**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CARLA REGINA MOREIRA

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO
CAMPO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
ILÍCITAS E OS DIREITOS HUMANOS**

**SÃO PAULO
2014**

CARLA REGINA MOREIRA

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO
CAMPO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
ILÍCITAS E OS DIREITOS HUMANOS**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção do Título de
Mestre em Ciências

Área de Concentração:Cuidado em Saúde

Orientadora:Profa. Dra. Cássia Baldini Soares

**SÃO PAULO
2014**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Moreira, Carla Regina

As políticas públicas de saúde no campo das substâncias psicoativa ilícitas e os direitos humanos. -- São Paulo, 2014.
177 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Cássia Baldini Soares
Área de concentração: Cuidado em Saúde.

1. Drogas de abuso. 2. Repressão. 3. Neoliberalismo. 4. Direitos humanos – violação. 5. Enfermagem. I. Título.

Nome: Carla Regina Moreira

Título: As políticas públicas de saúde no campo das substâncias psicoativas ilícitas e os direitos humanos

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esse estudo para todos e todas as pessoas que defendem uma sociedade que clama pelo fim da exploração do homem pelo homem.

Dedico para minha mãe Vanda pelo apoio incondicional e carinho; Ao meu pai Osvaldo pelo incentivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Profa Dra Cássia Baldini Soares, que prontamente aceitou o desafio de pesquisar os direitos humanos na saúde coletiva; pessoa de luta e que encara desafios que questionam o status quo.

Agradeço ao Prof. Dr. Marcus Orione Gonçalves Correia pela sua contribuição teórica, pelo compromisso e respeito, diálogo que foi construído na disciplina de direitos humanos e que se propagou com a sua participação no Exame de Qualificação, indicações bibliográficas e participação na defesa da dissertação.

Agradeço a Profa. Dra Maria Lúcia Barroco pela produção do conhecimento no tema direitos humanos, que possibilita a aproximação dos assistentes sociais ao tema, numa perspectiva de defesa do projeto ético-político da profissão.

Agradeço a Professora Célia pelo carinho e pelo aprendizado.

Agradeço aos(as) companheiros(as) do grupo de pesquisa "Fortalecimento e desgaste no trabalho e na vida: bases para a intervenção em Saúde Coletiva";

Agradeço a companheira Jhais Helena Mourão Laranjo, pelo apoio na finalização desta pesquisa;

Agradeço aos companheiros (as) do Serviço Social, profissão que me instiga a buscar respostas para compreensão das expressões da questão social;

Agradeço ao corpo docente de Serviço Social, que me acolheu na docência em 2010, espaço que fomentou o interesse na realização dessa pesquisa;

Agradeço aos(as) colegas assistentes sociais do Hospital Ipiranga, especialmente o Alexandre pelo seu apoio na finalização deste estudo; a companheira Ana Lúcia, pelo seu apoio solidário, a Maria Antonia pelos debates, e a Fdi, que me substituiu para que eu pudesse me afastar e mergulhar nesse estudo.

Agradeço aos(as) amigos(as) da Vila Formosa que docilmente sempre estão do meu lado.

*Agradeço à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo por
construir um espaço de diálogo entre as várias áreas do saber.*

EPIGRAFE

Admirável Gado Novo

*Vocês que fazem parte dessa massa,
Que passa nos projetos, do futuro
É duro tanto ter que caminhar
É dar muito mais, do que receber.
É ter que demonstrar, sua coragem
À margem do que possa aparecer.
É ver que toda essa, engrenagem
Já sente a ferrugem, lhe comer.
Éh, ôô, vida de gado
Povo marcado, é
Povo feliz*

*Éh, ôô, vida de gado
Povo marcado, é
Povo feliz
Lá fora faz um tempo confortável
A vigilância cuida do normal
Os automóveis ouvem a notícia
Os homens a publicam no jornal
É correm através da madrugada
A única velhice que chegou
Demoram-se na beira da estrada
É passam a contar o que sobrou.
Éh, ôô, vida de gado
Povo marcado, é
Povo feliz
Éh, ôô, vida de gado
Povo marcado, é
Povo feliz.....*

Ze Ramalho

Moreira CR. As políticas públicas de saúde no campo das substâncias psicoativas ilícitas e os direitos humanos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução: O presente estudo toma como objeto as políticas públicas de saúde no campo das substâncias psicoativas ilícitas, em sua relação com os direitos humanos. A política predominante na área tem historicamente seguido os pressupostos da guerra às drogas, que infringe direitos humanos. Observa-se intensa discussão social sobre a questão e construção de paradigma contraposto, o da redução de danos. Pressupõe-se que essa problematização social vem ocasionando reflexos nas políticas públicas. **Objetivo:** analisar a política pública de saúde desenvolvida pelo Estado brasileiro no campo das substâncias psicoativas ilícitas, conforme se aproximem ou se afastem dos direitos humanos. **Método:** o estudo se inscreve no referencial do materialismo histórico dialético, que fundamenta o campo da Saúde Coletiva de forma expressiva. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, cujo objetivo se insere na pesquisa explicativa-analítica, com a utilização do procedimento técnico da pesquisa documental, complementado com a opinião de três especialistas da área, através de entrevista com roteiro semiestruturado. Os documentos pesquisados foram os emitidos após o ano de 2006, período em que foi promulgada a Lei nº 11.343/2006. Localizou-se 29 documentos, sendo que 27 foram submetidos à análise já que dois estavam presentes em duas fontes pesquisadas (a Lei nº 11.343/06 e o decreto nº 7.179). O material foi selecionado nos órgãos que direcionam a política pública nessa área: o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça (Secretaria Nacional sobre Drogas). Em função da preocupação com os direitos humanos, a coleta também ocorreu na Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. A análise do material seguiu a técnica da análise do conteúdo, a partir da categoria direitos sociais. **Resultados:** O estudo mostrou que as políticas públicas nesse campo, edificadas após a promulgação da Lei nº 11.343/2006, se orientam pelo paradigma da guerra às drogas. Perpetua-se a repressão, a ênfase na política criminal e no tratamento da dependência, justificados por objetivo ideológico de chegar a uma sociedade livre de drogas. Essa política se edifica num contexto social de violação dos direitos humanos e se afasta da possibilidade da construção de práticas humanizadas propostas pela política de saúde, em coerência com a política de redução de danos. **Considerações finais:** A violação dos direitos humanos na política de saúde no campo das substâncias psicoativas ilícitas acompanha a trajetória da violação percorrida no âmbito das políticas públicas de atenção às necessidades humanas em geral. São direitos que na era neoliberal encontram-se ainda mais reduzidos e desumanizados.

Palavras-chave: drogas de abuso/ políticas de saúde/ justiça criminal/ legislação como assunto /redução de danos/direitos humanos

Moreira CR. The public health policies in the field of illegal psychoactive substances and human rights [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Introduction: this study aims to analyze public health policies in the field of illegal psychoactive substances, and the relationship with human rights. The dominant policy is the war on drugs, which violates human rights. There is an intense debate on the issue and there is construction of an opposed paradigm, the harm reduction. The assumption is that this social discussion is causing consequences for public policy. **Objective:** to analyze public health policy developed by the Brazilian State in the field of illegal psychoactive substances, as they distance themselves from an approach to the human rights. **Method:** the study adopts the framework of dialectical historical materialism, which is the main foundation of the public health field. It is a qualitative study that focuses on analytical research. This study uses the procedure of documentary research complemented by the opinion of three experts in the field. The documents researched were issued after 2006, when the law 11.343/2006 was enacted. We found 29 documents and 27 documents were analyzed, because 2 documents were mentioned by two sources. The documents were selected at the: Department of Health; Department of Justice (National Department on Drugs); Department of Human Rights. The analysis follows the procedure of content analysis, according to the category of social rights. **Results:** the study showed that public policies in this field, established after the law 11.343/2006, are guided by the paradigm of the war on drugs; it perpetuates repression, emphasis on criminal policy and addiction treatment, justified by the ideological goal of achieving a drug-free society. This policy builds a social context of human rights violations and away the possibility of constructing humanized practices proposed by health policy, consistent with the policy of harm reduction. **Final considerations:** the violation of human rights in the public health policies in the field of illicit psychoactive substances follows the trajectory of the violation of rights of other public policies addressing social needs. In the neoliberalism, the rights are reduced and dehumanized even further.

Keywords: drugs of abuse / public health policies / criminal justice / legislation as subject / harm reduction / human rights

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Prática jurídica de países específicos relativa às drogas.....	38
Quadro 2 – Leis de responsabilidade do MS. Brasil, 2014.....	71
Quadro 3 – Decretos encontrados na base documental do MS. Brasil, 2014 ...	74
Quadro 4 – Portarias emitidas pelo Gabinete do Ministro de Estado da Saúde- MS. Brasil, 2014	76
Quadro 5 – Portarias editadas em Conjunto entre Ministério da Saúde e outros Ministérios; entre Secretarias subordinadas a esses órgãos. Brasil, 2014.....	77
Quadro 6 – Portarias emitidas pela Secretaria de Atenção à Saúde do MS. Brasil, 2014.....	80
Quadro 7 – Portaria emitida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Brasil, 2014.....	84
Quadro 8 – Documento localizado na SDH/PR. Brasil, 2014.....	85
Quadro 9 – Documentos localizados no MJ/SENAD. Brasil, 2014	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Número de documentos selecionados a partir da leitura exploratória das fontes de dados eleitas. São Paulo, 2014	59
Tabela 2 –	Documentos selecionados para análise. São Paulo, 2014	60

LISTA DE SIGLAS

BVS/MS	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas
CDN	Comissão de Narcóticos
CEP	Comitê de Ética de Pesquisa
CF	Constituição Federal
CISA	Centro de Informações sobre Saúde e Álcool
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CND	Commission on Narcotic Drugs
COFEN	Conselho Federal
COMENS	Conselhos Municipais
CONENS	Conselhos Estaduais
DAR	Desentorpecendo a Razão
DUDHC	Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GREa	Grupo de Estudos de Álcool e Drogas
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
LEP	Lei de Execução Penal
LULA	Luís Inácio Lula da Silva
MJ	Ministério da Justiça

MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NOB	Norma Operacional Básica
ONG	Organização não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organização Social de Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PRONAL	Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados ao Consumo do Álcool
PUCSP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RD	Redução de danos
SDH/PR	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SM	Saúde mental
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
VS	Vigilância em saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	REVISÃO DA LITERATURA	23
1.1.1	Resultados referentes à base de dados LILACS	24
1.1.2	Resultados referentes à base de dados SCOPUS	29
1.2	A ILICITUDE DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	33
1.2.1	AS POLÍTICAS NO CAMPO DAS DROGAS	34
1.2.1.1	<i>As políticas de drogas no Brasil</i>	<i>39</i>
2	CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	45
2.1	DIREITOS HUMANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS	46
3	PRESSUPOSTO, OBJETIVOS E FINALIDADE	54
3.1	OBJETIVO GERAL	55
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	55
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	56
4.1	TIPO DE PESQUISA	57
4.2	FONTES DE DADOS	58
4.3	MATERIAL DOCUMENTAL	58
4.3.1	A escolha das fontes de coleta	58
4.3.2	Seleção do material	59
4.3.3	Detalhamento do percurso metodológico da coleta do material	60
4.4	ENTREVISTAS	63
4.4.1	Sujeitos da pesquisa	63
4.4.2	Roteiro de entrevista	63
4.5	PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS	64
4.6	ANÁLISE DO MATERIAL	65
5	RESULTADOS	66
5.1	CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES QUE CONSTITUÍRAM FONTES DE DADOS DA PESQUISA	67
5.1.1	Ministério da Saúde – MS	67

5.1.2	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – SDH/PR.....	68
5.1.3	Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD.....	69
5.2	DOCUMENTOS SELECIONADOS.....	70
5.3	RESULTADOS RELATIVOS ÀS ENTREVISTAS.....	87
5.3.1	Análise comparativa dos conteúdos nas entrevistas	100
6	DISCUSSÃO	110
6.1	A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: APOIANDO OS DIREITOS HUMANOS.....	111
6.2	A POLÍTICA DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: APOIO À VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS	114
6.3	MAIS GUERRA ÀS DROGAS, MENOS REDUÇÃO DE DANOS, MAIS VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS.....	118
6.4	A POLÍTICA DE DROGAS NA SOCIEDADE BRASILEIRA A SERVIÇO DE QUEM?	122
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
	REFERÊNCIAS	129
	APÊNDICES.....	157
	APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	158
	APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	159
	ANEXO.....	161
	ANEXO 1 – LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006	162

APRESENTAÇÃO

O interesse em estudar a temática das políticas públicas de saúde voltadas ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas ilícitas, conforme avancem ou retrocedam em relação aos direitos humanos, foi amadurecido mediante a participação no grupo de pesquisa¹, que discute o consumo de drogas na perspectiva da saúde coletiva, um campo de conhecimentos e práticas que se vale historicamente em grande medida do materialismo histórico dialético, como matriz teórica mais geral.

O meu direcionamento para essa discussão resulta de vivência profissional, pois durante dez anos fui trabalhadora do sistema prisional paulista, atuando em unidades prisionais de característica provisória, destinadas a pessoas que aguardam definição da situação processual, que atendiam a população masculina e em unidade de cumprimento de pena (penitenciária) destinada a mulheres.

Ser trabalhadora prisional permitiu a aproximação com pessoas encarceradas em decorrência do consumo ou da comercialização de drogas, consideradas ilícitas pela sociedade. No cotidiano institucional, deparava-me com diversas pessoas que interrompiam as suas vidas, em função de terem sido cooptados pelo tráfico de drogas, para garantir a sua sobrevivência e a dos seus, ou ainda em função da busca por prazer imediato, tão fomentado pela sociedade em que vivemos.

Diante dos meus questionamentos ficava a pergunta, o que aconteceu com essas pessoas? Por que foram selecionados pelo sistema punitivo? O que acontece que precisam se ausentar da sua própria vida?

Minhas primeiras reflexões responsabilizavam a sociedade tanto no que se refere à produção do fenômeno, como também ao descaso com a criação de mecanismos de promoção da dignidade humana e garantias

¹ Grupo de Pesquisa: Fortalecimento e desgaste no trabalho e na vida: bases para a intervenção em saúde coletiva, coordenado pela Profa. Dra. Cássia Baldini Soares e pela Profa. Célia Maria Sivalli Campos – Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva – Escola de Enfermagem/Universidade de São Paulo.

dos direitos sociais, explícitos na Constituição Federal de 1988 no artigo 6º, que inclui o direito ao trabalho.

A compreensão sistematizada desse fenômeno foi realizada através da aproximação dos textos do autor Alessandro Baratta, que discute a criminologia a partir do referencial crítico.

Novamente a prática profissional me chamou a olhar para a problemática do consumo de drogas, pois, trabalhando como assistente social numa maternidade da rede estadual de saúde, deparei-me com o aumento significativo de gestantes consumidoras de substâncias psicoativas, principalmente do *crack*, que vivenciavam situação de rua, arrefecimento das relações familiares e sociais, entre tantas situações de desproteção social. Tais situações eram muitas vezes vistas como motivos para a retirada dos filhos pelo Estado.

Na busca de um espaço acadêmico que pudesse ajudar-me nessa reflexão a compreender o universo das drogas na perspectiva dialética, conheci o debate feito pela saúde coletiva. A identidade de trabalhadora da saúde me aproximou desse campo do conhecimento.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Este estudo toma como objeto as políticas públicas de saúde no campo das substâncias psicoativas ilícitas, que estão sendo organizadas pelo Estado brasileiro, após a promulgação da legislação vigente – Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006². Averigua-se como os direitos humanos da população que consome psicoativos ilícitos estão sendo implementados pela política de saúde.

A pesquisa se assenta na saúde coletiva, um campo de conhecimentos e práticas fundamentado no materialismo histórico e dialético, cujos elementos teóricos possibilitam compreender a proliferação do consumo dos psicoativos ilícitos, como processo resultante de determinantes históricos e estruturais que moldam a vida social. Essa leitura que toma por referência a categoria marxista da totalidade social relaciona o fenômeno do consumo de drogas com a acumulação capitalista, que coloca a droga na condição de mercadoria, portanto seu consumo deve ser analisado à luz das formas de produzir da formação social capitalista (Soares, 2007).

Entende-se que o consumo dos psicoativos se afasta de uma experiência de caráter pessoal ou cultural, como enfatiza Pashukanis (1891-1937 trad. Bessa 1989) por referência à análise da relação dos homens com as demais mercadorias.

No Brasil, a saúde foi afirmada como um direito social, voltada para toda população. O Estado brasileiro teria assumido essa garantia com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, que enuncia, no artigo 6º que são direitos sociais “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”.

² 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.

A legislação inscreve formalmente a saúde no campo do direito, o que não significa trazê-la concretamente para a vida das pessoas.

Na concepção jurídica, a corrente normativista embasada pelo positivismo, que tem como representante emblemático Kelsen, defende que a garantia do direito se estabelece através da constituição da norma. Essa concepção faz crer que a saúde, ao ser assegurada na legislação, já se constitui como direito social. Contudo, a ótica de Pashukanis, que parte do materialismo histórico dialético, pressupõe que a norma não garante que as pessoas passem a concretamente ter saúde, pois isto depende das forças em disputa na sociedade (Pashukanis 1891-1937 trad. Bessa 1989).

Em tese, com o direito à saúde, estipulado na nossa Constituição, o princípio da universalidade da atenção à saúde também incorporaria o universo dos consumidores de psicoativos ilícitos, o que garantiria perante a lei a oferta de atenção, cuidado e tratamento de saúde para as decorrências do consumo desses psicoativos na saúde dos sujeitos.

Em 2003 foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras drogas, seguindo a diretriz adotada na III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), de dezembro de 2001. As ações ficam sob responsabilidade da Área Técnica de Saúde Mental (SM) do órgão. O documento estipula as diretrizes para nortear as políticas e práticas na área da saúde relativas ao álcool e outras drogas, que ultrapassam ações dirigidas à abstinência. Amplia-se dessa forma o escopo de intervenções, antes restritas ao tratamento, para incluações de saúde pública, com rede de atenção psicossocial.

O fenômeno do consumo prejudicial de psicoativos passa a ser apreendido nessa política de saúde como complexo, necessitando de vários tipos de abordagens para promover o cuidado à saúde:

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 de 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, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (Brasil, MS, 2003, p.10).

A atenção à saúde da população que consome psicoativos de forma prejudicial é desenhada para atingir todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde(SUS), com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), em interlocução com a rede básica de saúde. Essa política organiza a rede de atenção à saúde, implementando serviços para essa população (Brasil, MS, 2003).

Soares (2007) discute que, em função de sua complexidade, o fenômeno do consumo de substâncias psicoativas nas sociedades vem demandando que outras áreas do conhecimento contribuam para sua completa compreensão. Nesse contexto, as Ciências Sociais passaram a interagir com o campo da saúde. Essa ampliação trouxe para a saúde a possibilidade de fomentar o debate entre diversas áreas do saber.

A trajetória histórica da política de drogas na saúde mostra ênfase na abordagem a problemas comportamentais e mentais, que elegem ações de saúde voltadas para o tratamento, visando à abstinência do uso. O tema também é absorvido pela área da farmacologia, cujas pesquisas direcionam-se à própria droga, visando compreender a sua capacidade de alteração da psicoatividade dos consumidores (Soares, 2007).

A orientação dominante da área de drogas é o referencial funcionalista, que concebe o consumidor de substâncias psicoativas como “desviante”. Ele é considerado doente e precisa ser tratado e recuperado e/ou considerado criminoso e precisa ser punido e recuperado (Soares, 2007; Alves, 2009).

O modelo de doença explica a necessidade de usar drogas em decorrência de ser portador de uma patologia, cujo uso vai desencadear dependência. Portanto, é necessária a realização de tratamento e reabilitação.

Soares (1997), ao discutir a temática particularmente no que se refere à prevenção, verifica que a saúde pública se baseia na concepção do consumo de drogas como doença que causa dependência.

No modelo moral/criminal, que segue a mesma lógica, a ação se volta para uma prática delitiva, cujo enfrentamento será realizado pela política criminal. Alves (2009) analisa que, embora as intervenções ocorram em campos diferentes, uma na saúde e outra no judiciário, ambas partem da mesma matriz ideológica: “a eliminação das substâncias psicoativas ilícitas da sociedade” ou uma “sociedade livre das drogas”.

A apreensão do fenômeno no campo da criminologia remete o modelo moral/criminal à concepção tradicional da Criminologia Clínica. Essa linha estabelece critérios a partir do caráter de periculosidade apresentado. Haveria fatores causais que determinariam a condição para prática delitiva. Os temas centrais são análogos aos da perspectiva de doença: o diagnóstico, prognóstico e tratamento, mas neste caso se pretende curar a conduta anormal, “desviante”, imoral (Sá, 2007).

Com a inserção das Ciências Sociais na saúde, a perspectiva passa a se ampliar e a interação entre as áreas propicia a multidisciplinaridade na política de drogas, como ressalta Dias (2008). A intervenção que era centralizada no sujeito, passa a ser estendida para a rede familiar e social.

A moderna saúde pública passa a se apropriar da compreensão de que o contexto social pode interferir no hábito de consumir drogas, deixando de ser estritamente biológica (Soares, 2007).

Essa concepção de saúde compreende que as doenças se desencadeiam através de múltiplos fatores de riscos e por isso sua ação é no sentido de que as pessoas tenham um comportamento saudável. O consumo de drogas lícitas ou ilícitas se constitui como um fator de risco para múltiplas doenças e agravos. Portanto, o indivíduo deve se

esforçar para evitar o consumo, visando atingir um estilo de vida saudável (Soares, 2007, 1997).

Ao tomar como referência a matriz liberal, que compreende que os indivíduos nascem livres e têm liberdade para fazerem suas escolhas, a moderna saúde pública admite ações de redução de danos (Soares, 2007).

A ampliação da compreensão do fenômeno das drogas também ocorre na área da criminologia. Sá informa que nesse campo se instaura a apropriação do conceito moderno da Criminologia Clínica, corrente que se volta a entender quais foram as aspirações e as motivações que levaram a pessoa a praticar a ação delitiva, assim como analisar como essa prática eclodiu no seu contexto sociofamiliar e histórico. A intervenção que toma por base essa perspectiva procura envolver todos os agentes que estão inseridos na execução da pena, através de uma abordagem multiprofissional e multidisciplinar, incluindo o grupo familiar do sujeito que praticou a ação (Sá, 2007).

A moderna criminologia se sustenta na multifatorialidade, entendendo que vários fatores interagem de forma simétrica para acontecer à conduta delitiva. Nessa concepção o caráter da periculosidade passa a ser atribuído somente para os crimes considerados inimputáveis ou semi-inimputáveis (Sá, 2007).

Na ótica da Saúde Coletiva, Soares analisa o fenômeno do consumo de drogas, destacando que é necessário atuar:

A partir de uma leitura da realidade que contradiz o modelo hegemônico da guerra às drogas, bem como sinaliza o alcance limitado ao modelo de redução de danos, proposto pela saúde pública hegemônica (Soares, 2007, p.125).

Nessa perspectiva as respostas de saúde são direcionadas para os determinantes sociais. A Saúde Coletiva apropria-se da categoria classes sociais para estudar o processo saúde-doença, visando o fortalecimento do sujeito social frente aos desgastes do trabalho e da vida em sociedade (Soares, 2007).

Paim (2005) ensina que a Saúde Coletiva se constituiu a partir de movimento latino-americano da década de 1970 do século passado, que questionava a medicina preventiva, a medicina comunitária e a medicina da família.

Soares (2007) ressalta que a Saúde Coletiva se expressa como um campo de saber crítico, em relação ao campo da saúde pública.

A Saúde Coletiva dialoga com a Criminologia Crítica.

Barato (1990) discute que a Criminologia Crítica passa a questionar o direito penal e a própria sociedade, ou seja, faz a crítica das ações que são tipificadas como criminosas, que serão submetidas ao direito penal, passíveis de julgamento e condenação.

Enquanto os conceitos – tradicional e moderno – da Criminologia Clínica estão voltados para entender o que levou a pessoa a cometer a ação delitiva, o conceito crítico está voltado para entender porque determinada ação é considerada como crime na sociedade (Sá, 2007).

Nesse sentido, a Criminologia Crítica procura explicar sobre a “opção” da sociedade brasileira por definir que o consumo de alguns psicoativos é crime?

Barato (1990) avalia que o sistema punitivo do direito penal se volta para a população mais vulnerável, como se houvesse um rastreamento junto às camadas pauperizadas para definir qual é a população que pode ser passiva da justiça penal.

Barato identificou, de acordo com Sá (2007), que a maioria da população presa no sistema penitenciário italiano era composta por pessoas advindas de grupos marginalizados, que não tinham acesso a direitos sociais básicos, na trajetória de suas vidas, antes do advento do encarceramento (Sá, 2007).

É com base na constatação de que as pessoas encarceradas eram provenientes de grupos sociais marginalizados, sem acesso aos direitos sociais, que a política criminal, pautada no referencial da Criminologia

Crítica, faz a defesa de promoção dos direitos humanos e sociais (Sá, 2007).

A reintegração social é o eixo norteador da política criminal nessa perspectiva, afastando-se da perspectiva da reabilitação social e da ressocialização, que visam tratar a pessoa para que esta apreenda o que seria viver em sociedade de forma correta (Sá, 2007; Baratta, 1990).

Soares (2007), que estuda o fenômeno do consumo das substâncias psicoativas a partir do campo da Saúde Coletiva, compreende que a droga se corporifica como mercadoria no modo de produção capitalista, portanto é necessário apreender a proliferação da droga, como produto que obedece às regras capitalistas de produção, circulação e consumo.

Advogamos neste trabalho que a Saúde Coletiva e a Criminologia Críticas são campos com construções teóricas coerentes entre si e que permitem a apreensão do fenômeno do consumo de drogas ilícitas, como resultante das estruturas desiguais e, em última instância, da exploração capitalista.

1.1 REVISÃO DA LITERATURA

Para realizar o levantamento dos estudos que abordam as políticas de saúde referidas ao consumo de drogas ilícitas, empreendeu-se revisão de literatura do tipo narrativa. Para isso, utilizou-se as bases de dados LILACS³ e SCOPUS⁴, que reúnem produções científicas, de âmbito nacional e internacional, das Ciências de Saúde e também das Ciências Sociais (Soares, 2007).

³ LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe com publicações do tipo: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

⁴ SCOPUS – Base de dados multidisciplinar que envolve as áreas de medicina e Ciências Sociais, incluindo artes e humanidades. Mais da metade dos títulos provém da Europa, América e Ásia. Tipo de publicação: artigos, livros, e anais de congressos (informações extraídas da dissertação de mestrado de Yonekura, 2011).

A busca foi realizada, sem limitação de período, com as seguintes características:

- a) LILACS: pesquisa realizada no dia 24/07/2012. Foram encontrados 58 trabalhos, através da estratégia de busca que utilizou as seguintes palavras e operadores booleanos: política ano saúde ano uso and drogas and direitos and humanos; saúde and direitos and humanos and drogas and ilícitas.
- b) SCOPUS: pesquisa realizada no dia 03/08/2012. Foram encontrados 56 trabalhos, utilizando-se como estratégia de busca os seguintes descritores de assunto e operadores booleanos: health policy and drug user and illicit and human right.

1.1.1 Resultados referentes à base de dados LILACS

Encontrou-se um conjunto de estudos referentes ao consumo de drogas e à percepção de familiares ou de membros da rede social de pessoas que consomem substâncias psicoativas. São estudos que perfazem uma pesquisa multicêntrica, desenhada para construir conhecimentos acerca da percepção desses indivíduos, frente ao consumo das drogas de pessoas do seu convívio (Oliveira Jr et al., 2009; Wrigth et al., 2009; Vásquez et al., 2009; Albarracin et al., 2009; Diaz et al., 2009; Carvalho et al., 2009; Adlaf et al., 2009; Funes et al., 2009; Cazenave et al., 2009; Castillo et al., 2009; Silva et al., 2009; Kerr-Correa et al., 1999).

A pesquisa foi realizada em nove centros urbanos, de sete países latino-americanos (Brasil, Colômbia, Costa Rica, Equador, Guatemala, Honduras e México) e Canadá. No Brasil o estudo foi realizado em quatro cidades no estado de São Paulo (Ribeirão Preto, Botucatu e ABC paulista) e no estado do Rio de Janeiro. Na Colômbia foram realizadas duas pesquisas na universidade de Medellín em Bogotá. Nos demais

países foi realizada apenas uma pesquisa em cada um. Dentre esses estudos, um analisou os dados da América-Latina referente ao consumo das drogas.

Essa pesquisa intitulou-se "Uso de drogas ilícitas em sete países latino-americanos e Canadá: perspectiva crítica de familiares e pessoas próximas" e teve apoio de organizações internacionais⁵. Através desses estudos ficou evidenciado que ocorre superestimação em relação ao consumo de drogas ilícitas, pois os dados coletados mostram que a relevância do consumo de drogas está relacionada às drogas lícitas⁶. Essa situação pode levar a incrementar o interesse da população por práticas repressivas, pois amplia a sensação de insegurança e caos social.

Destaca-se, ainda, no grupo de estudos selecionados através do LILACS, o trabalho realizado no ano de 2009, após a promulgação da lei vigente (nº 11.343/06), na cidade de Ribeirão Preto, no interior do estado de São Paulo, Brasil. A pesquisa foi feita junto a membros da rede familiar e/ou social, de pessoas que consomem substâncias psicoativas ilícitas. Foi identificado na percepção dos entrevistados que, apesar das mudanças recentes em benefício da reabilitação dos usuários, diferenciando-os dos traficantes, as leis sobre drogas não respeitam os direitos humanos da população que consome drogas.

Outro dado que emergiu nesse estudo refere-se à ausência de confiança na polícia, como agente de proteção do usuário. Contraditoriamente, os entrevistados ressaltam que as leis e as políticas deveriam ser mais punitivas no país. Acredita-se que essa percepção

⁵ Organização de Estados Americanos – OEA, Comissão Inter-Americana para o Controle do Abuso de Drogas – CICAD/EUA e o Centro para Adição e Saúde Mental – CAMH/Universidade de Toronto/Canadá.

⁶ Dados da pesquisa realizada na região metropolitana da cidade de São Paulo, Brasil. Resultados (Uso Real – maconha 31,3%; tabaco 55,7%; álcool 96,7%. Percepção do uso pelos pares – maconha 48,8%; tabaco 73,2%; álcool 93,6%). Em estudo realizado na Colômbia, que teve a participação de 427 estudantes, de universidade pública dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia, mostrou que a prevalência do consumo de drogas entre os estudantes foi, em primeiro lugar, do álcool, cerca de 90%; seguido do tabaco, 26%; da maconha, 11% e da cocaína, 3%.

esteja ancorada no interesse propagado, inclusive pelos meios de comunicação, deque a sociedade brasileira dê respostas de cunho repressivo para os problemas decorrentes da prática de atos ilícitos, em detrimento de iniciativas de prevenção e da proteção aos direitos humanos (Carvalho et al., 2009).

Foram localizados também trabalhos que tratam da legislação e das políticas de saúde no campo das drogas e que mostram que a construção das ações públicas foram construídas sob a égide do cunho repressivo da política de guerra às drogas, que legitima intervenções punitivas com forte inclinação à violação aos direitos humanos. No Brasil, na década de 1970 essa política se revigorou. Esses estudos apresentaram o cenário das sociedades: brasileira, moçambicana, argentina, chilena, colombiana e mexicana (Mendonça, 2011; Pinell, 2010; Tolosa, 2011; Buana, Ventura, 2011; Reis, 2010; Laranjeira, 2010; Ventura et al., 2009; Alves, 2009; Moraes, 2005; Dias, 2008; Pires, Carrieri, Carrieri, 2008; Garcia, Leal, Abreu, 2008; Cordeiro et al., 2008; Machado, Miranda, 2007; Carraro et al., 2004; Brites et al., 2003; Melocap et al., 2003; Santiago-Negrón, Albizu-Garcia, 2003; Perez, Juan, 2001; Vargas, 1999; Laranjeira, 1996).

Tolosa (2011), que reflete sobre a política na Argentina, pontua que o consumo de drogas se apresenta de forma crescente no país, sendo questão da política de saúde, a qual deve acentuar com ações através da “atenção primária”, como estratégia do Estado, para respeitar os direitos humanos individuais e coletivos.

Os estudos de Garcia, Leal e Abreu (2008) e Miranda e Machado (2007) informam que o eixo norteador da política brasileira, no campo das drogas, ancorou-se na concepção tradicional, repressora, conservadora; influenciada pela política norte-americana denominada de guerra às drogas, que se configura pela redução da oferta e do consumo. Nesse cenário, as intervenções do poder público têm centralidade na criminalização do uso e do comércio dessas drogas, podendo inclusive, promover a segregação em prisões.

A intervenção pública do Estado brasileiro foi legitimada pela perspectiva criminalizante em torno das substâncias psicoativas tipificadas como ilícitas. Esse movimento pode ser observado pelo percurso da legislação:

O Código Penal Brasileiro de 1924 instituiu a prisão para os traficantes do ópio e dos derivados da cocaína, tal procedimento foi estabelecido pelo Decreto 4.294. O aparato-jurídico legal sobre drogas, foi inaugurado na sociedade brasileira em 1938 pelo Decreto-Lei de Fiscalização de Entorpecentes nº 891/38, posteriormente incorporado ao artigo 281 do *Código Penal* de 1941, imbuído da perspectiva criminalizadora do consumo de drogas, que haviam definição de ilegal, a Lei 6368/76, estabelecida no governo militar do presidente Ernesto Geisel. (Garcia, Leal, Abreu, 2008).

No âmbito executivo, em 1970, foi organizado pelo Ministério da Justiça (MJ), o “Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão”, com inserção da esfera federal, nos estados, distrito federal e nos municípios. Nos anos 1980, foram implementados os conselhos nas três esferas, seguindo a denominação: Conselho Federal (COFEN), Conselhos Estaduais (CONENS) e Conselhos Municipais (COMENS) (Machado, Miranda, 2007).

Alves (2009) ressalta que o proibicionismo que eclode pela tendência da guerra às drogas, repercute sobre os direitos sociais e de cidadania dos consumidores de drogas, afasta o consumidor de drogas das unidades de saúde, impedindo o acesso ao direito à saúde e o livre exercício da cidadania em segurança. Acrescenta que essa concepção está presente em países como Estados Unidos, Suécia, Japão, Cingapura, Malásia e alguns outros países asiáticos.

As produções mostram que surgiram intervenções na esfera da saúde pública, que colocam o consumidor de substâncias psicoativas na condição de doente. Nessa seara, as ações de saúde foram organizadas em torno de hospitais psiquiátricos e internações em sanatórios. O consumo de drogas passou a ser classificado como doença mental, principalmente por conta das contribuições da psiquiatria e da psicanálise.

Essas ações tinham caráter biomédico, e no melhor dos casos ampliavam a atenção para abordagem biopsicossocial. Após a década de 1980 emergiram as práticas de redução de danos (Raupp, Milnitsky-Sapairo, 2009; Moraes, 2008; Pinho, Oliveira, Almeida, 2008; Delboni, Da Ros, Ferreira, 2006; Brites et al., 2003; Campos, Siqueira, 2003; Bravo, 2002; Laranjeira, 1996; Naveillan, 1994).

Os textos mostram que a redução de danos é vertente que comporta a garantia do direito à saúde, ao cuidado e à proteção, se aproximando da promoção dos direitos humanos. Pesquisa de mestrado realizada em cidade pernambucana ressalta a necessidade da construção de ações norteadas pela política de redução de danos no campo da saúde para atender o consumidor de drogas, o trabalho pontua que:

A redução de danos, no Brasil, tem se apresentado como uma política promissora na abordagem ao consumo de drogas, na esfera da saúde. Mais que uma estratégia de prevenção ao HIV, a redução de danos parece estar assumindo uma dimensão mais ampla no cenário nacional. Considerada como um instrumental abrangente no cuidado com o usuário, não só de drogas injetáveis, mas os que utilizam drogas por outras vias também, as iniciativas de redução de danos vêm se inserindo no âmbito da saúde pública. Trata-se de uma alternativa mais viável, em relação às práticas de tratamento que enfocam a abstinência (Dias, 2008, p. 98).

Internacionalmente falando, é possível observar que a inserção da política de redução de danos resultou de processos de participação da sociedade civil no debate da política pública no campo das drogas. Estudo informa que, na Holanda, a organização política dos consumidores de drogas inseriu no cenário público a política de redução de danos, ao exigir melhoria das condições de saúde e de qualidade de vida. No Brasil, o debate e a incorporação da política de redução de danos na esfera pública aconteceram através da participação dos movimentos sociais nos fóruns organizados, no campo das drogas (Alves, 2009).

No início do milênio, a Política de Atenção Integral ao Usuário de Alcool e Drogas passou a incorporar preocupações humanistas. Os

serviços de atenção ao usuário de drogas foram consubstanciados no campo da saúde mental, a partir da implantação do CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas), que foi regulamentado a partir de 2002. Os textos mostram que a Política de Atenção Integral do Ministério da Saúde (MS) preconiza que a atenção à saúde nesse campo deva ser pautada em ações de prevenção, tratamento e educação. A política de redução de danos se constituiu nesse período como estratégia de intervenção. Percebe-se que, ao se inserir no campo da saúde mental, a política pública de saúde assentou-se no universo dos direitos humanos (Alves, 2009; Moraes, 2008).

A ênfase nos direitos da população que consome drogas ilícitas esteve presente em sete trabalhos, que trouxeram temas relacionados à: dignidade humana, educação emancipatória, integralidade na atenção, redução de danos, como modelo de atenção pautado no direito à saúde e nas necessidades relativas a ações nas unidades de saúde, com enfoque na atenção básica (Soares et al., 2011; Moraes, 2008; Correia, Lima, Alves, 2007; Fonseca et al., 2007; Shiaroti et al., 2004; Soares, 1997; Carvalho, 1993).

1.1.2 Resultados referentes à base de dados SCOPUS

Na base de dados SCOPUS os trabalhos localizados apontam que a garantia dos direitos humanos da população que consome substâncias psicoativas ilícitas se apresenta na efetivação da política de redução de danos. Observou-se que os trabalhos que foram localizados na base SCOPUS discutem o consumo de drogas ilícitas associado ao advento das doenças sexualmente transmissíveis, com grande inclinação para controle da epidemia do vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis.

A violação dos direitos humanos aparece de forma acentuada em ações de caráter de combate à droga, defendida pelo modelo proibicionista, e negação do direito ao atendimento das necessidades humanas e sociais dos consumidores de substâncias psicoativas ilícitas.

A violação dos direitos humanos foi enfatizada no trabalho que aborda a política de guerra às drogas, que provoca terror e medo, principalmente por parte dos consumidores de drogas, podendo afastá-los dos serviços de saúde, bem como a reconstrução de uma realidade irreal, como apresentado no estudo (Vongchak et al., 2004).

A regulação do consumo de drogas pelo mercado apontado no estudo de Ritter(2009) defende a autorregulação das drogas ilícitas através do mercado. O estudo pondera que a autorregulação, conduzida pelo suporte proativo de grupos de consumidores pode reduzir danos relacionados à droga. Embora o estudo traga a discussão dos danos relacionados ao consumo das drogas, se distancia da política de redução de danos, mas está imerso no debate que reforça a inoperância do Estado para atender a necessidade da população (Montaño, 2008).

Os Tratados Internacionais⁷ interferem nas políticas públicas internas dos países signatários, pois estabelecem normas e condutas a serem seguidas pelo princípio hegemônico. Alves (2009) ressalta que a convenção internacional da qual o Brasil é signatário está alinhada “à repressão ao tráfico e ao uso de drogas ilícitas”, sustentada pela política proibicionista. Isso interfere na autonomia do país para formular políticas embasadas na realidade local (Room, Reuter, 2012; Bravo et al., 2007; Elliott, 2004).

⁷ Tratados: o primeiro Comitê Central Permanente internacional sobre drogas foi instituído em decorrência das convenções que aconteceram em Genebra (1925 – Convênio de Genebra, 1931 e 1936 Convenções de Genebra) para estabelecer diretrizes que os países signatários se comprometeriam em seguir, a função era vigiar o mercado internacional. O termo posse de entorpecentes foi substituído por tráfico. Dentre os organismos internacionais, a OEA se destaca com maior relevância no fenômeno das drogas, foi criada em 1948 composta por 35 países. Em 1999 criou a Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas–CICAD (Alves, 2009).

A associação entre comportamento de risco, infecção pelo HIV e consumo de drogas foi tratada em trabalho que culpabiliza o comportamento considerado de risco para doenças transmitidas pelo sangue (Beyrer, 2011).

A relação dos policiais com essa população também se apresenta na forma de violência e cerceamento. Miller et al. (2007) apresentam como resultado de estudo sobre a temática a necessidade de um plano de prevenção abrangente que inclua intervenções para educar a polícia e reduzir as influências negativas de policiamento sobre comportamentos dessa população. O estudo de Rhodes et al. (2006) aponta que os policiais apresentam uma abordagem essencialmente punitiva junto aos usuários de drogas.

A atenção à formação profissional dos trabalhadores de saúde também é enfatizada, estudos apontam que a formação está voltada para o campo estritamente biológico (Chan, Stoové, Reidpath, 2008; Lindelow e Serneels, 2005).

Foram encontrados estudos que apresentam a necessidade de compreender o consumo de drogas através de abordagem macroestrutural, ressaltando que o consumo dos psicoativos é inerente aos dilemas da vida em sociedade. Analisar o fenômeno focalizando as drogas em si mesma mostra os problemas sociais (Flavin, Lynn, Paltrow, 2010; Redmond e Spooner, 2007; Friedman, 2002).

Os direitos sociais e de saúde foram identificados através de ações implementadas de proteção, cuidados e atendimento das necessidades humanas de consumidores de drogas. Esses direitos se apresentaram na política de redução de danos, através de programas de atenção e cuidado à saúde que trazem em seu bojo a minimização dos danos advindos do consumo das drogas. Identificou-se como ação de garantia dos direitos humanos e sociais nesses programas ações como: construção e estruturação de espaços de uso supervisionado (local em que o consumidor de drogas injetáveis faz o uso em ambiente que têm trabalhadores da área da saúde), para controlar situações de overdose,

promover higienização (incluindo a lavagem das mãos). Nesses espaços também se realizam a troca de seringas e agulhas, fornecimento de informação sobre o cuidado à saúde (Vuong, Baldwin, Mills, 2012; Smith, Bravo, 2011; Nunes, Bernardes, 2011; Conigrave, 2010; Krüsi et al., 2009; Kamarulzaman, 2009; Reid, Aitken, 2008; Bernardo, Reid, Devaney, 2008; Higgs et al., 2008; Wood et al., 2007; Kerr et al., 2007; Allman et al., 2007; Shannon et al., 2005; Kerr, Will, Wood, 2005; Miller, 2005; Timothy et al., 2004; Nigro, Butler, Mayock, 2005; Spittal et al., 2004; French et al., 2000; Mofizul, et al., 2000).

Através dos estudos, identificou-se que locais de uso supervisionado se configuram como referência, pois possibilitam a inserção do consumidor de substâncias psicoativas ilícitas no serviço de saúde, atendendo às necessidades dos sujeitos e ampliando a segurança, proteção, moradia.

A mobilização social aparece como ação emblemática na defesa dos direitos sociais. Estudos que abordam o tema sociedade civil, ONG, e organização dos usuários de drogas mostram que organização social das pessoas que estão inseridas no contexto das substâncias psicoativas constituiu-se como determinante na luta pelos direitos humanos e sociais, conforme mostra a história dos direitos humanos (Spicer et al., 2011; Malinowska-Sempruch, Bonnell, Hoover, 2006; Kerr et al., 2006; Kerr et al., 2003).

A participação social foi instaurada na política pública de saúde brasileira, através de instâncias colegiadas como a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde, conforme enunciado na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 no artigo 1º, incisos I e II, nos parágrafos:

1º- A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

2º- O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do

governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Os trabalhos mostram que houve mudança na legislação e nas políticas públicas referentes às drogas e que houve mobilização e participação da sociedade para a consecução de direitos nessa área.

1.2 A ILICITUDE DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A intervenção estatal no campo dos psicoativos reforçou-se a partir do século XX, época de expansão mercantil das drogas. O poder estatal assume a intervenção, respaldado pela política repressiva, que se constituiu pela criminalização das ações relacionadas aos psicoativos como a produção, a comercialização e o consumo (Alves, 2009; Carneiro, 2005).

A ilicitude se sustenta no paradigma proibicionista, tendo como condutor o Partido Proibicionista, criado nos EUA no ano de 1869. No primeiro momento, a proibição dos psicoativos foi atrelada ao consumo do álcool, que culminou com a promulgação da Lei Seca no ano de 1920 (Alves, 2009; Baratta, 1992a).

O consumo de álcool era bastante popular entre os trabalhadores, o que se tornou preocupação de grandes capitalistas, como Ford, que, para dar respostas à situação, contratou um grupo de assistentes sociais. A finalidade do trabalho dessas assistentes sociais era de realizar ações educativas junto aos trabalhadores, para que aprendessem a gastar o dinheiro e evitassem o consumo do álcool, que ameaçava o consumo de outras mercadorias e a produtividade na produção e geração de lucro (Harvey, 1993).

Baratta (1992b), discutindo a política criminal de drogas, observa que as restrições ao consumo ocorrem em função de questões econômicas e sociais não em função de questões relacionadas à saúde.

A produção foi reorganizada em função das definições em torno das drogas lícitas e ilícitas. Os psicoativos definidos socialmente como lícitos ficaram atrelados às indústrias, nos ramos: farmacêutico, tabagista e alcoolista. Já a produção dos psicoativos ilícitos ficou no universo da clandestinidade. A ilegalidade de algumas substâncias fez emergir nos EUA a proliferação de máfias poderosas, gerando grandes fortunas (Carneiro, 2002).

Analisando os impactos da ilegalidade dos psicoativos, Fiori (2012) afirma que a marginalidade desse mercado impede qualquer regulação de interesse social mais coletivo, pois impera a regra da lucratividade.

A criminalização viola os direitos humanos, na medida em que impede o controle sobre a produção e a qualidade dessas substâncias, promovendo efeitos danosos à saúde do consumidor (Baratta, 1992b).

1.2.1 AS POLÍTICAS NO CAMPO DAS DROGAS

As políticas no campo das substâncias psicoativas são embasadas, conforme visto na revisão bibliográfica, em duas perspectivas, uma denominada de guerra às drogas, pautada pelo paradigma proibicionista, e a outra denominada de redução de danos, que é antiproibicionista.

A política de guerra às drogas tem ações focadas na redução da demanda e da oferta, com a finalidade de abstinência. Esse modelo se baseia no modelo estadunidense de tolerância zero:

Isto é, a ideia de que qualquer uso ilegal de drogas, inclusive o consumo ocasional de maconha, é tão intolerável quanto um padrão diário de injeção intravenosa de heroína. A única meta aceitável de quase todos os programas de tratamento para o

alcoolismo e drogas nos Estados Unidos é a abstinência vitalícia, juntamente com o atendimento contínuo em grupos de recuperação do tipo Doze Passos (Marlatt, 1999, p. 46).

Essa vertente reforça a criminalização das pessoas envolvidas com substâncias psicoativas ilícitas e é uma política considerada fracassada, pois promove o encarceramento em massa, marginalizando as pessoas. Tem promovido a miséria humana, através da violência, do abandono e não raramente em morte (Zaluar, 1993).

Contudo, se analisado o ponto de vista econômico, essa política é exitosa, pois a ilegalidade eleva o preço da droga cerca de mil vezes, conferindo poder aos agentes que atuam nesse mercado e propiciando acumulação do capital (Baratta, 1992b).

A política de redução de danos, para Zaluar (1993), faz parte de tendência adotada em decorrência do “fracasso” das políticas proibicionistas. Os consumidores de drogas se transformaram em grupo de pressão levando à exigência de seus direitos individuais e sociais. A autora ressalta que nos países onde há distribuição gratuita de drogas ilícitas e de insumos como seringas, preservativos e troca de agulhas, prevalece a ideologia da liberdade individual, que limita a intervenção do poder público. Não há controle do Estado sobre a produção, principalmente no que se refere à qualidade da produção.

A redução de danos também é denominada de abordagem de baixa exigência, ou ainda minimização dos danos. Ela não tem foco na abstinência e objetiva diminuir os riscos decorrentes das práticas de ações como sexo inseguro e consumo de drogas (Marlatt, 1999).

A literatura aponta que, embora o marco legal da política de redução de danos tenha se constituído nos anos de 1980, ações com a filosofia da redução dos danos advindos do consumo de drogas já aparecia em outras experiências em momentos bem anteriores. Em 1920, por exemplo, um grupo de médicos britânicos prescrevia narcóticos para alguns casos de dependências (Marlatt, 1999).

Soares (1997) afirma que há distintos modelos de RD, com objetivos e ações distintas.

Santos (2008) estudou essas diversas modalidades de RD no Brasil, mostrando que as diferenças estão na compreensão do objeto e nas ações propostas. Os modelos podem ter foco individual dirigindo-se: à prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, oferecendo orientação e insumos; ao tratamento da doença/dependência, tendo como diretriz a prevenção secundária ou terciária; às boas práticas de saúde comunitária, que valorizam o estilo de vida saudável, pretendendo entender os fatores de risco que podem interferir na promoção da saúde dos consumidores de drogas; tem a modalidade que se volta para os riscos sociais da população em geral, visando à diminuição dos riscos advindos do consumo; a unidade que se apropria da equação da condição existencial do ser humano no aspecto a - histórico e invariável, essa linha parte do pressuposto de que o consumo de drogas faz parte da história da humanidade.

Essas intervenções da RD partem da concepção da individualidade do sujeito e estão afastadas da compreensão de que indivíduos não estão na sociedade de maneira isolada, mas pertencem a classes sociais, cuja relação com o consumo de drogas, assim como com o consumo das demais mercadorias, depende das condições de reprodução social, compreensão da Saúde Coletiva. Dessa forma, um outro modelo de RD (que tem como objeto e ação a produção-comércio e classe social) se apresenta no debate social, é o modelo da Saúde Coletiva. Ele compreende que:

O consumo de droga é determinado pelos processos de produção e distribuição da mercadoria-droga as famílias e os grupos sociais estarão submetidos a processos diferentes, a depender do lugar que ocupam enquanto classe social na reprodução da vida social (Santos, 2008, p. 67).

Dessa forma, o modelo de RD proposto pela Saúde Coletiva compreende o objeto como sendo o amplo processo de produção,

distribuição e consumo de drogas e, portanto, as ações de RD envolvem todas essas dimensões. Elas têm um caráter emancipatório (Santos, 2008).

Conforme aponta Jelsma (2009) as percepções de que legislações que edificaram alternativas na contramão na política de guerra às drogas pudessem provocar o aumento do consumo das substâncias psicoativas ilícitas ficaram inconsistentes. Em alguns países da União Europeia as ações no âmbito da política pública se constituem:

a) maior foco no tratamento que na punição criminal; b) uma sensação de desproporção entre as sentenças de privação de liberdade (frequentemente envolvendo registros de antecedentes criminais) e o consumo ilícito de drogas; c) uma percepção de que a cannabis é menos perigosa para saúde em comparação a outras drogas. (Jelsma, 2009, p. s.n.).

De acordo com Jelsma (2009), a mudança de paradigma foi implantada em países como a Austrália, Canadá, em treze estados dos Estados Unidos, Portugal, Espanha, Finlândia, Holanda, México, Colômbia, Paraguai. Geralmente a mudança recai em eximir o usuário de drogas do cumprimento da pena em regime de prisão, assim como o porte e o cultivo para o consumo próprio. Contudo, na maioria das legislações há a manutenção das penalidades administrativas ou indicações para tratamento ou educação. A definição da quantidade que define uso pessoal ou tráfico fica a critério dos tribunais ou da polícia, porém a quantidade não é o único critério nos países, outros fatores também são analisados.

A situação de alguns países que estão promovendo reformulação na legislação está exposta no quadro 1.

Quadro 1 – Prática jurídica de países específicos relativa às drogas

País	Limite da quantidade definido por Lei	Prática jurídica
Portugal	Quantidade necessária para consumo individual por período de 10 dias	25g de cannabis e 2g de cocaína são usados como referência, quando não há evidência adicional sobre intenção de fornecimento, mesmo quantidades maiores são consideradas como posse para uso pessoal.
Uruguai	A posse de uma quantidade razoável destinada exclusivamente para consumo pessoal não é penalizada	Deixa-se inteiramente ao arbítrio do juiz que determine se a intenção é de consumo ou de fornecimento a terceiros.
Finlândia	A posse de 15g de cannabis, 1g de heroína, 1,5 de cocaína, 10 pílulas de ecstasy é penalizada somente com multa	100g de cannabis, 2g de heroína, 4g de cocaína, 40 pílulas de ecstasy são penalizados somente com multa.
Espanha		40g de cannabis, 5g de cocaína não são consideradas fornecimento.
Holanda	5g de cannabis e 0,5 de cocaína ou heroína não são penalizados	Permite-se cinco plantas de cannabis; posse de até 30g recebe pequena multa, até 1kg multa maior, mais que isso penalizado com pena de prisão; para pequenas quantidades de drogas pesadas na prática deixa-se a polícia, a promotoria e eventualmente o juiz se a intenção era para o consumo ou fornecimento.
México	5g de cannabis e 0,5 de cocaína ou heroína não são penalizados	5g de cannabis e 0,5 de cocaína ou heroína não são penalizados.
Paraguai	10g de cannabis, 2g de cocaína ou heroína	
Colômbia	20g de cannabis, 1g de cocaína	A Corte Suprema definiu que é necessário mais provas para punir alguém apanhado com mais que o limite para fornecimento.
Austrália e alguns estados	Quatro estados australianos descriminalizaram a posse da cannabis de 15 até 50g	Somente sanções administrativas.
Estados Unidos (alguns estados)	13 estados descriminalizaram a posse da cannabis vários utilizando 28,45g (uma onça) como limite	Os sistemas variam por estado ou condado, a maioria aplicando pequenas multas.

Fonte: Adaptação Jelsma M. Inovações legislativas em políticas sobre drogas: iniciativa Latino-Americano, 2009.

A discussão atual no plano da política sobre a descriminalização do consumidor, não aponta para o controle da produção, de forma a garantir a qualidade do produto e, conseqüentemente, a diminuição dos danos à saúde dos consumidores.

Em 2009, na reunião da Comissão Narcotic Drugs (CND), foi elaborado o Plano de Ação da ONU até 2019 que, entre outras diretrizes, prevê o desenvolvimento de estratégias de diminuição da criminalização do uso.

1.2.1.1 As políticas de drogas no Brasil

A regulamentação do controle estatal do consumo de drogas na sociedade brasileira ocorreu no decorrer do século XX, momento em que a venda e o consumo do ópio e seus derivados passaram a ser proibidas, com provisão de pena de prisão para os traficantes. Nesse período, a legislação penal enfrentava consumo de psicoativos proibidos com internação compulsória em estabelecimentos de caráter correccional, por tempo indeterminado.

O Código Penal de 1924 passou a regulamentar o campo das drogas ilícitas. No ano de 1930 o discurso médico é incorporado à política criminal, agregando à concepção de criminoso a de doente (Dias, 2008).

Em 1930, a sociedade brasileira promulgou a Lei de Fiscalização de Entorpecentes, através do Decreto-Lei nº 891/1938, que foi incorporado no Código Penal de 1941, assentado no artigo n. 281, que criminaliza o porte de drogas ilícitas, independentemente da quantidade e do destino, fosse para uso pessoal ou tráfico (Dias, 2008). Nesse período o discurso médico-jurídico também se faz presente, pela compreensão de que a prática era equiparada ao suicídio, autoflagelo, desta forma essas ações não poderiam ser enquadradas pelo Código Penal, pois não se pune autolesão (Machado, 1992).

Nesse período o país vivia a era da industrialização, com forte atuação do movimento operário na luta pelos direitos trabalhistas e da proteção social. O Presidente da época, Getúlio Vargas, editou a CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas). Como o foco era a produção em larga escala, era necessário manter o trabalhador ativo, devendo eliminar as condutas consideradas “desviantes”, entre elas, a do consumo de psicoativos. Diversas campanhas contra o uso do álcool proliferaram na sociedade, servindo de estratégia para promoção do controle social da classe trabalhadora. Essas campanhas eram embasadas no discurso médico, científico, religioso, educacional e midiático (Garcia, Leal, Abreu, 2008).

Na década de 1970, a política de drogas no país estava plenamente calcada na matriz norte-americana. No ano de 1968, em plena ditadura militar, foi instituído o Ato Institucional nº5, momento em que foi promulgado também o Decreto de Lei 385, que incorporou à Legislação a prática criminosa do uso de entorpecentes. Em 1971, com a Lei nº 5726, deixa de haver distinção entre o consumidor e o comerciante de drogas. Assim, porte, consumo e transporte são identificados como tráfico de drogas (Machado, 1992).

Em 1970 foi criado o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão, vinculado ao MJ. A política de drogas da sociedade brasileira estava alinhada à concepção proibicionista defendida pelos EUA, endossada pela ONU. Essa matriz se constitui pelo discurso médico-jurídico, e jurídico-criminal. Na esfera médica-jurídica era apregoado o tratamento para as pessoas que usavam as drogas. Defendia-se que “os doentes” não teriam discernimento para compreender a prática da ação ilícita, e o tratamento era definido por uma medida judicial, que determinava a internação do infrator/doente em um hospital psiquiátrico, visando à reabilitação do agente criminoso/viciado/doente (Dias, 2008; Lea, Garcia, Abreu, 2008).

Sob a ditadura do Presidente Ernest Geisel, no ano de 1976, foi promulgada a Lei 6.368/76, de cunho repressivo, seguindo a proposta

norte-americana de guerra às drogas, que incrimina o consumidor de drogas. A política desse período também dá relevo ao tratamento do “viciado”, estendendo-se a assistência à saúde a qualquer pessoa considerada dependente. Nesse contexto, com a inserção do sujeito em serviço de saúde, o tratamento dado ao usuário deixa de ocorrer exclusivamente no campo jurídico, pelo encarceramento em unidade prisional, e se desloca para a saúde através da internação. E ocorre a ampliação da assistência na rede extra-hospitalar (Dias, 2008).

A assistência à saúde era organizada pelo sistema contributivo previdenciário, com ênfase ao atendimento hospitalocêntrico (Bravo, 2001; 2000). Nesse período, para atender a população dependente, foram criadas as comunidades terapêuticas, instituições privadas, que proliferaram graças à lacuna deixada pela rede pública (Dias, 2008).

Na década de 1980 a política de drogas sofreu novas alterações, que vieram no bojo de outras transformações societárias brasileiras: o processo de redemocratização, a luta pelos direitos sociais, a promulgação da Constituição, a efervescência dos movimentos sociais. Nesse período, a política de drogas começou a ser organizada através da rede de atendimento. No primeiro momento, atrelada às universidades públicas e aos centros de pesquisa. Essas instâncias acadêmicas passaram a protagonizar a produção de conhecimentos no campo, construção de intervenções para atender a população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, assim como passaram a contribuir com a formação dos recursos humanos para atuação nessa área. Porém, nesses espaços o atendimento acontecia de forma restrita, não abrangendo o conjunto da sociedade. A política de redução de danos entra em debate (Dias, 2008).

Leal, Garcia e Abreu (2008) informam que a criação dos conselhos antidroga aconteceu nos anos 1980. Foi criado o COFEN (Conselho Federal); os CONENS (Conselhos Estaduais) e os COMENS (Conselhos Municipais), órgãos deliberativos com influência na construção da política de drogas. As autoras ressaltam que essas instâncias fortaleceram, na época, a criação do binômio: abstinência-repressão.

No ano de 1987 foi criado, nas instalações do MS, o Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados ao Consumo do Alcool (PRONAL). A CF de 1988 afirma o tráfico de drogas como crime inafiançável, prevendo inclusive o confisco de bens de traficantes (Leal, Garcia, Abreu, 2008).

O Brasil é signatário de uma política de drogas de caráter repressivo, fundamentado na guerra às drogas, assim como tem experiências na política de redução de danos. Ainda no vigor da legislação 6368/76, cidades brasileiras implantaram políticas de drogas visando controle da epidemia da AIDS, embasadas na redução de danos. Na cidade de Santos, em 1989, foi realizado o programa de troca de seringas, distribuição de preservativos e teste de HIV, com acusação do Ministério Público de incentivar o consumo de drogas (Zaluar, 1993).

Já na década de 1990, a partir da influência dos pressupostos das reformas sanitária e psiquiátrica, o MS, através da Coordenação de Saúde Mental, criou o serviço de atenção ao alcoolismo e à dependência química, com enfoque na prevenção, assistência e tratamento na área das drogas. O MS nessa conjuntura passou a assumir a modificação do modelo assistencial na área da saúde mental, afastando-se da esfera hospitalar, com oferta de serviços na rede ambulatorial. A cidade de Santos foi pioneira em criar os serviços ambulatoriais na área da saúde mental NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), mas em 1995 essa proposta foi interrompida pelo governo federal (Leal, Garcia, Abreu, 2008).

Na era do Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), nos anos 1990, o sistema criado em 1970 foi renomeado, passando a ser identificado como Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), tendo sido criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), vinculada ao Gabinete Militar da Presidência da República. Esse órgão, que passou a ser responsável pela direção da política de drogas no país, foi erguido na atmosfera da guerra às drogas (Leal, Garcia, Abreu, 2008).

Em 1994, o COFEN se posicionou favorável à política de redução de danos, que havia se inserido no cenário brasileiro através da reivindicação dos movimentos sociais, na década de 1980. Em 1998 o órgão foi extinto, e a SENAD retoma a política de guerra às drogas, indicando ações na área da prevenção, tratamento, reinserção social dos usuários de drogas, e conclamando outros ministérios (Saúde, Educação, Assistência Social) para aderir (Leal, Garcia, Abreu, 2008).

No ano de 1999, a SENAD organizou o 1º Fórum Nacional de Drogas, na sociedade brasileira, apresentando como objetivo a abertura do diálogo entre governo federal e sociedade civil.

O pacto defendido e formado para o enfrentamento da questão das drogas, no governo FHC, foi constituído numa perspectiva de responsabilidade do governo, da sociedade civil e da iniciativa privada, sob a ótica da política proibicionista de guerra às drogas.

Leal, Garcia e Abreu (2008) afirmam que foi em decorrência da centralidade na “droga”, defendida no governo do FHC, que emergiu no governo LULA a defesa da renomeação do SISNAD, passando para Sistema Nacional sobre Drogas.

Foi no ano de 2002 que o MS deu início à implantação dos serviços específicos na área da saúde mental, incluindo o atendimento à população que consome álcool e outras drogas, realizado através dos CAPS ad (Leal, Garcia e Abreu 2008).

No governo LULA, a política de drogas se manteve atrelada ao paradigma da guerra às drogas, porém as ações foram centralizadas na repressão ao crime organizado e na vigilância das fronteiras com países considerados produtores de matérias-primas, utilizadas na produção das drogas (Leal, Garcia e Abreu 2008).

Dias (2008) analisa que a Política Nacional sobre Drogas, partilhada entre a SENAD e o MS, partem de matrizes diferentes. O MS tem ações mais acentuadas na esfera pública, com relevo para a política de redução de danos; a SENAD, com tendência à guerra às drogas, fomenta a

implantação de uma rede de serviços composta por instituições públicas, organizações não governamentais, assistenciais, religiosas, grupo de autoajuda, comunidades terapêuticas.

Essa percepção também é ressaltada na discussão sobre políticas de drogas em outros estudos:

As duas políticas partem de paradigmas divergentes: enquanto a SENAD partilha majoritariamente do ideário de uma sociedade protegida das drogas, o Ministério da Saúde se posiciona em favor da construção de um modelo de atenção orientado pela lógica da Redução de Danos (Coelho, et al. 2012).

A concepção defendida pelo eixo do proibicionismo pode levar a política de drogas a oferecer respostas centradas na responsabilização do sujeito. Velho (1993) ressalta que qualquer tentativa que caminhe para o viés calcado nas explicações fisiológicas e psicológicas ficará centrado no sujeito que recairá no estigma e no rótulo.

2 Considerações teóricas

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

2.1 DIREITOS HUMANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS

Neste trabalho, parte-se do fundamento de que a história social dos direitos humanos acompanha a história do Estado burguês e da luta de classes, da pressão popular, da organização dos trabalhadores e dos sujeitos políticos em face da opressão, da exploração e da desigualdade.

A universalidade instaurada pela Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão (DUDHC), que resultou da Revolução Francesa de 1789, é compreendida como o marco da constituição dos direitos humanos. Ela na verdade nunca garantiu esses direitos embora parecesse constituir um avanço histórico (Trindade, 2011).

A Declaração foi redigida numa atmosfera revolucionária, marcada pela vitória da burguesia, que culminou no sepultamento do sistema feudal, que garantia vantagens ao clero e à nobreza. A Declaração foi um manifesto contra a sociedade hierárquica, na qual os nobres eram enaltecidos com seus privilégios, entretanto não se configurou como um manifesto a favor da sociedade democrática e igualitária (Trindade, 2011).

Trindade (2011) analisa que, nessa Declaração, a propriedade privada teve tratamento protecionista e privatista, e foi na verdade o único direito que no documento foi qualificado de inviolável e sagrado. A igualdade não teve o mesmo tratamento, pois não atingiu o patamar da inviolabilidade, como ocorreu com a propriedade privada. Ficou assegurada como igualdade civil, marcando o fim da distinção jurídica, baseada no nascimento. No entanto, não se estendeu para o terreno econômico e social.

Essa noção de direitos, implementada na Declaração, toma por base a concepção de direitos naturais. A defesa dos direitos civis como os primeiros direitos de cidadania inaugurou a era dos direitos vinculada ao jusnaturalismo e à luta contra o absolutismo. Os direitos e as garantias

individuais, defendidos pelos liberais e impostos pela burguesia como universais eram estranhos às condições de vida dos não proprietários. Na verdade, houve a proteção da propriedade privada, das formas de acumulação privada do lucro, da livre iniciativa econômica, e da liberdade de imprensa (Guerra, 2011; Trindade, 2011).

Instaurou-se a era da liberdade e igualdade de mercado, que não se aproxima da liberdade e da igualdade humana. O Estado de direito teria a tarefa de garantir os direitos individuais, estipulados nas leis (Biondi, 2012; Trindade, 2011).

O Estado de direito é o Estado burguês⁸, ou seja, o Estado que serve à burguesia e, assim, a garantia dos direitos não se efetiva através das leis promulgadas, mas depende de interesses e de forças em disputa. Para que de fato se torne direito é necessário que seja materializado na vida das pessoas, isso acontece na sua transformação em políticas públicas, que devem ser efetivadas pela esfera pública, para atender às necessidades dos sujeitos.

Os direitos humanos aparecem como instrumentos de humanização, pois são voltados para atender às necessidades humanas. Contudo, sua finalidade é a de garantir o funcionamento do modo de produção (Biondi, 2012).

A análise da constituição da política de saúde na sociedade brasileira não foge a essa regra. Organizada a partir de intervenção estatal na década de 1930, no período da industrialização, que absorvia a mão-de-obra dos trabalhadores assalariados, a política intencionava garantir a produção para acumulação do capital (Bravo, 2001).

A submissão dos direitos humanos ao modo de produção capitalista também pode ser apreendida pela leitura da Primeira Constituição Norte-Americana dos Direitos do Homem. Quando sancionada, os negros eram escravizados e permaneceram nessa condição mesmo com a

⁸ A partir do referencial marxista, Pashukanis analisa que o “Estado, ou seja, a organização política da dominação política de classe, nasce sobre o terreno das relações de produção” (Pashukanis, 1891-1937 trad. Bessa 1989 p.61).

promulgação desse documento, que garantiria direitos como a liberdade. Porém, a acumulação do modo de produção capitalista nessa fase se dava pela exploração através da escravidão (Biondi, 2012).

O México foi o primeiro país a introduzir os direitos sociais em sua Constituição, no ano de 1917. Na sequência, os direitos sociais foram promulgados pela União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS, através da elaboração da Declaração de Direitos da População Trabalhadora e Explorada, em 04 de janeiro de 1918, marcando posição contrária ao ocidente capitalista.

Essas declarações, que demarcam os direitos sociais da classe trabalhadora, mostram que as anteriores, na verdade, não defendiam a universalidade dos direitos, então trouxeram a defesa das necessidades de todos os grupos sociais (Barroco, 2011; Bussinger, 1997).

A URSS suprimiu o direito da propriedade privada e socializou os meios de produção e de transporte. Quanto aos direitos de caráter social, a classe trabalhadora exigiu, por parte do Estado, o compromisso efetivo com as necessidades do cidadão, com o objetivo de garantir uma vida digna por intermédio da proteção e amparo (Bussinger, 1997).

Na compreensão de Trindade (2011), as Declarações que foram promulgadas nos países México e URSS marcam a luta da classe trabalhadora na busca por direitos que atendam suas necessidades.

Os direitos humanos aparecem com ênfase na promulgação do Welfare State, que, segundo Biondi, foi o modelo mais acabado dos direitos sociais no modo de produção capitalista. Esses direitos foram conquistados através de luta árdua, com derramamento de sangue, travada pela classe trabalhadora, visando melhoria das condições de vida e trabalho. Contudo, não se pode deixar de apreender que esses direitos também cumpriram o papel de proteção do capital (Biondi, 2012).

Na sociedade brasileira, a garantia dos direitos humanos, através de direitos sociais foi instaurada com a Constituição Federal de 1988, período marcado por “extrema fragmentação dos processos sociais e de

suas mediações e contradições, sem a devida apreensão dos vínculos sociais que sustentam as relações dos indivíduos no tecido social” (Barroco, 2011, p.59).

O tema da violação de direitos vem sendo debatido na sociedade em geral e notadamente em espaços acadêmicos e na instância jurídica. Presencia-se o crescimento de ações na esfera judiciária para a garantia desses direitos, em decorrência das contradições inerentes à exploração capitalista e ao neoliberalismo e pela defasagem entre os pressupostos universais da constituição dos direitos e a sua objetivação prática (Guerra 2011; Bravo, 2001).

A garantia dos direitos humanos também passa a ser objeto de discussão na área do consumo de psicoativos, em que predomina o discurso conservador moralista, que fomenta ações de caráter repressivo, incorrendo em violação dos direitos humanos de consumidores de drogas.

No âmbito jurídico, há manifestações de denúncia à violação dos direitos e garantias individuais. Artigos de Karam⁹ analisam a legislação vigente e comprovam que o consumo de drogas permanece na instância criminal. Para a autora, afastou-se a carcerização no cumprimento da pena para praticantes desses crimes (consumo ou porte de drogas). Assim, a nova legislação possibilita cumprir pena fora do ambiente carcerário, como enunciado no Art. 28, que apresenta as seguintes alternativas de pena: “I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo”.

Os direitos enunciados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos estão sendo violados, na opinião dessa autora, que representa a opinião de um grupo de juristas, pois o caráter da criminalização do consumo de drogas e a imposição de tratamento médico obrigatório são medidas que ofuscam o direito de liberdade individual, ao determinar o comportamento das pessoas (Karam, 2010a, 2010b).

⁹ Maria Lucia Karam – Juíza de Direito aposentada pelo Estado do Rio de Janeiro.

A defesa do direito à liberdade individual não se aproxima, no entanto, da garantia dos direitos sociais.

Os direitos e garantias individuais defendidos pela burguesia como universais foram (e continuam sendo) estranhos às condições de vida dos não-proprietários, cuja “liberdade” localiza-se na sujeição dos mesmos ao venderem-se como força de trabalho enquanto condição única de sobrevivência (Guerra, 2011, p.41).

O debate do direito à liberdade remete, no contexto do consumo de drogas, à liberdade de o indivíduo fazer com seu corpo aquilo que deseje e consumir o que for de seu interesse. Trata-se de um conjunto de escolhas embasadas no princípio da relação econômica de direito do consumidor.

Interessa-nos, neste trabalho, focar aspecto diferente do de liberdade de escolha no mercado e, a partir da perspectiva teórica marxista, assinalar que as escolhas motivadas por vontade individual na verdade derivam de representações deformadas e mistificadas da ideologia mercantil¹⁰.

Os homens não são livres na sociedade capitalista, pois estão submetidos ao sistema de exploração. Dessa forma, o consumo de substâncias psicoativas é encarado menos como escolha individual livre e mais como fruto de contradições inerentes às formas de reprodução do capital (Soares, 2007).

A política social foi inaugurada para promover a proteção social, apresentando-se como estratégia do capital para enfrentamento das crises provocadas pelo modo de produção capitalista. A política social fez parte do pacto anticrise pós os anos de 1929, quando se exigiu nova configuração do Estado, no sentido de oferecer serviços sociais à população, para atendimento das necessidades, que não eram atendidas pelas relações capitalistas estruturais (Behring, 2009).

¹⁰ O autor Pashukanis recorrendo a Marx explica que isso se intitula “o fetichismo da mercadoria”.

As políticas estatais são denominadas de políticas públicas ou políticas sociais, expressões vagas que não explicitam o seu significado (Viana, 2006).

As políticas sociais públicas desempenham um duplo papel, além de manter o modo de produção vigente, mediante a formalização do atendimento das necessidades humanas e sociais da classe trabalhadora, e daqueles marginalizados pelo sistema; também servem de estratégia para acumulação do capital, através da reprodução da força de trabalho (Viana, 2006).

Compreende-se, neste trabalho, que políticas sociais são aquelas implementadas pelo Estado de Bem Estar Social, para promover a reprodução do capital, através da manutenção da força de trabalho. As políticas estatais promovem a manutenção do modo de produção capitalista, pois estabelecem a falsa sensação de “inclusão social”. Foram constituídas para responder às seguintes exigências:

Primeiro pela necessidade das empresas capitalistas terem a garantia da reprodução da força de trabalho; segundo pela pressão da classe trabalhadora e de outros grupos sociais para atendimento das suas necessidades de sobrevivência, pois a venda da força de trabalho não garante a reprodução da classe trabalhadora e o sistema se sustenta pela exclusão de diversas pessoas no mercado de trabalho; é a necessidade de amortecimento dos conflitos sociais. (Viana, 2006, p.02).

O estado de bem estar social que vigorou após a Segunda Guerra Mundial, através do fordismo, foi produto das lutas sociais que agitaram o mundo a partir do início do século XX. Essas lutas se manifestaram pelas diversas tentativas de revolução socialista. Foi nesse cenário que a política de assistência social foi implementada pelo Estado intervencionista (Viana, 2006).

A política de saúde na sociedade brasileira foi organizada pelo Estado em resposta às reivindicações dos trabalhadores, o que exigiu a redefinição do papel do Estado. Nessa conjuntura, as políticas sociais passaram a responder às expressões da *questão social* de forma

orgânica e sistemática. No período em que a política de saúde foi reorganizada pela esfera pública, ocorreu uma sofisticação das políticas sociais, que se transformaram em questão política de intervenção estatal para atender demandas dos trabalhadores assalariados urbanos. Estes se constituíam em sujeitos importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica de acumulação do capital (Bravo, 2001).

Na década de 1980 do século passado, a saúde foi considerada um direito social, a partir do movimento da reforma sanitária. Nesse processo participaram os profissionais da saúde e movimentos sociais, na defesa de melhoria da situação da saúde e do fortalecimento do setor público. Entretanto, esse projeto foi desconstruído pelo projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, que passou a se configurar em 1990, a partir do projeto neoliberal (Bravo, 2001).

Percebe-se que historicamente as políticas públicas ficam subjugadas à política econômica, apresentando-se como flutuantes. Nessa linha, Viana (2006) argumenta:

As políticas estatais de assistência social são determinadas em linhas gerais pelo regime de acumulação, que expressa determinada correlação de forças entre as classes sociais numa determinada época. Porém as formas de aplicação desta política de assistência social possuem outras determinações, que depende do país, época, nível de ação dos trabalhadores e movimentos sociais, entre outras. Esta pressão social influi na forma como a política de assistência social é implementada e outra determinação, de importância fundamental, é a composição e hegemonia do bloco dominante.

Dessa forma, diferentemente do Estado de bem-estar-social, ainvestida do neoliberalismo no Brasil, a partir da década de 1990, com a reforma do Estado, promoveu o deslocamento da política social da esfera pública, para a esfera privada. Na política de saúde, a Norma Operacional Básica, de 1996, impulsionou a privatização da saúde através da:

a) do conceito do Estado que orienta a reforma e no qual a política não intermedeia as relações sociais. Na realidade, no Estado liberal, a política torna-se uma função da economia que, de natureza privada, passa a reger as relações políticas;

b) da substituição do princípio da universalidade pelo de equidade, com restrição do universo das pessoas a serem atendidas pelo Estado, visando fazer justiça social. Na procura do significado de justiça social, verificou-se que há privatização do espaço público;

c) da limitação do significado da justiça social ao suprimimento de necessidades em saúde de alguns grupos e na perda do direito de todos ao acesso universal e igualitário à assistência (Calipo, 2002, p. 125 e 126).

Calipo e Soares (2008) denunciam que a privatização das instituições públicas de saúde, que se seguiram à intensa onda neoliberal do final do século XX, desencadeou o processo de perda do direito à saúde.

3 Pressuposto, objetivos e finalidade

3 PRESSUPOSTO, OBJETIVOS E FINALIDADE

A política predominante na área da saúde tem historicamente seguido os cânones da guerra às drogas, que infringe direitos humanos. Observa-se intensa discussão social sobre a questão e a construção de paradigma contraposto, o da redução de danos. Pressupõe-se neste estudo que essa problematização social vem ocasionando reflexos nas políticas públicas, podendo-se observar mudanças na direção da disponibilização de instrumentos de garantia efetiva de direitos sociais.

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a política pública de saúde desenvolvida pelo Estado brasileiro no campo das substâncias psicoativas ilícitas, conforme se aproximem ou se afastem dos direitos humanos, através da efetivação de direitos sociais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as políticas de saúde que estão sendo implementadas pelo Estado brasileiro, com relação aos consumidores de substâncias psicoativas ilícitas;
- b) Analisar a opinião de setores governamentais e acadêmicos envolvidos com a discussão na área e com a formação de opinião pública;
- c) Analisar as políticas em termos de sua adesão aos fundamentos dos direitos humanos.

4 Procedimientos metodológicos

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Conforme as bases teóricas, o estudo está fundamentado no materialismo histórico e dialético. Delineia-se como estudo de natureza qualitativa do tipo explicativo-analítico, pois, além de registrar e analisar os fenômenos estudados, busca identificar suas raízes (Severino, 2007).

Em relação aos procedimentos, elegeu-se a pesquisa documental como a melhor forma de captar o objeto. Nesse sentido, o material empírico foi buscado na documentação oficial de governo, emitida por órgãos federais, que determinam as políticas públicas de drogas psicoativas no país, que foi complementada com a opinião de especialistas da área.

A pesquisa documental se apropria de material que não recebeu tratamento analítico, denominado de documento de primeira mão. Estão incluídos nessa categoria os documentos de arquivos de órgãos públicos, documentos oficiais, entre outros (Gil, 2009).

A primeira etapa correspondeu à leitura exploratória e a segunda à leitura seletiva, que identificou o material a ser analisado (Gil, 2009). A leitura seletiva é um procedimento mais profundo que permite a leitura dos textos, possibilitando indagações, reflexões e conhecimento do objetivo proposto do documento (Gil, 2009).

Em função da perspectiva dialética, que procura obter ângulos diferentes do objeto para relacioná-lo com a totalidade social (Soares, Campos, Yonekura, 2013), a pesquisa documental foi complementada por entrevistas com especialistas da área, da academia e do governo. Esse procedimento teve o intuito de agregar maior vivacidade à pesquisa documental, imprimindo aspectos da dinâmica social, dificilmente apreendidos nos documentos.

A técnica de entrevista é bastante utilizada na área das ciências humanas, pois facilita a interlocução entre pesquisador e entrevistado, permitindo a apreensão da opinião, do pensamento e posicionamento dos sujeitos sobre o objeto de estudo (Severino, 2007; Triviños, 1992).

4.2 FONTES DE DADOS

O portal dos órgãos federados disponibiliza informações oficiais públicas. Neste trabalho, utilizou-se como fonte os seguintes órgãos federais: Ministério da Saúde; Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; e Ministério da Justiça.

O estudo foi edificado com a utilização dos seguintes procedimentos técnicos para coleta dos dados:

- 1 visitas aos portais institucionais, para ter acesso à fonte de dados com informações sobre as instituições e a documentação produzida; e
- 2 entrevista com especialistas na área realizada através de roteiro semi-estruturado.

4.3 MATERIAL DOCUMENTAL

4.3.1 A escolha das fontes de coleta

Na fase de construção do projeto desta pesquisa, a busca do material se iniciou pelo MS, em decorrência da política nacional responsável pela execução da Política de Saúde, entre elas a política de atenção ao usuário de drogas. Outro órgão que a revisão da literatura apontou como responsável pela política foi a SENAD/Ministério da

Justiça. No decorrer da produção da pesquisa, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) foi apontada como fonte para coleta de documentos, visto ser o órgão responsável pelas diretrizes relativas aos direitos humanos no país.

4.3.2 Seleção do material

O levantamento dos documentos foi realizado buscando-se as palavras: saúde mental/política de drogas/uso de drogas.

A leitura exploratória dos documentos levantados permitiu selecionar 36 documentos, classificados como: lei, decreto e portaria (normativa e interministerial); e considerados para o desenvolvimento do estudo, conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1 – Número de documentos selecionados a partir da leitura exploratória das fontes de dados eleitas. São Paulo, 2014

Tipo de documento	Órgão emissor	Nº Documentos encontrados
Lei	MS	02
Decreto	MS	08
Portaria	MS	19
Lei	SDH/PR	01
Lei	MJ	01
Decreto	MJ	02
Portaria Interministerial	MS	03
Total de documentos		36

Após a leitura exploratória, foi realizada a leitura seletiva, que identificou a necessidade da exclusão de sete documentos: dois pelo critério da duplicidade, pois os materiais foram localizados em mais de um órgão; quatro porque não dialogavam com o objeto deste estudo; e um documento porque não estava disponível na íntegra.

Finalmente, 29 documentos foram selecionados para serem analisados, como mostra a tabela 2.

Tabela 2 – Documentos selecionados para análise. São Paulo, 2014

Órgão emissor	Nº Documentos
MS	27
MJ	01
SDH/PR	01
Total de documentos	29

4.3.3 Detalhamento do percurso metodológico da coleta do material

No MS, a coleta do material para análise do estudo foi extraída do portal institucional, junto à página de acesso à BVS/MS, que dispõe dos documentos oficiais e permite o acesso ao material publicado. A busca foi feita através de visitas ao portal da instituição: a primeira foi realizada durante o processo de construção do projeto de pesquisa, para ser submetido ao exame de qualificação; a segunda em meados do mês de dezembro/2013, para construção do banco de dados, que agregou os documentos levantados. Esse procedimento técnico foi organizado em uma pasta de arquivo.

Durante a construção da dissertação foi realizada uma nova visita no portal, para conferência dos documentos a serem analisados, essa etapa aconteceu no dia 31/01/2014, com a utilização dos seguintes passos:

- acesso ao portal institucional¹¹, direcionando a procura junto ao tema saúde mental, inserido na coluna “Saúde Para Você”, que não resultou em coleta, pois a página estava em manutenção. A tentativa posterior foi direcionada para o assunto legislação, que abriu na barra superior a opção biblioteca, que publicizou a

¹¹ <http://portalsaude.saude.gov.br> acesso em 31/01/2014

informação de que toda a documentação emitida pelo órgão estaria disponível na página denominada de Biblioteca Virtual em Saúde.

A pesquisa foi direcionada para área que informava a nomenclatura “normas”. A busca foi feita em cada tipo de documento que se apresentou na área como: Consultas Públicas; Decretos; Decretos-Leis; Decretos-Legislativos; Leis; Portarias e Resoluções.

Essa metodologia também foi realizada junto à área temática denominada “vigilância em saúde”.

Na SDH/PR, a pesquisa para localizar o material foi feita com a utilização da ferramenta “Google Explorer”, com a denominação [secretaria nacional dos direitos humanos], que precisou ser feita em outras denominações, entre elas Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Esse primeiro acesso não obteve resultados, já que não havia possibilidade de direcionar a busca para a temática saúde mental ou políticas de drogas. Dessa forma, escolheu-se o tema de busca: direitos para todos, que resultou em um documento não disponível no portal. Dessa forma, o documento¹² foi localizado na internet através do “Google Explorer”. A ementa dessa Lei não trazia alusão ao tema das drogas, o que levou à necessidade de passá-lo à fase de leitura seletiva.

O documento foi selecionado, pois apresenta interlocução da política de drogas com os direitos humanos, citando o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas. A leitura permitiu a apreensão dos assuntos tratados na lei, que aborda os direitos humanos em diversos segmentos, incluindo o campo das substâncias psicoativas.

No MJ/SENAD, a visita ao portal institucional foi feita na área que apresenta o tema Política sobre Drogas. Após acesso à pasta Política sobre Drogas, a procura foi direcionada para o assunto serviços, sendo feita a procura pela palavra legislação, que permitiu o contato com as

¹² http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12314.htm. Acesso realizado em 02/02/2014.

produções oficiais emitidas por esse órgão, incluindo os documentos oficiais relacionados à política de drogas ilícitas.

A documentação estava disponível na janela nomeada “tipo de conteúdo”, que mostrava os seguintes documentos: Portarias; Acordos; Declarações Internacionais; Atos Normativos; Códigos; Convenções Internacionais; Decretos Leis; Deliberações; Despachos; Instruções Normativas; Legislação Internacional; Leis; Leis Complementares; Medidas Provisórias; Pareceres; Portarias; Portarias Conjuntas; Portarias Interministeriais; Resoluções e Tratados.

Para complementar o rastreamento da documentação a ser utilizada, também foi realizada busca em outras pastas de outros assuntos apresentados no portal institucional. A procura do material também foi feita no serviço que contém os documentos oficiais (legislação) de outras pastas do MJ.

Dessa forma, a procura se realizou em todas as pastas, buscando-se os documentos através do acesso ao serviço identificado por legislação. As pastas são: Cidadania; Combate à Pirataria; Cooperação Jurídica Internacional; Estrangeiro; Elaboração Legislativa; Execução Penal; Institucional; Lavagem de Dinheiro; Segurança Pública e Tráfico de Pessoas.

Na Pasta da área da Segurança Pública, foi localizado o Decreto nº 7179¹³, que já estava elencado para análise, pois estava na Pasta referente à Política Nacional de Drogas.

¹³ <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={A14AD16A-EF1E-47CF-8866-EA5B8F3D06E2}>
Acesso realizado em 31/01/2014.

4.4 ENTREVISTAS

4.4.1 Sujeitos da pesquisa

Os nomes dos entrevistados foram definidos pelo critério de representatividade na área. O primeiro contato com os entrevistados foi feito através de envio de correspondência eletrônica, para verificar a possibilidade de sua participação na pesquisa e agendamento da entrevista. As entrevistas foram gravadas com utilização de equipamento eletrônico, com prévia autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram realizadas três entrevistas, embora inicialmente o interesse fosse de realizar quatro, conforme Projeto de Pesquisa submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa: duas dos órgãos federais e duas da academia. Porém, a realização de entrevista com um representante da esfera governamental não foi possível, visto que foi desmarcada pelo entrevistado e que as tentativas subseqüentes de remarcação resultaram infrutíferas.

A primeira entrevista foi realizada no dia 26/09/2013, em São Paulo, e durou cerca de uma hora. A segunda entrevista foi realizada no dia 18/11/2013, na SENAD, localizada no prédio do Ministério da Justiça, que integra a explanada dos Ministérios do Distrito Federal e teve duração de cerca de 50 minutos. No dia 25/11/2013 foi realizada a terceira entrevista, em São Paulo, com duração de 25 minutos.

Para se apropriar do material coletado nas entrevistas, foi realizada a transcrição e inúmeras leituras.

4.4.2 Roteiro de entrevista

O roteiro foi construído para apreender a opinião dos entrevistados sobre os direitos humanos dos consumidores de

psicoativos ilícitos, conforme apregoados nas políticas públicas que estão sendo implementadas para essa população, visando à coleta de informações que leva a compreender:

- A identificação desses sujeitos: quem são; o que fazem; tempo de inserção (profissional, pesquisador, política, institucional);
- Conhecer a trajetória desses sujeitos no contexto das discussões sobre a temática do consumo de drogas;
- Identificar a opinião referente às legislações brasileiras na sua relação com os direitos humanos e sociais dos consumidores de drogas ilícitas;
- Compreender suas perspectivas políticas no campo das drogas.

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo¹⁴, seguindo as diretrizes da legislação em vigor.

Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2), que assegurava aos sujeitos da pesquisa a explicação sobre os objetivos do estudo e manutenção do sigilo da identidade pessoal, bem como sua possibilidade de desistir da participação a qualquer momento.

¹⁴ Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

4.6 ANÁLISE DO MATERIAL

Os documentos do MS, SDH/PR, e MJ/SENAD e transcrição das entrevistas foram analisados de acordo com a categoria: políticas sociais como implementadoras de direitos humanos. Utilizou-se a análise de conteúdo, conforme orientação de Bardin (2009).

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES QUE CONSTITUÍRAM FONTES DE DADOS DA PESQUISA

5.1.1 Ministério da Saúde – MS

O MS é o órgão responsável pela execução da Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas. Segundo informação do portal institucional¹⁵, esse órgão tem as seguintes atribuições:

O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.

É função do ministério dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro.

O MS tem o dever, no âmbito federal, de implementar a política de saúde – que inclui a atenção aos consumidores de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas – que será diretriz das políticas de saúde das localidades (estados, distrito federal e municípios). O portal institucional apresenta, ainda, a missão do órgão:

Promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania.

¹⁵ Informações disponíveis no portal institucional do Ministério da Saúde <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio#58>. Acesso realizado em 06/04/2014.

5.1.2 Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – SDH/PR

Trata-se de órgão¹⁶ com *status* de ministério, que tem a responsabilidade de elaborar políticas de promoção e proteção aos direitos humanos de forma articulada entre os ministérios e propor a intersectorialidade desse debate. Foi criada no ano de 1977, integrada ao Ministério da Justiça(MJ) e, no ano de 2003, passou a ser um ministério. A partir de 2010 foi denominada como Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Segundo informação da instituição¹⁷, temas seguintes atribuições:

- Propor políticas e diretrizes que orientem a promoção dos direitos humanos, criando ou apoiando projetos, programas e ações com tal finalidade;
- Articular parcerias com os poderes: Legislativo e Judiciário, com os estados e municípios, com a sociedade civil e com organizações internacionais para trabalho de promoção e defesa dos direitos humanos;
- Coordenar a Política Nacional de Direitos Humanos segundo as diretrizes do Programa Nacional de Direitos Humanos;
- Receber e encaminhar informações e denúncias de violações de direitos da criança e do adolescente, da pessoa com deficiência, da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais e de todos os grupos sociais vulneráveis;
- A SDH/PR atua como Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos.

¹⁶ Informações coletadas em visita ao portal institucional no endereço eletrônico: <http://www.sdh.gov.br/sobre/sobre-a-secretaria>. Acesso realizado em 02/02/2014.

¹⁷ Portal institucional da SDH/PR www.sdh.gov.br/sobre/sobre-a-secretaria. Acesso realizado em 02/02/2014.

5.1.3 Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD

A SENAD é o órgão responsável pela política de drogas na esfera do MJ, está localizada nas instalações físicas do MJ, na Explanada dos Ministérios, no Distrito Federal. Atua na execução da Política sobre Drogas em âmbito nacional. Conforme informação do portal institucional¹⁸, tem entre suas competências:

II - articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

III - propor a atualização da Política Nacional sobre Drogas, na esfera de sua competência;

IV - consolidar as propostas de atualização da Política Nacional sobre Drogas;

V - definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos, na esfera de sua competência, para alcançar os objetivos propostos na Política Nacional sobre Drogas e acompanhar a sua execução;

VI - atuar, em parceria com órgãos da administração pública federal, estadual, municipal e do Distrito Federal, assim como governos estrangeiros, organismos multilaterais e comunidade nacional e internacional, na concretização das atividades constantes do inciso II;

XIII - gerir o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID;

XIV - desempenhar as atividades de Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas;

XV - executar as ações relativas ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, bem como coordenar, prover apoio técnico-administrativo e proporcionar os meios necessários à execução dos trabalhos do Comitê Gestor do referido Plano;

¹⁸ Extraída do Portal Institucional no endereço: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={D0D73EAF-226D-40A2-8029-3F6E86A407CF}&BrowserType=IE&LangID=pt-br>. Acesso realizado em 06/04/2014.

5.2 DOCUMENTOS SELECIONADOS

A pesquisa localizou leis¹⁹, decretos²⁰ e portarias,²¹ que integram a normatização do Estadobrasileiro. Todos esses elementos representam a normatização jurídica do país. Leis e decretos são atribuições do chefe do Estado (Presidente da República), conforme a CF de 1988.

As leis e decretos constituem atribuição da Presidência da República, sendo promulgados pela Casa Civil e pelo Gabinete do Ministro do Estado (Ministro da Saúde, neste caso). As portarias foram emitidas no interior do Ministério tanto pelo Ministro da Saúde (MS), como também por unidades subordinadas ao MS (Secretaria de Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde), que funcionam no interior do órgão:

A estrutura central do Ministério da Saúde é composta por seis secretarias responsáveis por elaborar, propor e implementar as políticas de saúde, sendo, assim, as executoras das atividades finalísticas do órgão. Outras unidades que compõem o ministério são a secretaria-executiva, o gabinete do ministro e a consultoria jurídica, responsáveis por atividades de assessoria e assistência direta às ações do ministro²².

¹⁹ Na esfera do direito, a lei se configura como regra ou norma, produzida pelo Estado para determinar o modo de viver em sociedade, foi criada pela concepção do normativismo jurídico, na sociedade capitalista, para firmar os contratos inerentes das relações sociais estabelecidas.

²⁰ Decreto é um documento oficial, geralmente utilizado pelo chefe do poder executivo (Presidente da República, Governador e Prefeito) ou órgão superior, para regulamentação ou execução de uma lei, que dispõe sobre a organização da administração pública. Fonte da informação http://pt.wikipedia.org/wiki/Portaria_%28direito%29. Acesso realizado em 02/02/2014.

²¹ Portarias são atos administrativos realizados por uma autoridade pública, contendo instruções da aplicação das leis ou regulamentos, e definição da organização de um serviço. Também são utilizadas na esfera interna dos órgãos públicos para tornar pública uma informação. As portarias podem ser expedidas por uma única autoridade, ou ainda podem ser conjuntas interministeriais. Fonte da informação http://pt.wikipedia.org/wiki/Portaria_%28direito%29. Acesso realizado em 02/02/2014.

²² Informação extraída do portal institucional no endereço <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/estrutura-e-competencias>. Acesso realizado em 05/03/2014.

Os Ministros de Estado, conforme descrito na CF 1988, no Art. 87, têm as seguintes funções:

Parágrafo único. Compete ao Ministro de Estado, além de outras atribuições estabelecidas nesta Constituição e na lei:

I – exercer a orientação, coordenação e supervisão dos órgãos e entidades da administração federal na área de sua competência e referendar os atos e os decretos assinados pelo Presidente da República;

II – expedir instruções para execução das leis, decretos e regulamentos;

III – apresentar ao Presidente da República relatório anual da sua gestão no Ministério; IV – praticar os atos pertinentes às atribuições que lhe forem outorgadas ou delegadas pelo Presidente da República.

O Quadro 2 mostra as leis localizadas no MS.

Quadro 2 – Leis de responsabilidade do MS. Brasil, 2014

Lei nº	Data de Emissão do documento	Ementa
12.219	31/03/2010	Altera o art. 73 da Lei nº. 11.343, de 23/08/2006, para permitir que a União possa celebrar convênios com os Estados e o Distrito Federal visando à prevenção e repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de drogas, e com os Municípios, com o objetivo de prevenir o uso indevido e possibilitar a atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.
11.343	26/08/2006	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.

A Lei 11.343/06, discutida na revisão bibliográfica por diversos autores, manteve o caráter de incriminação do consumo das drogas, bem como o objetivo de erradicá-las da sociedade, como estava pontuado na legislação de 1971. A ilicitude de algumas substâncias psicoativas leva a

pessoa que se envolve com esses psicoativos para o sistema penal da justiça. O artigo 33 mostra as penas que são prescritas aos se envolvem com drogas ilícitas.

Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem:

I - importa, exporta, remete, produz, fabrica, adquire, vende, expõe à venda, oferece, fornece, tem em depósito, transporta, traz consigo ou guarda, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, matéria-prima, insumo ou produto químico destinado à preparação de drogas;

II - semeia, cultiva ou faz a colheita, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, de plantas que se constituam em matéria-prima para a preparação de drogas;

III - utiliza local ou bem de qualquer natureza de que tem a propriedade, posse, administração, guarda ou vigilância, ou consente que outrem dele se utilize, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, para o tráfico ilícito de drogas.

§ 2º Induzir, instigar ou auxiliar alguém ao uso indevido de droga:

Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa de 100 (cem) a 300 (trezentos) dias-multa.

§ 3º Oferecer droga, eventualmente e sem objetivo de lucro, a pessoa de seu relacionamento, para juntos a consumirem:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano, e pagamento de 700 (setecentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa, sem prejuízo das penas previstas no art. 28.

A análise do inciso I do artigo 33 da Lei 11.343/06 permite perceber que o consumo de drogas ilícitas está atrelado à esfera criminal, pois qualquer pessoa que consome a substância está passível de ser

penalizada, ao ter sobre a sua posse a droga para o seu consumo. E, ainda, o inciso II informa que não é permitido cultivar substâncias ilícitas.

No quarto parágrafo do artigo 33, a lei apresenta os critérios da progressão de regime, que segue os mesmos princípios adotados pela Lei de Execução Penal (LEP) de 1984. O tema está enunciado no artigo 112, que teve alteração de redação no ano de 2003.

§ 4º Nos delitos definidos no caput e no § 1º deste artigo, as penas poderão ser reduzidas de um sexto a dois terços, desde que o agente seja primário, de bons antecedentes, não se dedique às atividades criminosas nem integre organização criminosa (Lei 11.343/06).

Art. 112 A pena privativa de liberdade será executada em forma progressiva com a transferência para regime menos rigoroso, a ser determinada pelo juiz, quando o preso tiver cumprido ao menos um sexto da pena no regime anterior e ostentar bom comportamento carcerário, comprovado pelo diretor do estabelecimento, respeitadas as normas que vedam a progressão (LEP, 2003).

O inciso V do artigo 4º estabelece “a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, reconhecendo a importância da participação social nas atividades do Sisnad”.

A lei retoricamente, sem detalhamento operacional, defende a responsabilidade compartilhada na efetivação das atividades da Sisnad.

Pode-se afirmar que a política criminal permanece na situação de instrumento do Estado para “tratar, recuperar e reabilitar” consumidores de drogas ilícitas. Esta legislação não promoveu mudança na política de drogas, mas ampliou os tipos da pena para prática dos delitos.

A Lei 11.343/06 mostra que a política de saúde se manifesta no campo que descreve as atividades de reinserção social de usuários e dependentes de drogas, como mostram os artigos:

Art. 3. O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com: I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

Art. 20. Constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.

Art. 21. Constituem atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais.

O quadro 3 mostra os documentos classificados como decretos.

Quadro 3 – Decretos encontrados na base documental do MS. Brasil, 2014

Nº do Decreto	Data de Emissão	Ementa	Emissor
7.427	13/01/2011	Dá nova redação aos arts. 10 e 12 do Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011, que dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas-CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas-FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União.	Casa Civil da Presidência da República, subchefia de Assuntos Jurídicos.
7.426	07/01/2011	Dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas- CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União	Casa Civil da Presidência da República, subchefia de Assuntos Jurídicos.
7179	20/05/2010	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.	Senado Federal, subsecretaria de Informações

Foram localizados três documentos no MS classificados como decretos, expedidos pela Presidência da República, sendo que

desses, dois foram expedidos através da Casa Civil, órgão que tem atribuição na publicação de documentos escritos pelo Presidente da República, como mostra o portal institucional ao se referir às competências²³. E ainda faz parte da estrutura da Presidência da República, como mostra a legislação²⁴. Um, entre esses decretos, foi emitido pelo Senado Federal.

Os Decretos de nº 7426 e nº 7427 mostram que o MJ é o órgão federal que dá as diretrizes da política de drogas no Brasil. A partir do ano de 2010, as ações no campo das drogas passaram a focar o enfrentamento do *crack*.

O Decreto nº 7.179 emitido pelo Senado Federal mostra a centralidade da política pública no enfrentamento ao *crack*:

Art.1º Fica instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas.

§ 1º As ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas deverão ser executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social.

Nesse decreto (nº 7.179), o Presidente da República institui um Comitê Gestor de abrangência interministerial, para implantar o plano de enfrentamento ao crack e outras drogas.

²³ Informações obtidas no portal institucional da Casa Civil da Presidência da República <http://www.casacivil.gov.br/sobre/COMP>. Acesso realizado em 11/04/2014

²⁴ Lei 10.683 de 28/05/2003, alterada em 18/03/2011: Art. 1º A Presidência da República é constituída, essencialmente: I - pela Casa Civil; II - pela Secretaria-Geral; III - pela Secretaria de Relações Institucionais; IV - pela Secretaria de Comunicação Social; V - pelo Gabinete Pessoal; VI - pelo Gabinete de Segurança Institucional; VII - pela Secretaria de Assuntos Estratégicos; VIII - pela Secretaria de Políticas para as Mulheres; IX - pela Secretaria de Direitos Humanos; X - pela Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; XI - pela Secretaria de Portos; e XII - pela Secretaria de Aviação Civil. Disponível online no endereço: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.683compilado.htm Acesso realizado em 13/04/2014.

Art. 3º Fica instituído o Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, composto por um representante, titular e suplente, de cada órgão a seguir indicado:

I - Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República; II - Casa Civil da Presidência da República; III - Secretária-Geral da Presidência da República; IV - Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República; V - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; VI - Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República; VII - Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República; VIII - Ministério da Justiça; IX - Ministério da Saúde; X - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; XI - Ministério da Defesa; XII - Ministério da Educação; XIII - Ministério da Cultura; XIV - Ministério do Esporte; e XV - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Nos quadros 4 e 5 ficaram elencados os documentos classificados como portarias, que foram encontrados no MS, e emitidos pelo Ministro de Estado da Saúde.

Quadro 4 – Portarias emitidas pelo Gabinete do Ministro de Estado da Saúde-MS. Brasil, 2014

Nº da Portaria	Data da emissão	Ementa
3796	06/12/2010	Institui o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental e define sua composição.
3010	01/12/2009	Torna pública a proposta de Projeto de Resolução "Periodicidade de Atualização das Listas e Intercâmbio de Informações. sobre Substâncias Psicotrópicas, Entorpecentes, Precursoras e Sujeitas a Controle Especial no Mercosul" (Complementação da Resolução GMC Nº 38/99) e dá outras providências.
2629	28/10/2009	Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais e incentiva internações de curta duração.
1190	04/06/2009	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.
154	24/01/2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

Quadro 5 – Portarias editadas em Conjunto entre Ministério da Saúde e outros Ministérios; entre Secretarias subordinadas a esses órgãos. Brasil, 2014

Nº da Portaria Conjunta	Data da emissão	Ementa	Órgãos envolvidos
10	14/12/2010	Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Saúde Mental/Crack 2011, de acordo com o Edital Conjunto nº 27, de 17 de setembro de 2.010.	Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego/Secretaria de Gestão do Trabalho Educação na Saúde
06	17/09/2010	Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PETSaúde), o PET-Saúde/Saúde Mental.	Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde; Ministério da Educação/Secretaria da Educação Superior e Ministério do Trabalho e Emprego/Secretaria de Gestão do Trabalho
02	16/04/2009	Torna público o Concurso para Seleção de Projetos de Redução de Danos 2009, a ser regulamentado pelo Edital Conjunto SAS/SVS Nº 01, de 16 de abril de 2009, com o objetivo de apoiar projetos de redução de danos que contribuam para o fortalecimento de serviços de saúde, redes, fóruns e movimentos sociais prioritários para a resposta ao enfrentamento da epidemia de DST/AIDS, Hepatites Virais e outros agravos, bem como minimizar as consequências negativas relacionadas ao uso prejudicial do álcool e outras drogas.	Ministério da Saúde pactuada entre as Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Vigilância e Saúde

No quadro 4 se destaca a portaria nº 1.190, que institui o Plano emergencial de promoção do acesso ao tratamento, que demonstra consonância entre o MS e a política de combate ao crack, anunciada pelo MJ. No preâmbulo do documento, o Ministro estabelece:

Considerando o cenário epidemiológico recente, que mostra a expansão no Brasil do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool, cocaína (pasta-base, crack, merla) e inalantes, que se associa ao contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens.

Considerando a necessidade de construção, sob a coordenação do campo da saúde pública, de respostas públicas intersetoriais eficazes, sensíveis à cultura e às peculiaridades da clínica de álcool e outras drogas.

No artigo 3 desse documento, no inciso oitavo, está enfatizada a prioridade no enfrentamento ao crack e de ações voltadas para a população considerada em situação de vulnerabilidade.

VIII - priorização de ações para crianças, adolescentes jovens em situações de vulnerabilidade: há uma tendência de uso de álcool e outras drogas cada vez mais cedo nessa população, além das altas prevalências de uso de álcool e drogas entre jovens. Esta situação apresenta-se mais grave quando se considera também o impacto das consequências danosas do álcool e do crack, por exemplo, na vida afetiva, familiar e social, além dos prejuízos à saúde nessa população.

V - garantia de acesso a um tratamento de eficácia comprovada: na discussão de modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas é preciso incorporar as pesquisas e avaliações que vêm sendo feitas no país e no exterior, que apontam as melhores estratégias, eficazes e custo-efetivas, de cuidado para essa população.

A política de redução de danos também se apresenta como política de saúde nesse documento.

XI - adoção da estratégia de redução de danos: este deve ser um norte ético de todo e qualquer serviço do SUS, que deve reduzir os danos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, especialmente relacionados à saúde, mas não exclusivamente. Trata-se de uma diretriz que toma como base as condições e possibilidades do usuário do SUS, em vez de partir do que os serviços oferecem.

No artigo 4, que define os eixos das intervenções do PEAD, no eixo 3 e 4, a garantia dos direitos humanos é considerada como algo que se

estabelece no espaço da solidariedade e não no campo da política pública.

EIXO 3 -Articulação intra e intersetorial, com a sociedade civil e participação social: apoio à articulação entre as políticas da Saúde, Desenvolvimento Social, Educação, Esporte, Justiça, Trabalho, Direitos Humanos, Cultura e outras políticas sociais. Apoio a ações com a participação da sociedade civil, em projetos comunitários que se articulem às redes de saúde mental.

EIXO 4 -Promoção da saúde e dos direitos, inclusão social, enfrentamento do estigma: apoio a estratégias e ações para a sensibilização de gestores, profissionais e população em geral sobre os direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas e a experiências comunitárias e ações culturais que trabalham com o estigma e com a inclusão social.

O quadro 5 apresenta um documento sobre a política de RD,a Portaria conjunta nº 2, que viabiliza a redução de danos, como uma estratégia de saúde pública, tornando possível a incorporação de ações de RD na política de saúde. O documento faz considerações:

Considerando que a redução de danos é uma estratégia da saúde pública que visa reduzir os danos sociais e à saúde, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, regulada pela Portaria Nº 1.028/GM, de 1º de julho de 2005;

Considerando que essa estratégia deve ser desenvolvida por meio de ações de saúde dirigidas a pessoas que não conseguem ou não querem interromper o referido uso sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo;

Considerando que as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas podem estar mais vulneráveis à infecção pelo HIV, hepatites B e C e outras doenças, pelo uso compartilhado de seringas, cachimbos, canudos, comuns no uso de drogas e sexo sem proteção;

Essa portaria abre a perspectiva de financiar projetos de RD voltados para doenças sexualmente transmissíveis no terceiro setor.

Art. 1º Tornar público o Concurso para Seleção de Projetos de Redução de Danos 2009, a ser regulamentado pelo Edital Conjunto SAS/SVS Nº 01, de 16 de abril de 2009, com o objetivo de apoiar projetos de redução de danos que contribuam para o fortalecimento de serviços de saúde, redes,

fóruns e movimentos sociais prioritários para a resposta ao enfrentamento da epidemia de DST/AIDS, Hepatites Virais e outros agravos, bem como minimizar as consequências negativas relacionadas ao uso prejudicial do álcool e outras drogas.

No entanto, a política de redução de danos aparece de forma tímida nas demais portarias analisadas.

Os quadros 6 e 7 mostram as portarias editadas no interior do MS pela Secretaria de Atenção à Saúde e pela Vigilância em Saúde.

Quadro 6 – Portarias emitidas pela Secretaria de Atenção à Saúde do MS. Brasil, 2014

Nº da Portaria	Data de Emissão	Objetivo
351	21/07/2011	Alterar a classificação anterior e habilitar, a contar da publicação deste ato, os serviços a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002: no CAPS II do município de Aracê/BA; CAPSII no município de Moju/PA; CAPS III no município de Santa Luiza/MG
486	22/09/2010	Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial, a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS No- 189, de 20 de março de 2002.
481	20/09/2010	Incluir, na Tabela de Tipo de Estabelecimento do CNES - Código 70 - Centro de Atenção Psicossocial, os Subtipos de Estabelecimentos definidos a seguir: Centro de Atenção Psicossocial: CAPS Álcool e Drogas III – Municipal; CAPS ALCOOL E DROGAS III – REGIONAL
480	20/09/2010	Incluir, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, os procedimentos a seguir especificados: tratamento a pacientes que fazem uso de cocaína e derivados em hospital de referência, para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas – por dia; internação para tratamento de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína e derivados (crack, merla, ou outras formas de pasta-base, realizada exclusivamente em hospital de referência para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas – por dia.

(continua)

(continuação)

Nº da Portaria	Data de Emissão	Objetivo
295	25/06/2010	Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS i, CAPS I, CAPS ad, a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002. Em algumas cidades dos estados: AM, BA, CE, GO, MA, MG, PA, PE, PR, RJ, RS, SC e SP
235	13/06/2010	Consolidar, no âmbito de Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, conforme Portaria Nº 816/GM, de 30 de abril de 2002 e as diretrizes emanadas da atual Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos transtornos mentais e aos Usuários de Álcool e Outras Drogas;
236	13/05/2010	Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPS ad, CAPS i e CAPS II), para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002. Nos estados:BA, PB, GO, PE, RN RJ, SP e SE.
145	30/03/2010	Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial, a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002. Do tipo CAPS i; CAPS I, CAPS II, em municípios da federação e os CAPS ad nas seguintes cidades: São Luís/MA; Bocaiúva/MG; Carangola/MG; Nova Iguaçu/RJ; Porto Velho/RO; Santo Ângelo/RS; Itabaiana/SE; São Paulo/SP.
373	28/10/2009	Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial, a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002. do tipo CAPS i ; CAPS I, CAPS II, em municípios da federação e os CAPS ad nas seguintes cidades Serrinha/BA; Barbalha/CE; Governador Valadares/MG; São Lourenço/MG; Cabedelo/PB; Jaraguá do Sul/SC; Mogi Mirim/SP e quatro serviços em São Paulo/SP
372	28/10/2009	Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial, a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002do tipo CAPS i; CAPS I, CAPS II, em municípios da federação e os CAPS ad nas seguintes cidades Caxias/MA; Alvorada/RS
370	28/10/2009	Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002. Do tipo CAPS i ; CAPS I, CAPS II, em municípios da federação e os CAPS ad nas seguintes cidades: Santo Antonio de Jesus/BA; Camocim/CE; Quiseramobim/CE; Campinas/SP e dois em São Paulo/SP.

(continua)

(continuação)

Nº da Portaria	Data de Emissão	Objetivo
371	28/10/2009	Habilitar, com pendências, os Centros de Atenção Psicossocial a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002 para consolidar a Atenção Integral aos transtornos mentais e aos Usuários de Álcool e Outras Drogas; e nos municípios: Alegrete/RS; São Borja/RS; Piripiri/PI; São Luís/MA
748	10/10/2006	Excluir o Serviço Especializado 050-Residencial Terapêutico em Saúde Mental e sua classificação 128-Assistência Domiciliar a Pacientes de Hospitais Psiquiátricos. Art.2º - Incluir no serviço 014 – Atenção Psicossocial, a classificação Residencial Terapêutica em Saúde Mental e redefinir as respectivas classificações, a seguir descritas: CAPS ad (Álcool e Outras Drogas; Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (SHR-AD)

(conclusão)

As portarias emitidas pelas unidades subordinadas ao MSse destinam à habilitação dos serviços da rede de atenção à saúde mental, através de serviços como CAPS infantil, CAPS destinado aos transtornos mentais e CAPS ad, destinado ao atendimento de transtornos advindos do consumo de álcool e outras drogas. Aparece a organização desse serviço em diversas cidades brasileiras.

A emissão dos documentos voltados à “atenção à saúde mental” inicia-se em 2009, sendo enfatizados no ano de 2010, período em que foram publicados sete documentos destinados à implantação do serviço CAPS III.

A portaria nº 235 foi destacada desse grupo para análise, em decorrência de ter como objetivo a consolidação da política de drogas no SUS, elencada no quadro 6. Apresenta no preâmbulo texto que trata da assistência aos consumidores de psicoativos pela abordagem comunitária.

Considerando a necessidade de consolidar, no âmbito de Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, conforme Portaria Nº 816/GM, de 30 de abril de 2002 e as diretrizes emanadas da atual Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos transtornos mentais e aos Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Considerando a necessidade de aperfeiçoamento e adequação do modelo de atenção oferecida pelo SUS aos usuários de álcool e outras drogas e de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social.

Não está definido o que seria a atenção centralizada na comunidade, podendo-se compreender que a responsabilidade pela prestação de serviços de saúde e sociais fica a cargo de uma entidade abstrata chamada comunidade. Também não fica claro do que se trata a rede de serviços comunitária, na qual seriam privilegiados serviços de atenção básica.

Destaca-se também a portaria 748, que anuncia a classificação dos serviços da rede de saúde mental como a residência terapêutica e o CAPS ad, serviços para atender a população com transtornos mentais, incluindo as consequências advindas do consumo de álcool e outras drogas. Está protocolado nessa portaria que a residência terapêutica fica inserida no contexto da rede de saúde mental pública, como expresso no preâmbulo desse documento:

Considerando a implantação de residências terapêuticas vinculadas aos estabelecimentos de atenção a Saúde Mental

Considerando a necessidade de se identificar e quantificar as residências terapêuticas implantadas no país, buscando conhecer a sua localização e a sua capacidade operacional;

O documento define esse tipo de serviço, que passa a integrar a rede de saúde mental.

Entendem-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos

mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

A internação nas situações que envolvem o consumo das substâncias psicoativas também fica assentada nesse documento, através do artigo 2, que informa a descrição da classificação dos serviços no âmbito de atenção psicossocial da rede de saúde mental “Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (SHR-AD)”, assim também como assegura a “Residência Terapêutica em Saúde Mental” e o atendimento através do CAPS ad que acontece pelo serviço especializado.

Quadro 7 – Portaria emitida pela Secretaria de Vigilância em Saúde(SVS).
Brasil, 2014

Nº Documento	Emissão	Objetivo
Portaria nº 184 Emitida pelo Secretário da Vigilância em Saúde	24 /06/2010	Estabelecer o mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para as ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família, perfazendo um investimento de R\$ 56.000.000,00 (cinquenta e seis milhões de reais) para o ano de 2010.

A portaria emitida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) se refere às instituições relacionadas às drogas na estratégia de saúde da família, de redução da morbidade em decorrência da prática do uso abusivo de drogas, como ação integrante da política de promoção da saúde. Para tanto, institui o repasse de verba tanto no âmbito municipal, quanto no estadual.

Art. 2º.Os recursos de que trata esta Portaria destinam-se a promover a continuidade de propostas de ações apresentadas pelos entes que compõem a Rede Nacional de Promoção da Saúde financiada em Editais e Portarias e pelos que são prioritários para ampliar a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, relativos às sete ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde:

I - Prática Corporal / Atividade Física;

II - Redução da Morbidade por Acidentes de Trânsito;

III - Prevenção da Violência e Estímulo à Cultura da Paz;

IV - Redução da Morbidade em Decorência do Uso Abusivo de Álcool e outras Drogas;

V - Prevenção e Controle do Tabagismo;

VI - Alimentação Saudável;

VII - Promoção do Desenvolvimento Sustentável. **(grifos do autor).**

Na SDH/PR foi localizada uma lei, emitida pela Presidência da República, através da Casa Civil, como mostra o Quadro 8.A lei trata da intervenção desse órgão no campo das drogas,enfatizando que a ressocialização das pessoas que consomem drogas é considerada como medida de direitos humanos.

Quadro 8 – Documento localizado na SDH/PR. Brasil, 2014

Tipo de documento	Data da emissão	Ementa/Objetivo	Órgão emissor
Lei nº 12.314/10	19/08/2010	Compete ainda à Secretaria de Direitos Humanos, sem prejuízo das atribuições dos órgãos integrantes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, atuar em favor da ressocialização e da proteção dos dependentes químicos.	Presidência da República – Casa Civil Subchefia para assuntos jurídicos.

Na SENAD/MJ foram localizados três documentos, apresentados no Quadro 9.

Quadro 9 – Documentos localizados no MJ/SENAD. Brasil, 2014

Tipo de Documento	Data da emissão	Ementa do documento
Decreto nº 7179	20/05/2010	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.
Decreto nº 5912	27/06/2006	Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências.
Legislação nº 11.343	26/08/2006	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.

Observa-se que a SENAD ficou quatro anos sem editar documentos que viabilizassem o campo da construção das políticas de drogas, manifestando-se apenas quando a centralidade da política pública se volta para o enfrentamento do crack. Esse posicionamento realimenta o caminho histórico desse órgão que se filia ao paradigma da “guerra às drogas”.

A documentação selecionada mostra que os documentos denominados de portaria que apresentam a organização da estruturação da rede de serviços que efetivam as políticas públicas, visando à efetivação dos direitos enunciados nas leis, foram editados pelo MS. E a diretriz política no campo das drogas aparece como responsabilidade do MJ/SENAD.

5.3 RESULTADOS RELATIVOS ÀS ENTREVISTAS

Apresenta-se a seguir os resultados relativos à análise das entrevistas realizadas.

Entrevista 1 – Representante da academiada área de Serviço Social

O entrevistado, logo no início, denuncia a violação de direitos que atinge grupos sociais empobrecidos, bem como a violação dos direitos estabelecida pela política sobre drogas, através do instrumento da internação compulsória.

A internação compulsória coroa a violação de direitos. Quem está sendo internado compulsoriamente, nas comunidades terapêuticas, não são os filhos da classe média, é a população empobrecida, que já tem os seus direitos violados, esse é mais um. (E1).

A internação compulsória não foi instituída para cuidar do usuário de crack, mas para defender o cidadão considerado de bem, da convivência com as mazelas do crack:

É autoritarismo, porque não quer defender o usuário de drogas, mas o cidadão considerado de bem, da violência associada ao crack, a miséria humana das pessoas jogadas e abandonadas, tem interesses econômicos do capital financeiro imobiliário/comercial como no caso do Rio de Janeiro e na verdade tem uma série de violações de direito. (E1)

[...] a crackolândia e os usuários de crack passaram a incomodar a sociedade paulista, a brasileira e as autoridades, no momento em que o centro da cidade, aquela região de São Paulo, que tava abandonada, ela passa a interessar o capital imobiliário e grandes corporações. A partir daquele momento, quando começou a interessar ao capital imobiliário, [usuários de crack] passaram a incomodar. Você começa ver uma série de reportagens denunciando; as pessoas começam ver que na verdade estavam em situação de rua há muitos anos. E qual é a resposta? É a truculência da polícia, e higienizar o centro de São Paulo; ou uma resposta extremamente conservadora determinada pelas autoridades médicas, que defende a internação compulsória. Que fornece a opção da internação compulsória, como se aquela pessoa não tivesse condições de

tomar nenhuma decisão, pois está tomada pela droga. Uma ação reacionária e autoritária. (E1).

Essa entrevista sugere a liberação de todas as drogas e a fiscalização do Estado quanto ao uso:

Primeiramente a liberação/legalização de todas as drogas. Aí o Estado além de autorizar vai verificar se as condições regem atendem a vigilância de saúde (qualquer droga) inclusive comercialização, mas no sentido do Estado ter o controle sobre a produção comercialização e o consumo. (E1).

O entrevistado também discute o papel do Conselho Nacional de Álcool e Drogas(CONAD), mostrando que as reuniões não tinham pauta e as decisões importantes na área de drogas não passavam por este órgão:

Programa Federal Crack é Possível Vencer, eu sou representante do Conselho Federal sobre Drogas – CONAD (controle social ligado à SENAD e ao Ministério da Justiça). Na última gestão não tinha reunião, as reuniões eram protocoladas uma vez ao mês, mas não tinham pautas de discussão, a gente ficava sabendo da pauta no dia. Isso não mudou muito. Então temos políticas e decisões no campo das drogas que não passam por ali como o Programa Crack é Possível Vencer. (E1).

O CONAD, de acordo com o entrevistado, é submisso às decisões do governo:

O CONAD é totalmente conservador, a gente tem algumas exceções com a participação do CFP e do CFESS que cria um pouco de esperança, mas são um espaço de participação extremamente conservador, totalmente submisso as decisões do governo. Então muitas pessoas estão ali aplaudindo o governo. (E1).

O entrevistado analisa a ação das comunidades terapêuticas, ressaltando que em muitas delas há violação dos direitos humanos e que na maioria delas não há equipes profissionais. Elas trabalham com voluntariado e há também denúncias de trabalho escravo. Eledenuncia o

processo antagônico que é a parceria do Estado com as comunidades terapêuticas.

Com muito dinheiro (público) fora do controle social, o investimento no espaço privado, sem o controle social coloca lá quem vai atender sem procedimentos sem protocolo algumas comunidades terapêuticas não tem equipes médicas trabalha com ideal do voluntariado, trabalha com a ideia do ex-dependente, aquela coisa da motivação moral, muito da forma da terapia e conversa religiosa tem denúncias do ministério público e em algumas comunidades terapêuticas tem trabalho escravo. (E1)

O Ministério Público entrou com denúncias que alguns conselhos profissionais têm relatórios que mostram violações de direitos humanos. O Conselho Federal de Psicologia apresenta que isso foge dos princípios democráticos e que viola a constituição de saúde como direito viola todos os princípios do SUS. Então a gente está convivendo hoje com um retrocesso muito grande que eu entendo que essa convivência antagônica entre a política de proteção integral e saúde o Ministério da Saúde tem a legislação proibicionista e essas forças conservadoras criam isso uma forma. (E1).

Para E1, ainda, o modelo neoliberal vigente no Brasil por seus princípios impede que os cidadãos tenham seus direitos garantidos (usuários de drogas ou não).

Não só para eles como para nenhum cidadão os direitos afirmados constitucionalmente estão sendo desmanchados desde que o governo brasileiro assumiu a perspectiva do neoliberalismo. Então desde que esse país [...] optou por esse modelo. Os direitos sociais de cidadania estão sendo violados de modo geral. Então quando a gente olha para a saúde o que agente vê não a saúde pública, mas a privatização da saúde. (E1).

O entrevistado critica a forma como foi criada a Constituição de 1988, pois foi forjada pela elite dominante e serviu como resposta à crise internacional, mas ressalta que no campo dos direitos tem seus méritos.

A nossa Constituição Federal de 1988 ela já é resultado de um consenso forjado, ela não é o resultado de luta de interior de partidos, de movimentos sociais. Forjado por uma hegemonia dominante da elite, mas a sua efetivação significativa no campo de direitos é uma conquista só que num contexto em que a

crise internacional cria resposta para assegurar a sua dominação como contra reforma do Estado. O enxugamento das políticas sociais. Então as nessas políticas sociais, então as políticas vivem isso o que a gente tem hoje a fragmentação a focalização e assistencialização de assistência social quando você tem o crescimento de programas através de transferência de renda Bolsa Família como se a assistência fosse resolver a desigualdade instalada pelo modelo capitalista. (E1).

No que se refere ao panorama geral do país, ressalta os problemas da privatização da saúde e educação:

O que está acontecendo é a privatização da educação, saúde, desvalorização absurda dos profissionais da área da saúde, a precarização do trabalho na saúde, você vive isso. (E1).

Nessa entrevista, há comentários de que a privatização dos equipamentos, que deveriam garantir os direitos dos cidadãos, compromete essa garantia.

É uma lei que defende a propriedade privada, em defesa de determinado modelo de desenvolvimento econômico. Então todo mundo que afeta essa lógica é considerado o não cidadão, para esse cidadão que já não tem o acesso universal aos direitos constitutivos mais significativos universalidades de acesso ele já não tem pela privatização e o sucateamento. (E1).

O entrevistado ressalta que há preconceito de alguns profissionais de saúde com relação a usuários de drogas e que há uma tendência conservadora regendo o trabalho desses profissionais:

Então quando a gente faz supervisão debate em sala de aula com alguns vejo que há uma tendência muito grande de conservadorismo na profissão do Serviço Social/Assistente Social e não da outra e a reprodução da lógica dominante naquele atendimento que se presta a população. É uma perspectiva moral/ moralização de atendimento e de discriminação ela é discriminado pelo profissional de saúde, pelo assistente social. (E1).

Afirma que os profissionais da saúde que participam dos movimentos sociais têm um papel fundamental na crítica ao modelo conservador.

Então o profissional de saúde próximo ao movimento social de saúde ele tem o papel importante para concretizar o debate. O que representa do ponto de vista da saúde uma legislação como essa, o proibicionismo. Então movimentos sociais profissionais organizados politicamente ou mesmo pelos seus conselhos têm um papel fundamental para democratizar o debate porque fica. (E1).

Então os partidos os sindicatos, os movimentos sociais tem o papel importante de criar o debate político de oposição para demonstrar o quão vazio e quanto é falaciosa essa política. (E1).

Essa entrevista defende que só interessa a ação de movimentos sociais que produz mudanças radicais:

Então eu penso que a articulação entre movimento social democrático que tem uma crítica radical de modelo da sociabilidade não me interessa um movimento social organizado que não faz a crítica radical. Porque uma resposta quem não produz transformação radical apenas amenizando determinando conflito quem se aproxima não radicaliza na discussão dos direitos não radicaliza. Então a legalização de uma determinada droga, reproduz a ideologia burguesa, em proteção de um determinado grupo e os outros permanecem na ilicitude que favorecem violência, estado paralelo de corrupção. (E1).

Entrevista E2 – Representante governamental da SENAD

No início da entrevista, o entrevistado chama nossa atenção para a mudança na legislação em 2006, no que se refere à prisão de usuários de drogas.

[...] o Brasil faz uma opção muito clara de mudar a abordagem que vinha fazendo as pessoas que vivem o sofrimento da dependência química, especialmente os que vivem a dependência e também os usuários ao retirar a provisão da pena da prisão o Brasil estabelece que aos dependentes das substâncias psicoativas ilícitas nós devemos oferecer o Sistema de Saúde o Sistema de Assistência Social e não o

Sistema Prisional. Então essa mudança de paradigma foi muito (...)o grande desafio desde 2006. (E2).

Esse discurso mostra que a possibilidade da descarceralização no cumprimento da pena, quando envolve a prática delitiva relacionada às drogas, aparece de forma nebulosa, de tal modo que as pessoas ficam com a impressão de que ocorreu a descriminalização do uso. Contudo, a legislação vigente ressalta o cumprimento da pena, mantém o caráter criminal do consumo de drogas ilícitas. A prestação de serviços à comunidade, tipo de pena que pode ser determinada pela magistratura, está inserida na política criminal, possibilidade já enunciada na LEP.

O entrevistado refere-se a uma mudança de paradigma, que não ocorreu.

[...] o grande desafio desde 2006 é dar concretude a essa mudança de paradigma e o primeiro pressuposto para dar concretude e portanto para afirmar os Direitos Humanos para quem vive a dependência das substâncias psicoativas especialmente as ilícitas ou lícitas é oferecer serviços, serviços que sejam regulados, serviços que de fato tenham a preocupação com os Direitos Humanos (E2).

É possível notar no discurso que, embora seja contra a internação compulsória, é a favor da internação involuntária, aquela em que o usuário também é internado sem seu consentimento.

A previsão de legislação desde 2001, que é lei antimanicomial, que prevê a possibilidade de internação compulsória, nós temos isso com absoluta reserva, eu tenho combatido a internação compulsória acho que ela não produz resultados, tanto que nos temos trabalhado hoje pela sua revogação para que houvesse somente tão somente internação voluntária ou involuntária e demais formas de tratar se dê tão somente a partir da vontade e de disposição do dependente (E2).

Em vários momentos reforça ser contra a internação compulsória, revelando que a lei 10.216 deveria ser revista na parte que dispõe sobre a internação compulsória.

A Lei Antimanicomial, que aplicada à Política de drogas, trouxe avanços importantes a partir de princípios – está consagrada na Lei Antimanicomial que é a Lei 10216 e a Lei Antimanicomial passados 12 anos de sua vigência ela foi muito importante para promover a desinstitucionalização de pessoas [...] privadas de sua liberdade nos manicômios do país. Ela hoje precisam ser revisitada como eu já falei, justamente entre tantos para ver a extinção e fim de internação compulsória (E2).

Em relação à política de RD, aponta que:

A política de redução de danos está prevista na legislação na Lei 11. 343/06, ela é muito bem vinda como de fato uma política que trabalha a realidade daquele dependente químico e especialmente em casos em que a forma do uso agrava ainda mais a sua saúde e a Saúde Coletiva com compartilhamento de apetrechos para o uso de drogas injetáveis ou não. É e quão como tem sido importante a política de redução de danos para a área da saúde (E2).

Ainda sobre redução de danos, fala sobre os avanços na Europa e nos EUA com a política de substituição da droga, embora diga que aqui no Brasil ainda isto não seja possível, pois não há uma droga segura para substituir o crack.

Nós não temos hoje lamentavelmente uma droga, um fármaco que dê eficácia ao tratamento da cocaína e outras drogas e se houvesse, desde que comprovada a sua eficácia, eu não tenho dúvida a afirmar que seria um caminho muito importante para o Brasil seguir (E2).

Há uma preocupação deque os serviços sejam regulados por protocolos e pelos Direitos Humanos:

Nós temos que ofertar serviços regulados para que tenha em respeito que direitos humanos sejam atendidos e para que os protocolos sejam seguidos e todos conhecidos (E2).

Há uma defesa do Programa Federal “Crack é possível vencer”, como um guarda-chuva de oferta de serviços:

Nós temos hoje um programa do governo federal que é o Programa Crack é Possível Vencer, esse programa pressupõe

de um lado a pactuação com os estados e municípios. O programa tem uma linha de financiamento para oferta de serviços, mas depende da disposição de estados e municípios aderirem às ofertas de serviços e estabelecerem a parceria com o governo federal. (E2).

Eu volto a insistir o grande desafio do país hoje é oferecer serviços, de que forma? Com a instalação de CAPS, CAPS especializados em políticas de álcool de drogas os chamados CAPS AD; de preferência CAPS AD II nos grandes centros são os CAPS de álcool e drogas que funcionam 24 horas, juntamente com os CAPSs, os leitos de desintoxicação para os casos mais graves de dependência química (E2).

Apresenta uma perspectiva de mundo ideal, que estaria baseado em um mundo sem sofrimento e sem vulnerabilidades:

Políticas públicas sobre drogas, pra quem vive a dependência química, é diminuir sofrimento e diminuir vulnerabilidades na medida do possível, o ideal seria fazer desaparecer o sofrimento e as vulnerabilidades, mas como isso é muito difícil, diminuir ao máximo. (E2).

Refere que o ideal seria o uso controlado, mas não vê isto como possível para todas as drogas:

A recuperação com base na abstinência não é a recuperação, eu vejo o uso controlado. Há algumas drogas que o uso controlado por elas próprias pode ser possível há outras que eu acho muito difícil, o crack é uma droga muito difícil, não que seja impossível, mas é muito difícil. (E2).

Refere que os direitos sociais estão sendo implantados, mas que há muitas dificuldades neste processo:

Os direitos sociais como um todo estão sendo implantados [com] [...] todas as dificuldades para a população em geral. Vale lembrar direito a habitação, direito a educação, direito a saúde. Há grandes dificuldades, em sua implantação (E2).

Para ele, o direito à saúde dos usuários de drogas, que estão em situação de rua, está sendo violado:

O direito à saúde significa para essas pessoas e suas famílias oferecer serviços de acolhimento de atenção (E2).

Ainda sobre o direito a saúde dos usuários de drogas, revela:

[...] estimo dizer o Programa Crack deu um grande salto nos país a estruturar em definir uma rede de serviços e ações para um tratamento da dependência química, não só ao usuário de crack, mas a todos os usuários de drogas ilícitas. Essa é a consolidação de um direito, que é direito à saúde, na sua visão mais ampla. (E2).

Ele refere que a dificuldade para implantação dos direitos sociais dos usuários de drogas é ainda maior do que para os outros segmentos da população.

Se nós temos dificuldade para implantação de direitos sociais para população brasileira como um todo, para quem vive a dependência química a dificuldade ainda é maior. (E2).

Segundo o entrevistado, a responsabilidade no cuidado com o dependente de droga é compartilhada entre Estado e sociedade:

A sociedade civil tem uma responsabilidade compartilhada entre o poder público, as comunidades acabam exercendo um papel muito importante para reconhecer as dificuldades de quem esteja vivendo fortemente o abuso de substâncias psicoativas e não estigmatização de mudança de comportamento, de reconhecer que o usuário/ o dependente é alguém que precisa de ajuda, de oferta de serviços, é alguém que precisa de acolhimento e não de exclusão (E2).

Ele conta, ainda, que quem faz prevenção é a sociedade civil:

[...] quem faz prevenção é muito mais a sociedade civil do que o próprio Estado (E2).

Ele fala de sua preocupação com o uso de álcool entre crianças e adolescentes e da banalização da lei que proíbe a venda de álcool a este público:

Eu fico inconformado exemplo como o uso abusivo de álcool entre crianças e adolescentes com contrario nem o uso e nem o uso abusivo. Temos uma legislação no país que é uma legislação protetiva que prevê que não se pode vender álcool

para menores de 18 anos, isso todo mundo lamentavelmente sabe disso é banalizado no país. (E2).

Dá o exemplo do tabaco para balizar o que deve ser feito em relação ao álcool:

Para conseguir fortemente reduzir o consumo de tabaco, não foi com ações de repressão, foi com a conscientização, medidas de responsabilidade social para o empresário para o trabalhador, para a sociedade brasileira como um todo (E2).

Segundo ele, deverá ser com:

Participação/Mobilização/Debate da sociedade para retirar esse sentimento de banalização do álcool (E2).

Uma ajuda, segundo ele, pode vir dos Conselhos Estaduais:

De outro lado nós temos visto felizmente com bons olhos a forte atuação dos Conselhos. Hoje todos os Estados da federação têm todos conselhos estaduais atuando sobre políticas sobre drogas.” (E1).

Para ele, será através da prevenção que poderemos diminuir o consumo de drogas no país:

[...] prevenção, é muito importante cada vez mais gente tenha uma rede da prevenção, uma abordagem qualificada, não basta dizer não as drogas, isso talvez venha, venha despertar em adolescente interesse ainda maior no consumo. Nós temos que mostrar a nocividade das drogas lícitas e ilícitas o uso abusivo como seu desarranjo causa desorganização na vida das pessoas das vidas das famílias. (E2).

Ao retomar a questão da reinserção social, não pondera sobre a interferência da estrutura social sobre a proteção e garantia dos direitos sociais e dá a impressão de que a legislação foi suficiente para garantir direitos.

As políticas de incentivo à oferta de emprego e geração de renda, combinada a ações que permitam a inclusão no sistema de educação no país, são políticas de reinserção social, são políticas fundamentais. Não basta cuidar da porta de entrada

do sistema de cuidado se não cuidarmos da porta da saúde para quem esta se recuperando ou para quem já se recuperou da dependência química grave do uso abusivo de drogas. São medidas fundamentais (E2).

Entrevista 3 – Representante acadêmico da área da Medicina

O entrevistado refere que percebe uma mudança nos últimos anos em relação à internação. Há 15 ou 20 anos era a única opção para os usuários de drogas e, atualmente, é a última opção:

Acho que existe em primeiro lugar um resquício ainda um atraso de uma visão bastante limitada que nos tínhamos até alguns anos atrás mais ou menos de 15 a 20 anos aonde a abordagem principal para essas pessoas que sofriam ou que sofrem do problema de drogas é uma abordagem médica do modelo bastante antigo médico hospitalar, então as pessoas são internadas e a única forma que ele tinha era essa internação um modelo com uma eficácia bastante baixa isso foi mudado para uma situação de onde a internação é o último recurso. (E3).

Para ele, a legislação atual não contempla os usuários que querem ser internados. Os médicos e familiares que optam por esta estratégia não têm como colocá-la em prática. O único caminho é o tratamento no CAPS:

A legislação não contempla, por exemplo, o direito que a pessoa tem de ficar internada, uma pessoa que tem dependência de droga no Brasil, o caminho que tem é o do sistema do CAPS, esse se a pessoa quiser ficar internada, se a pessoa achar se familiares o médico e sua equipe se interdisciplinar achar que aquele caso não é caso de conduta de ambulatório porque a pessoa vai voltar a ter recaída vai voltar a usar droga de onde ele precisa passar por um período que onde ele onde tenha uma desintoxicação. A legislação não contempla não dá o direito do individuo de ficar internado dessa forma isso é uma exceção, a legislação é bem clara olha: tratamento é CAPS. (E2).

Para o entrevistado, a política pública é feita por pessoas que não ouvem a população, portanto, não levam em conta seus desejos e necessidades:

[...] quem faz as políticas públicas e as leis não ouve a população, especialmente em minha opinião romântica, pessoas, mas sem ouvir a população por isso que dá essa confusão. (E3).

Em sua opinião, a política pública que atende os direitos humanos para consumidores de drogas é o modelo CAPS:

Bom, a principal ação que se pro bem interessante é investir no modelo CAPS, na questão da saúde. (E3).

Refere como relevante a ação desenvolvida no CRATOD em janeiro, conjuntamente com o poder judiciário:

Eu vi uma ação recentemente agora teve no CRATOD e onde o poder judiciário se aproximou da saúde, e montou uma equipe que dava a possibilidade de fazer internação involuntária. (E3).

No que se refere à internação compulsória, afirma que:

Internação compulsória eu vi como uma ferramenta que é utilizada a milhares de anos uma ferramenta médica, na minha opinião, e que tem sua indicação em casos raríssimos basicamente como para pacientes que querem se matar, pacientes que tentaram se matar já fizeram testamento tentou a força, foi visto, foi no pronto socorro com os pulsos cortados, ele vai se matar. (E3).

No que se refere à redução de danos, afirma que não funciona em casos graves de dependência, mas pode ter resultado em casos que estão iniciando uso e naqueles em que não há dependência:

Acho uma política bem interessante acho que especialmente para aquele que não tem a dependência, ainda para aquele que tem controle, para aquele que querem ter controle do uso, do uso da substância psicoativa, acho uma coisa bem interessante, precisa ter uma cabeça boa para ser feita

trabalho com redução de danos. Eu pego casos mais graves, pegos casos onde a pessoa tem uma dependência gravíssima e a redução de danos não funciona, mas para os casos que estão no começo de um abuso de uma situação inicial que dá para ter um controle onde a pessoa consegue diminuindo o consumo de drogas reduzindo bastante os danos que esse consumo traz (E3).

No que se refere aos direitos sociais, afirma que estes estão ligados a ter saúde, a toda criança ter educação e segurança:

Bom claro eu sou médico, então minha visão é parcial no assunto, acho que uma política interessantíssima o que me situa está voltada para visão médica eu tento como a maior política de Direitos Humanos é ter saúde, toda criança ter educação, segurança (E3).

Dentro das propostas de políticas públicas para atender a população que consome drogas ilícitas, propõe:

[...] ações que abarcasse três blocos de situações para que promova a saúde então um bloco seria bastante forte: o bloco da prevenção, de educação, de informação para evitar que as pessoas tivessem problemas com o uso por exemplo de drogas (um bloco mais ligado esse bloco esteve mais ligado aos pais, aos professores, aos educadores, aos grupos, às igrejas), o segundo bloco é o bloco para aquelas pessoas que já tem problemas já uma dependência, uma situação grave que precisa de um tratamento seja internado seja em ambulatório, CAPS, mas essas pessoas, elas não precisam só de informação eles precisam de intervenção médica, psicológica, serviço social, educador física para mudar de vida a vida da pessoa, deixar que ela fique dependente. Terceiro bloco seria o bloco que a gente chama de prevenção de recaída, quer dizer a pessoa não está mais internada e como ela vive no mundo externo outra vez e saber como é que o cara vive evitando com que ele caia, volte encarar a situação mais uma vez. (E3).

Refere que os direitos dos usuários não estão sendo implementados:

[...] eu não vejo assim um debate uma discussão e de uma situação, por exemplo, que o cara chega e fale eu não tenho problema e eu não quero me tratar é um direito dele eu não vejo defesas nesse sentido, há um ápice, se não quer então vamos apoiar você de outra forma é da mesma forma o oposto

eu tenho um problema e quero ficar internado, não você conseguir ficar na rua, se eu ficar na rua volta usando crack. Não há defesa nem um lado nem de outro, então fica assim uma coisa um pouco sem dono acéfalas sem uma corporação definida um pouco mais essa confusão que existe hoje. (E3).

Ao analisar o papel da sociedade civil na construção de políticas públicas para usuários de álcool e drogas, ressalta a importância de um olhar interdisciplinar e o estabelecimento de metas a curto e médio prazo e que as ações fossem avaliadas.

Olha a sociedade civil tem o papel de identificar o problema de discutir, debater com os diferentes atores não com uma visão só psicológica ou só psicanalítica, só médica, só judiciária, isso ou só policial, mas acho precisa ter diferentes atores debatendo isso e acho que nisso deveria ter além do debate a proposta de ações do curto e médio prazo que tivesse uma avaliação que estivesse uma mensuração sei lá que falasse essa ação aqui para evitar uma exposição maior eu vou dar droga para o indivíduo (não vejo nada de bonito nessa ação, mas... vamos supor). (E3)

Para evitar “achismos”, considera a necessidade de medir o resultado das ações propostas:

[...] isso funciona, ou não, acho [que tem que] medir não é acreditar por acredito que sim acredito que não, então não funciona então está bom eu vou propor isso e você aquilo e vamos medir uma vida melhor se vai estar mais feliz se vai estar menos doente ao mesmo que tempo que funciona menos doente, seguem não ficar doente uma coisa importante, se ele vai se matar ele tem medo de se matar o médico tem medo se o indivíduo vai se matar eu não vou ele tem o direito de se matar eu não vou eu fui treinado para evitar que o paciente se mate. (E3).

5.3.1 Análise comparativa dos conteúdos nas entrevistas

A comparação das três entrevistas mostra diferenças importantes na compreensão das questões que envolvem os usuários de drogas. Há verdadeiros abismos entre o que foi dito pelos entrevistados. No entanto,

existem três temas que perpassam todas as três entrevistas: internação compulsória, redução de danos e direitos das pessoas que consomem as substâncias psicoativas ilícitas.

Todos os entrevistados se colocam contrários à internação compulsória. E1 e E2 explicitam discurso radicalmente contrário à internação compulsória e E3 também apresenta críticas relativas a esse método de intervenção, embora seja defensor da internação voluntária.

A internação compulsória coroa a violação de direitos. Quem está sendo internado compulsoriamente, nas comunidades terapêuticas, não são os filhos da classe média, é a população empobrecida, que já tem os seus direitos violados, esse é mais um. (E1).

A previsão de legislação desde 2001 que é lei antimanicomial que prevê a possibilidade de internação compulsória, nós temos isso com absoluta reserva, eu tenho combatido a internação compulsória acho que ela não produz resultados, tanto que nos temos trabalhado hoje pela sua revogação para que houvesse somente internação voluntária ou involuntária e demais formas de tratar se dê tão somente a partir da vontade e de disposição do dependente. (E2)

Internação compulsória eu vi como uma ferramenta que é utilizada há milhares de anos uma ferramenta médica, na minha opinião, e que tem sua indicação em casos raríssimos basicamente como para pacientes que querem se matar, pacientes que tentaram se matar já fizeram testamento tentou a força, foi visto, foi no pronto socorro com os pulsos cortados, ele vai se matar. [...] diria que tá [superestimado na política de drogas][...] eu só fiz três na minha vida, só três olha que eu atendo um monte de gente. É acho que o termo internação involuntária/compulsória é muito mal colocado [...] não há necessidade dessa internação, a não ser se o paciente quer se matar. (E3).

A legislação não contempla, por exemplo, o direito que a pessoa tem de ficar internada, uma pessoa que tem dependência de droga no Brasil, o caminho que tem é o do sistema do CAPS, esse se a pessoa quiser ficar internada, se a pessoa achar se familiares o médico e sua equipe se interdisciplinar achar que aquele caso não é caso de conduta de ambulatório porque a pessoa vai voltar a ter recaída vai voltar a usar droga de onde ele precisa passar por um período que onde ele onde tenha uma desintoxicação. A legislação não contempla não dá o direito do indivíduo de ficar internado dessa forma isso é uma exceção, a legislação é bem clara olha: tratamento é CAPS (E3).

Quando se comparam os discursos dos entrevistados sobre RD, percebem-se outras diferenças. Os entrevistados E2 e E3 enfatizam que a política de RD deve ser aplicada em situações em que seja possível o controle do uso da droga e acreditam que, em situações do consumo de crack, a RD não é viável, na medida em que, na sua opinião, pessoas que fazem uso dessa droga, não têm condição de se controlar.

No discurso de E2, a RD aparece principalmente como a possibilidade da troca de uma droga mais danosa por outra menos danosa à saúde, na concessão de oferta de insumos para evitar o uso compartilhado e, conseqüentemente, a transmissão de doenças. O entrevistado entende ainda que a política de RD não poderia atender pessoas que consomem crack.

A política de redução de danos está prevista na legislação na lei 11. 343, ela é muito bem vinda como de fato uma política que trabalha a realidade daquele dependente químico e especialmente em casos em que a forma do uso agrava ainda mais a sua saúde e a Saúde Coletiva com compartilhamento de apetrechos para o uso de drogas injetáveis ou não. É e quanto como tem sido importante a política de redução de danos para a área da saúde (E2)

Nós não temos hoje lamentavelmente uma droga, um fármaco que dê eficácia ao tratamento da cocaína e outras drogas e se houvesse, desde que comprovada a sua eficácia, eu não tenho dúvida a afirmar que seria um caminho muito importante para o Brasil seguir. (E2).

A recuperação com base na abstinência não é a recuperação, eu vejo o uso controlado. Há algumas drogas que o uso controlado por elas próprias pode ser possível há outras que eu acho muito difícil, o crack é uma droga muito difícil, não que seja impossível mas é muito difícil, o usuário de crack conseguiu ter o controle de seu uso é muito difícil. Eu não estou excluindo a possibilidade mas, pelo visto não tem nada, ou seja pela literatura médica. [ou que] a recuperação do usuário de crack depende [de casos] [do] de processo de abstinência. (E2).

E3, ao discutir a RD, demonstra utilizar um conceito restrito e ressalta que essa estratégia serve somente para um determinado grupo:

Acho uma política bem interessante acho que especialmente para aquele que não tem a dependência, ainda para aquele

que tem controle, para aquele que querem ter controle do uso, do uso da substância psicoativa, acho uma coisa bem interessante, precisa ter uma cabeça boa para ser feita trabalho com redução de danos. Eu pego casos mais graves, pegos casos onde a pessoa tem uma dependência gravíssima e a redução de danos não funciona, mas para os casos que estão no começo de um abuso de uma situação inicial que dá para ter um controle onde a pessoa consegue diminuindo o consumo de drogas reduzindo bastante os danos que esse consumo traz. (E3).

Na entrevista E1, a política de RD aparece como uma política que não foi assumida de fato, pois a tônica da política de drogas é o tratamento que visa à abstinência, e ainda assim não existe uma rede estruturada na esfera pública, para assegurar essa intervenção:

A redução de danos nunca foi incorporada como medida de Saúde Coletiva pelos profissionais [trabalhadores] da saúde até nos CAPS que fazem a redução de danos você vê [que] há pouco investimento na preparação do profissional [...]para entender essa perspectiva da redução de danos. É raro, são projetos isolados. (E1)

O quê eu quero dizer que na área da saúde você vê práticas conservadoras, na maioria das vezes moralizantes, em relação ao consumo de drogas numa perspectiva que ainda coloca como objetivo único por equívoco, a abstinência; por outro lado não tem uma rede de atenção que assegure o atendimento na rede pública (...). [a redução de danos não avançou] isso não aconteceu, ao contrário uma outra lógica entrando [no contexto] inclusive na área da saúde, exemplo a cracolândia.(E1).

Outra questão que foi abordada na Entrevista 1, que se relaciona aos pressupostos da RD, é a defesa da liberação das drogas, respaldada na compreensão de que o consumo dos psicoativos é inerente à sociabilidade humana. Sendo assim, apresenta como proposta que o Estado seja o responsável pela produção e comercialização dessas substâncias, para garantia do controle de qualidade, e, ainda, retirar o consumo da esfera do mercado que visa o lucro.

Primeiramente a legalização de todas as drogas. Legalizar, regulamentar quais as drogas, seus princípios ativos e não mercantilizar o consumo, como no caso do tabaco, ex: a Souza

Cruz vai assumir a produção da maconha. Porque você traça uma outra lógica.(E1).

A ideia é de se trabalhar em pequenos esquemas cooperativas “eu vou perante o Estado e digo: olha eu vou ter uma produção uma cooperativa para o consumo próprio, aí o Estado vai reconhecer, além de autorizar, vai verificar as condições que regem as normas da vigilância de saúde. O Estado ter o controle sobre a produção, comercialização e o consumo.(E1).

Ao mesmo tempo ter uma política de desencorajamento, uma política seria que trata da saúde uma política de desestímulo ao consumo (prevenção que trata da saúde). (E1).

No que tange à garantia de direitos dos usuários, observam-se diferenças importantes entre os entrevistados.

E2 ressalta os avanços a partir de 2006, com a lei que, no primeiro momento, desencadeou na sociedade a percepção de que as pessoas não seriam encarceradas por estarem usando drogas, em decorrência da inserção das penas alternativas. O direito aparece pela permanência do sujeito na sociedade, compartilha da concepção que o cárcere é espaço de violação dos direitos humanos. Esta tendência se assenta na defesa do direito à liberdade.

O Brasil faz uma opção muito clara de mudar a abordagem que vinha fazendo as pessoas que vivem o sofrimento da dependência química, especialmente os que vivem a dependência e também os usuários ao retirar a provisão da pena da prisão o Brasil estabelece que aos dependentes das substâncias psicoativas ilícitas nós devemos oferecer o Sistema de Saúde o Sistema de Assistência Social e não o Sistema Prisional. Então essa mudança de paradigma foi muito [...] o grande desafio desde 2006. (E2).

O grande desafio desde 2006 é dar concretude a essa mudança de paradigma e o primeiro pressuposto para dar concretude e portanto para afirmar os Direitos Humanos para quem vive a dependência das substâncias psicoativas especialmente as ilícitas ou lícitas é oferecer serviços, serviços que sejam regulados, serviços que de fato tenham a preocupação com os Direitos Humanos. (E2).

E3 afirma que quem faz as leis se afasta da defesa dos direitos dos sujeitos, pois não ouve a população. Portanto, não faz o que a sociedade

necessita, defende que o tratamento em hospitais para garantir a desintoxicação deveria ser uma política pública. E1 também reforça a inexistência desse tipo de atendimento para usuários que fazem opção por essa intervenção:

Os governos nas últimas décadas não mexeram na consolidação da política de saúde mental [...] tem um ou outro CAPS muito pouco equipamento para quantidade de demanda colocada para saúde mental. (E1)

E mesmo assim ainda que com baixos investimentos, não há investimento por exemplo, em leitos de hospitais gerais, para internação de desintoxicação. Então quando o usuário opta pela abstinência, quando ele que [deseja] fazer tratamento ele é levado para rede privada, em comunidades terapêuticas, clínicas particulares. Falta uma cobertura de serviços públicos como uma atenção à saúde nos moldes da Saúde Coletiva, e não tem. (E1)

Então a saúde apresenta poucas possibilidades de serviços de qualidade, de atenção ao usuário de drogas seja na prevenção, na assistência ou até mesmo no tratamento. (E1)

[...] quem faz as políticas públicas e as leis não ouve a população especialmente em minha opinião romântica, pessoas, mas sem ouvir a população por isso que dá essa confusão. (E3).

E1 faz uma análise crítica da relação do governo federal com as comunidades terapêuticas, apontando as contradições presentes no modelo atual proposto pelo governo, no que se refere à lógica público x privado. Afirma que a sociedade vive um retrocesso, que viola os direitos sociais que foram conquistados pela classe trabalhadora e pelos movimentos sociais. Ressalta que a política de drogas que está sendo executada privilegiou o espaço privado no qual circula dinheiro público, afastando-se dos princípios do SUS, enfatiza:

Com muito dinheiro (público) fora do controle social, o investimento no espaço privado, sem o controle social coloca lá quem vai atender sem procedimentos sem protocolo algumas comunidades terapêuticas não tem equipes médicas trabalha com ideal do voluntariado, trabalha com a ideia do ex-dependente, aquela coisa da motivação moral, muito da forma da terapia e conversa religiosa tem denúncias do ministério

público e em algumas comunidades terapêuticas tem trabalho escravo. (E1).

O ministério público entrou com denúncias que alguns conselhos profissionais têm relatórios que mostram violações de direitos humanos. O conselho federal de psicologia apresenta que isso foge dos princípios democráticos e que viola a constituição de saúde como direito viola todos os princípios do SUS. Então a gente está convivendo hoje com um retrocesso muito grande que eu entendo que essa convivência antagônica entre a política de proteção integral e saúde o Ministério da Saúde tem a legislação proibicionista e essas forças conservadoras criam isso uma forma. (E1).

Ainda no âmbito do direito da população que consome psicoativos ilícitos, os discursos se apresentam de forma discrepante entre os entrevistados.

Para E2, a garantia de direito à saúde se concretiza com a oferta de serviços, sendo o Programa Federal *Crack É Possível Vencer* um interlocutor dos direitos humanos através da oferta de serviços:

O direito à saúde significa para essas pessoas e suas famílias oferecer serviços de acolhimento de atenção. (E2)

[...] estimo dizer o programa crack deu um grande salto nos país a estruturar em definir uma rede de serviços e ações para um tratamento da dependência química, não só ao usuário de crack, mas a todos os usuários de drogas ilícitas. Essa é a consolidação de um direito, que é direito à saúde, na sua visão mais ampla. (E2).

E3 reconhece os direitos sociais (saúde, educação e segurança) e propõe uma política que garanta direitos para usuários de drogas, oferecendo prevenção, tratamento e prevenção de recaída. Enfatiza a necessidade de uma política de saúde no campo das drogas, com enfoque multiprofissional, modelo defendido pela moderna saúde pública.

Bom claro eu sou médico, então minha visão é parcial no assunto, acho que uma política interessantíssima o que me situa está voltada para visão médica eu tento como a maior política de Direitos Humanos é ter saúde, toda criança ter educação, segurança. (E3).

[...] ações que abarcassem três blocos de situações para que promova a saúde então um bloco seria bastante forte: o bloco

da prevenção, de educação, de informação para evitar que as pessoas tivessem problemas com o uso por exemplo de drogas (um bloco mais ligado esse bloco esteve mais ligado aos pais, aos professores, aos educadores, aos grupos, às igrejas), o segundo bloco é o bloco para aquelas pessoas que já tem problemas já uma dependência, uma situação grave que precisa de um tratamento seja internado seja em ambulatório, CAPS, mas essas pessoas, elas não precisam só de informação eles precisam de intervenção médica, psicológica, serviço social, educador física para mudar de vida a vida da pessoa, deixar que ela fique dependente. Terceiro bloco seria o bloco que a gente chama de prevenção de recaída, quer dizer a pessoa não está mais internada e como ela vive no mundo externo outra vez e saber como é que o cara vive evitando com que ele caia, volte encarar a situação mais uma vez. (E3).

E1 enfatiza que o projeto econômico vigente, que rege a sociedade brasileira, interfere na garantia dos direitos humanos. Afirmar que o modelo neoliberal vigente no Brasil por seus princípios impede que os cidadãos, incluindo os usuários de drogas, tenham seus direitos garantidos.

Não só para eles [os usuários de drogas] como para nenhum cidadão os direitos afirmados constitucionalmente estão sendo desmanchados desde que o governo brasileiro assumiu a perspectiva do neoliberalismo. Então desde que esse país [...] optou por esse modelo. Os direitos sociais de cidadania estão sendo violados de modo geral. Então quando a gente olha para a saúde o que agente vê não é a saúde pública, mas a privatização da saúde. (E3).

O Entrevistado E1 reforça que o conservadorismo da sociedade interfere na formação dos trabalhadores de saúde e contribui para a violação dos direitos dos consumidores de drogas, principalmente quando se fala em uso de crack:

[...] no interior da saúde entre os profissionais da saúde, aí eu to falando médico, psiquiatra, assistente social, enfermeiro; você tem uma [cultura] demonização [incorporação do mal] do consumo de drogas, principalmente as drogas ilícitas. Então muitas vezes o funcionário da saúde reproduz uma lógica dominante perversa [...] de mal atenção ao usuário (E1)

Exemplo: se chegar um usuário de crack em um serviço de pronto atendimento [...] se ele for identificado como usuário de

crack, com certeza vai [vão] condenar ele [condená-lo] terá seu direito violado, pois recaí sobre ele a responsabilidade da condição de saúde. Esses usuários são maltratados (E1)

Tem uma lógica de moralização da responsabilidade individual, sobre o consumo de drogas, que acaba permeando as práticas dos profissionais [trabalhadores] da saúde [...] (E1).

A análise das entrevistas mostra que as diferenças dos discursos dos entrevistados se referem tanto às concepções quanto às respostas sociais, contudo, é opinião generalizada que a questão do consumo de drogas não deve ser demanda para a justiça penal.

Frente ao fenômeno do consumo das substâncias psicoativas ilícitas, analisando as entrevistas 1 e 2, a diferença parece se evidenciar mais com relação ao papel do Estado, no que tange às políticas públicas no campo dos direitos sociais, para população em geral. Para E2, o poder público deveria oferecer serviços para atender às necessidades humanas e sociais. Para E1, o Estado se retraiu na garantia dos direitos sociais, transferindo a responsabilidade da efetivação dessas políticas para a sociedade civil. A perspectiva neoliberal preconiza Estado mínimo na efetivação das políticas sociais públicas; e máximo na política de repressão. Os programas de enfrentamento ao crack do governo federal são compreendidos nessa entrevista, como o ápice da violação dos direitos humanos, enquanto que, para o E2, se constituiu como a organização da rede de serviços sociais para atender a população que consome as drogas ilícitas, principalmente o crack.

Essas concepções podem ser sintetizadas da seguinte forma:

- **Concepção conservadora:** parte do pressuposto que o problema da relação com a droga se configura como doença e, portanto, deve-se oferecer tratamento médico e hospitalar aos doentes em todos os reconhecidos níveis de atenção. Os direitos dos consumidores de substâncias psicoativas ilícitas seriam contemplados como atendimento às necessidades de saúde, que podem ser apreendidas tanto pelo sujeito, como pela rede

sociofamiliar em que ele está inserido, ou pela equipe multiprofissional do serviço de saúde.

- **Concepção liberal:** presume que o direito à saúde e o direito a serviços sociais para usuários de drogas deve ocorrer em espaços humanizados e acolhedores e não restrito a tratamento médico e hospitalar ou focado em medidas de internação compulsória. Nessa concepção as pessoas que conseguem ter controle do uso, podem ser inseridas na política de RD. Os direitos da população que consome psicoativos ilícitos acontecem pela garantia da oferta de serviços sociais e pelas Declarações promulgadas por organismos internacionais que enunciam a garantia desses direitos.
- **Concepção crítica:** de diretriz antiproibicionista, pressupõe que o problema das drogas é estrutural: econômico, social e político. Propõe a legalização de todas as drogas e defende a estatização da produção, da comercialização e do consumo. Considera que a defesa dos direitos humanos depende da legalização e da regulamentação das drogas.

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo, será apresentada a discussão dos dados, a partir da análise das entrevistas e dos documentos em conjunto, mostrando-se as categorias empíricas (ou temas) construídas a partir da categoria de análise políticas sociais, como implementadoras de direitos humanos.

O material mostrou que a política de saúde no campo das drogas se filia aos dois modelos em disputa na sociedade: a guerra às drogas e a RD, pois um propõe o afastamento do sujeito da sociedade, através da internação, que geralmente acontece nas comunidades terapêuticas, e esse tipo de intervenção pode violar direitos humanos. O outro modelo de política de saúde, de RD, é oferecido através de ações consideradas humanizadas, que se expressam pelo fundamento liberal, de um lado, e pela radicalidade da Saúde Coletiva de outro.

O debate da garantia dos direitos dos consumidores de substâncias psicoativas ilícitas está presente na sociedade em outros campos, como na área jurídica, que argumenta que a manutenção do caráter da criminalização perpetua a repressão e a violação dos direitos humanos.

6.1 A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: APOIANDO OS DIREITOS HUMANOS

A política de saúde que tem potência para protagonizar a efetivação de direitos humanos é a RD. Essa afirmação esteve presente nos artigos que foram utilizados para fundamentação desse estudo e nas entrevistas que foram realizadas. A RD se configura por ações que promovem a atenção à saúde e o cuidado, que se efetiva por intervenções humanizadas.

Santos (2008) considera que a RD ganhou relevo na sociedade brasileira na década de 1990 se tornando uma intervenção de saúde pública para promover a prevenção terciária da população que consumia as substâncias psicoativas injetáveis.

Reale (2004) analisa que a RD foi inserida na política de drogas em decorrência da disseminação do HIV/AIDS, possibilitando o acesso dos consumidores de drogas aos serviços de saúde e dessa forma ampliando as chances dessas pessoas viverem mais. Trata-se da garantia do direito fundamental à vida.

Reale (2004) discute ainda que a garantia dos direitos humanos da população que faz uso de drogas passa pela efetivação de práticas humanizadas, com a oferta de serviços diversificados que se aproximem mais da realidade das pessoas; a RD viabiliza a construção de espaços de acolhimento para os usuários de todos os tipos de drogas, visando à redução dos danos sociais e de saúde.

No campo da saúde, a preocupação com o atendimento das necessidades sociais dos sujeitos está presente na política de RD, como mostrou a revisão da literatura.

Há que se distinguir, no entanto, que a maior parte das preocupações do debate em saúde, que justificam a adoção da RD como perspectiva humanizadora, se voltam à garantia dos direitos individuais, aproximando-se da defesa dos direitos civis, de que o sujeito é livre para fazer as suas escolhas de consumo e comprar no mercado.

Esse debate se distingue do debate do campo da Saúde Coletiva, que entende que as escolhas e necessidades são metamorfoseadas no modo de produção capitalista (Soares, 2007).

A RD na saúde coletiva objetivaria a busca da consciência do lugar que os sujeitos ocupam na sociedade; a percepção das contradições do sistema capitalista e ao mesmo tempo a valorização do humano como ser genérico; a percepção dos interesses em jogo e da necessidade de resgatar os valores de solidariedade, para transformar as condições de desigualdade social; enfim, a transformação dos sujeitos individuais e

passivos em sujeitos coletivos ativos, críticos e emancipados (Santos, 2008, p. 193).

Essa proposta da Saúde Coletiva (Calipo, Soares, 2013) adota a premissa de que os direitos sociais são os que mais se aproximam do objetivo da igualdade social entre os homens (Trindade, 2011), na medida em que apresentam potência para forçar o Estado capitalista a alocar recursos aos que se encontram sem as necessidades básicas atendidas. Essa proposição, embora manipulada pelo próprio Estado, de alguma forma possibilita aos trabalhadores continuar a luta política e através dela aprender sobre a exploração e as raízes das desigualdades, pelo acesso à educação (Viana, 2006).

A RD pode apoiar a efetivação dos direitos humanos, conforme possibilite que usuários de drogas se apropriem da compreensão das raízes do consumo prejudicial de drogas, e ganhem consciência sobre a desigualdade social. Ao reduzir-se à distribuição pelo Estado de insumos ou recursos não disponíveis aos sujeitos em função das desigualdades, como alento ou estratégia de reintegração, atua para acomodação, o que é uma das funções dos direitos humanos no modo de produção capitalista (Biondi, 2012).

Um forte aliado da RD é a luta antiproibicionista, que toma forma através da organização de movimentos sociais e vem sendo debatida na saúde pública.

Observa-se na sociedade brasileira movimentos sociais que pregam a liberdade ao consumo da maconha, como aponta o historiador:

As marchas dos tradicionais ativistas da legalização da maconha cresceram, ocuparam as ruas com coragem de desafiar a interdição policial e ganharam seu direito de expressão levando o debate para o STF. Aumenta o consenso entre cientistas, artistas e intelectuais de que a proibição é uma política falida. Filmes, debates e simpósios se sucedem sobre o tema (Carneiro, 2012)²⁵.

²⁵ Comentário: Carneiro H. Drogas: mudança de paradigma ou reforma do proibicionismo? Carta à Reunião Inaugural da Rede Latino-Americana de Pessoas que Usam Drogas (Salvador 25/26 de outubro de 2012).

A defesa do direito à liberdade de consumo das chamadas drogas leves é cada vez mais bem aceita socialmente dado que são consumidas pelas classes médias, que têm poder de compra no mercado. O mesmo não acontece com os que consomem as drogas consideradas mais baratas e não à toa mais prejudiciais, como o crack. Os usuários estão em geral entre os pobres, que permanecem marginalizados do sistema de proteção social e da legalidade.

Essa limitação é também ressaltada por Carneiro (2012):

Clamam pela impossibilidade de mudança radical, propondo pequenas alterações que não atinjam a estrutura básica em questão. Assim como no passado, ao invés de defender a abolição total da escravidão, buscaram-se medidas transitórias como uma lei do ventre livre ou dos sexagenários (Carneiro, 2012).

Pode-se concluir que todos os documentos governamentais analisados mostraram que o Estado brasileiro é relutante na adoção de práticas de RD na política de saúde. A literatura reconhece a proximidade da RD do tema dos direitos humanos, na medida em que considera que nessa política os serviços de saúde ficam possibilitados de ofertar ações de proteção e cuidado a usuários de drogas. Todos os entrevistados assumiram a RD como proposta humanizadora, com nuances que evidenciavam o leque de modelos de RD já evidenciado na bibliografia – de uma estratégia para conseguir a finalidade da abstinência a um movimento político radical de contraposição à guerra às drogas.

6.2 A POLÍTICA DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: APOIO À VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

A violação de direitos humanos está acentuada pela guerra às drogas, exercida pela Lei nº 11.343/06, que, no campo da saúde, lança

mão da internação compulsória, no campo judicial, do encarceramento de consumidores de drogas ilícitas.

É evidente que a internação compulsória se fortaleceu na política de saúde atual, em decorrência da ênfase dada ao programa de enfrentamento ao crack, política ressaltada na conjuntura atual e que se sobrepõe às demais intervenções admitidas no debate social da área da saúde.

Em relação à internação compulsória, Brites faz uma comparação metafórica com o conto “canto das sereias”, para explicar a violação dos direitos de cidadania e o clamor popular e social para resolver o problema das drogas na atualidade.

Na lenda, o canto das sereias é belo, irresistível e fatal, pois leva quem ouve a uma viagem sem volta ao fundo do mar. A nosso ver, de forma metafórica, podemos dizer que a internação compulsória encarna os atributos desse canto. Belo porque entoa em defesa da vida, da integridade e da solidariedade. Irresistível porque ecoa promessas imediatas e definitivas nos ouvidos cansados de ouvir lamentos desesperados de dor, perdas e violências. No entanto, fatal, porque anuncia o irrealizável e retrocede em conquistas (Brites, 2013, p. 53).

A internação compulsória viola os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, especialmente o direito à autonomia, à liberdade e à convivência. Trata de forma indiscriminada o usuário de droga como incapaz e viola sua condição de sujeito de direito (Brites, 2013, p.53).

A internação compulsória é feita em unidades de tratamento da rede privada, nas instituições chamadas de comunidades terapêuticas. Essas organizações se inserem no campo das instituições do terceiro setor, reconhecidas e certificadas como instituições de interesse público. Essa instituição historicamente vem defendendo a reabilitação da pessoa que consome drogas, pela conversão religiosa (Cinco, 2013).

Silva e Silva (2006) discorrem que no campo da saúde a intervenção nesses espaços pode ser realizada pelo acompanhamento terapêutico, que, ao restringir essa prática num lugar específico (hospital, comunidade

terapêutica), se constitui pela execução de um programa no qual o sujeito é inserido para executar as funções que são esperadas e determinadas pelas instituições.

Essa discussão no campo jurídico é reforçada pelo modelo médico-jurídico, sendo propagada a concepção da patologização. O consumidor de drogas é visto como doente, devendo ser submetido a tratamento médico na área da psiquiatria, através de medidas que podem enclausurar essas pessoas (Carvalho, 2013).

A política de saúde, conforme visto anteriormente, vem assumindo cada vez mais as prerrogativas do Estado mínimo, com a terceirização de serviços e/ou a adoção da rede privada para gerenciar o dinheiro público. Dessa forma, o direito universal à saúde está sendo substituído por programas focalizados para atender aos chamados grupos de risco, como discutem as autoras, ao analisar a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF):

Ao dirigir-se a grupos particulares de sua área de abrangência e restringir a atenção à saúde aos programas da mulher, criança e adulto, excluindo outros, o Programa Saúde da Família, passa a responder a necessidades e carências de grupos particulares e a saúde deixa de ser um direito geral e universal (Calipo, Soares, 2008 p. 128).

As comunidades terapêuticas são efetivadas pela rede de instituições privadas, legitimadas pelo governo, com objetivos e formas de funcionar pertencentes à lógica privada.

Montaño (2008) analisa que as organizações do terceiro setor tiveram incremento na década de 1990, quando as instituições internacionais passaram a investir recursos financeiros, para que essas organizações se tornassem prestadoras dos serviços sociais, tendo como foco a desregulação dos direitos humanos. No plano dos direitos trabalhistas, a violação acontece pelos contratos de trabalhos flexibilizados, ou ainda por trabalhos voluntários. No campo dos direitos sociais, acontece pela redução das políticas sociais; e na área dos

direitos democráticos, pela redução da autonomia do país, com expansão das organizações transnacionais que investem recursos financeiros e ditam os compromissos a que o país deve estar submetido.

O forte retraimento atual do impacto das lutas das classes trabalhadoras, o capital quer se desfazer de todas aquelas conquistas trabalhistas (constitutivas de direito) que ele nunca quis, mas que teve que aceitar num contexto de elevada luta de classes: direitos trabalhistas, políticas e serviços sociais e assistenciais, direitos democráticos (Montaño, 2008, p. 224-25).

Entende-se que a política de drogas no âmbito da saúde, que tem ênfase na prestação de serviços nas instituições denominadas de comunidades terapêuticas, segue os preceitos defendidos pela NOB/96, documento que insere as OS²⁶ na política de saúde, quebrando o princípio da integralidade defendido pelo SUS. Acontece o retorno da segregação entre a promoção e prevenção e a saúde curativa, modelo que era seguido antes da constituição do SUS (Calipo, Soares, 2008).

Duarte (2013) analisa que essas instituições do terceiro setor recebem recursos financeiros da esfera pública em volume de grande proporção, para promover a recuperação e reabilitação das pessoas que consomem drogas de forma prejudicial. A intervenção dessas entidades acontece pela concepção do modelo proibicionista, que já denunciou o seu fracasso quando o assunto é a ênfase no ser humano. Denuncia que o ganho acaba sendo dos proprietários dessas entidades.

Ainda na discussão da internação em comunidades terapêuticas, a autora Reale apresenta dados que mostram a violação de direitos que se desencadeia com essa prática. Pontua que a internação nas comunidades terapêuticas está calcada no proibicionismo, informando que esse tipo de intervenção atende cerca de 70% a 80% dessa população (usuários de drogas). Essas instituições ganham *status* de serviço de saúde, na

²⁶ Entidade pública não-estatal, parceira do Estado, que recebe recursos financeiros, recursos materiais e equipamentos do Estado, para oferecer a assistência à saúde junto à população. Foi firmado com essas entidades um contrato de prestação de serviços que será controlado pelo Estado.

agenda pública, e historicamente se filiam a matrizes religiosas, que desenvolvem a intervenção utilizando o modelo dos 12 passos. Esse modelo coloca o sujeito em posição de assumir sua incapacidade frente às drogas, como se seu corpo e mente fossem deficientes (Reale, 2004).

6.3 MAIS GUERRA ÀS DROGAS, MENOS REDUÇÃO DE DANOS, MAIS VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

A guerra às drogas é anunciada de forma explícita pelo programa de enfrentamento ao crack, o mais relevante programa atualmente no âmbito federal.

A análise do material coletado nas entrevistas revelou que o consumo do crack passa a ser considerado uma calamidade pública, que gera impotência ao consumidor e à sociedade. O assunto ganha destaque nos meios de comunicação em decorrência da ênfase na agenda do poder público. O crack se personifica e se apresenta como o grande inimigo da sociedade, sendo incombátível. Seus danos tomam dimensões gigantescas que se apresentam dissociadas do proibicionismo e do aumento da pobreza no mundo.

O combate ao crack passa a ter centralidade na esfera federal, com gerência nos estados, distrito federal e municípios, ditada pelo MJ/SENAD. Embora isso tenha sido apreendido nos documentos coletados e nas entrevistas, o cuidado em saúde de pessoas que consomem crack foi redirecionado para as comunidades terapêuticas, que afastam as pessoas do seu meio social e propõem um tratamento baseado nos cânones da internação psiquiátrica, no condicionamento e disciplinamento.

Para Duarte (2013), o programa de enfrentamento ao crack, do governo federal, que teve a adesão de cidades como o Rio de Janeiro e São Paulo, promove a higienização dos grandes centros urbanos.

A implementação da Lei nº 11.343/06 foi sendo gradualmente compreendida pela sociedade, de acordo com as consequências que foi trazendo: a violação dos direitos de cidadania e a defesa do ideário proibicionista.

No primeiro momento, havia uma percepção de que a Lei nº 11.343/06 descriminalizava o consumidor de drogas. Isso aconteceu em decorrência da ampliação dos tipos da pena. A possibilidade da descarceralização do cumprimento da pena aparece como se tivesse acontecido uma inovação nessa esfera (Carvalho, 2013). Contudo, o consumo permanece algo passível de punição. E o que decorreu daí na verdade foi o aumento do encarceramento (Carvalho, 2013).

Boiteux (2006) aponta que a aplicação de penas alternativas, para pessoas consideradas usuárias de drogas, apresenta tímida representação estatística. Na concepção da autora, essa prática “teve por objetivo atuar como uma ‘cortina de fumaça’, para encobrir o desproporcional aumento da pena do delito de drogas ilícitas”.

A reinserção social é uma categoria própria do referencial funcionalista, que coloca o consumidor de psicoativos ilícitos como um sujeito “desviante”, que deve ser tratado para ter condições de viver em sociedade (Alves, 2009; Soares, 2007).

A ideia do desvio cria barreiras sociais que constituem prerrogativas para a violação de direitos. O discurso da legislação fortalece ainda julgamentos moralistas, que estão inculcados entre os próprios trabalhadores da saúde (Dias, 2008).

Isso é reforçado por um dos entrevistados:

[...] no interior da saúde entre os profissionais da saúde, aí eu to falando médico, psiquiatra, assistente social, enfermeiro; você tem uma [cultura] demonização [incorporação do mal] do consumo de drogas, principalmente as drogas ilícitas. Então muitas vezes o funcionário da saúde reproduz uma lógica dominante perversa [...] de mal atenção ao usuário. (...) Exemplo: se chegar um usuário de crack em um serviço de pronto atendimento [...] se ele for identificado como usuário de crack, com certeza vai [vão] condenar ele [condená-lo] terá seu direito violado, pois recaí sobre ele a responsabilidade da

condição de saúde. Esses usuários são maltratados (...) Tem uma lógica de moralização da responsabilidade individual, sobre o consumo de drogas, que acaba permeando as práticas dos profissionais [trabalhadores] da saúde [...] (E1)

Carvalho (2013), em relação à política de saúde que emerge com a promulgação da nova legislação, adverte: a legislação de 2006 parte do mesmo paradigma da lei do ano de 1976, a diferença é que na anterior havia a nítida imposição do discurso jurídico-político ao médico-jurídico, que propaga a patologização do usuário de drogas. Na vigente, o dependente pode ser condenado com penas alternativas de tratamento obrigatório no lugar da prisão. O autor reforça, ainda, que as medidas escolhidas enclausuram os consumidores de substâncias psicoativas como dependentes/ doentes que devem ser tratados no campo psiquiátrico-sanitarista.

O que se observa com o material coletado é coerente com a análise desses autores de que essa legislação traz consigo a perpetuação da repressão, pautada no paradigma da guerra às drogas. A análise desses documentos revelou que nesse período o Estado brasileiro continua se posicionando pela guerra às drogas.

A conclusão é também de Duarte (2013), ao analisar a lei vigente no campo das drogas, que entende que sua efetivação segue a lógica proibicionista, que fomenta a repressão e a criminalização e, conseqüentemente, promove a violação dos direitos de cidadania.

Para fomentar essa discussão, o Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM)²⁷ (2012) fez algumas considerações em relação à violação dos direitos humanos em que a legislação vigente incorre: a criminalização do usuário viola o princípio da lesividade, ao punir quem

²⁷ O Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM) , conforme informa o estatuto institucional **no art.1-** é uma associação civil sem fins econômicos, fundado em 14 de outubro de 1.992, sendo uma das suas finalidades: Promover o debate científico por meio da publicação de livros, teses acadêmicas, boletins e de revista especializada que abordem temas de interesse para o Direito Penal, o Direito Processual Penal, a Criminologia e a Política Criminal. Informações extraídas do portal da instituição em <http://www.ibccrim.org.br/estatuto>

prática a autolesão; a prática de discricionariedade, praticada pelos agentes policiais, que ficam livres para decidir quem será considerado como usuário ou traficante – a legislação não apresenta critérios objetivos, ficando essa decisão para o agente policial ou ao judiciário, o que pode levar a abusos policiais e judiciais.

Outra questão apontada pelo IBCCRIM como violação dos direitos seria o enfraquecimento da política de redução de danos e dos riscos advindos do consumo das drogas. A criminalização/culpabilização marginaliza as pessoas e provoca a segregação no sistema penal ou em comunidades terapêuticas e impede que o sujeito usufrua da rede de serviços sociais.

Diante da percepção de que a legislação vigente não promoveu a política de redução de danos, mas sim a política de guerra às drogas, entidades da sociedade civil como: Instituto Trabalho, Terra e Cidadania; Conectas; Sou da Paz; e Pastoral Carcerária assumiram a militância de se posicionaram pela busca da inconstitucionalidade do artigo 28 da Lei 11.343/06, entendendo que sua interpretação promove o aumento do encarceramento (Campos, Valente, 2012).

A manutenção da prática de tráfico como crime reforça o poder do sistema punitivo de direito de rastrear nas camadas populares quem será punido (Baratta, 1992).

As camadas populares são as que se inserem no comércio das drogas. Zaluar (1993) avalia que geralmente, nesse contexto de comercialização das drogas ilícitas, a maioria é integrante das classes populares, que, devido à falta de uma política de emprego e renda, tem no tráfico de drogas uma estratégia de sobrevivência.

Campos e Valente (2012) enfatizam que há um perfil bem nítido de pessoas selecionadas no sistema penal brasileiro, geralmente: jovens, pobres, negros e pardos e, em sua maioria, primários.

A reafirmação da bandeira da repressão impede que o país se afaste do paradigma da guerra às drogas, que perpetua a violação dos direitos humanos.

6.4 A POLÍTICA DE DROGAS NA SOCIEDADE BRASILEIRA A SERVIÇO DE QUEM?

Analisando as políticas estatais de assistência social, Viana ressalta que para compreender o significado de uma política é necessário entender como se constituem tais políticas e como elas são determinadas e a quem estão beneficiando (Viana, 2006). O autor ressalta que as políticas sociais têm como um de seus objetivos contribuir com a acumulação do capital; e fazer emergir no cenário social a ideia de inserção social para o atendimento das necessidades humanas, através da rede de serviços sociais.

Compreende-se que a política de drogas segue os mesmos propósitos das demais políticas sociais. A política no campo das drogas está explicitada no Sistema Nacional de Política Pública sobre Drogas. Na conjuntura atual, essa política tem a diretriz política do MJ/SENAD, órgão com tradição em promover a ideologia da “guerra às drogas”.

Se a preocupação real da política sobre drogas não é a proteção social do consumidor de substâncias, qual seria o eixo nervoso da política de drogas implementada pela sociedade brasileira na conjuntura atual?

Como presenciado no passado, o Welfare State se apropria dos direitos sociais para fortalecer o capital, através da proteção da produção (a mão-de-obra da classe trabalhadora). No contexto do consumo do crack, a ênfase está na proteção do capital imobiliário, discussão que foi apontada por um dos entrevistados. O Estado responde a esses interesses de capitalistas na região, como aconteceu historicamente no Rio de Janeiro, com a limpeza de favelas (Davis, 2011).

Os pobres sentem-se concretamente ameaçados por grandes eventos internacionais, como a copa, pois são conhecidas as histórias de remoção de áreas consideradas nobres pelos organizadores (David, 2011).

A política de saúde está sendo, portanto, utilizada para atender o capital, seja respondendo aos interesses do mercado imobiliário, respaldados pelo discurso médico autoritário que imprime o tom de ajuda aos usuários de crack, seja para fomentar o mercado privado de saúde, com o pagamento por tratamento às comunidades terapêuticas.

Dessa forma, configura-se a dupla função dos direitos sociais: ao mesmo tempo em que aparecem com nuance de proteção social, em resposta à luta dos trabalhadores, protegem o modelo econômico, servindo como sustentáculo para acumular capital (Biondi, 2012; Viana, 2006).

Bravo (2001) analisa que no contexto neoliberal há disputas no campo da saúde entre o projeto da reforma sanitária, conquista dos movimentos sociais dos anos de 1970, formalizada nos anos 1980; e o projeto de saúde vinculada ao mercado ou privatista.

Ainda nos anos de 1980 aparece essa tensão consubstanciada em dois campos: o reformador – mudança de instituições e processos – e o revolucionário – a questão sanitária.

Na década de 1990, com o projeto neoliberal, o Estado passou a seguir a cartilha do enxugamento dos investimentos sociais (políticas públicas sociais). Foi criada a esfera pública não estatal, para exercer as funções sociais do Estado.

No contexto das proposições neoliberais, que foram se estabelecendo no projeto político brasileiro, vocábulos como família e comunidade indicam a despolitização e a privatização dos serviços públicos (Montaño, 2008; Calipo, 2002).

Dias (2008) considera que as comunidades terapêuticas, instituições da rede privada, começaram a ser criadas no ano de 1970,

mas foram impulsionadas nos anos de 1990, em decorrência da lacuna dos serviços de saúde de álcool e drogas na esfera pública.

Contudo, esse universo de proteção social é frágil no modo de produção capitalista. Campos (2010) ressalta que esses direitos sociais exprimem a introdução à pretensa justiça distributiva, porém essa pretensão está subjugada ao Estado capitalista, que na proposição neoliberal assume a concepção minimalista de proteção social.

Nesse contexto, percebe-se como os indivíduos são cada vez mais responsabilizados pela sua saúde.

A política de drogas atende historicamente a interesses, como foi identificado na revisão da literatura. No início do século XIX, o proibicionismo foi implantado para atender ao controle das indústrias. No período da ditadura militar na sociedade brasileira, contribuiu com a política de repressão do regime ditatorial. E, mais recentemente, atende aos interesses do mercado imobiliário e dos grandes eventos.

A concepção centrada do humano das políticas de drogas parecia ter chance de se concretizar a partir da implementação da política de saúde, que teve como norte a igualdade e universalidade de atenção. No entanto, o direito à saúde, como os demais direitos sociais, se concretizam através de políticas sociais e não podem fugir de seu caráter histórico e processual, dependendo, portanto, das disputas em sociedade (Calipo, Soares, 2013).

7 Considerações finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo partiu do pressuposto de que a política predominante na área da saúde tem historicamente, como na área judicial, seguido os cânones da guerra às drogas, que infringe direitos humanos. Pressupõe ainda que a atual problematização social sobre o consumo de drogas e sobre as contradições que emergem do proibicionismo repercutiriam de maneira determinante sobre as políticas públicas de saúde, interferindo diretamente na oferta de serviços e na atenção às necessidades sociais.

Analisa-se que a proliferação do consumo das drogas ilícitas gera lucros exorbitantes e que, portanto, não é possível se falar em falência da guerra às drogas no capitalismo já que ela se situa no plano das consequência da dinâmica da formação social.

O Brasil emitiu uma série de documentos com força de lei, com percentagem significativa depois da entrada do milênio (1938, 1941, 1971, 1976, 2002 e 2006), porém sem apresentar mudanças substanciais, de rompimento com o paradigma proibicionista, que viola os direitos da população.

Observa-se que de fato a política de saúde repercute em grande medida a inquietação que a sociedade brasileira vem apresentando quanto à legalidade de substâncias. Embora haja discursos dissonantes de defesa da política de redução de danos, pautada em práticas humanizadas, que contribuem para o atendimento às necessidades sociais dos consumidores de drogas, a diretriz política hegemônica faz opção pela perpetuação da repressão no campo das drogas.

As políticas públicas sobre drogas no Brasil se instituíram no início do século XX, com ápice na ditadura militar, momento de fortalecimento da aliança do país com os Estados Unidos da América. Na década de 1980, no bojo do processo de redemocratização, com a perspectiva progressista, e com a discussão social sobre a aids, a política de redução

de danos encontrou espaço, mas não se afirmou nas décadas seguintes, em função do modelo econômico neoliberal.

Os direitos humanos, e os sociais por conseguinte, estão submetidos ao modelo econômico, sendo direcionados para atender às necessidades da população quando interessa ao capital.

A política de saúde no campo das drogas encontra-se dominada por contradições, que interferem diretamente na oferta de serviços e no atendimento das necessidades sociais. Estes ficam deslocados para a lógica do mercado, afastando-se da esfera pública.

A legislação em vigor possibilita que o consumidor de drogas cumpra pena fora do ambiente carcerário, através da descarceralização da pena para esse tipo de crime. Contudo, o consumo permanece como conduta criminosa.

A discussão em torno dos direitos humanos no campo das drogas, que ganha força na sociedade, está voltada para os direitos de primeira geração e diz respeito, portanto, aos direitos civis e políticos dirigidos para um determinado grupo que usa drogas aceitas socialmente em países capitalistas centrais. A defesa desse direito enfatiza a liberdade individual de escolha no mercado.

As políticas de saúde expressam direitos sociais e a proposta antiproibicionista, identificada no setor saúde pela redução de danos, não obteve progressos consistentes.

O estudo apontou que após a promulgação da lei 11.343/06 houve aumento significativo no encarceramento em decorrência da tipificação do tráfico de drogas e aumento da pena mínima que, de três anos passou para cinco anos, e a classificação desse tipo de crime como hediondo, impedindo a liberdade até o julgamento.

Outro fator observado na legislação que pode contribuir com o aumento do encarceramento é a indefinição em relação à quantidade definida para consumo pessoal, ficando a critério do agente policial ou do poder judiciário decidir se o sujeito é usuário ou traficante.

Dessa forma, a legislação acentua a repressão ao consumo e comercialização das drogas, o que incide principalmente sobre aqueles que se relacionam com esse mercado como estratégia de sobrevivência, o que reforça a concepção da criminalização da pobreza.

Para concluir, o estudo reitera a perspectiva social de que promover direitos humanos na área de drogas é promover a legalização das substâncias psicoativas ilícitas, regulamentando-as pela esfera estatal; é também radicalizar o debate para revelar os interesses em disputa. Porém, não há garantia de direitos, visto que eles se encontram à mercê de interesses capitalistas em disputa.

Referências

REFERÊNCIAS

Adi Y, Juarez-Garcia A, Wang D, Jowett S, Frew E, Day E, et al. Oral naltrexone as a treatment for relapse prevention in formerly opioid-dependent drug users: A systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment Rev.* [Internet]. 2007 [cited Aug 3];11(6):[about iii-55.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0.33947607832&origin=resultslst>.

Albuquerque RCR. Casas do meio do caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=lah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=BR305.1&>.

Allman D, Myers T, Schellenberg J, Strike C, Cockerill R, Cavalieri W. Improving health and social care relationships for harm reduction. *Int Journal of Drug Policy.* [Internet]. 2007 [cited Aug 3];18(3):[about194-203p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-34250155288&origin=resultslst>.

Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. saúde pública.* [Internet] 2009 nov. [citado 2012 Jul 24]; 25 (11):2309-19 Disponível em <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Cad.%20saúde%20pública&connector=ET&lang=pt>.

Antunes R. A crise,o desemprego e alguns desafios atuais. In: *Revista Serviço Social e Sociedade* nº 104, outubro/novembro. Crise social: trabalho e mediações profissionais. São Paulo: Cortez; 2010. p.632-6.

Antunes R. Multifaces do trabalho. In: *Revista Serviço Social e Sociedade* nº69, março/ano XX. São Paulo: Cortez; 2002.p.107-20.

Baratta A. Ressocialização ou Controle Social: uma abordagem crítica da reintegração social do condenado. [Internet] São Paulo; 1990[citado 20 agos. 2009] Disponível em: <http://www.eap.sp.gov.br>.

Baratta A. Fundamentos ideológicos da atual política criminal sobre drogas. In: *Só socialmente... Bastos FI e Gonçalves O, organizadores.* Rio de Janeiro: Reluma-Dumará; 1992a.

Baratta A. A atual política de drogas: uma visão crítica. In Só socialmente... Bastos FI e Gonçalves O, organizadores. Rio de Janeiro: Reluma-Dumará; 1992b.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Ed. Ver. Act. Lisboa/Portugal: Edições 70; 2009.

Barratt MJ, Norman J, Fry CL. Positive and negative aspects of participation in illicit drug research: Implications for recruitment and ethical conduct. *Int Journal of Drug Policy*. [Internet]. 2007 [cited Aug 3]; 18 (4): [about 235-238 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-34250008742&origin=resultslist>.

Barroco MLS. A historicidade dos direitos humanos. In: Forti, Valéria; Guerra, Yolanda, organizadores. *Ética e Direitos: ensaios críticos (coletânea nova de Serviço Social)*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Lumen e Juris; 2013. p.55-62.

Behring ER. *Política Social no Capitalismo Tardio*. 4.ed. São Paulo: Cortez; 2009.

Beyrer C, Wirtz AL, Baral S, Peryskina A, Sifakis F. Epidemiologic links between drug use and HIV epidemics: An international perspective. *Rev Source*. [Internet]. 2010 [cited Aug 3]; 6(5):[about S10-S16 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-78449281730&origin=resultlist>.

Beyrer C. The Golden Crescent and HIV/AIDS in Central Asia: Deadly interactions. *Glob Public Health*. [Internet]. 2011 [cited Aug 3]; 6(5): [about 570-576 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-79959333492&origin=resultslist>.

Biondi P. Os direitos humanos e sociais e o capitalismo: elementos para uma crítica.[dissertação] Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo; 2012.

Boiteux L. A Nova Lei antidrogas e o aumento da pena do delito de tráfico de entorpecentes.[Internet] 2006 [citado abril 2014 11.] Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2006/08/24/materia.2006-08-24.8281139313>.

Blankenship KM, Koester S. Criminal law, policing policy, and HIV risk in female street sex workers and injection drug users. *Jour of Law, Medicine and Ethics*. [serial on the Internet] 2002 [cited Aug 3]; 30(4):[about 548-559 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-0036988559&origin=resultslist>.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1998.

Brasil. Decreto n. 7.427 de 13 de janeiro de 2011. Dá nova redação aos arts. 10 e 12 do Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011, que dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas-CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União. [Internet]. Brasília; 2011. [citado 2014 jan. 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2011/Decreto/D7427.htm.

Brasil. Decreto n. 7.426 de 7 de janeiro de 2011. Dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas-CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas-FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União. [Internet]. Brasília; 2011. [citado 2014 jan7]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2011/Decreto/D7426.htm.

Brasil. Decreto n. 7179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. [Internet]. Brasília; 2010. [citado 2014 jan 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm.

Brasil. Decreto n. 5.912 de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, e dá outras providências. [Internet]. Brasília; 2006. [citado 2014 jan. 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2006/Decreto/D5912.htm.

Brasil. Lei n.12.314 de 19 de agosto de 2010. Altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003; e dá outras providências. [Internet]. Brasília; 2010. [citado 2014 jun 7]. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12314.htm.

Brasil. Lei n. 12.219 de 31 de março de 2010. Altera o art.73 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para permitir que a União possa celebrar convênios com os Estados e o Distrito Federal visando à prevenção e repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de drogas, e com os Municípios com o objetivo de prevenir o seu uso indevido, e possibilitar a atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. [internet]. Brasília; 2012 [citado 2014 jan.7]. Disponível em:
www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2010/Lei/L12219.htm.

Brasil. Lei n.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. [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2012 set. 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm.

Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [Internet] 1990 [citado 2012 nov 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

Brasil. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [periódico na Internet] 1990 [citado 2012 nov 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

Brasil. Lei n. 7.210 de 11 de junho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. [Internet]. Brasília; 1984 [citado 2014 abr 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm.

Brasil. Secretaria Nacional Antidrogas. Política Nacional Antidrogas: PNAD. s.n; 2001. 40 p.

Melcop, AG, Maia D, Buning E, Franch M.[relatório] Brasília. In: Conferência Internacional sobre Consumo de Alcool e Redução de Danos: em busca de uma política abrangente para os países em transição e desenvolvimento. Recife, PE; 2003 abr. Rede Brasileira de Redução de Danos; 2003. 85 p. [citado 2012 jul 24]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=BR59.3&>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=BR599.1&>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta n. 10 de 14 de dezembro de 2010. Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Saúde Mental/Crack 2011, de acordo com o Edital Conjunto nº 27, de 17 de setembro de 2010. In Ministério da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. [Internet]. Brasília; 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2010/poc0010_14_12_2010.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 145 de 30 de março de 2010. Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial, a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0145_30_03_2010.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 351 de 21 de julho de 2011. Alterar a classificação anterior e habilitar, a contar da publicação deste ato, os serviços a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria343_21_07_11.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 236 de 13 de maio de 2010. Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial, a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0236_13_05_2010.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 372 de 28 de outubro de 2009. Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial, a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Legislacao/Portarias/2013/132210_Portarias_371_372.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.481 de 20 de setembro de 2010. Incluir, na Tabela de Tipo de Estabelecimento do SCNES - Código 70 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, os Subtipos de Estabelecimentos. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0481_20_09_2010_comp.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 748 de 10 de outubro de 2006. Excluir o Serviço Especializado 050-Residencial Terapêutico em Saúde Mental e sua classificação 128-Assistência Domiciliar a Pacientes de Hospitais Psiquiátricos. Incluir no serviço 014 – Atenção Psicossocial, a classificação Residencial Terapêutica em Saúde Mental e redefinir as respectivas classificações, a seguir descritas. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-748.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.2.629 de 28 de outubro de 2006. Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais e incentiva internações de curta duração. In Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília. [Internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/noticias/44-gm.html?start=8300>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.843 de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. In Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília. [Internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105513-2843.html>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.252 de 29 de dezembro de 2010. Destina recursos financeiros emergenciais para ações de qualificação da Rede de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas, no âmbito do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. In Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília. [Internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/106998-4252.html?q=>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 184 de 24 de junho de 2010. Estabelecer o mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para as ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família, perfazendo um investimento de R\$ 56.000.000,00 (cinquenta e seis milhões de reais) para o ano de 2010. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2010/prt0184_24_06_2010.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 295 de 25 de junho de 2010. Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial, a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2010/06/10600/0188201882.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.370 de 28 de outubro de 2009. Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0370_28_10_2009.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 373 de 28 de outubro de 2009. Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial, a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0373_28_10_2009.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 486 de 22 de setembro de 2010. Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial, a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS No- 189, de 20 de março de 2002. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0486_22_09_2010.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 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. In Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.841 de 20 de setembro de 2010. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. In Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília. [Internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105511-2841.html>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.010 de 1º de dezembro de 2009. Torna pública a proposta de Projeto de Resolução "Periodicidade de Atualização das Listas e Intercâmbio de Informações sobre Substâncias Psicotrópicas, Entorpecentes, Precursoras e Sujeitas a Controle Especial no Mercosul" (Complementação da Resolução GMC Nº 38/99) e dá outras providências. In Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília. [Internet]. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3010_01_12_2009.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta n. 2 de 16 de abril de 2009. Tornar público o Concurso para Seleção de Projetos de Redução de Danos 2009, a ser regulamentado pelo Edital Conjunto SAS/SVS Nº 01, de 16 de abril de 2009, com o objetivo de apoiar projetos de redução de danos que contribuam para o fortalecimento de serviços de saúde, redes, fóruns e movimentos sociais prioritários para a resposta ao enfrentamento da epidemia de DST/AIDS, Hepatites Virais e outros agravos, bem como minimizar as consequências negativas relacionadas ao uso prejudicial do álcool e outras drogas. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/poc0002_16_04_2009.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta n. 20 de 16 de janeiro de 2008. Habilitar, com pendências, os Centros de Atenção Psicossocial a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-20.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 235 de 13 de maio de 2010. Habilitar o Centro de Atenção Psicossocial, a seguir relacionado, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: <http://portal.conasems.org.br/index.php/portarias/finish/62-maio/4160-portaria-ms-sas-n-235-de-13-de-maio-de-2010>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 350 de 21 de julho de 2010. Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS No- 189, de 20 de março de 2002. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt_0350_21_07_2011.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 371 de 28 de outubro de 2009. Habilitar, com pendências, os Centros de Atenção Psicossocial a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0371_28_10_2009.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 480 de 20 de setembro de 2010. Incluir, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, os procedimentos a seguir especificados. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0480_20_09_2010.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 26 de novembro de 2010. Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0648_26_11_2010.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.899 de setembro de 2011. Institui o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais. In Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&id=14514.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.842 de 20 de setembro de 2010. Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHRad. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília. [Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2842_20_09_2010_rep_comp.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.796 de 6 de dezembro de 2010. Institui o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental e define sua composição. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília. [Internet]. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/106518-3796.html>.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução - RDC n.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 psicoativas. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília. [Internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/anvisa/108617-29.html>.

Bravo MJ, Royuela L, Barrio G, De La Fuente L, Suarez M, Brugal TM. Morefree syringes, fewer drug injectors in the case of Spain. Soc Science and Medicine. [serial on the Internet]. 2007 [cited Aug 3]; 65(8): [about 1773-1778 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-345=resultslist>.

Bravo MIS. A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In: CFESS/CEAD. Brasília: UNB-CEAD/CFESS; 2001.

Bravo MIS. As políticas de seguridade social. In: CFESS/CEAD. Brasília: UNB-CEAD/CFESS; 2000.

Bravo OA. Tribunalesterapêuticos: vigilar, castigar y/o curar / The drugcourts: discipline, punishand/or cure. *Psicol.soc*; [Internet] 2002 jul.[citado 2012 Jul 24];14(2):148-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822002000200008.

Brito AAC, Silva DS, Azevedo DM. Formação do acadêmico de enfermagem: vivência na atenção a usuários de drogas psicoativas. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* [Internet] 2012 [citado 2012 Jul 24]; 16(2):395-400. Disponível em: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=769.

Brites CM. Internação compulsória: um canto das sereias. *Rev. Inscrita CFESS*. 2013, n.14(ISSN 1414-0921):p.46-53.

Brites CM. Ética e Uso de Drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos. [tese] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.

Brites, CM, Domanico A, Stempliuk VA, Silva NA, Santos S, Martinez MNB. [relatório final]. Seminário Nacional de Redução de Danos: outras estratégias são possíveis.[relatório final]; 31 out. -3 nov; São Paulo, Brasil. São Paulo: Centro de Convivência É de Lei; 2003. 70p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=BR59.3&>.

Brown Jr, LS, Kritz SA, Goldsmith RJ, Bini EJ, Rotrosen J, Baker S, et al. Characteristics of substance abuse treatment programs providing services for HIV/AIDS, hepatitis C virus infection, and sexually transmitted infections: The National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *Journal of Substance Abuse Treatment*. [Internet] 2006 [cited Aug 3]; 30(4):[about 315-321p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-33747456336&%20origin=resultslist>.

Bruce RD, Dvoryak S, Sylla L, Altice FL HIV treatment access and scale-up for delivery of opiate substitution therapy with buprenorphine for IDUs in Ukraine- programme description and policy implications. *Int Journal of Drug Policy*. [Internet]. 2007 [cited Aug 3]; 18 (4): [about 326-328 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2s2.034547158224&origin=resultslist>.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: *Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Czeresnia D, organizador. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Bussinger VV. Fundamentos dos Direitos Humanos. Rev. Serviço Social e Sociedade. São Paulo.1997, n.53(0101-6628):p.9-46.

Butler S, MayockP.'An Irish solution to an Irish problem': Harm reduction and ambiguity in the drug policy of the Republic of Ireland. Int Journal of Drug Policy.[Internet] 2005 [cited Aug 3]; 16(6):[about 415-422p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-28644450659&origin=resultlist>.

Buvana F, Ventura CAA. Cooperação internacional para o combate às drogas ilícitas em Moçambique. RevLatinoamEnferm. [Internet]. 2011 [citado 2012 Jul 24]; 19(spe):762-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/14.pdf>.

Caiaffa WT, Bastos FI. Redução de danos: marcos, dilemas, perspectivas, desafios. Cad. saúde pública. [periódico na Internet] 2006 abr. [citado 2012 Jul 24]; 22(4):702-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000400001&lng=en&nrm=iso.

Calipo SM. Saúde, Estado e ética NOB/96 e lei das organizações sociais: a privatização da instituição pública na saúde.[dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Cálido SM, Soares CB. Público e privado na reforma do sistema de saúde no Brasil. Sociedade em Debate, Pelotas, 14(1): 119-38, 2008. [citado 2014 abr 20] Disponível em:www.rsd.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/389/345+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br.

Campos FM. Os direitos sociais e sua função no capitalismo [dissertação] São Paulo: Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo; 2010.

Campos MA, Siqueira DJR. Redução de danos e terapias de substituição em debate: contribuição da Associação Brasileira de Redutores de Danos J. bras. psiquiatr [Internet] 2003 set - out. [citado 2012 Jul 24]; 52(5):387-93. Disponível em:<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=J.%20bras.%20psiquiatr&connector=ET&lang=PT>.

Campos MS, Valente RA. O julgamento do recurso extraordinário 635.659: pelo fim da guerra as drogas. Boletim IBCCRIM. Ed Especial sobre drogas. [Internet] 2012 out [citado 2014 abr 23]; ISSN (1676-3661)p.20-2. Disponível em:http://www.ibccrim.org.br/boletim/280-Ed.--Especial-Drogas/?ano_filtro=2012.

Carlini-Cotrim B, Rosemberg F. Os livros didáticos e o ensino para a saúde: o caso das drogas psicotrópicas. Rev. saúde pública [Internet] 1991 ago [citado 2012 jul 24]; 25(4):299-305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101991000400009&script=sci_arttext.

Carneiro H. Transformações do significado da palavra “droga” das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In *Álcool e drogas na história do Brasil*. Belo Horizonte: PUCMinas; 2005.

Carneiro H. As necessidades humanas revista *Outubro*, IES, São Paulo, vol. 6, 2002, pp.115-28.

Carraro TE, Santos SMA, Fenili RM, Radunz V. O fenômeno das drogas e as macro-políticas-agências e tratados internacionais. *Texto & contexto enferm* [Internet] 2004 abr-jun. [citado 2012 Jul 24];13(2):290-295. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71413214.pdf>.

Carvalho S. A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06.6ª Ed. Ver. Ampl. São Paulo: Saraiva; 2013.

Carvalho SR, Barros ME, Ferigato S, organizadores. *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo: Hucitec. [Internet] 2009 [citado 2012 jul 24] 419 p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=BR526.1&>.

Cavalcante MBPT, Alves MDS, Barroso MGT. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* [Internet] 2008 set. [citado 2012 Jul 24]; 12(3):555-559. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000300024&lng=en&nrm=iso.

Cefess-Abpess-Cead-UNB. Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Programa de Capacitação em Serviço Social e Política Social: Módulo 1. Brasília: CEAD; 1999.

Chan KY, Stoové MA, Reidpath DD. Stigma, social reciprocity and exclusion of HIV/AIDS patients with illicit drug histories: A study of Thai nurses' attitudes. *Harm Reduction Journal*, 5(28). [Internet]. 2008 [cited Aug 3]; Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-53149152243&origin=resultslst>.

Chile. Ministerio del Interior: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Secretaría Ejecutiva. Política y plan nacional de prevención y control de drogas. Santiago de Chile; Ministeriodel Interior; 1993. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=CL27.1&>.

Christie T, Wood E, Schechter MT, O'Shaughnessy MV. A comparison of the new Federal Guidelines regulating supervised injection site research in Canada and the Tri-Council Policy Statement on Ethical Conduct for Research Involving Human Subjects. *Int Journal of Drug Policy*. [Internet] 2004 [cited Aug 3]; 15(1):[about 66-73 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-1642573166&origin=resultslist>.

Cinco R. O debate sobre a legalização das drogas: a falência da política proibicionista. *Rev. Inscrita CFESS*. 2013;(14)(ISSN 1414-0921):54-63.

Coelho HV; Godoy A; Oliveira E; Soares CB; Campos CMS; Cordeiro L. Políticas públicas de saúde aos usuários de álcool e outras drogas: contribuição da saúde coletiva ao debate. *Rev. da Faculdade Estácio de Sá SESES-Go*. 2012, 2(07):194-203.

Colômbia. Defensoría del Pueblo. Los cultivos ilícitos: política mundial y realidad en Colombia. Bogotá, D.C. [Internet] Colombia. Defensoría del Pueblo; 2000. 191p. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=CO5.1&>.

Cordeiro BRC, Lima HB, Lima LSV, Lemos BKJ, Lemos TR, Lopes GT. As questões macrossociais das drogas e os saberes dos estudantes de enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet] 2008 jun. [citado 2012 Jul 24];12(2):323-28. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Esc.%20Anna%20Nery%20Rev.%20Enferm&connector=ET&lang=pt>.

Couto BR. O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível? 4 ed. São Paulo: Cortez; 2010.

Cruz MF, Patra J, Fischer B, Rehm J, Kalousek K. Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *Int Journal of Drug Policy*. [Internet]. 2007 [cited Aug 3]; 18 (1): [about 54-61p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-33846909559&origin=resultslist>.

Davis M. Planeta favela. São Paulo: Boitempo; 2011.

Delbon, F, Da Ros V, Ferreira EMA. Avaliação da disponibilização de kits de redução de danos. *Saúde Soc*; [Internet] 2006 jan-abr. [citado 2012 Jul 24];15(1):37-48. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Saúde%20Soc&connector=ET&lang=pt>.

Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Rev Source* [Internet]. 2012 [cited Aug 3]; 379 (9810): [about 55-70p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84855475193&origin=resultslist&sort=plf-DocumentType:Review>.

Dias AIS. Políticas de redução de danos no Brasil e as lições aprendidas de um modelo americano. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=BR526.1&>.

Duarte MJO. Saúde mental, drogas e direitos humanos: implicações éticas e políticas em tempo de internações compulsórias. In: *Anais do 14º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*; 2013.

Edlin BR, Seal KH, Lorvick J, Kral AH, Ciccarone DH, Moore LD, et al. Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users? *New England Journal of Medicine*. [Internet] 2001 [cited Aug 3]; 345(3):[about 211-214p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-0035913261&origin=resultslist>.

Elias LA. Um estudo de caso da implementação de um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas (CAPS-ad), no Rio de Janeiro, 2009-2010. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011 Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=BR526.1&>

Elliott R. Bangkok 2004. Drug control, human rights, and harm reduction in the age of AIDS. *Canadian HIV/AIDS policy & law review / Canadian HIV/AIDS Legal Network*. [Internet] 2004 [cited Aug 3]; 9 (3):[about 86-90 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-15944405717&origin=resultslist>.

Fiore M. Quem lucra com a criminalização. *Boletim IBCCRIM. Ed Especial sobre drogas*. [Internet] 2012 out [citado 2014 abr 23]; ISSN (1676-3661)p.20-2. Disponível em: http://www.ibccrim.org.br/boletim/280-Ed.--Especial-Drogas/?ano_filtro=2012.

Flavin J, Paltrow LM. Punishing pregnant drug-using women: Defying law, medicine, and common sense. *Journal of Addictive Diseases*. [Internet]. 2010 [cited Aug 3]; 29(2):[about 231-244 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-77951434951&origin=resultslist>.

Fonseca EM. Redução de danos relacionado ao consumo de drogas: considerações a respeito da teoria e a experiência brasileira. [monografia] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.Xis&nextaction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=BR526.1&>.

Fraser, S., Moore, D. Dazzled by unity? Order and chaos in public discourse on illicit drug use. Soc Science and Medicine. [Internet]. 2008 [cited Aug 3]; 66(3):[about 740-752 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2s2.037249059964&origin=resultslist>.

French MT, McGeary KA, Chitwood DD, McCoy CB. Chronic illicit drug use, health services utilization and the cost of medical care. Soc Science and Medicine. [Internet] 2000 [cited Aug 3]; 50 (12):[about 17031713p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-00341=resultslist>.

Friedman S. Sociopharmacology of drug use: Initial thoughts. Int Journal of Drug Policy. [Internet] 2002 [cited Aug 3]; 13(5):[about 341347p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-0036862003&origin=resultslist>.

Garcia MLT, Leal FX, Abreu CC. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. Psicol. soc [Internet] 2008 maio - ago. [citado 2012 Jul 24]; 20(2):267-276. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Psicol.%20soc&connector=ET&lang=PT>.

Gil AC. Como elaborar Projetos de Pesquisa. 4ed. São Paulo: Atlas; 2009.

Gonçalves SSPM, Tavares CMM. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. Esc. Anna Nery Rev. Enferm [Internet] 2007 dez. [citado 2012 Jul 24]; 11(4):586-592. Disponível em <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search= Esc.%20 Anna%20Nery%20 Rev.%20Enferm&connector=ET&lang=PT>.

Guerra Y. Direitos sociais e sociedade de classes: o discurso do direito a ter direitos. Coletânea Nova do Serviço Social Ética e direitos: ensaios críticos. Org. Guerra Y e Forti V. 3 ed. Rio de Janeiro, Lúmen, 2011.p.31-54.

Harvey D. Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Edições Loyola: São Paulo; 1993.

Higgs P, Dwyer R, Duong D, Thach ML, Hellard M, Power R, et al. Heroin-gel capsule cocktails and groin injecting practices among ethnic Vietnamese in Melbourne, Australia. *Int Journal of Drug Policy*. [Internet]. 2009 [cited Aug 3]; 20 (4):[about 340-346 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-67349182391&origin=resultslist>.

Hopwood M, Treloar C. The drugs that dare not speak their name: Injecting and other illicit drug use during treatment for hepatitis C infection. *Int Journal of Drug Policy*. [Internet]. 2007 [cited Aug 3]; 18 (5): [about 370-380 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-34548508918&origin=resultslist>.

Iamamoto MV. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 20ª Ed. São Paulo: Cortez; 2011.

Islam MM, Day CA, Conigrave KM. Harm reduction healthcare: From an alternative to the mainstream platform? *International Journal of Drug Policy*. [Internet]. 2010 [cited Aug 3]; 21 (2):[about 131-133 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-77649275175&origin=resultslist>.

Jelsma M. Inovações legislativas em políticas sobre drogas: iniciativa latino-americana sobre drogas e democracia. Transnational Institute; 2009.

Jerí R. Farmacodependencia en el Perú: evaluación de Programas Preventivos y Asistenciales. In: *Anais Congresso Nacional de Psiquiatria* 4, 1981 Agos-30; Lima, Peru. Lima: Rev. neuropsiquiatr; 44(1) 1996 p. 43-61. Congresso Nacional de Psiquiatria. [http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20 neuro psiquiatr&connector=ET&lang=pt](http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20neuro%20psiquiatr&connector=ET&lang=pt).

Kamarulzaman A. Impact of HIV prevention programs on drug users in Malaysia. Conference Paper; *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 52 [Internet]. 2009 [cited Aug 3]; [about S17-19 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-70350755858&origin=resultslist>.

Karam ML. Crack: obrigatório x contraditório – processos de tratamento e compulsoriedade. [Internet] In I Simpósio-Americano de Políticas sobre drogas: crack e cenários urbanos; Minas Gerais, 2010a. Disponível em <http://www.leapbrasil.com.br/textos>

Karam ML. Drogas: legislação brasileira e violações a direitos fundamentais. [Internet] 2010b [citado 30 jul. 2012]. Disponível em <http://www.leapbrasil.com.br/textos>

Kerr-Corrêa F, Andrade AG; Bassit AZ, Boccuto NMVF. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da UNESP. Rev. bras. psiquiatr [Internet] 1999 abr-jun. [citado 2012 Jul 24]; 21(2):95-100. Disponível em <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20bras.%20psiquiatr&connector=ET&lang=pt>.

Kerr T, Wood E, Small D, Palepu A, Tyndall MW. Potential use of safer injecting facilities among injection drug users in Vancouver's Downtown Eastside. CMAJ. [Internet] 2003 [cited Aug 3]; 169 (8):[about 759-763 p.]. Available from: <http://www.com/record/display.url?eid=2-s2.0-0142246431&origin=resultslist>.

Kerr T, Kaplan K, Suwannawong P, Wood E. Getting global funds to those most in need: The Thai Drug User's Network. Health and Human Rights. [Internet] 2004 [cited Aug 3]; 8(2):[about 170-186 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.30444434229&origin=resultslist>.

Kerr T, Small W, Wood E. The public health and social impacts of drug market enforcement: A review of the evidence. Int Journal of Drug Policy. [Internet] 2005 [cited Aug 3]; 16 (4): [about 210-220 p.]. Available from <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-27644448755&origin=resultslist>.

Kerr T, Small W, Peeace W, Douglas D, Pierre A, Wood E. Harm reduction by a "user-run" organization: A case study of the Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU). Int Journal of Drug Policy. [Internet] 2006 [cited Aug 3]; 17 (2): [about 61-66 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-33644891603&origin=resultslist>.

Krüsi A, Wood E, Montaner J, Kerr T. Social and structural determinants of HAART access and adherence among injection drug users. Int Journal of Drug Policy. [Internet]. 2010 [cited Aug 3]; 21 (1):[about 4-9 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-71149086499&origin=resultslist>.

Labate BC, Goulart SL, Fiore M, MacRae E, Carneiro H (organizadores). Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA [Internet] 2008 [citado 2012 Jul 24] 440 p. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxisind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=MAILLIL&Lang=p&exprSearch=BR1273.1&>.

Laranjeira R. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. J. bras. psiquiatr [Internet] 1996 abr. [citado 2012 Jul 24]; 45(4):191-9. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=J.%20bras.%20psiquiatr&connector=ET&lang=pt>.

Laranjeira R. Legalização de drogas e a saúde pública. Ciênc. Saúde coletiva; [Internet] 2010 maio. [citado 2012 Jul 24]; 15(3):621-631, maio 2010. Disponível em <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Ciênc.%20saúde%20coletiva&connector=ET&lang=pt>.

Lindelow M, Serneels P. The performance of health workers in Ethiopia: Results from qualitative research. Soc Science and Medicine. [serial on the Internet] 2006 [cited Aug 3]; 62 (9): [about 2225-2235 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-33644889368&origin=resultslist>.

Loyola CMD, Brands B, Adlaf E, Giesbrecht N, Simich L, Wright MGM, et al. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas na cidade do Rio de Janeiro - Zona Norte, Brasil. Rev. latinoam. enferm. [periódico na Internet] 2009 [citado em 2012 Jul 24]; 17 (spe): 817-823. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20latinoam.%20enferm&connector=ET&lang=PT>.

Lucas P. Moral regulation and the presumption of guilt in Health Canada's medical cannabis policy and practice. Int Journal of Drug Policy. [Internet]. 2009 [cited Aug 3]; 20(4): [about 296-303 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-67349158282&origin=resultslist>.

Machado AR, Miranda PSC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. Hist. ciênc. saúde-Manguinhos [Internet] 2007 jul-set. [citado 2012 Jul 24]; 14(3):801-821. Disponível em <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Hist.%20ciênc.%20saúde-Manguinhos&connector=ET&lang=pt>.

Machado N. O discurso penal e a lei de drogas. In Só socialmente... Bastos FI e Gonçalves O, organizadores. Rio de Janeiro: Reluma-Dumará; 1992.

Malinowska-Sempruch K, Bonnell R, Hoover J. Civil society-A leader in HIV prevention and tobacco control. Drug and Alcohol Rev. [serial on the Internet]. 2006 [cited Aug 3]; 25 (6): [about 625-632p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-33751533488&origin=resultslist>.

Marlatt GA e colaboradores. Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Bueno D, tradução. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Matias TS. Formulación de políticas publicas en drogadependencia en Argentina y su aplicación en atención primaria de la salud. [dissertação]. Córdoba: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba; 2011. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=AR32.1&>.

Meirelles ZV. Vida e trabalho de adolescentes no narcotráfico numa favela do Rio de Janeiro. [dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1998. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=BR526.1&>.

Mendonça JLS. A política nacional sobre o álcool: avanços e desafios. Rio de Janeiro Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. [Internet] 2001[citado 2012 Jul 24] Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=BR526.1&>.

México. Presidência de La República. Programa Nacional para elControl de Drogas. [Internet] México, D.F; Presidência de La República; 1992. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=MX10.1&>.

México. Secretaría de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones. Lineamientos para el reforzamiento del Programa Nacional contra las Adicciones. [Internet] México, D.F; México. Secretaría de Salud; jul. 2000. 59 p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=MX10.1&>.

México. Secretaría de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones. Programa contra la farmacodependencia. [Internet] México, D.F; México. Secretaría de Salud; oct. 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=MX10.1&>.

Miller CL, Firestone M, Ramos R, Burris S, Ramos ME, Case P, et al. Injecting drug users' experiences of policing practices in two Mexican-U.S. border cities: Public health perspectives. Int Journal of Drug Policy. [Internet]. 2008 [cited Aug 3]; 19 (4): [about 324-331 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-47249134559&origin=resultslist>.

Miller PG. Scapegoating, self-confidence and risk comparison: The functionality of risk neutralisation and lay epidemiology by injecting drug users. *Int Journal of Drug Policy*. [Internet] 2005 [cited Aug 3]; 16(4):[about246-25p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-27644436742&origin=resultlist>.

Ministério da Saúde [Internet]. Brasília; 2014 [atualizada 2014; citado 2014 jan 14]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>

Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Política de Drogas. [Internet]. Brasília; 2011 [atualizada 2014; citado 2014 abr 16]. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={D0D73EAF-226D-40A2-8029-3F6E86A407CF}&BrowserType=IE&LangID=pt-br>.

Moraes MM. O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=BR305.1&>.

Moreira CABD, Silva A, Martins SA. Recuperando vidas: uma proposta de atendimento. *Interface comun. saúde educ* [Internet] 2009 jul-set [citado 2012 Jul 24]; 13(30):221-227. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Interface%20comun.%20saúde%20educ&connector=ET&lang=pt>.

Moreira MR. Nem soldados, nem inocentes: jovens e tráfico de drogas no município do Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=BR526.1&>.

Montaño C. Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 5 ed. São Paulo: Cortez; 2008.

Muñoz Delgado, Saulo. Coca: árbol del paraíso americano, patrimonio precolombino. Cali, Valle; Fundación SaludCaina [Internet] 2000 [citado 2012 jul 24]. 204 p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=CO5.1&>.

Narayanan S, Vicknasingam B, Robson NMH. The transition to harm reduction: Understanding the role of non-governmental organisations in Malaysia. *Int Journal of Drug Policy*. [Internet]. 2011 [cited Aug 3]; 22 (4): [about 311-317 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-79958766010&origin=resultslist>.

Naveillán Fernández, Pedro. Notas sobre la prevención del alcoholismo y la dependencia de drogas. *Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile* [Internet] 1994 [citado 2012Jul 24]; 5(4):40-57. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20Hosp.%20Clin.%20Univ.%20Chile&connector=ET&lang=pt>.

Needle RH, Burrows D, Friedman SR, Dorabjee J, Touzé G, Badrieva L, et al. Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. *Int Journal of Drug Policy*. [Internet] 2005 [cited Aug 3]; 16 (Suppl 1): [about S45-S57 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-28444468082&origin=resultslist>.

Negrete JC. Prevención de la toxicofilia. *Acta psiquiátr. psicol. Am. Lat.* [Internet] 1996 [citado 2012 jul 24]; 42(2):142-60. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Acta%20psiquiátr.%20psicol.%20Am.%20Lat&connector=ET&lang=pt>.

Netto JP, Braz M. Economia política: uma introdução à crítica. Biblioteca Básica do Serviço Social v. 01. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2012.

Nigro L, Casciaro A, Matalone M, Aloisio P, Bruno S. Feasibility in needle exchange programme: An evaluation of a pilot programme in Catania, Sicily. *Int Journal of Drug Policy*. [Internet] 2000 [cited Aug 3]; 11 (4): [about 299-303 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-0034255901&origin=resultslist>.

Pashukanis EB. A teoria geral do direito e o marxismo. Tradução de Bessa P. Rio de Janeiro: Renovar; 1989.

Peretti-Watel P. Heroin users as 'folk devils' and French public attitudes toward public health policy. *Int Journal of Drug Policy*. [Internet] 2003 [cited Aug 3]; 14 (4): [about 321-329 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-0042977523&origin=resultslist>.

Pérez Franco, Juan M. Drogas ilegales en Chile: los fundamentos de un pseudo problema / Illegal drugs in Chile: foundation of a pseudoproblem. *Psiquiatr. salud ment*; 18(2):41-48, abr.-jun. 2001. <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Psiquiatr.%20salud%20ment&connector=ET&lang=pt>.

Pinell, P. Análise sociológica das políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz. [Internet] 2010 [citado 2012 Jul 24]; 250 p. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=BR526.1&>

Pinho PH, Oliveira MA, Almeida MM. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?: [revisão] Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo) [Internet] 2008. [citado 2012 Jul 24];35(supl.1):82-88. Disponível em [http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20psiquiatr.%20clín.%20\(São%20Pao\)&connector=ET&lang=pt](http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20psiquiatr.%20clín.%20(São%20Pao)&connector=ET&lang=pt).

Pires RM, Carrieri CG, Carrieri GG. O Estado frente à temática das drogas lícitas e ilícitas: avanços da nova legislação e desafios frente ao sistema único de saúde. SMAD, Rev. eletronicasaude mental alcooldrog [Internet] 2008 ago.[citado 2012 Jul 24];4(2). Disponível em: <http://portal.revistasbvs.br/index.php?search=SMAD,%20Rev.%20eletronica%20saude%20mental%20alcool%20drog&connector=ET&lang=PT>.

Reale D. Drogas, redução de danos,direitos humanos: transitando com Winnicott. Rev. Urutagua nº 6 Dep. Ciências Sociais –Universidade Estadual de Maringá. [Internet] 2004 [citado 14 jan 2014]. Disponível em: <http://www.uem.br/urutagua/006/06reale.htm>.

Redmond G, Spooner C. Alcohol and other drug related deaths among young people in CIS countries: Proximal and distal causes and implications for policy. Int Journal of Drug Policy. [serial on the Internet]. 2009 [cited Aug 3]; 20(1): [about 38-47 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0.057649105919&origin=resultslist>.

Reid G, Aitken C. Advocacy for harm reduction in China: A new era dawns Int Journal of Drug Policy. [Internet]. 2009 [cited Aug 3]; 20 (4):[about 365-370p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0.67349267342&origin=resultslist>.

Reid G, Kamarulzaman A, Sran SK. Malaysia and harm reduction: The challenges and responses. Int Journal of Drug Policy. [Internet]. 2007 [cited Aug 3]; 18 (2): [about 136-140 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0.33947116644&origin=resultslist>.

Reid G, Devaney ML, Baldwin S. Harm reduction programmes in the Asia Pacific Region. Drug and Alcohol Rev. [Internet]. 2008 [cited Aug 3]; 27 (1): [about 95-98 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0.36549024349&origin=resultslist>.

Reis GJ. Análise da orientação vigente do governo federal brasileiro no enfrentamento dos problemas relacionados às drogas. [monografia] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=BR526.1&>

Rhodes T, Platt L, Sarang A, Vlasov A, Mikhailova L, Monaghan G. Street policing, injecting drug use and harm reduction in a Russian City: A qualitative study of police perspectives. *Journal of Urban Health Rev.* [Internet] 2006 [cited Aug 3]; 83 (5): [about 911-925 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-33748138274&origin=resultslist>.

Ritter A. Illicit drugs policy through the lens of regulation. *Int Journal of Drug Policy.* [Internet]. 2010 [cited Aug 3]; 21 (4): [about 265-270 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-77953806897&origin=resultslist>.

Riale D. Drogas, redução de danos, e direitos humanos: transitando com Winnicott. [Internet]. 2004. [citado 2011 ago 31]. Disponível em <http://www.urutagua.uem.br/006/06reale.pdf>.

Room R, Reuter PH. well do international drug conventions protect public health? *Rev Source* [Internet]. 2012 [cited Aug 3]; 379(9810): [about 84-91p.]. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)614232/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)614232/fulltext).

Sá AA. Criminologia Clínica e psicologia criminal. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2007.

Salla F, Marques MGJ, Rocha TT. Relato de uma pesquisa sobre a Lei 11.343/2006. *Boletim IBCCRIM. Ed Especial sobre drogas.* [Internet] 2012 out [citado 2014 abr 23]; ISSN (1676-3661)p.10-11. Disponível em: http://www.ibccrim.org.br/boletim/280-Ed.--Especial-Drogas/?ano_filtro=2012.

Santiago-Negrón S, Albizu-García CE. Guerra contra las Drogas o Guerra contra la Salud? Los retos para la salud pública de la política de Drogas de Puerto Rico. *P. R. health sci. j.* [Internet] 2003 mar [citado 2012 Jul 24]; 22(1):49-59. <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=P.%20R.%20health%20sci.%20j&connector=ET&lang=PT>.

Santos V. O objeto/sujeito da redução de danos: uma análise da literatura da perspectiva da saúde coletiva. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. [Internet]. Brasília; s.a [atualizada 2014; citado 2014 abr 16]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/>

Severino AJ. Metodologia do Trabalho Científico. 23 edrev. atual. São Paulo: Cortez; 2007.

Silva AST, Silva RN. A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental. [Internet] 2006 [citado 29 abr.2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200005.

Silva J, Brands B, Adlaf E, Giesbrecht N, Simich L, Wright MGM. Familiares e pessoas conhecidas de usuários de drogas ilícitas: recorte de opiniões sobre leis e políticas públicas de uma comunidade da Zona Oeste do Rio de Janeiro, Brasil. Revlatinoam. enferm [periódico na Internet] 2009 [citado em 2012 Jul 24]; 17 (spe): 803-809. Disponível em <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20latinoam.%20enferm&connector=ET&lang=pt>.

Shannon K, Ishida T, Lai C, Tyndall MW. The impact of unregulated single room occupancy hotels on the health status of illicit drug users in Vancouver. Int Journal of Drug Policy. [Internet] 2006 [cited Aug 3]; 17 (2): [about 107-114 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-33644922032&origin=resultlist>.

Smith K, Bartlett N, Wang N. A harm reduction paradox: Comparing China's policies on needle and syringe exchange and methadone maintenance. International Journal of Drug Policy. [Internet]. 2012 [cited Aug 3]; 23 (4): [about 327-332 p.]. Available from: [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(11\)00177-0/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(11)00177-0/abstract).

Soares CB. Adolescentes, drogas e AIDS: avaliação a prevenção e levantando necessidades [tese] São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo; 1997. Disponível em: <http://bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=BR67.1&>.

Soares CB. O Consumo Contemporâneo de Drogas e Juventude: a construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva. [tese de livre docência] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Spicer N, Harmer A, Aleshkina J, Bogdan D, Chkhatarashvili K, Murzalieva G, et al. Circus monkeys or change agents? Civil society advocacy for HIV/AIDS in adverse policy environments. Soc Science and Medicine. [Internet]. 2011 [cited Aug 3]; 73 (12): [about 1748-1755 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0.081755166210&origin=resultlist>.

Spittal PM, Small W, Wood E, Johnston C, Charette J, Laliberté N, et al. How otherwise dedicated AIDS prevention workers come to support state-sponsored shortage of clean syringes in Vancouver, Canada. *Int Journal of Drug Policy*. [Internet] 2004 [cited Aug 3]; 15 (1):[about 36-45 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-1642573167&origin=resultslst>.

Stauffer L. Drug use and harm reduction policy: Alternative perspectives on the California proposal. *Journal of Health and Social Policy*. [Internet] 2004 [cited Aug 3]; 19 (3):[about 19-36 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-18844444730&origin=resultslst>.

Strauss SM, Rindskopf DM, Astone-Twerell JM, Des Jarlais DC, Hagan H. Using latent class analysis to identify patterns of hepatitis C service provision in drug-free treatment programs in the U.S. *Drug and Alcohol Dependence Art*. [Internet] 2006 [cited Aug 3]; 83 (1): [about 15-24 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-33646171527&origin=resultslst>.

Thoumi FE, Uribe S, Rocha GR, Reyes A, Garzon SEA, Lopez RA; Tokatlian JG, et al. Drogas ilícitas en Colombia: su impacto económico, político y social. Santafé de Bogotá, D.C; PNUD [Internet]. 1997 [citado 2012 Jul 24]; 700 p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL &lang=p&exprSearch=CO5.1&>.

Trindade JDL. História Social dos Direitos Humanos. São Paulo: Peirópolis; 2011.

Triviños ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Wagner GA, Andrade AG. Os profissionais farmacêuticos na prevenção do abuso de drogas: funções de atualização e oportunidades. *Braz. j. pharm*. [Internet] 2010 jan-mar.[citado 2012 Jul 27] sci;46(1):19-27. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Braz.%20j.%20pharm.%20sci&connector=ET&lang=t>.

Wodak A. Health HIV infection, human rights, and injecting drug use. *Health and Human Rights*. Chronic illicit drug use, health services utilization and the cost of medical care. *Soc Science and Medicine*. [serial on the Internet] 1998 [cited Aug 3]; 2 (4):[about 25-41 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-0031848012 &origin=resultslst>.

Wodak A. Methadone and heroin prescription: Babies and bath water: Substance Use and Misuse. [Internet] 2002 [cited Aug 3];37(5):[about 523-531p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-0036015826&origin=resultslist>.

Wood E, Kerr T, Tyndall MW, Montaner JSG. The Canadian government's treatment of scientific process and evidence: Inside the evaluation of North America's first supervised injecting facility. Int Journal of Drug Policy.[Internet]. 2008 [cited Aug 3]; 19 (3): [about220-225p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-43849094485&origin=resultslist>.

Vargas RM. Fumigación y conflicto: políticas antidrogas y deslegitimación del Estado en Colombia. Santafé de Bogotá, D.C; Tercer Mundo; 1999.279 p. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MAILLIL&lang=p&exprSearch=CO5.1&>.

Ventura CAA, Brands B, Adlaf E, Giesbrecht N, Simich L, Wright MGM, et al. Políticas e leis sobre drogas ilícitas no Brasil e a perspectiva de familiares e pessoas próximas a usuários de drogas: estudo na Cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Rev.latinoam. enferm [Internet] 2009 [citado em 2012 Jul 24]; 17 (spe): 810-816. Disponível em <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20latinoam.%20enferm&connector=ET&lang=PT>.

Viana N. A constituição das políticas públicas. [Internet] 2006 [citado em 22 ago. 2012]. Disponível em: <http://www.nee.ueg.br/seei/index.php/revistaplurais/article/view/69/96>.

Vongchak T, Kawichai S, Sherman S, Celentano DD, Sirisanthana T, Latkin, C, et al.The influence of Thailand's 2003 'war on drugs' policy on self-reported drug use among injection drug users in Chiang Mai, Thailand. Int Journal of Drug Policy. [Internet] 2005 [cited Aug 3]; 16 (2): [about 115-121 p.]. Available from: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-20044393642&origin=resultslist>

Vuong T, Ali R, Baldwin S, Mills S.Drug policy in Vietnam: A decade of change? International Journal of Drug Policy [Internet].2012 [cited Aug 3]; 23 (4): [about 319-326 p.]. Availablefrom: [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(11\)00233-7/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(11)00233-7/abstract).

Yonekura T. A operacionalização do conceito de classe social na epidemiologia crítica: uma revisão sistemática. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2011.

Zaluar A. Drogas, contexto cultural e cidadania. In Drogas uma visão contemporânea. Inem CL e Acseirad G, organizadoras Rio de Janeiro: Imago editora, 1993.

Entrevistas

Carneiro H. Diário da Liberdade: legalização das drogas é inevitável com avanço da democracia [depoimento a ...]. Diário da Liberdade. [citado 2014 jan. 15]. Brasil 2012 ago 12. Disponível em <http://www.diarioliberalidade.org/mundo/consumo-e-meio-natural/30132-henrique-carneiro,-historiador-legaliza%C3%A7%C3%A3o-das-drogas-%C3%A9-> em 15/01/2014 às 00:10

Apêndices

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação:

Área de atuação:

Tempo de atuação na área:

Questões

- 1) Na sua opinião, os direitos humanos para consumidores de drogas são contemplados pela legislação que rege as políticas públicas brasileiras? Em quais legislações? De que forma?
- 2) Quais as ações que estão sendo efetivadas pelo poder público para atender a população que consome substâncias psicoativas ilícitas? Na área da saúde e na justiça? O que pensa da internação compulsória? E da RD?
- 3) Na sua opinião o que seria uma política pública que atenda os direitos humanos para consumidores dessas substâncias? Ou o que precisa ser feito pelo Estado brasileiro e pela sociedade em geral para que consumidores tenham seus direitos humanos respeitados?
- 4) Deseja acrescentar mais alguma coisa?
- 5) Como os direitos sociais garantidos na CF, estão sendo efetivados nas políticas públicas que estão sendo implementadas, para atender a população que consome drogas ilícitas?
- 6) Qual o papel da sociedade civil na construção das políticas públicas voltadas para o consumo de substâncias psicoativas ilícitas?

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE

Eu, Cássia Baldini Soares, orientadora de Carla Regina Moreira, aluna regular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), venho por meio deste, convidar você a participar da pesquisa intitulada: As políticas públicas no campo das substâncias psicoativas ilícitas e os direitos humanos, cujo objetivo é analisar a política pública de saúde, desenvolvida pelo Estado brasileiro no campo das substâncias psicoativas ilícitas. Pretende-se identificar as políticas de saúde que estão sendo implementadas pelo Estado brasileiro, com relação aos consumidores de substâncias psicoativas ilícitas; bem como analisá-las em termos de sua adesão aos fundamentos dos direitos humanos, sob a ótica da saúde coletiva.

Caso aceite participar da pesquisa, solicitamos sua autorização para realizar anotações e gravar a entrevista que será realizada durante o processo do estudo proposto. Solicitamos também sua autorização para divulgar os resultados da pesquisa em eventos e publicações científicas nacionais e internacionais.

Garantimos todas as informações que você queira saber antes, durante e depois do estud. A sua participação na pesquisa é voluntária e você tem liberdade de se recusar a participar do estudo, ou se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. A confidencialidade e privacidade serão mantidas, sendo garantido sigilo absoluto sobre sua identidade, de forma que os nomes dos participantes nunca serão divulgados. Esclareço ainda que você receberá uma cópia deste documento.

Esse estudo será desenvolvido através da pesquisa documental, para apropriação dos documentos emitidos pelos órgãos oficiais – Ministério da Saúde e Ministério da Justiça - referente às políticas públicas de saúde os direitos humanos no campo das substâncias psicoativas ilícitas.

Caso tenha alguma dúvida, ou queira algum tipo de esclarecimento ou ainda reclamação sobre os procedimentos éticos deste estudo, por favor, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP no email: edipesq@usp.br.

Se sentir necessidade de contatar a pesquisadora durante ou após a pesquisa, o contato poderá ser feito com Cássia Baldini Soares (cassiaso@usp.br) ou Carla Regina Moreira (crmoreira3@ig.com.br) ou ainda pelo telefone: (11) 3061 7652.

() Concordo em participar voluntariamente desta pesquisa

() Não concordo em participar desta pesquisa

Local e data,

Assinatura da(o) participante

Anexo

ANEXO 1 – LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006.

[Mensagem de veto](#)

[Regulamento](#)

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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei 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 e define crimes.

Parágrafo único. Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União.

Art. 2º Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso.

Parágrafo único. Pode a União autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no caput deste artigo, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, respeitadas as ressalvas supramencionadas.

TÍTULO II

DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Art. 3º O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:

I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS E DOS OBJETIVOS

DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Art. 4º São princípios do Sisnad:

I - o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade;

II - o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;

III - a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados;

IV - a promoção de consensos nacionais, de ampla participação social, para o estabelecimento dos fundamentos e estratégias do Sisnad;

V - a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, reconhecendo a importância da participação social nas atividades do Sisnad;

VI - o reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito;

VII - a integração das estratégias nacionais e internacionais de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito;

VIII - a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua nas atividades do Sisnad;

IX - a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;

X - a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando a garantir a estabilidade e o bem-estar social;

XI - a observância às orientações e normas emanadas do Conselho Nacional Antidrogas - Conad.

Art. 5º O Sisnad tem os seguintes objetivos:

I - contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados;

II - promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;

III - promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios;

IV - assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata o art. 3º desta Lei.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO E DA ORGANIZAÇÃO

DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Art. 6º [\(VETADO\)](#)

Art. 7º A organização do Sisnad assegura a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito, nas esferas federal, distrital, estadual e municipal e se constitui matéria definida no regulamento desta Lei.

Art. 8º [\(VETADO\)](#)

CAPÍTULO III

[\(VETADO\)](#)

Art. 9º [\(VETADO\)](#)

Art. 10. [\(VETADO\)](#)

Art. 11. [\(VETADO\)](#)

Art. 12. [\(VETADO\)](#)

Art. 13. [\(VETADO\)](#)

Art. 14. [\(VETADO\)](#)

CAPÍTULO IV

DA COLETA, ANÁLISE E DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES

SOBRE DROGAS

Art. 15. [\(VETADO\)](#)

Art. 16. As instituições com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social que atendam usuários ou dependentes de drogas devem comunicar ao órgão competente do respectivo sistema municipal de saúde os casos atendidos e os óbitos ocorridos, preservando a identidade das pessoas, conforme orientações emanadas da União.

Art. 17. Os dados estatísticos nacionais de repressão ao tráfico ilícito de drogas integrarão sistema de informações do Poder Executivo.

TÍTULO III

DAS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO DO USO INDEVIDO, ATENÇÃO E

REINSERÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS E DEPENDENTES DE DROGAS

CAPÍTULO I

DA PREVENÇÃO

Art. 18. Constituem atividades de prevenção do uso indevido de drogas, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção.

Art. 19. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - o reconhecimento do uso indevido de drogas como fator de interferência na qualidade de vida do indivíduo e na sua relação com a comunidade à qual pertence;

II - a adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam;

III - o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas;

IV - o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias;

V - a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas;

VI - o reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados;

VII - o tratamento especial dirigido às parcelas mais vulneráveis da população, levando em consideração as suas necessidades específicas;

VIII - a articulação entre os serviços e organizações que atuam em atividades de prevenção do uso indevido de drogas e a rede de atenção a usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares;

IX - o investimento em alternativas esportivas, culturais, artísticas, profissionais, entre outras, como forma de inclusão social e de melhoria da qualidade de vida;

X - o estabelecimento de políticas de formação continuada na área da prevenção do uso indevido de drogas para profissionais de educação nos 3 (três) níveis de ensino;

XI - a implantação de projetos pedagógicos de prevenção do uso indevido de drogas, nas instituições de ensino público e privado, alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos conhecimentos relacionados a drogas;

XII - a observância das orientações e normas emanadas do Conad;

XIII - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

Parágrafo único. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas dirigidas à criança e ao adolescente deverão estar em consonância com as diretrizes emanadas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - Conanda.

CAPÍTULO II

DAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO E DE REINserÇÃO SOCIAL

DE USUÁRIOS OU DEPENDENTES DE DROGAS

Art. 20. Constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.

Art. 21. Constituem atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais.

Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;

V - observância das orientações e normas emanadas do Conad;

VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

Art. 23. As redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22 desta Lei, obrigatória a previsão orçamentária adequada.

Art. 24. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão conceder benefícios às instituições privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho, do usuário e do dependente de drogas encaminhados por órgão oficial.

Art. 25. As instituições da sociedade civil, sem fins lucrativos, com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social, que atendam usuários ou dependentes de drogas poderão receber recursos do Funad, condicionados à sua disponibilidade orçamentária e financeira.

Art. 26. O usuário e o dependente de drogas que, em razão da prática de infração penal, estiverem cumprindo pena privativa de liberdade ou submetidos a medida de segurança, têm garantidos os serviços de atenção à sua saúde, definidos pelo respectivo sistema penitenciário.

CAPÍTULO III

DOS CRIMES E DAS PENAS

Art. 27. As penas previstas neste Capítulo poderão ser aplicadas isolada ou cumulativamente, bem como substituídas a qualquer tempo, ouvidos o Ministério Público e o defensor.

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

- I - advertência sobre os efeitos das drogas;
- II - prestação de serviços à comunidade;
- III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

§ 1º Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica.

§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

§ 3º As penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 5 (cinco) meses.

§ 4º Em caso de reincidência, as penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 10 (dez) meses.

§ 5º A prestação de serviços à comunidade será cumprida em programas comunitários, entidades educacionais ou assistenciais, hospitais, estabelecimentos congêneres, públicos ou privados sem fins lucrativos, que se ocupem, preferencialmente, da prevenção do consumo ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas.

§ 6º Para garantia do cumprimento das medidas educativas a que se refere o caput, nos incisos I, II e III, a que injustificadamente se recuse o agente, poderá o juiz submetê-lo, sucessivamente a:

- I - admoestação verbal;
- II - multa.

§ 7º O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado.

Art. 29. Na imposição da medida educativa a que se refere o inciso II do § 6º do art. 28, o juiz, atendendo à reprovabilidade da conduta, fixará o número de dias-multa, em quantidade nunca inferior a 40 (quarenta) nem superior a 100 (cem), atribuindo depois a cada um, segundo a capacidade econômica do agente, o valor de um trinta avos até 3 (três) vezes o valor do maior salário mínimo.

Parágrafo único. Os valores decorrentes da imposição da multa a que se refere o § 6º do art. 28 serão creditados à conta do Fundo Nacional Antidrogas.

Art. 30. Prescrevem em 2 (dois) anos a imposição e a execução das penas, observado, no tocante à interrupção do prazo, o disposto nos arts. 107 e seguintes do Código Penal.

TÍTULO IV
DA REPRESSÃO À PRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA
E AO TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 31. É indispensável a licença prévia da autoridade competente para produzir, extrair, fabricar, transformar, preparar, possuir, manter em depósito, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir, para qualquer fim, drogas ou matéria-prima destinada à sua preparação, observadas as demais exigências legais.

Art. 32. As plantações ilícitas serão imediatamente destruídas pelas autoridades de polícia judiciária, que recolherão quantidade suficiente para exame pericial, de tudo lavrando auto de levantamento das condições encontradas, com a delimitação do local, asseguradas as medidas necessárias para a preservação da prova.

§ 1º A destruição de drogas far-se-á por incineração, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, guardando-se as amostras necessárias à preservação da prova.

§ 2º A incineração prevista no § 1º deste artigo será precedida de autorização judicial, ouvido o Ministério Público, e executada pela autoridade de polícia judiciária competente, na presença de representante do Ministério Público e da autoridade sanitária competente, mediante auto circunstanciado e após a perícia realizada no local da incineração.

§ 3º Em caso de ser utilizada a queimada para destruir a plantação, observar-se-á, além das cautelas necessárias à proteção ao meio ambiente, o disposto no Decreto nº 2.661, de 8 de julho de 1998, no que couber, dispensada a autorização prévia do órgão próprio do Sistema Nacional do Meio Ambiente - Sisnama.

§ 4º As glebas cultivadas com plantações ilícitas serão expropriadas, conforme o disposto no [art. 243 da Constituição Federal](#), de acordo com a legislação em vigor.

CAPÍTULO II
DOS CRIMES

Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem:

I - importa, exporta, remete, produz, fabrica, adquire, vende, expõe à venda, oferece, fornece, tem em depósito, transporta, traz consigo ou guarda, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, matéria-prima, insumo ou produto químico destinado à preparação de drogas;

II - semeia, cultiva ou faz a colheita, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, de plantas que se constituam em matéria-prima para a preparação de drogas;

III - utiliza local ou bem de qualquer natureza de que tem a propriedade, posse, administração, guarda ou vigilância, ou consente que outrem dele se utilize, ainda que

gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, para o tráfico ilícito de drogas.

§ 2º Induzir, instigar ou auxiliar alguém ao uso indevido de droga:

Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa de 100 (cem) a 300 (trezentos) dias-multa.

§ 3º Oferecer droga, eventualmente e sem objetivo de lucro, a pessoa de seu relacionamento, para juntos a consumirem:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano, e pagamento de 700 (setecentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa, sem prejuízo das penas previstas no art. 28.

§ 4º Nos delitos definidos no caput e no § 1º deste artigo, as penas poderão ser reduzidas de um sexto a dois terços, ~~vedada a conversão em penas restritivas de direitos~~, desde que o agente seja primário, de bons antecedentes, não se dedique às atividades criminosas nem integre organização criminosa. ([Vide Resolução nº 5, de 2012](#))

Art. 34. Fabricar, adquirir, utilizar, transportar, oferecer, vender, distribuir, entregar a qualquer título, possuir, guardar ou fornecer, ainda que gratuitamente, maquinário, aparelho, instrumento ou qualquer objeto destinado à fabricação, preparação, produção ou transformação de drogas, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos, e pagamento de 1.200 (mil e duzentos) a 2.000 (dois mil) dias-multa.

Art. 35. Associarem-se duas ou mais pessoas para o fim de praticar, reiteradamente ou não, qualquer dos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 desta Lei:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos, e pagamento de 700 (setecentos) a 1.200 (mil e duzentos) dias-multa.

Parágrafo único. Nas mesmas penas do caput deste artigo incorre quem se associa para a prática reiterada do crime definido no art. 36 desta Lei.

Art. 36. Financiar ou custear a prática de qualquer dos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 desta Lei:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 20 (vinte) anos, e pagamento de 1.500 (mil e quinhentos) a 4.000 (quatro mil) dias-multa.

Art. 37. Colaborar, como informante, com grupo, organização ou associação destinados à prática de qualquer dos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 desta Lei:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, e pagamento de 300 (trezentos) a 700 (setecentos) dias-multa.

Art. 38. Prescrever ou ministrar, culposamente, drogas, sem que delas necessite o paciente, ou fazê-lo em doses excessivas ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e pagamento de 50 (cinquenta) a 200 (duzentos) dias-multa.

Parágrafo único. O juiz comunicará a condenação ao Conselho Federal da categoria profissional a que pertença o agente.

Art. 39. Conduzir embarcação ou aeronave após o consumo de drogas, expondo a dano potencial a incolumidade de outrem:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 3 (três) anos, além da apreensão do veículo, cassação da habilitação respectiva ou proibição de obtê-la, pelo mesmo prazo da pena privativa de liberdade aplicada, e pagamento de 200 (duzentos) a 400 (quatrocentos) dias-multa.

Parágrafo único. As penas de prisão e multa, aplicadas cumulativamente com as demais, serão de 4 (quatro) a 6 (seis) anos e de 400 (quatrocentos) a 600 (seiscentos) dias-multa, se o veículo referido no caput deste artigo for de transporte coletivo de passageiros.

Art. 40. As penas previstas nos arts. 33 a 37 desta Lei são aumentadas de um sexto a dois terços, se:

I - a natureza, a procedência da substância ou do produto apreendido e as circunstâncias do fato evidenciarem a transnacionalidade do delito;

II - o agente praticar o crime prevalecendo-se de função pública ou no desempenho de missão de educação, poder familiar, guarda ou vigilância;

III - a infração tiver sido cometida nas dependências ou imediações de estabelecimentos prisionais, de ensino ou hospitalares, de sedes de entidades estudantis, sociais, culturais, recreativas, esportivas, ou beneficentes, de locais de trabalho coletivo, de recintos onde se realizem espetáculos ou diversões de qualquer natureza, de serviços de tratamento de dependentes de drogas ou de reinserção social, de unidades militares ou policiais ou em transportes públicos;

IV - o crime tiver sido praticado com violência, grave ameaça, emprego de arma de fogo, ou qualquer processo de intimidação difusa ou coletiva;

V - caracterizado o tráfico entre Estados da Federação ou entre estes e o Distrito Federal;

VI - sua prática envolver ou visar a atingir criança ou adolescente ou a quem tenha, por qualquer motivo, diminuída ou suprimida a capacidade de entendimento e determinação;

VII - o agente financiar ou custear a prática do crime.

Art. 41. O indiciado ou acusado que colaborar voluntariamente com a investigação policial e o processo criminal na identificação dos demais co-autores ou partícipes do crime e na recuperação total ou parcial do produto do crime, no caso de condenação, terá pena reduzida de um terço a dois terços.

Art. 42. O juiz, na fixação das penas, considerará, com preponderância sobre o previsto no art. 59 do Código Penal, a natureza e a quantidade da substância ou do produto, a personalidade e a conduta social do agente.

Art. 43. Na fixação da multa a que se referem os arts. 33 a 39 desta Lei, o juiz, atendendo ao que dispõe o art. 42 desta Lei, determinará o número de dias-multa, atribuindo a cada um, segundo as condições econômicas dos acusados, valor não inferior a um trinta avos nem superior a 5 (cinco) vezes o maior salário-mínimo.

Parágrafo único. As multas, que em caso de concurso de crimes serão impostas sempre cumulativamente, podem ser aumentadas até o décuplo se, em virtude da situação econômica do acusado, considerá-las o juiz ineficazes, ainda que aplicadas no máximo.

Art. 44. Os crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 a 37 desta Lei são inafiançáveis e insuscetíveis de sursis, graça, indulto, anistia e liberdade provisória, vedada a conversão de suas penas em restritivas de direitos.

Parágrafo único. Nos crimes previstos no caput deste artigo, dar-se-á o livramento condicional após o cumprimento de dois terços da pena, vedada sua concessão ao reincidente específico.

Art. 45. É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão,

qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. Quando absolver o agente, reconhecendo, por força pericial, que este apresentava, à época do fato previsto neste artigo, as condições referidas no caput deste artigo, poderá determinar o juiz, na sentença, o seu encaminhamento para tratamento médico adequado.

Art. 46. As penas podem ser reduzidas de um terço a dois terços se, por força das circunstâncias previstas no art. 45 desta Lei, o agente não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Art. 47. Na sentença condenatória, o juiz, com base em avaliação que ateste a necessidade de encaminhamento do agente para tratamento, realizada por profissional de saúde com competência específica na forma da lei, determinará que a tal se proceda, observado o disposto no art. 26 desta Lei.

CAPÍTULO III

DO PROCEDIMENTO PENAL

Art. 48. O procedimento relativo aos processos por crimes definidos neste Título rege-se pelo disposto neste Capítulo, aplicando-se, subsidiariamente, as disposições do Código de Processo Penal e da Lei de Execução Penal.

§ 1º O agente de qualquer das condutas previstas no art. 28 desta Lei, salvo se houver concurso com os crimes previstos nos arts. 33 a 37 desta Lei, será processado e julgado na forma dos [arts. 60 e seguintes da Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995](#), que dispõe sobre os Juizados Especiais Criminais.

§ 2º Tratando-se da conduta prevista no art. 28 desta Lei, não se imporá prisão em flagrante, devendo o autor do fato ser imediatamente encaminhado ao juízo competente ou, na falta deste, assumir o compromisso de a ele comparecer, lavrando-se termo circunstanciado e providenciando-se as requisições dos exames e perícias necessários.

§ 3º Se ausente a autoridade judicial, as providências previstas no § 2º deste artigo serão tomadas de imediato pela autoridade policial, no local em que se encontrar, vedada a detenção do agente.

§ 4º Concluídos os procedimentos de que trata o § 2º deste artigo, o agente será submetido a exame de corpo de delito, se o requerer ou se a autoridade de polícia judiciária entender conveniente, e em seguida liberado.

§ 5º Para os fins do disposto no [art. 76 da Lei nº 9.099, de 1995](#), que dispõe sobre os Juizados Especiais Criminais, o Ministério Público poderá propor a aplicação imediata de pena prevista no art. 28 desta Lei, a ser especificada na proposta.

Art. 49. Tratando-se de condutas tipificadas nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 a 37 desta Lei, o juiz, sempre que as circunstâncias o recomendem, empregará os instrumentos protetivos de colaboradores e testemunhas previstos na [Lei nº 9.807, de 13 de julho de 1999](#).

Seção I

Da Investigação

Art. 50. Ocorrendo prisão em flagrante, a autoridade de polícia judiciária fará, imediatamente, comunicação ao juiz competente, remetendo-lhe cópia do auto lavrado, do qual será dada vista ao órgão do Ministério Público, em 24 (vinte e quatro) horas.

§ 1º Para efeito da lavratura do auto de prisão em flagrante e estabelecimento da materialidade do delito, é suficiente o laudo de constatação da natureza e quantidade da droga, firmado por perito oficial ou, na falta deste, por pessoa idônea.

§ 2º O perito que subscrever o laudo a que se refere o § 1º deste artigo não ficará impedido de participar da elaboração do laudo definitivo.

Art. 51. O inquérito policial será concluído no prazo de 30 (trinta) dias, se o indiciado estiver preso, e de 90 (noventa) dias, quando solto.

Parágrafo único. Os prazos a que se refere este artigo podem ser duplicados pelo juiz, ouvido o Ministério Público, mediante pedido justificado da autoridade de polícia judiciária.

Art. 52. Findos os prazos a que se refere o art. 51 desta Lei, a autoridade de polícia judiciária, remetendo os autos do inquérito ao juízo:

I - relatará sumariamente as circunstâncias do fato, justificando as razões que a levaram à classificação do delito, indicando a quantidade e natureza da substância ou do produto apreendido, o local e as condições em que se desenvolveu a ação criminosa, as circunstâncias da prisão, a conduta, a qualificação e os antecedentes do agente; ou

II - requererá sua devolução para a realização de diligências necessárias.

Parágrafo único. A remessa dos autos far-se-á sem prejuízo de diligências complementares:

I - necessárias ou úteis à plena elucidação do fato, cujo resultado deverá ser encaminhado ao juízo competente até 3 (três) dias antes da audiência de instrução e julgamento;

II - necessárias ou úteis à indicação dos bens, direitos e valores de que seja titular o agente, ou que figurem em seu nome, cujo resultado deverá ser encaminhado ao juízo competente até 3 (três) dias antes da audiência de instrução e julgamento.

Art. 53. Em qualquer fase da persecução criminal relativa aos crimes previstos nesta Lei, são permitidos, além dos previstos em lei, mediante autorização judicial e ouvido o Ministério Público, os seguintes procedimentos investigatórios:

I - a infiltração por agentes de polícia, em tarefas de investigação, constituída pelos órgãos especializados pertinentes;

II - a não-atuação policial sobre os portadores de drogas, seus precursores químicos ou outros produtos utilizados em sua produção, que se encontrem no território brasileiro, com a finalidade de identificar e responsabilizar maior número de integrantes de operações de tráfico e distribuição, sem prejuízo da ação penal cabível.

Parágrafo único. Na hipótese do inciso II deste artigo, a autorização será concedida desde que sejam conhecidos o itinerário provável e a identificação dos agentes do delito ou de colaboradores.

Seção II

Da Instrução Criminal

Art. 54. Recebidos em juízo os autos do inquérito policial, de Comissão Parlamentar de Inquérito ou peças de informação, dar-se-á vista ao Ministério Público para, no prazo de 10 (dez) dias, adotar uma das seguintes providências:

I - requerer o arquivamento;

II - requisitar as diligências que entender necessárias;

III - oferecer denúncia, arrolar até 5 (cinco) testemunhas e requerer as demais provas que entender pertinentes.

Art. 55. Oferecida a denúncia, o juiz ordenará a notificação do acusado para oferecer defesa prévia, por escrito, no prazo de 10 (dez) dias.

§ 1º Na resposta, consistente em defesa preliminar e exceções, o acusado poderá argüir preliminares e invocar todas as razões de defesa, oferecer documentos e justificações, especificar as provas que pretende produzir e, até o número de 5 (cinco), arrolar testemunhas.

§ 2º As exceções serão processadas em apartado, nos termos dos [arts. 95 a 113 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal](#).

§ 3º Se a resposta não for apresentada no prazo, o juiz nomeará defensor para oferecê-la em 10 (dez) dias, concedendo-lhe vista dos autos no ato de nomeação.

§ 4º Apresentada a defesa, o juiz decidirá em 5 (cinco) dias.

§ 5º Se entender imprescindível, o juiz, no prazo máximo de 10 (dez) dias, determinará a apresentação do preso, realização de diligências, exames e perícias.

Art. 56. Recebida a denúncia, o juiz designará dia e hora para a audiência de instrução e julgamento, ordenará a citação pessoal do acusado, a intimação do Ministério Público, do assistente, se for o caso, e requisitará os laudos periciais.

§ 1º Tratando-se de condutas tipificadas como infração do disposto nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 a 37 desta Lei, o juiz, ao receber a denúncia, poderá decretar o afastamento cautelar do denunciado de suas atividades, se for funcionário público, comunicando ao órgão respectivo.

§ 2º A audiência a que se refere o caput deste artigo será realizada dentro dos 30 (trinta) dias seguintes ao recebimento da denúncia, salvo se determinada a realização de avaliação para atestar dependência de drogas, quando se realizará em 90 (noventa) dias.

Art. 57. Na audiência de instrução e julgamento, após o interrogatório do acusado e a inquirição das testemunhas, será dada a palavra, sucessivamente, ao representante do Ministério Público e ao defensor do acusado, para sustentação oral, pelo prazo de 20 (vinte) minutos para cada um, prorrogável por mais 10 (dez), a critério do juiz.

Parágrafo único. Após proceder ao interrogatório, o juiz indagará das partes se restou algum fato para ser esclarecido, formulando as perguntas correspondentes se o entender pertinente e relevante.

Art. 58. Encerrados os debates, proferirá o juiz sentença de imediato, ou o fará em 10 (dez) dias, ordenando que os autos para isso lhe sejam conclusos.

§ 1º Ao proferir sentença, o juiz, não tendo havido controvérsia, no curso do processo, sobre a natureza ou quantidade da substância ou do produto, ou sobre a regularidade do respectivo laudo, determinará que se proceda na forma do art. 32, § 1º, desta Lei, preservando-se, para eventual contraprova, a fração que fixar.

§ 2º Igual procedimento poderá adotar o juiz, em decisão motivada e, ouvido o Ministério Público, quando a quantidade ou valor da substância ou do produto o indicar, precedendo a medida a elaboração e juntada aos autos do laudo toxicológico.

Art. 59. Nos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 a 37 desta Lei, o réu não poderá apelar sem recolher-se à prisão, salvo se for primário e de bons antecedentes, assim reconhecido na sentença condenatória.

CAPÍTULO IV

DA APREENSÃO, ARRECADAÇÃO E DESTINAÇÃO DE BENS DO ACUSADO

Art. 60. O juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou mediante representação da autoridade de polícia judiciária, ouvido o Ministério Público, havendo indícios suficientes, poderá decretar, no curso do inquérito ou da ação penal, a apreensão e outras medidas assecuratórias relacionadas aos bens móveis e imóveis ou valores consistentes em produtos dos crimes previstos nesta Lei, ou que constituam proveito auferido com sua prática, procedendo-se na forma dos [arts. 125 a 144 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal](#).

§ 1º Decretadas quaisquer das medidas previstas neste artigo, o juiz facultará ao acusado que, no prazo de 5 (cinco) dias, apresente ou requeira a produção de provas acerca da origem lícita do produto, bem ou valor objeto da decisão.

§ 2º Provada a origem lícita do produto, bem ou valor, o juiz decidirá pela sua liberação.

§ 3º Nenhum pedido de restituição será conhecido sem o comparecimento pessoal do acusado, podendo o juiz determinar a prática de atos necessários à conservação de bens, direitos ou valores.

§ 4º A ordem de apreensão ou seqüestro de bens, direitos ou valores poderá ser suspensa pelo juiz, ouvido o Ministério Público, quando a sua execução imediata possa comprometer as investigações.

Art. 61. Não havendo prejuízo para a produção da prova dos fatos e comprovado o interesse público ou social, ressalvado o disposto no art. 62 desta Lei, mediante autorização do juízo competente, ouvido o Ministério Público e cientificada a Senad, os bens apreendidos poderão ser utilizados pelos órgãos ou pelas entidades que atuam na prevenção do uso indevido, na atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e na repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, exclusivamente no interesse dessas atividades.

Parágrafo único. Recaindo a autorização sobre veículos, embarcações ou aeronaves, o juiz ordenará à autoridade de trânsito ou ao equivalente órgão de registro e controle a expedição de certificado provisório de registro e licenciamento, em favor da instituição à qual tenha deferido o uso, ficando esta livre do pagamento de multas, encargos e tributos anteriores, até o trânsito em julgado da decisão que decretar o seu perdimento em favor da União.

Art. 62. Os veículos, embarcações, aeronaves e quaisquer outros meios de transporte, os maquinários, utensílios, instrumentos e objetos de qualquer natureza, utilizados para a prática dos crimes definidos nesta Lei, após a sua regular apreensão, ficarão sob custódia da autoridade de polícia judiciária, excetuadas as armas, que serão recolhidas na forma de legislação específica.

§ 1º Comprovado o interesse público na utilização de qualquer dos bens mencionados neste artigo, a autoridade de polícia judiciária poderá deles fazer uso, sob sua responsabilidade e com o objetivo de sua conservação, mediante autorização judicial, ouvido o Ministério Público.

§ 2º Feita a apreensão a que se refere o caput deste artigo, e tendo recaído sobre dinheiro ou cheques emitidos como ordem de pagamento, a autoridade de polícia judiciária que presidir o inquérito deverá, de imediato, requerer ao juízo competente a intimação do Ministério Público.

§ 3º Intimado, o Ministério Público deverá requerer ao juízo, em caráter cautelar, a conversão do numerário apreendido em moeda nacional, se for o caso, a compensação dos cheques emitidos após a instrução do inquérito, com cópias autênticas dos respectivos títulos, e o depósito das correspondentes quantias em conta judicial, juntando-se aos autos o recibo.

§ 4º Após a instauração da competente ação penal, o Ministério Público, mediante petição autônoma, requererá ao juízo competente que, em caráter cautelar, proceda à alienação dos bens apreendidos, excetuados aqueles que a União, por intermédio da Senad, indicar para serem colocados sob uso e custódia da autoridade de polícia judiciária, de órgãos de inteligência ou militares, envolvidos nas ações de prevenção ao uso indevido de drogas e operações de repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, exclusivamente no interesse dessas atividades.

§ 5º Excluídos os bens que se houver indicado para os fins previstos no § 4º deste artigo, o requerimento de alienação deverá conter a relação de todos os demais bens apreendidos, com a descrição e a especificação de cada um deles, e informações sobre quem os tem sob custódia e o local onde se encontram.

§ 6º Requerida a alienação dos bens, a respectiva petição será autuada em apartado, cujos autos terão tramitação autônoma em relação aos da ação penal principal.

§ 7º Autuado o requerimento de alienação, os autos serão conclusos ao juiz, que, verificada a presença de nexo de instrumentalidade entre o delito e os objetos utilizados para a sua prática e risco de perda de valor econômico pelo decurso do tempo, determinará a avaliação dos bens relacionados, cientificará a Senad e intimará a União, o Ministério Público e o interessado, este, se for o caso, por edital com prazo de 5 (cinco) dias.

§ 8º Feita a avaliação e dirimidas eventuais divergências sobre o respectivo laudo, o juiz, por sentença, homologará o valor atribuído aos bens e determinará sejam alienados em leilão.

§ 9º Realizado o leilão, permanecerá depositada em conta judicial a quantia apurada, até o final da ação penal respectiva, quando será transferida ao Funad, juntamente com os valores de que trata o § 3º deste artigo.

§ 10. Terão apenas efeito devolutivo os recursos interpostos contra as decisões proferidas no curso do procedimento previsto neste artigo.

§ 11. Quanto aos bens indicados na forma do § 4º deste artigo, recaindo a autorização sobre veículos, embarcações ou aeronaves, o juiz ordenará à autoridade de trânsito ou ao equivalente órgão de registro e controle a expedição de certificado provisório de registro e licenciamento, em favor da autoridade de polícia judiciária ou órgão aos quais tenha deferido o uso, ficando estes livres do pagamento de multas, encargos e tributos anteriores, até o trânsito em julgado da decisão que decretar o seu perdimento em favor da União.

Art. 63. Ao proferir a sentença de mérito, o juiz decidirá sobre o perdimento do produto, bem ou valor apreendido, seqüestrado ou declarado indisponível.

§ 1º Os valores apreendidos em decorrência dos crimes tipificados nesta Lei e que não forem objeto de tutela cautelar, após decretado o seu perdimento em favor da União, serão revertidos diretamente ao Funad.

§ 2º Compete à Senad a alienação dos bens apreendidos e não leiloados em caráter cautelar, cujo perdimento já tenha sido decretado em favor da União.

§ 3º A Senad poderá firmar convênios de cooperação, a fim de dar imediato cumprimento ao estabelecido no § 2º deste artigo.

§ 4º Transitada em julgado a sentença condenatória, o juiz do processo, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, remeterá à Senad relação dos bens, direitos e valores declarados perdidos em favor da União, indicando, quanto aos bens, o local em que se encontram e a entidade ou o órgão em cujo poder estejam, para os fins de sua destinação nos termos da legislação vigente.

Art. 64. A União, por intermédio da Senad, poderá firmar convênio com os Estados, com o Distrito Federal e com organismos orientados para a prevenção do uso indevido de drogas, a atenção e a reinserção social de usuários ou dependentes e a atuação na repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, com vistas na liberação de equipamentos e de recursos por ela arrecadados, para a implantação e execução de programas relacionados à questão das drogas.

TÍTULO V

DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Art. 65. De conformidade com os princípios da não-intervenção em assuntos internos, da igualdade jurídica e do respeito à integridade territorial dos Estados e às leis e aos regulamentos nacionais em vigor, e observado o espírito das Convenções das Nações Unidas e outros instrumentos jurídicos internacionais relacionados à questão das drogas, de que o Brasil é parte, o governo brasileiro prestará, quando solicitado, cooperação a outros países e organismos internacionais e, quando necessário, deles solicitará a colaboração, nas áreas de:

I - intercâmbio de informações sobre legislações, experiências, projetos e programas voltados para atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

II - intercâmbio de inteligência policial sobre produção e tráfico de drogas e delitos conexos, em especial o tráfico de armas, a lavagem de dinheiro e o desvio de precursores químicos;

III - intercâmbio de informações policiais e judiciais sobre produtores e traficantes de drogas e seus precursores químicos.

TÍTULO VI

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 66. Para fins do disposto no parágrafo único do art. 1º desta Lei, até que seja atualizada a terminologia da lista mencionada no preceito, denominam-se drogas substâncias entorpecentes, psicotrópicas, precursoras e outras sob controle especial, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.

Art. 67. A liberação dos recursos previstos na [Lei nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986](#), em favor de Estados e do Distrito Federal, dependerá de sua adesão e respeito às diretrizes básicas contidas nos convênios firmados e do fornecimento de dados necessários à atualização do sistema previsto no art. 17 desta Lei, pelas respectivas polícias judiciárias.

Art. 68. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão criar estímulos fiscais e outros, destinados às pessoas físicas e jurídicas que colaborem na prevenção do uso indevido de drogas, atenção e reinserção social de usuários e dependentes e na repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

Art. 69. No caso de falência ou liquidação extrajudicial de empresas ou estabelecimentos hospitalares, de pesquisa, de ensino, ou congêneres, assim como nos serviços de saúde que produzirem, venderem, adquirirem, consumirem, prescreverem ou fornecerem drogas ou de qualquer outro em que existam essas substâncias ou produtos, incumbe ao juízo perante o qual tramite o feito:

I - determinar, imediatamente à ciência da falência ou liquidação, sejam lacradas suas instalações;

II - ordenar à autoridade sanitária competente a urgente adoção das medidas necessárias ao recebimento e guarda, em depósito, das drogas arrecadadas;

III - dar ciência ao órgão do Ministério Público, para acompanhar o feito.

§ 1º Da licitação para alienação de substâncias ou produtos não proscritos referidos no inciso II do caput deste artigo, só podem participar pessoas jurídicas regularmente habilitadas na área de saúde ou de pesquisa científica que comprovem a destinação lícita a ser dada ao produto a ser arrematado.

§ 2º Ressalvada a hipótese de que trata o § 3º deste artigo, o produto não arrematado será, ato contínuo à hasta pública, destruído pela autoridade sanitária, na presença dos Conselhos Estaduais sobre Drogas e do Ministério Público.

§ 3º Figurando entre o praceado e não arrematadas especialidades farmacêuticas em condições de emprego terapêutico, ficarão elas depositadas sob a guarda do Ministério da Saúde, que as destinará à rede pública de saúde.

Art. 70. O processo e o julgamento dos crimes previstos nos arts. 33 a 37 desta Lei, se caracterizado ilícito transnacional, são da competência da Justiça Federal.

Parágrafo único. Os crimes praticados nos Municípios que não sejam sede de vara federal serão processados e julgados na vara federal da circunscrição respectiva.

Art. 71. [\(VETADO\)](#)

Art. 72. Sempre que conveniente ou necessário, o juiz, de ofício, mediante representação da autoridade de polícia judiciária, ou a requerimento do Ministério Público, determinará que se proceda, nos limites de sua jurisdição e na forma prevista no § 1º do art. 32 desta Lei, à destruição de drogas em processos já encerrados.

~~Art. 73. A União poderá celebrar convênios com os Estados visando à prevenção e repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de drogas.~~

Art. 73. A União poderá estabelecer convênios com os Estados e o com o Distrito Federal, visando à prevenção e repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de drogas, e com os Municípios, com o objetivo de prevenir o uso indevido delas e de possibilitar a atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. [\(Redação dada pela Lei nº 12.219, de 2010\)](#)

Art. 74. Esta Lei entra em vigor 45 (quarenta e cinco) dias após a sua publicação.

Art. 75. Revogam-se a [Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976](#), e a [Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002](#).

Brasília, 23 de agosto de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Márcio Thomaz Bastos
Guido Mantega
Jorge Armando Felix

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 24.8.2006