número máximo de leitos (que era de 30 na RDC 101) e o responsável não tem mais que ser necessariamente da área de saúde, mas apenas de nível superior.	(2)
Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011	2011. Ministério da Saúde.	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Revê a organização da Atenção Básica e seus atributos essenciais e derivados. Incorpora a RD na Atenção Básica e cria as equipes de Consultório na Rua (eCnaR).	(3)
Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011.	2011. Ministério da Saúde.	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS) para ampliação do acesso à atenção psicossocial aos pontos de atenção da rede e incluindo às urgências. Institui as CT, as eCnaR e Centro de Atenção Psicossocial para AD (CAPS AD) como seus dispositivos.	(3)
Portaria nº 131 de 26 de janeiro de 2012.	2012. Ministério da Saúde.	Institui incentivo financeiro de custeio para apoio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as CT no âmbito da RAPS. Define 30 leitos como número máximo por serviço (que já constava na RDC 101). Para recebimento do incentivo os serviços deverão integrar Região de Saúde que conte com componentes da RAPS. Apresenta normas mais rígidas de credenciamento para os serviços residenciais.	(2 e 3)
Portaria nº 10, de 28 de fevereiro de 2014.	2014. Ministério da Justiça. SENAD.	Acrescenta modelo de relatório de fiscalização das CT. Define CT como entidade que presta serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPA. Explicita que há um número de vagas contratadas pela SENAD, órgão fiscalizador das CT utilizando parâmetros da RDC 29/2011. Define como direito do acolhido a Laborterapia que emprega o trabalho como forma de recuperação. Propõe modelo de acolhimento em que não há privação de liberdade.	(2)

continua

da Segurança Institucional (Secretaria Nacional sobre Drogas - SENAD; Conselho Nacional so-

bre Drogas - CONAD e Casa Civil); Ministério da Justiça (SENAD). A maioria dos documentos

Quadro 1. continuação

Normativos	Ano e Setor	Relação com temática das drogas e a organização dos serviços	Modelos*
Resolução nº 01 de 19 de agosto de 2015.	2015. Presidência da República. CONAD.	Regulamenta, no âmbito do Sisnad, as entidades caracterizadas como CT, sem prejuízo da RDC nº 29. Afirma que as CT não são estabelecimentos de saúde, mas de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social. Estabelece o acolhimento por até 12 meses o que se diferencia de uma abordagem psicossocial com vistas a desinstitucionalização. O programa de acolhimento ainda permite incluir a realização de desenvolvimento da espiritualidade como parte do método de recuperação.	(2)
Portaria 834 de 26 de abril de 2016.	2016. Ministério da Saúde	Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades benéficas de assistência social na área de saúde (CEBAS) e considera entidade benéfica de assistência social na área de saúde aquela que atue diretamente na atenção à saúde. A CT definida como entidade de saúde poderá receber o CEBAS, porém não há definição de critérios quanto ao que se caracteriza "entidade de saúde". Informa ainda excepcionalmente, para receber a CEBAS as CT que comprovem a aplicação de apenas 20% de sua receita bruta em ações de gratuidade.	(2)

*Legenda: Modelos de abordagem aos usuários de drogas: 1) Moral/criminal/proibicionismo; 2) Doença/asilar; 3) Redução de danos e/ou modelo de atenção psicossocial/antiproibicionista.

(n = 10) foi publicada pela Saúde, 07 pela Presidência da República e 01 pela Justiça.

Sobre a tipologia dos modelos/abordagens, houve uma predominância do modelo da RD e/ou modelo de atenção psicossocial/antiproibicionista, com 08 documentos; seguido do modelo de doença/asilar com 06 documentos. Identificou-se apenas 02 documentos no modelo moral/criminal/proibicionista (nos anos 2002 e 2006) e 02 normativos compostos por mais de um tipo de modelo, nesses casos expõe ainda mais uma disputa de modelos.

Com destaque no início da série temporal estudada, a Lei 10216⁸, de 2001, foi um marco da Reforma Psiquiátrica, por legislar sobre o novo modelo de atenção em saúde mental (psicossocial), com serviços de base territorial de portas abertas em substituição aos manicômios psiquiátricos. Essa lei, embora não abordasse especificamente a temática das drogas, definiu 3 tipos de internações: 1) voluntária, solicitada pelo paciente; 2) involuntária, pedida por terceiro; e a 3) compulsória, "aquele determinada pela Justiça". Somente em 2003, o tema das drogas, seu uso prejudicial, entrou na agenda da saúde de forma mais efetiva, com a publicação da "Política para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas/MS". Esta foi normatizada no ano seguinte (Portaria nº 2.197)¹¹, em convergência

à atenção psicossocial ao evitar a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos e reconhecer o UPD como grave problema de saúde pública, apresentando a RD como estratégia de intervenção prioritária, modelo que se fortaleceu de forma crescente nos anos seguintes. Em 2005, as ações de RD foram regulamentadas pela Portaria nº 1.028/MS¹⁰, apostando num modelo direcionando à oferta de cuidados que minimizassem as consequências adversas do UPD para o indivíduo e a sociedade; reduzindo riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo de drogas.

De forma convergente à tendência observada na Saúde, neste mesmo período outros setores experimentaram mudanças na abordagem às drogas rumo ao antiproibicionismo, expressas no realinhamento do título de políticas e setores governamentais afins: de Política Nacional Antidrogas (2002) para a Política Nacional sobre Drogas (2005)¹⁵; de Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e da Política Nacional Antidrogas (PNAD), com a expressão *anti* alterada para *sobre* drogas, expressam a construção de uma nova identidade na abordagem ao tema, movimento consolidado com o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Um primeiro resultado desta mudança pode ser observado em 2006, com a Lei 11.343¹⁶, que extinguiu a pena

Quadro 2. Análise da dimensão da Intersetorialidade.

Intersetorialidade	
Não explicitada ou não existente:	Os documentos não abordam a intersetorialidade, cada setor é visto individualmente sem apontar a integração com os demais setores. 03 Documentos: RCD 101 de 2001; Resolução nº 01/2015 CONAD; Portaria nº 834 de 2016.
Incipiente:	Os normativos apresentam uma articulação entre saúde, assistência social e direitos humanos, porém ainda pouco integrada com os demais setores ou abordam a intersetorialidade de forma implícita. 09 Documentos: Lei 10216/2001; Decreto nº 4345/2002; Portaria nº 2197/2004; Portaria nº 1028/2005; Lei 12101/2009; RDC 29/2011; Portaria nº 2488/2011; Portaria nº 3088/2011; Portaria nº 131/2012,
Robusta:	Os documentos apresentam a intersetorialidade como um “modus operandis” tendo a articulação entre os diversos setores como elemento norteador da política/normativa. 06 Documentos: Resolução nº3/GSIPR/CH/Conad/2005; Lei de Drogas nº 11.343/2006; Decreto nº 6117/2007; Portaria nº 1190/2009; Decreto nº 7179/2010; Portaria nº10/2014.

de prisão no caso de posse de substâncias ilícitas para uso próprio, mantendo, porém, a proibição do uso com sanções distinguindo o usuário do traficante e deu ênfase as ações de prevenção, tratamento e reinserção social. No entanto, essa lei deixou como lacuna a não discriminação de parâmetros precisos de diferenciação, como entre usuário e traficante, abrindo brechas para interpretações quanto ao tipo de usuário, o que na prática aumentou o encarceramento por porte de drogas³.

A Política Nacional sobre o Álcool¹⁷, embora focalizada, apresentou uma formulação inovadora por contemplar a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, associados ao consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade ligadas ao uso prejudicial do álcool, em uma abordagem intersetorial. Ampliando o escopo da atenção à saúde às pessoas com UPD, em 2010 o MS reconheceu a lacuna assistencial e lançou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS-PEAD¹⁸, em perspectiva intersetorial em seus distintos eixos de intervenção.

Na ampliação do modelo da RD na atenção à saúde, há que se ressaltar sua incorporação à Política Nacional de Atenção Básica¹⁹ (revista em 2011), ao recomendar tal estratégia nos cuidados primários e instituir uma nova modalidade de equipe de saúde da família, os Consultórios na Rua, para o cuidado à população em situação de rua e usuários de drogas. Como capilaridade deste modelo em outros setores, em 2016, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em colaboração do MJ/SENAD lançou o Cader-

no de Orientações Técnicas do SUAS²⁰ no campo AD, no qual reconheceu a multicausalidade do consumo de drogas, as sérias consequências nas vidas das pessoas e suas famílias, as vulnerabilidades associadas ao uso de crack e a necessidade de integração territorializada em Redes (Saúde e Assistência Social).

De forma paradoxal ao fortalecimento do modelo da RD e da atenção psicossocial, evidenciando controversas e disputas, no final da década 2000, observou-se normativas que reforçam o modelo centrado na doença, especialmente por meio das Comunidades Terapêuticas (CT). Em 2009, a Lei nº 12.101²¹ certificou as entidades benéficas de assistência social, incluindo as CT. Em 2011, a Anvisa apresentou a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 29²² que definiu os *requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPA* em regime de residência, mas não as denomina de CT. Ainda em 2011, o MS instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento, transtorno mental e necessidades associadas ao uso de crack, álcool e outras drogas – RAPS (Portaria 3.088)²³ e incluiu as CT como um dos dispositivos dessa rede. Em 2012, o próprio MS instituiu esforço para regularmentar as CT nos moldes das Unidades de Acolhimento, lançando a Portaria 131²⁴ que definiu critérios para credenciamento das CT no âmbito da RAPS. Um deles foi o respeito à orientação religiosa do residente. Em 2013, a Nota Técnica/MS²⁵ trouxe esclarecimentos sobre a RDC 29 e a sua aplicabilidade nas CT, apresentando-as como instituições não governamentais, da sociedade

civil, para lacunas assistenciais do SUS. Nessa tensão política, as CT passaram a ser financiadas pela SENAD, por meio do Ministério da Justiça, em 2014²⁶. Em 2015, a Resolução nº 1/2015 do CONAD²⁷ regulamentou, no âmbito do Sisnad, as entidades que realizavam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao UPD, aí, sim, caracterizadas como CT. Estas não seriam estabelecimentos de saúde, mas entidades de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social, sendo, desta forma, vinculadas ao MJ e fiscalizadas pela SENAD. No entanto, em 2016, contrariando tal vinculação, a responsabilidade sobre as CT retornam à Saúde, com procedimentos do MS normatizando a certificação das entidades benéficas de assistência social na área de saúde – CEBAS (Portaria 834)²⁸. Essa definiu que as instituições reconhecidas na legislação, como serviços de atenção em regime residencial e transitório (incluídas as CT) prestadoras de serviços ao SUS, poderiam ser certificadas, desde que qualificadas como entidades de saúde e com prestação de serviços comprovada por declaração do gestor do SUS. Contudo, estabeleceu-se dualidade acerca do financiamento às CT, possível tanto pela SENAD/Justiça como pelo MS.

Em relação às políticas específicas acerca do crack, estas foram mais evidentes a partir de 2010, coincidindo com a profusão na mídia sobre a suposta epidemia do crack. Na perspectiva de intervenções integradas entre setores, foi lançado em 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas²⁹ que deu origem ao “Programa Crack é Possível Vencer” em 2011, este com investimento financeiro substancial e com ações que envolveram diretamente as políticas de saúde, assistência social e segurança pública e educação, trazendo como diretriz, a integração das ações dos eixos cuidado, autoridade e educação.

A perspectiva intersetorial dos documentos foi melhor explorada no presente estudo com as tipologias sistematizadas no Quadro 2. Evidenciou-se que a maioria dos documentos abordou a intersetorialidade de forma ainda incipiente (08); 06 de forma robusta e apenas 03 inexistente, já sendo, portanto, uma dimensão relevante de análise de políticas públicas.

Esta categoria é relevante não apenas pela possibilidade de ampliar as alianças intersetoriais no desenvolvimento de projetos, mas também em compreender as competências necessárias para implementar as ações, lidar com disputas políticas e pessoais por espaços de poder, novas

competências e habilidades para trabalhar com novos saberes e práticas, em uma leitura transversal sobre os problemas fundantes de uma política¹². Segundo Buss e Carvalho³⁰, a intersetorialidade não pode se restringir às intencionalidades retóricas nem em frágeis acordos, devendo estar sistematizada em “programas concretos dirigidos a populações concretas (...) submetidas a procedimentos de avaliação que permitam dimensionar seus impactos sobre a saúde e a qualidade de vida”.

Cabe destacar que, em 2002, a Política Nacional Antidrogas³¹ apresentou, embora insípiente, uma perspectiva ampliada entre saúde e assistência social. Em 2005, com o realinhamento da política, a integração setorial se torna mais robusta. Com a Política Nacional sobre o Álcool¹⁷, em 2007, a intersetorialidade e a integralidade de ações têm maior visibilidade e em 2011, o Programa “Crack é possível vencer” fez uma indução à intersetorialidade ao propor o trabalho integrado por meio de Comitês intersetoriais.

Discussão

A formulação de políticas públicas relacionadas à temática das drogas no período estudado no Brasil não identificou uma tendência linear progressista rumo ao modelo da RD/psicossocial, embora tenha predominado nas normativas. Há alternância na ênfase da segurança pública e justiça, que reafirmam o paradigma da “guerra às drogas” e na abordagem as drogas como problema de saúde pública³². No entanto, em todos esses setores o modelo de RD vem ganhando protagonismo principalmente, a partir de 2005, com realinhamento da Política Nacional sobre Drogas³³.

O uso de práticas de RD como estratégia importante para a saúde e o modelo de atenção psicossocial, de forma diferenciada ao modelo de doença, tem beneficiado pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade por serem intervenções que se baseiam num forte compromisso com a saúde pública e os direitos humanos³⁴, cujo foco principal de suas ações é a oferta de cuidado integral reduzindo prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso das drogas. A RD torna-se, assim, uma estratégia norteadora do cuidado, um paradigma ético, clínico e político mostrando-se mais resolutiva para os usuários de crack e outras drogas. Esta terapêutica é considerada

de “baixa exigência” por não exigir a abstinência como um requisito obrigatório. Ela não é negada, apenas não entra como a única alternativa de tratamento para uso prejudicial de drogas⁹.

Tensões evidenciadas na presente análise têm como foco o modelo de doença abordado pelas CT para dependentes de drogas. Esse modelo tenta romper com a concepção de falha de caráter atribuída até então aos dependentes de álcool, a partir da concepção de doença, pois na sociedade do século XVIII comportamentos classificados como vício eram considerados sinais de fraqueza e de falha moral⁹. O Relatório da 4^a Inspeção Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP)³⁵ apresentou posicionamento contrário às práticas implementadas por estas entidades diante da identificação de várias violações de direitos humanos³⁵. A partir dos documentos da “Saúde Mental em Dados 12” do MS³⁶ e do Censo de Comunidades terapêuticas³⁷ observou-se que os dispositivos de base comunitária como os Centros de Atenção Psicossocial para AD (CAPS-AD) tiveram menor investimento do que as CT. Em 2011 existiam 277 CAPS-AD em comparação a 1179 CT.

No campo jurídico, mesmo a partir da lei 11.343¹⁶ que supostamente fez distinção entre usuários de drogas e traficantes, não há descriminação, nem despenalização de qualquer droga; porte para uso continua sendo crime, porém não prevê mais a pena de privação de liberdade (prisão), mas sim o cumprimento de penas alternativas: advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade; medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo³⁸. Apesar dessa Lei, houve um aumento da taxa de encarceramento do País por porte de drogas. Dados do InfoPen (2013) informam 574.027 pessoas presas, sendo 146.276 devido ao tráfico de entorpecentes referente ao Art. 33 da Lei nº 11.343¹⁶ com crescimento de aproximadamente 317,9%, passando de 74 para 300,96%³⁹.

Neste artigo discutimos o processo normativo das políticas sobre drogas no Brasil no âmbito do SUS. O caráter incremental da política na direção da atenção psicossocial de base comunitária, proteção dos direitos individuais dos usuários e abordagem multidisciplinar e intersetorial é bem destacado. Não foi aqui realizada a análise do processo decisório e sim o delineamento das tendências em curso no debate e o conflito de ideias.

Entretanto, cabe ressaltar que diversas tradições teóricas orientam a análise de processos decisórios em políticas públicas. São relevantes

as ações de especialistas governamentais, de instituições de ensino e pesquisa e de grupos de defesa de setores sociais vulneráveis, como na forma de coalizões de defesa. Além disso, em contraposição, grupos de veto desempenham papel importante para os desfechos e as trajetórias das políticas. Estudos de caráter multidisciplinar têm sido utilizados para investigar mecanismos pelos quais informações são transmitidas a governos e que afetam seus processos decisórios⁴⁰ e as políticas orientadas a drogas são bastante sensíveis a fluxos de informação por especialistas e grupos de interesses neste formato.

Em instituições governamentais onde setores políticos e especialistas compartilham as arenas decisórias com lideranças e grupos de interesses ativos, Kingdom⁴¹ identifica fluxos decisórios em que atuam agentes empreendedores, os quais perante determinadas janelas de oportunidades e condições favoráveis de opinião pública podem estabelecer uma articulação conjuntural virtuosa capaz de produzir a inovação e a mudança política. Estudo recente promoveu uma importante atualização destas tradições teóricas para o caso brasileiro em termos de conceitos e métodos⁴² e que podem orientar uma vigorosa agenda de pesquisas sobre políticas de drogas no Brasil.

Em termos conjunturais, alguns eventos no plano jurídico podem afetar a trajetória da política aqui analisada. Atualmente, se encontra no Supremo Tribunal Federal o debate da descriminação das drogas, com o Recurso Extraordinário nº 635659/2015 que ainda não foi aprovado em agosto de 2016. No entanto, encontra-se em cheque a Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, norteada pela RD, devido as mudanças dos dirigentes dos Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social. Há sinais de uma perspectiva conservadora na área de políticas de drogas, a partir de 2016, retomando o paradigma da guerra às drogas centrado na represão da oferta e com uma política de cuidado e tratamento às pessoas com UPD baseado no modelo de doença presente nas CT, em detrimento ao modelo psicossocial da RAPS⁴³. Cabe lembrar que o Estado brasileiro é laico e democrático e, por isso, não deverá, a pretexto de tratamento, impor crença religiosa a nenhum de seus cidadãos. Compete ao Estado respeitar e promover a cidadania dos usuários, recusando todas as propostas que violem seus direitos, como a internação compulsória e a restrição da liberdade como método de tratamento. As CT, apesar de fazerem parte da RAPS não compartilham dos mesmos

critérios éticos e técnicos, pois não trabalham com a noção de território, com o conceito de saúde ampliada, nem com critérios de acolhimento pautados na lógica da RD.

Considerações finais

O Relatório global sobre Desriminalização de Drogas⁴⁴, de 2016, aponta os danos provocados pela criminalização: aumento da população prisional, aumento de doenças infectocontagiosas e contribuição para o aumento do número de mortes relacionadas às drogas que, em 2013, chegou perto de 200 mil no mundo. Devido a esses danos, o paradigma do proibicionismo tem sido bem debatido em nível global. A RD, como medida de saúde pública tem sido considerada como a abordagem mais adequada ao problema das drogas com respeito aos direitos humanos. Nos últimos 15 anos, uma nova onda de países rumou em direção ao modelo descriminaliza-

tório das drogas sugerindo um reconhecimento em nível global das falhas da abordagem criminalizatória e reforçando uma vertente política em direção a uma guinada histórica de paradigma⁴⁴. Esta abertura tem ocorrido em vários países com penas mais brandas aos usuários de drogas visando economia de custos⁴⁴. A desriminalização tem consonância com o modelo de atenção psicosocial porque auxilia o encaminhamento dos usuários de drogas para tratamento, diminuindo muito a sua estigmatização e os protege do impacto devastador da condenação criminal.

Conclui-se que as políticas sobre drogas não deveriam ter como foco somente o seu uso ou na tentativa de eliminar a sua produção como direciona a política proibicionista, mas sim, em investir na educação com informação nítida sobre seus efeitos para que os sujeitos possam usar drogas sem causar maiores danos à sua vida, e para aqueles que fazem uso prejudicial, seja garantido acesso ao cuidado no modelo da atenção psicosocial, a partir da premissa da RD.

Colaboradores

MB Teixeira, E Engstrom e ML Ramôa participaram da elaboração de todas as etapas do artigo e da redação final e JM Ribeiro participou da concepção e redação final.

Referências

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report* [Internet]. Nova York: United Nations; 2015. [cited 2016 Jul 27]. Available from: http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf
2. Amarante P. *Saúde Mental e Atenção Psicosocial*. 20^a edição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Bottini PC. *Crime de porte de drogas para uso próprio e o Supremo Tribunal Federal*. Rio de Janeiro: Viva Rio; 2015.
4. Basaglia F. Corpo e instituição - considerações antropológicas e psicopatológicas em Psiquiatria institucional. In: Amarante P, organizador. *Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006. p. 73-90.
5. Zinberg NE. *Drug, set and setting*. New Haven: Yale University; 1984.
6. Bokany V. *Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2015.
7. Marlatt GA. *Redução de danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Art-med; 1999.
8. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 9 abr.
9. Ramôa M. *A desinstitucionalização da Clínica na Reforma Psiquiátrica: um estudo sobre o projeto CAPSad* [tese]. Rio de Janeiro: PUC; 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. *Diário Oficial da União* 2005; 2 jul.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 15 nov.
12. Albuquerque TIP, Sá RMPF, Araújo Júnior JLAC. Perspectivas e desafios da Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? *Cien Saude Colet* 2016; 21(6):1695-706.
13. Cellard A. A Análise Documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2^a ed. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 295-316.
14. Saúde Legis. Sistema de Legislação da Saúde. [acessado 2016 Jul 27]. Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM
15. Brasil. Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União* 2005; 28 out.
16. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 24 ago.
17. Brasil. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 23 maio.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. *Diário Oficial da União* 2009; 5 jun.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.
20. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Caderno de Orientações Técnicas: Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2016.
21. Brasil. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades benfeiteiros de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2009; 30 nov.
22. Anvisa. RDC 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativa. *Diário Oficial da União* 2011; 1 jul.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicosocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 24 dez.

24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União* 2012; 27 jan.
25. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). *Nota técnica nº 055/2013 - GRECS/GGTES/ANVISA. Esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa nº 29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas e entidades afins*. Brasília: Anvisa; 2013.
26. Brasil. Portaria nº 10, de 28 de fevereiro de 2014. Acrescenta modelo de relatório de fiscalização de comunidades terapêuticas como anexo à Portaria nº 70, de 18 de outubro de 2013. *Diário Oficial da União* 2014; 7 mar.
27. Brasil. Resolução nº 1/CONAD, de 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. *Diário Oficial da União* 2015; 20 ago.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 834, de 26 de abril de 2016. Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades benfeicentes de assistência social na área de saúde. *Diário Oficial da União* 2016; 27 abr.
29. Brasil. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. *Diário Oficial da União* 2011; 9 dez.
30. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Cien Saude Colet* 2009; 14(6):2305-2316.
31. Brasil. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas (PNAD). *Diário Oficial da União* 2002; 27 ago.
32. Medina MG, Nery Filho A, Von Flach PM. Políticas de Prevenção e Cuidado ao Usuário de Substâncias Psicoativas (SPA). In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 479-500.
33. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD). *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas*. Brasília: MJ; 2010.
34. Internacional de Redução de Danos (IHRA). "Briefing: O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA)" [Internet]. Londres; 2010. [cited 2016 Jul 27]. Available from: www.ihra.net
35. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. [Internet]. Brasília: CFP; 2011. [cited 2016 Jul 27]. Available from: Disponível em http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edito_relatorio_inspcao_VERSxO_FINAL.pdf
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados*. Brasília: MS; 2015.
37. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Centro de Ecologia. Censo das Comunidades Terapêuticas, 2011. - Pesquisa Google [Internet]. 2011. [cited 2016 Jul 27]. Available from: https://www.google.com.br/search?q=SENAD%2C+CPDA%2FH-CPA%2FLABGEO%2FUFRGS+%E2%80%93+Censo+das+Comunidades+Terap%C3%A4uticas%2C+2011.&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&ei=awqZV7zWOO2p8wemyK64B-w#q=Censo+das+Comunidades+Terap%C3%A4uticas%2C+2011
38. Brasil. Ministério da Justiça. Atuação policial na proteção dos direitos humanos de pessoas em situação de vulnerabilidade: cartilha [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 25]. Available from: https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/seguranca-publica/cartilhas/a_cartilha_policial_2013.pdf
39. Conectas. Mapa das Prisões. [Internet]. Conectas; 2014. [cited 2016 Jun 28]. Available from: Disponível em <http://www.conectas.org/pt/noticia/25378-mapas-das-prisoes#>
40. Ribeiro JM, Inglez-Dias A. Ribeiro JM, Inglez-Dias A. Policy analysis and governance innovations in the federal government. In: *Policy Analysis in Brazil*. Bristol: Policy Press; 2013. p. 13-26.
41. Kingdom J. *Agendas, alternatives and public policies*. 2nd ed. Boston: Longman; 2011.
42. Vaitzman J, Lobato L, Andrade G. Professionalization of policy analysis in Brazil. In: Lobato L, Ribeiro JM, Vaitzman J, editors. *Policy Analysis in Brazil*. Bristol: Policy Press; 2013. p. 13-26.
43. PBDB. Nota do PBPD - Nota da Plataforma Brasileira de Política de Drogas sobre a política de drogas no governo interino. [Internet]. 2016. [cited 2016 Jun 20]. Available from: <http://pbpd.org.br/wordpress/?p=3959>
44. Eastwood N, Fox E, Rosmarin A. *A Quiet Revolution: drug decriminalisation across the globe*. Geneva: World Health Organization; 2016.

Artigo apresentado em 03/07/2016

Aprovado em 12/09/2016

Versão final apresentada em 01/12/2016