

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**MILENE DUARTE DE OLIVEIRA SOUZA**

**ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM PRESIDENTE  
KENNEDY- ES: ANÁLISE DE PROCESSOS E INTERFACE COM A POLÍTICA  
NACIONAL**

**VITÓRIA, ES  
2020**

MILENE DUARTE DE OLIVEIRA SOUZA

**ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM PRESIDENTE  
KENNEDY- ES: ANÁLISE DE PROCESSOS E INTERFACE COM A POLÍTICA  
NACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola Superior de Ciência da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

**Orientadora:** Profa. Dra. Gissele Carraro

**Área de concentração:** Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

**Linha de pesquisa:** Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA, ES

2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

S729a Souza, Milene Duarte de Oliveira  
Atenção aos usuários de álcool e outras drogas em  
Presidente Kennedy – ES: análise de processos e interface com  
a política nacional / Milene Duarte de Oliveira Souza. - 2021.  
84 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Gissele Carraro.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e  
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Política pública. 2. Usuários de álcool e outras drogas –  
Presidente Kennedy (ES). 3. Saúde. 4. Drogas. I. Carraro,  
Gissele. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.290981

---

MILENE DUARTE DE OLIVEIRA SOUZA

**ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM PRESIDENTE  
KENNEDY- ES: ANÁLISE DE PROCESSOS E INTERFACE COM A POLÍTICA  
NACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

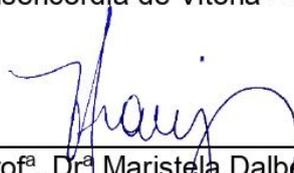
Aprovada em 18 de dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA



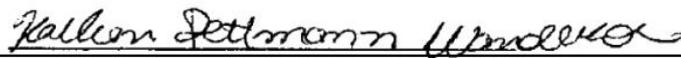
---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Gisele Carraro  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM – Orientadora



---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maristela Dalbello-Araujo  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM



---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kallen Dettmann Wandekoken  
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus primeiramente por me sustentar e nunca deixar desistir, por responder minhas orações trazendo paz e tranquilidade ao meu coração. Sem Ele com certeza não estaria concluindo essa etapa tão importante e sonhada.

Ao meu esposo Wesley Souza que é meu maior incentivador, sempre esteve ao meu lado participando de todas as lutas e conquista acadêmicas.

Aos meus filhos Katharina e Benjamim por serem meus motivadores, em dias difíceis não me deixaram desanimar sempre com o sorriso e brincadeiras que faziam esquecer a tensão.

Aos meus pais que, ainda na infância, sabiam da importância do estudo e sempre lutaram para que eu continuasse no caminho do conhecimento acadêmico, obrigada, em especial, a minha mãe, que andava cerca de 5 quilômetros diariamente comigo e minha irmã para termos acesso ao meio de transporte para chegar a escola ainda no ensino fundamental.

À minha sogra e sogro que sempre estiveram ao meu lado me apoiando e auxiliando com as crianças.

À minha irmã Marciana Duarte, Mestra, pelo incentivo e motivação.

Às minhas amigas, Luzia Tavares e Klindia Ramos, que me motivaram e compartilharam os momentos de alegria, ansiedade, frustração e realização.

À minha querida orientadora Gissele Carraro por me orientar na busca do conhecimento acadêmico e estar sempre comigo nos momentos de aflição e dúvida, me direcionando as melhores decisões e escolhas. Se tornou muito especial para mim, estabelecemos vínculos que oportunizaram o compartilhamento de nossas vidas.

À minha banca Maristela e Kallen pela contribuição e participação na pesquisa, e conseqüentemente, tornam-se peças importantes neste processo.

À Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy, por meio do PRODES, por me proporcionar a oportunidade de me qualificar e assim continuar em buscar de aprendizado.

## RESUMO

O uso e abuso de álcool e outras drogas constitui-se em objeto de estudo de diferentes áreas do conhecimento e matrizes teóricas que buscam compreender e explicar esse fenômeno complexo, considerado problema de saúde pública e produto da prática social da humanidade. Logo, é imprescindível analisar de forma articulada os aspectos sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que envolvem o processo saúde-doença, sem dicotomizar o individual e o coletivo, os aspectos objetivos e subjetivos. Reside aqui, a premissa de que as pessoas que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas são sujeitos de direitos, portanto, necessitam de atenção orientada pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e igualdade, devendo ser preservada sua autonomia na defesa de sua integridade física e moral e no direito ao convívio familiar, comunitário e social. Diante das novas orientações e diretrizes, na base legal e normativa, relacionadas às políticas de álcool e outras drogas, objetivou-se com este trabalho analisar as alterações instituídas, com o intuito de apreender avanços, limites e retrocessos em âmbito nacional. Quanto a legislação municipal, buscou-se identificar consonâncias e diferenças com as diretrizes nacional. Para tanto, efetuou-se análise documental da Política Nacional Sobre Drogas de 2019 e do Decreto Municipal 47 de 03 de maio de 2019. Os resultados mostram que esta nova política tem como centralidade de suas ações a abstinência, a internação involuntária e o tratamento em instituições de cunho asilar, ou seja, altera e exclui direitos e conquistas oriundas da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica. Quanto aos resultados encontrados em âmbito municipal, mostram que a atenção dispensada também está pautada sob a lógica das internações, em que foi possível verificar a consonância com a nova política, agregando as internações voluntárias e por determinação judicial.

**Palavras Chaves:** Política Pública; Saúde; Drogas; Usuários de álcool e outras drogas.

## ABSTRACT

The use and abuse of alcohol and other drugs is the object of study of different areas of knowledge and theoretical matrices that seek to understand and explain this complex phenomenon, considered a public health problem and a product of the social practice of humanity. Therefore, it is essential to analyze in an articulated way the social, economic, cultural, ethnic, psychological and behavioral aspect that involve the health-disease process, without dichotomizing the individual and the collective, the objective and subjective aspects. The premise that people who use and abuse alcohol and other drugs are subject to rights rests here, therefore, they need attention guided by the principles of universality, integrality, equity and equality, and their autonomy in the defense of their physical and moral integrity and in the right to family, community and social coexistence must be preserved. In view of the new guidelines and directives, in the legal and normative basis, related to alcohol and other drugs policies, the purpose of this work was to analyze the changes instituted, with the purpose of apprehending advances, limits and setbacks at the national level. As for municipal legislation, the aim was to identify consonances and differences with national guidelines. For this purpose, a documentary analysis of the National Drug Policy of 2019 and the Municipal Decree 47 of May 3, 2019 was performed. The results show that this new policy has as its centrality the abstinence, involuntary hospitalization, and treatment in institutions of asilar nature, that is, it alters and excludes rights and conquests originated from the antimanicomial fight and psychiatric reform. As for the results found at the municipal level, they show that the attention given is also based on the logic of hospitalizations, in which it was possible to verify the consonance with the new policy, aggregating the voluntary hospitalizations and by judicial determination.

**Keywords:** Public Policy; Health; Drugs; Users of alcohol and other drugs

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Infográfico com as principais normativas utilizadas sobre a temática no período 2001-2019 .....	29
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Produção de Atenção Psicossocial em Presidente Kennedy (ES) .....	60
Quadro 2 - Metas para a implantação da Rede de Saúde Mental de Presidente Kennedy (ES) .....	61
Quadro 3 - Metas para a implantação da Rede de Saúde Mental de Presidente Kennedy (ES) – Cont. ....	62
Quadro 4 - Rede de Saúde Mental de Presidente Kennedy (ES) .....	63

## LISTA DE SIGLAS

AD – Álcool e Drogas

AIH – Autorização de internação Hospitalar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CT – Comunidade Terapêutica

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CNM – Confederação Nacional de Municípios

CGMAD – Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

FUNDESUL – Fundo do Desenvolvimento Econômico do Sul do Espírito Santo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICICT – Instituto de Informação Científica e Tecnológica em Saúde

LOD – Leis de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

LA – Liberdade Assistida

MC – Ministério da Cidadania

MS – Ministério da Saúde

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

MOPS – Mapa de Oportunidades Serviços Públicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAIUD – Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas

PAS – Plano Anual de Saúde

PAEFI – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PNAD- Política Nacional Antidrogas

PPA – Plano Plurianual

RAG – Relatório anual de Gestão

RD – Redução de Danos

RH – Recursos Humanos

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SPA – Substância Psicoativa

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Concepções e abordagens histórico-contemporâneas em relação aos usuários de álcool e outras drogas .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Políticas públicas de saúde e atenção aos usuários de álcool e outras drogas .....</b>	<b>27</b>
<b>3 ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM PRESIDENTE KENNEDY- ES: UMA ANÁLISE DE PROCESSOS .....</b>	<b>55</b>
<b>3.1 Contextualização do planejamento das ações na política pública de saúde .....</b>	<b>55</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL DA LEI NACIONAL SOBRE DROGAS.....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL DO DECRETO MUNICIPAL .....</b>	<b>84</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O uso e abuso de álcool e outras drogas têm se constituído em objeto de estudo e intervenção de diferentes áreas do conhecimento e profissões, com matrizes teóricas convergentes e divergentes, que buscam compreender e explicar esse fenômeno complexo, produto da prática social da humanidade. É imprescindível analisar de forma articulada os aspectos sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que envolvem o processo saúde-doença. Por sua vez, tais condicionantes influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, no sentido de contribuir com alternativas de intervenção para seu enfrentamento “voltadas ao coletivo, mas destinadas a atender as necessidades de sujeitos específicos” (CFP, 2019, p. 77), sem dicotomizar o individual e o coletivo, os aspectos objetivos e subjetivos.

Na formulação de alternativas de intervenção para atender à questão do uso e abuso de álcool e outras drogas, há uma agenda mundial de orientações, diretrizes e estratégias políticas para a prevenção, o tratamento, a redução de danos, o controle. Para tanto, órgãos como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas por meio do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) contam com diversos países aliados, que tem envidado esforços na produção de diagnósticos a partir do levantamento e sistematização de indicadores e variáveis demográficas, sociais, econômicas para a identificação de áreas críticas e riscos mais relevantes, necessária ao estabelecimento de prioridades com proposições para responder às demandas da população atendida.

O uso abusivo de substâncias psicoativas toma proporção de grave problema de saúde pública no nosso país, refletindo-se nos demais segmentos da sociedade. Suas consequências afetam nações do mundo inteiro, avançando por todas as sociedades e envolvendo homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social e econômica, ou idade. (CONCEIÇÃO; OLIVEIRA, 2008, p. 255).

Estudos datados dos últimos três anos têm revelado, em âmbito nacional, um aumento considerável de usuários de álcool e outras drogas, no total das capitais brasileiras, em 2015, conforme o III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Instituto de Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), registrava-se a

prevalência de usuários de maconha, de usuários de substâncias ilícitas (exceto maconha) e de usuários de crack e/ou similares na faixa etária que compreende de 12 a 65 anos, sendo este percentual, respectivamente, de 3,1%, 1,9% e 1,1% da população (BASTOS *et al.*, 2017). Ou seja, trata-se de um problema de saúde pública que engloba diferentes faixas etárias, desde adolescentes, jovens, adultos e pessoas idosas.

O mesmo levantamento apontou, em seus resultados, que a substância mais consumida no Brasil é a maconha, sendo que 7,7% dos brasileiros de 12 a 65 anos já a usaram ao menos uma vez na vida. Em segundo lugar está a cocaína em pó, com 3,1%. E, aproximadamente, 1,4 milhão de pessoas entre 12 e 65 anos relataram ter feito uso de crack e similares alguma vez na vida, o que corresponde a 0,9% da população pesquisada (BASTOS *et al.*, 2017).

Percentuais esses reiterados pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, no Relatório Mundial sobre Drogas de 2019, que explicita como a droga mais consumida no mundo a *cannabis*, aproximadamente 188 milhões de pessoas fizeram o uso desta droga em 2017. Outrossim, estima-se que a fabricação ilícita de cocaína no mundo alcançou o recorde de 1.976 toneladas em 2017, número que demonstra um aumento de 25% ao ano anterior, porém, em contrapartida, a quantidade global apreendida em 2017 aumentou 13%, atingindo cerca de 1.275 toneladas, maior quantidade já registrada (UNODC, 2019).

Particularmente, sobre o crack, relatório oriundo do mapeamento realizado pelo Observatório do Crack (CNM, 2020) sinalizou a existência de problemas relacionados ao consumo de crack em 96,30% dos Municípios do Espírito Santo, sendo as áreas mais afetadas pela seguinte ordem: 74,07% saúde, 51,85% assistência social, 62,96% educação e, 51,85% segurança. Quando comparados aos dados nacionais da totalidade dos Municípios que compõem a Federação, algumas áreas mostram significância, tais como, saúde (68,44%) e educação (61,94%).

Outros dados nacionais considerados alarmantes também chamam atenção, como é o caso do uso indiscriminado de analgésicos opiáceos e tranquilizantes benzodiazepínicos, consumidos de forma não prescrita ou diferente da recomendação médica prescrita por 0,6% e 0,4% da população brasileira, nesta ordem (BASTOS *et al.*, 2017), gerando risco de dependência, síndrome de abstinência e distúrbios comportamentais. Isso vai de encontro com o apresentado no Relatório Mundial sobre Drogas de 2019, o qual traz que o número de usuários de opioides aproxima-se de 53

milhões, 56% acima das estimativas para 2016 (ano anterior), essa substância é responsável por dois terços das 585 mil mortes de pessoas decorrentes ao uso de drogas em 2017 (UNODC, 2019).

Ainda é relevante pontuar que os estudos e as pesquisas acumulados até hoje, por diferentes áreas do conhecimento, mostram que o álcool é a “porta de entrada” para outras drogas e quanto mais cedo ocorre o contato, maiores as probabilidades de envolvimento com outras drogas. Colabora para tal assertiva o exposto no III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira, mais da metade da população de 12 a 65 anos declarou ter consumido bebida alcóolica alguma vez na vida, cerca de 46 milhões (30,1%). E, aproximadamente, 2,3 milhões de pessoas preenchem critérios para dependência de álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa (BASTOS *et al.*, 2017). Frisa-se que,

embora todas as evidências empíricas revelem que é o álcool a substância mais significativa na articulação com várias formas de violência, seu *status* de legalidade torna-o socialmente aceito e largamente consumido, ainda que se tente regular seu uso (MINAYO; DESLANDES, 1998, p. 41).

Contudo, também não se deve banalizar as implicações para a saúde mental dos indivíduos. No Relatório Mundial sobre Drogas, publicado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, consta que, aproximadamente, 35 milhões de pessoas no mundo sofrem de transtornos decorrentes do uso de drogas e precisam de tratamento. Ainda foi constatado que o impacto na saúde é maior e seus efeitos adversos são mais severos e generalizáveis do esperado em estudos anteriores. O documento chama atenção também para a insuficiência das ações de prevenção e tratamento, anualmente, a cada sete pessoas com transtornos relacionados ao uso abusivo de drogas, somente uma recebe atendimento (UNODC, 2019).

Além disso, em junho de 2020, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime divulgou novo Relatório Mundial sobre Drogas, o qual apontou o impacto no mercado de drogas em função da pandemia Covid-19, a oferta e a demanda sofrem alterações. Mesmo que ainda prematuramente, percebe-se que as restrições ocasionadas pela pandemia e o fechamento de fronteiras trouxeram a falta de drogas nas ruas, aumentando assim seu valor e diminuindo sua pureza, novas formas de transporte e novos métodos estão sendo adaptados pelos traficantes. Outro dado importante que o relatório traz é que, com o aumento do desemprego e a diminuição

de oportunidades em função da pandemia, as pessoas pobres estão ainda mais vulneráveis ao risco de consumo, ao tráfico e ao cultivo de drogas para sua sobrevivência (UNODC, 2020).

Em um contexto com essas características, agravados pelos problemas estruturais presentes na realidade concreta de cada país e cenários de poucos investimentos, privatização das políticas públicas e focalização em aspectos fragmentados, geram-se inúmeras formas de violação de direitos, que não enfrentam o problema do uso e abuso de álcool e outras drogas. Sem contar as novas orientações e diretrizes da política de saúde mental alterada em 2019, que “[...] enfatizam o retorno aos hospitais psiquiátricos, o uso de eletrochoques como medida terapêutica, a substituição das alternativas de redução de danos pelas perspectivas de tratamento fundamentadas na abstinência [...]” (CFP, 2019, p. 80).

E, a nova política sobre drogas vai na contramão dos avanços sociais historicamente conquistados a partir do processo de redemocratização no país, da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica brasileira. Além disso, a recente decisão do governo federal, no início do mês de dezembro de 2020, que pretende revogar portarias e atos normativos que implicam no encerramento de diversos programas de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, não é com essa lógica que solucionará um problema de saúde pública dessa magnitude. Para tanto, deve-se optar “[...] por cuidar das pessoas no seu território, evitando, assim, enclausuramento e as longas internações, para que possam continuar convivendo em sociedade” (CFESS, 2019, p. 9). Reside aqui, a premissa de que a pessoa que faz uso e abuso de álcool e outras drogas é sujeito de direitos, portanto, necessita “ser acolhido, vinculado e assistido em sua singularidade e inserção sociocultural, como qualquer outro usuário dos serviços de saúde” (TEIXEIRA SANTOS; FÉLIX DE OLIVEIRA, 2013, p.86). Nessa mesma direção,

[...] programas de apoio e tratamento àqueles já dependentes devem ser incentivados, disseminados, descentralizados e tecnicamente apoiados pela Saúde Pública e outras áreas competentes. Tais projetos precisam estar apoiados numa perspectiva de respeito à identidade e cidadania do paciente. O atendimento a estes usuários dependentes não pode deixar de lado seus direitos como pessoa e sujeito. Entende-se que programas de apoio seriam mais eficazes se acompanhados de trabalho visando mudar as relações entre usuários dependentes, sua família e comunidade (MINAYO; DESLANDES, 1998, p. 41).

Em linha semelhante, o texto da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que trata da proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ratifica, de alguma forma, as diretrizes, os princípios e os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde, tais como: universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade de assistência, igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, direito à informação, a estruturação de serviços mais próximos do convívio familiar, comunitário e social.

Outrossim, defende-se a necessidade de desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e integradas junto às diversas políticas públicas, que visem à prevenção, ao tratamento, ao cuidado, à promoção, à assistência e ao acompanhamento dessa demanda, que está em constante avanço e atingindo grande parte da sociedade. Pensando nisso, a população, atualmente, carece de políticas que venham a atender às necessidades particulares decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas, visando fortalecer sua função protetiva, prevenção da ruptura de vínculos, acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria da qualidade de vida de indivíduos e familiares e, reinserção social e comunitária.

Nessa ótica, o tema é de grande relevância social, por entender que o uso e abuso de álcool e outras drogas é algo que vem crescendo constantemente na conjuntura social, trazendo prejuízos, no geral, econômicos, sociais e políticos e, em particular, atingindo a totalidade de sujeitos. Traz também, prejuízos psicológicos, orgânicos, físicos, de forma a generalizar todo o contexto que esse indivíduo está inserido, acarretando grandes problemas biopsicossociais para a família, a comunidade e para si mesmo. Pensar na dimensão que este problema pode atingir é algo bem complexo, pois as drogas estão sendo inseridas em distintos ambientes, diversas classes sociais, em diferentes grupos sociais, dentre outras questões. Ora,

[...] as drogas não são simplesmente um produto, mas um fenômeno social complexo, que não pode ser estudado e compreendido sem que se considere na análise todo o seu universo relacional, do qual extrai seu valor e significado (CONCEIÇÃO; OLIVEIRA, 2008, p. 254).

Desse modo, é fundamental incorporar à gestão das políticas públicas o desenvolvimento de processos de análise da realidade social da população a partir de

seus territórios de vivência como ponto de partida para a oferta de serviços públicos. A estruturação de serviços de saúde por cada ente estatal, particularmente os Municípios, precisam levar em conta tal premissa, diretrizes, princípios e direitos. Um instrumento de gestão fundamental é o plano de saúde, fundamentado em uma análise situacional, com definição de intenções e resultados a serem buscados, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

Em consulta ao Plano Municipal de Saúde – Exercício 2018-2021 de Presidente Kennedy (ES) - verificou-se, nas estratégias que o compõem, metas e indicadores relacionados ao uso de álcool e outras drogas, entre os quais está a elaboração das Políticas Municipais de Promoção e Prevenção da Saúde, a capacitação de profissionais de saúde e a implantação da “política municipal de enfrentamento às drogas, com o estabelecimento de uma referência específica para o atendimento AD<sup>1</sup> à crianças e à adolescentes na rede de Saúde Mental do Município” (PRESIDENTE KENNEDY, CMS, 2017). Subsequentemente, ocorreu a aprovação do Decreto Municipal 47, de 03 de maio de 2019, que institui a Equipe Mínima de Referência em Saúde Mental no Município de Presidente Kennedy (ES).

O município de Presidente Kennedy foi desmembrado de Itapemirim através da Lei estadual 1918 em 30 de dezembro de 1963, que entrou em vigor no dia 04 de abril de 1964, concretizando sua emancipação política. Antes era chamado de Batalha e, com a morte do presidente norte americano John Fitzgerald Kennedy, fato que comoveu o mundo, o deputado estadual Adalberto Simão Nader sugeriu que homenageassem o presidente morto, passando assim, a ser chamado de Presidente Kennedy (PRESIDENTE KENNEDY, 2020).

Presidente Kennedy atualmente é o município com maior PIB per capita do país em função dos recursos advindos dos *royalties*, possui mais de R\$ 1 Bilhão em caixa, emprega cerca de 1,8 mil servidores, entre efetivos, comissionados e designação temporária. O município investiu no Fundo do Desenvolvimento do Espírito Santo (FUNDESUL) cerca de R\$ 50 milhões para abertura de linha de crédito para quem desejar ampliar ou criar seu negócio no município (PRESIDENTE KENNEDY, 2020).

Presidente Kennedy é um Município de Pequeno Porte (1)<sup>2</sup> situado no litoral Sul do Estado do Espírito Santo, com população estimada, em 2019, de 11. 574

---

<sup>1</sup> Álcool e Drogas.

<sup>2</sup> De acordo com o PLS 326/09 os municípios são classificados em função do tamanho da população, da densidade demográfica e da composição do Produto Interno Bruto. Sendo assim, o município de

peças, em um território de 594,897 km<sup>2</sup> (IBGE, 2019). Pelas ocorrências crescentes envolvendo uso e abuso de álcool e outras drogas e o aumento na procura por serviços vinculados a diferentes políticas públicas, destaca-se a imprescindibilidade de investir na constituição de uma política municipal de atenção aos usuários de álcool e de outras drogas, fortalecendo a rede de serviços locais e regionais, por meio de ações articuladas, integradas e coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

É preciso um olhar mais atento e amplo no que se refere a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, visto que são sujeitos de direitos e se trata de uma situação delicada e complexa que exige políticas públicas que garantam cuidado integral, assistência multiprofissional e interdisciplinar, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde. Desse modo pretende-se fornecer subsídios aos gestores e profissionais envolvidos em processos de constituição da política municipal, com o estabelecimento de uma referência para o atendimento, ou seja, serviço público de saúde mental para atendimento aos usuários. Com efeito, proporcionar a construção de uma política mais assertiva e intimamente ligada às necessidades da população, diminuindo gastos desnecessários e ações que não atendam as demandas postas e a superação do problema.

Além disso, o estudo oportunizará efetuar análises e reflexões críticas sobre a nova Política Nacional de Álcool e Outras Drogas, aprovada pelo Decreto 9.761, de 11 de abril de 2019, pela Presidência da República. Uma das críticas efetuadas por Conselhos de diferentes profissões, como Psicologia e Serviço Social, assim como pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – CGMAD - do Ministério da Saúde, é a retirada da redução de danos e a adesão a abstinência como forma de tratamento, sem contar o estímulo às comunidades terapêuticas e à conduta de internação involuntária, dentre outras mudanças. Isso, sem dúvida, representa um retrocesso às experiências de cuidado criadas nos dispositivos psicossociais (CFP, 2019). O que será capaz de influenciar Estados, Distrito Federal e Municípios na constituição de serviços para a superação deste problema de saúde pública.

O estudo buscará ainda, evidenciar aproximações e diferenças entre as propostas municipais e aquelas recentemente aprovadas pelo governo federal, à luz

---

Presidente Kennedy se enquadra como município de pequeno porte por ter população inferior a 20 mil habitantes e densidade populacional superior a 80 habitantes por quilômetro quadrado. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleggetter/documento?dm=4748930&ts=1594039278503&disposition=inlin e>.

dos preceitos da reforma psiquiátrica e a defesa dos direitos das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Pretende ainda, compartilhar conhecimentos para quem interessar saber e, conseqüentemente, contribuir na elaboração de políticas públicas que atendam à demanda da comunidade municipal, fazendo com que os sujeitos e suas respectivas famílias vivam de forma mais justa, menos traumática e minimizando os efeitos que o uso e abuso de álcool e outras drogas produzem na vida de indivíduos, famílias e sociedade.

Cabe referir ainda, o interesse pessoal e profissional envolvido na realização deste estudo, a vivência da pesquisadora na área da saúde pública, a experiência na Graduação em Psicologia, na qual teve a oportunidade de se aproximar da área da dependência de substâncias psicoativas, por meio de um estágio supervisionado em clínica de recuperação para dependentes químicos durante o período de um ano. Esta experiência, potencializadora de grande aprendizagem e interesse pela área, que a levou a ingressar no curso de pós-graduação em “Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química”, logo após concluir a graduação. Tudo isso instigou o desenvolvimento da pesquisa, de aprofundar conhecimentos e contribuir com novos aportes, tanto para a academia, quanto para o município. Entende-se que é uma forma de retorno aos investimentos em qualificação da mestrandia, servidora pública, através do Programa do Desenvolvimento do Ensino Superior e Técnico no Município de Presidente Kennedy – PRODES/PK.

Estas questões, relacionadas a interesses oriundos da vida prática e profissional suscitaram a proposta de investigação a ser desenvolvida nos próximos itens desse trabalho. Por tudo que foi dito, o estudo que se pretende desenvolver está adstrito à linha (1) de pesquisa “Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais”, à medida em que privilegia estudo sobre as políticas públicas direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a ótica do processo saúde-doença e os determinantes e condicionantes de saúde.

Tendo em vista que a temática do uso e abuso de álcool e outras drogas é um problema mundial de saúde pública, onde cada país e os entes estatais que dele fazem parte, constroem leis e políticas públicas voltadas para o atendimento de demandas específicas e peculiares da população, neste contexto, pretende-se tratar sobre a atenção aos usuários de álcool e outras drogas em Presidente Kennedy (ES), com enfoque na análise de processos e sua interface com a política nacional. Diante do tema explicitado e das contribuições propiciadas, definiu-se como **problema de**

**pesquisa:** Como vem se constituindo a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no município de Presidente Kennedy (ES), considerando a política nacional?

O **objetivo geral** da pesquisa efetuada foi: analisar os processos que constituem a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no município de Presidente Kennedy (ES), considerando a base legal e normativa nacional, com vistas a fornecer subsídios para a construção e/ou aprimoramento de políticas públicas. Desdobram-se os seguintes **objetivos específicos**: (a) apontar as mudanças que vem ocorrendo entre 2001 a 2019 em relação à legislação sobre álcool e outras drogas em âmbito nacional, de modo a apreender avanços, limites e retrocessos; (b) identificar como a legislação municipal contempla a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, visando identificar consonâncias e diferenças com as proposições do governo federal e, (c) verificar de que forma a atenção aos usuários de álcool e outras drogas vem sendo ofertada no município.

Para dar conta dos objetivos propostos delineou-se a orientação epistemológica, o tipo de pesquisa desenvolvida, assim como, as técnicas e os instrumentos de coleta e análise de dados, como será apresentado a seguir.

Todo processo investigativo e o conhecimento oriundo deste supõe uma orientação epistemológica que dê sustentação para o seu desenvolvimento. Serve para iluminar o caminho do (a) pesquisador (a) na abordagem da realidade, ou seja, é a “lente” que possibilita olhar e apreender o objeto em suas diferentes dimensões e determinações.

A formação acadêmica e a produção do conhecimento científico pressupõem a pesquisa, que por sua vez envolve a questão epistemológica, ou seja, como apreendermos o real. Em termos de produção de conhecimento filosófico ou científico, não nos é possível iniciar e levar a cabo tal produção sem o aporte epistemológico e metodológico (CAVALCANTI, 2014, p. 985).

Em outras palavras, ao estudar determinado fenômeno da vida social, tomado como objeto de investigação, é preciso aporte de teorias e conhecimentos acumulados e método de explicar e apreender a realidade. Como já exposto, a questão do uso e abuso de álcool e outras drogas é permeada por aspectos sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que envolvem o processo saúde-doença. Portanto, apreender as múltiplas determinações desse processo historicamente e espacialmente situados é essencial para a apropriação das características do objeto de estudo.

Além disso, possibilita o “rompimento da dicotomia indivíduo/sociedade, a partir de uma concepção de subjetividade humana como resultado de um processo que se constitui ao longo da história individual e coletiva, pelas e nas interações sociais” (CFP, 2019, p. 66). Logo, a pesquisa orientou-se pela dialética materialista, porque

[...] é uma teoria e um método de explicação da realidade. Enquanto teoria, a dialética concebe a realidade como uma totalidade concreta, caracterizada pela contradição e o pelo movimento. Nesse sentido, não só o real é dialético, como também o próprio pensamento que busca conhecer o real comunga desse mesmo estatuto ontológico [...] (CAVALCANTI, 2014, p. 988).

Essa opção considera o movimento do pensamento através da materialidade da vida de homens e mulheres em sociedade, no que tange à pesquisa em tela, busca “captar o objeto na sua totalidade, desde uma perspectiva histórica de mudanças e contradições” (CAVALCANTI, 2014, p. 983), no caso, os processos que envolvem a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no município de Presidente Kennedy (ES). Nessa direção, a pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso, visto que consiste no estudo profundo e exaustivo de determinada realidade, observando suas particularidades à luz da realidade nacional, de maneira que permita amplo e detalhado conhecimento desse fenômeno particular da vida social.

Segundo Martinelli (1999), o estudo de caso é uma articulação do caráter técnico, que investiga a realidade com base no caráter lógico, estes, por sua vez, precisam apoiar-se em referenciais teóricos, considerando que o processo histórico é norteado pela explicação do objeto de/em estudo. Portanto, o estudo de caso tem a característica de voltar-se à realidade objetiva para investigar e interpretar os acontecimentos sociais que dão forma e conteúdo a essa realidade (MARTINELLI, 1999), considerando a múltipla causalidade, as conexões e relações entre os diversos aspectos que a engendram.

Dessa forma, adota-se a abordagem qualitativa, utilizando como técnica para a coleta de dados, a análise documental, onde irá explorar e analisar exaustivamente documentos da base legal e normativa (leis, resoluções, decretos, portarias, etc.), em âmbito nacional e municipal, sobre políticas públicas de álcool e outras drogas, que sejam representativos e pertinentes aos objetivos da pesquisa, por meio de uma investigação nos sites dos órgãos competentes. Assim, essa técnica volta-se

para a análise de um ou vários **documentos que não foram produzidos pelo pesquisador**, ou seja, documentos acerca de políticas, normativas, planos, projetos, cartas, obras literárias, filmes, fotos, formulários de bancos de dados que compõem dados secundários, entre outros, pré-existentes a investigação (PRATES; PRATES, 2009, p. 117, grifo nosso).

Em vista disso, propõe-se basicamente dois documentos para efetuar a análise documental: o Decreto 9.761, de 11 de abril de 2019, que aprova a Política Nacional sobre Drogas (que altera o Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002 - Política Nacional Antidrogas) e o Decreto 047, de 03 de maio de 2019, que institui a equipe mínima de referência em saúde mental no município de Presidente Kennedy (ES). Embora as demais normativas tenham sido trazidas para as discussões efetuadas, centrou-se a análise nas duas que foram citadas. Ao realizar a análise documental foram utilizados dois roteiros (APÊNDICES A e B), com os aspectos a serem identificados nos documentos escolhidos, os quais foram testados para atestar sua validade, possibilitando resultados isentos de erros (MARCONI; LAKATOS, 2002).

Para fundamentar os dados da análise documental realizou-se revisão bibliográfica em fontes como artigos, teses, dissertações, livros e trabalhos publicados em anais de eventos, através da produção de resumos, fichamentos, sínteses etc. Acrescenta-se, para fins de esclarecimento, o entendimento sobre a técnica de pesquisa revisão bibliográfica. Pontua-se ainda, a diferença entre análise documental e revisão bibliográfica, em que se vale da comparação objetiva e clara de Prates e Prates (2009): a revisão bibliográfica utiliza fundamentalmente de contribuições de diversos autores sobre determinados assuntos que já receberam algum tipo de exame analítico e científico, enquanto a análise documental constitui-se de materiais que ainda não receberam nenhum tratamento analítico sobre o assunto.

De posse dos dados coletados, foram realizadas a organização e sistematização dos dados em forma de quadros, tendo em vista o tratamento do conteúdo recolhido nas fontes documentais à luz do referencial teórico e levando em conta os objetivos da pesquisa. Mais que isso, procedeu-se à “[...] leitura segundo critérios da análise de conteúdo, comportando algumas técnicas, tais como fichamento, levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes [...]” (PIMENTEL, 2001, p. 184). Essa técnica possibilitou efetuar descrições, interpretações e compreensões sobre o conteúdo manifesto (MORAES, 1999), de forma explícita e/ou implícita, nos documentos analisados, propiciando análises e sínteses.

O processo de análise de conteúdo dos documentos ocorreu a partir de cinco etapas, que, por vezes, mesclaram-se: 1) preparação das informações, 2) unitarização ou transformação do conteúdo em unidades, 3) categorização ou classificação das unidades em categorias, 4) descrição e 5) interpretação (MORAES, 1999). Após a transformação do conteúdo em unidades de análises, conhecida também como unitarização, procedeu-se à definição das categorias. A categorização constituiu a classificação de elementos constitutivos de um conjunto, "por diferenciação seguida de um reagrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos" (FRANCO, 2018, p. 63), reunindo, por último, elementos que tinham algo em comum, como será apresentado nos capítulos que compõem esta dissertação.

A proposta de pesquisa estrutura-se em quatro capítulos, incluindo a Introdução e as Considerações Finais. O capítulo 2 traz concepções e abordagens histórico-contemporâneas em relação aos usuários de álcool e outras drogas, assim como as políticas públicas de saúde e atenção, com destaque para avanços, limites e retrocessos. O capítulo 3 trata dos processos que envolvem à atenção aos usuários de álcool e outras drogas em Presidente Kennedy (ES) na área da saúde, os quais apontam para o tipo de política municipal a ser constituída, enfocando as análises em planos, decreto e pregões.

## 2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O presente capítulo trata das mudanças que ocorreram entre 2001 a 2019 em relação a legislação sobre álcool e outras drogas em âmbito nacional, mostrando os avanços, os limites e os retrocessos a partir da análise de normativas legais que dão direção sociopolítica às políticas públicas de saúde para o enfrentamento da questão tomada como problema e incorporada na agenda pública dos entes federativos.

### 2.1 Concepções e abordagens histórico-contemporâneas em relação aos usuários de álcool e outras drogas

O consumo de drogas é algo inerente a evolução histórica da humanidade, como uma prática humana milenar e universal, onde se utilizava plantas para produção de remédios ou venenos, com motivações e objetivos diversos, destacando os rituais místicos, o lúdico e as intencionalidades religiosas. Entre as drogas mais conhecidas e consumidas historicamente pela humanidade está o álcool e a maconha, o primeiro, em ser produzido por elemento encontrado na natureza, seu consumo é variado. A maconha, com sua origem na planta *cannabis*, possui forma simples de manuseio, capaz de ser cultivada em larga escala facilmente (MORAES, 2008).

Além de configurar prática milenar em diversas culturas, está ligada às necessidades humanas na área médica, religiosa e gregária. Por sua vez, fazem parte, indispensavelmente, dos rituais sociais, que se relaciona com a cura, a devoção, o consolo e o prazer, sendo endeusadas em várias sociedades (CARNEIRO, 2002). Logo,

as drogas compõem elementos do mundo apropriados pela humanidade. Fazem parte da experiência sensorial e simbólica iniciada com as plantas, que envolveu processos de domesticação, cultivo, uso, além dos códigos culturais envolvidos nessas atividades. (CARNEIRO, 2017, p. 23).

A terminologia drogas, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é toda substância química que afeta a estrutura e altera o funcionamento do organismo, ou seja, ao serem consumidas provocam alterações físicas e psíquicas. Esta mesma organização define dependência como um estado de necessidade física ou

psicológica por uma ou mais drogas devido ao uso contínuo ou regular. Conceitua ainda, dependência física como um estado anormal causado pelo uso repetido de drogas e dependência psicológica como um desejo incontrolável de consumir drogas regularmente ou continuamente. A dependência química é considerada pela OMS uma doença que possui um tipo especial de atenção e é de caráter transitório, onde é viável a recuperação (FONTE, 2006; GOMES, 2010).

No que tange aos efeitos das drogas, estes variam conforme o tipo, a quantidade ingerida, o sujeito em questão, o tempo de consumo, as situações no momento da deglutição, forma de administração e expectativa do indivíduo. As drogas são classificadas segundo as propriedades farmacológicas, em efeitos e ainda sobre a percepção dos consumidores. Classificam-se as drogas em: drogas depressoras, estimulantes e alucinógenas. Como tal:

Dentro das depressoras, temos os opiáceos (e.g. ópio, morfina, heroína e metadona); barbitúricos e benzodiazepinas (e. g. ansiolíticos, hipnóticos) e o álcool. Fazem parte das drogas estimulantes as anfetaminas e a cocaína (e. g. folhas de coca, pasta coca, cocaína-base e crack). Nas modificadoras/alucinógenos encontram-se o MDMA (e outros tipos de ecstasy), cannabinóides (e.g. marijuana, haxixe, óleo de haxixe); LSD, e colas e solventes (FONTE, 2006, p. 109).

Em suas análises e reflexões sobre o uso de drogas, Carneiro (2017) pontua que estas estimulam os sentimentos humanos, alargam o seu conjunto de sensações, refinam os seus prazeres, minimizam dores e tornam intensas as culturas de cuidados de si. A droga ocupa um lugar de relevância na vida do sujeito, onde o que determina este consumo é complexo e multifatorial, a droga mitiga a dor de viver para muitos (PITTA, 2012).

É imprescindível a compreensão que o usuário é, portanto, ser humano e consigo traz implicações culturais no seu contexto existencial, reproduzidas de maneiras negativas. Essa colocação é proveniente do pressuposto que os sujeitos possuem diferentes graus de sensibilidade aos problemas que os cercam, desde conflitos da própria fase de adolescência e infância, até traumas mais rígidos ocasionados pela exclusão da sociedade na participação dos bens culturais, como também na área familiar e falta de acesso a melhores condições de vida, dentre outros (GOMES, 2010).

O problema relacionado ao uso de álcool e outras drogas é transversal, não é uma questão para ser tratada somente na saúde, “pois envolve a justiça, educação, o

bem-estar social e o desenvolvimento” (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012, p.12). Por isso é importante se pensar em articulações intersetoriais, envolvendo “vários setores da sociedade civil, como movimentos sindicais, universidades e organizações comunitárias” (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012, p.12), para a elaboração de planos estratégicos de Estados e Municípios, ampliando assim ações dirigidas às populações de difícil acesso e garantindo o direito e controle social. Na mesma linha, Teixeira *et al.* (2016) trazem que o uso prejudicial de drogas atinge dimensões multifatoriais de saúde pública, onde estão envolvidas questões biológicas, psíquicas, sociais e culturais. Sendo assim, um desafio para a construção e implementação de políticas integradoras e abrangentes.

Por outro lado, é preciso mencionar que o consumo de álcool e outras drogas atinge uma expressão significativa no século XX, onde o principal ramo de negócios e de lucratividade era o mercado mundial de droga, entre as drogas ilícitas ofertadas no tráfico e as lícitas ofertadas nos comércios. Embora sempre tenha existido no âmbito de todas as sociedades mecanismos de regulamentação social sobre o uso de drogas, não havia, até o início do século XX, o proibicionismo legal e institucional (CARNEIRO, 2002).

No Brasil, as primeiras intervenções do governo tiveram início no século XX, com a criação de um aparato jurídico internacional, cujo objetivo era de “estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas ilícitas e a preservar a segurança e a saúde pública do país” (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 803). Esse aparato foi constituído por vários decretos e leis que criminalizavam e proibiam o uso e a comercialização de drogas sob a pena de exclusão do convívio social com a permanência do usuário em prisões e sanatórios e, a partir da década de 1970, com a permanência em hospitais psiquiátricos (MACHADO; MIRANDA, 2007).

A partir disso, a legislação brasileira passa a ser influenciada pela medicina que contribui com subsídios técnico-científicos para a legitimação do controle de consumo de drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007). O tratamento acontecia da seguinte maneira:

para tratá-lo, foram propostos diferentes dispositivos assistenciais: a princípio, hospitais psiquiátricos e, posteriormente, centros especializados de tratamento, públicos ou filantrópicos. Esses dispositivos tinham como objetivo salvar, recuperar, tratar e punir (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 804).

A atenção aos usuários de álcool e outras drogas e aos portadores de transtornos mentais no Brasil foi marcada por processos excludentes e ausência de cuidados, pois quanto as intervenções à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, foi através de iniciativas de atenção de caráter total, fechado, onde a forma de tratamento era unicamente a abstinência (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012).

Ao longo dos anos outras ações para o enfrentamento dessa questão foram constituídas, destacam-se três: a redução de oferta, que consiste em agir sobre a lavagem de dinheiro, comercialização, cultivo e princípios ativos nocivos à saúde, destruição e eliminação da matéria-prima utilizada na produção, controle na produção e criminalização do uso; A redução de demanda tem o foco de reduzir o consumo, “objetivando a diminuição ou o abandono do uso pelos identificados como dependentes ou usuários com foco no tratamento desses sujeitos” e, por fim a redução de danos que propõe “a desestigmatização e descriminalização dos usuários e, para isso, executa ações voltadas à prevenção e cuidado do que pode se constituir enquanto danoso no uso de SPA” (ROSA *apud* OLIVEIRA; SAMPAIO; SALDANHA, 2015, p. 223-224). Salienta-se que está última foi excluída, conforme a nova Política Nacional sobre Drogas de 2019.

Cumprе assinalar que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas supõe atuação em rede, envolvendo diversos setores da política pública, como segurança pública, na saúde, assistência social e educação. Percebe-se que o desafio de perpassar por essas políticas é de garantir os direitos dos sujeitos sem que sejam tratados somente pelo viés da doença e do crime, que criminaliza e patologiza os usuários (CFP, 2019).

## **2.2 Políticas públicas de saúde e atenção aos usuários de álcool e outras drogas**

Na esteira da construção de políticas públicas relacionadas à temática drogas, coincide que, tanto o Ministério da Saúde quanto o Ministério da Justiça, incidem sobre este problema, sob óticas distintas de atuação. O Ministério da Saúde pauta suas intervenções nos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) e defende a Redução de Danos (RD). Já o Ministério da Justiça, direciona para uma intervenção pautada na internação, de modo inclusivo à longa duração, em comunidades terapêuticas fomentando a abstinência, pautada na lógica proibicionista, “seguindo

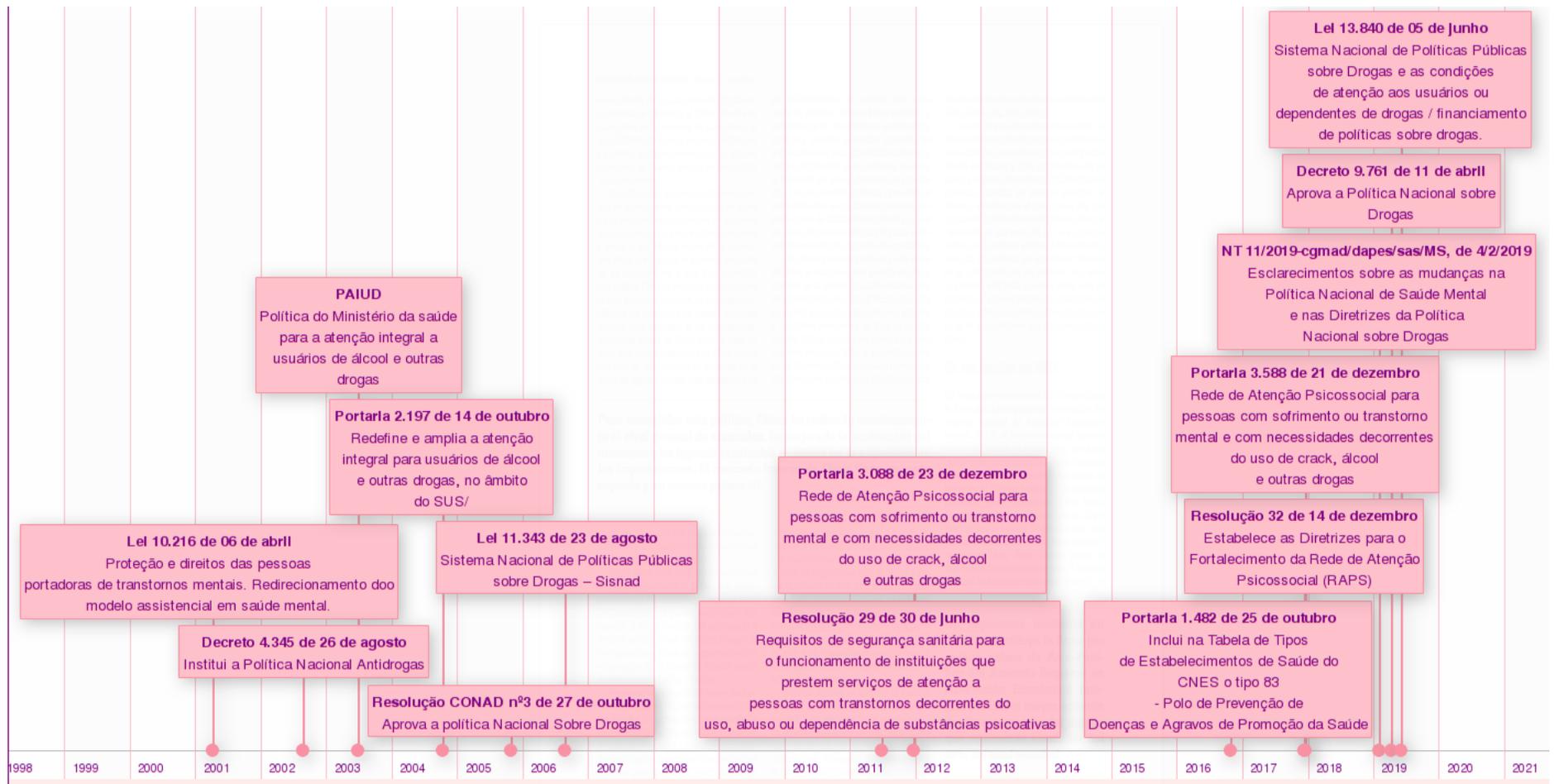
caminho oposto à tentativa de construção do SUS e da Reforma Psiquiátrica” (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 96). O Ministério da Justiça:

[...] visa reduzir a oferta e a demanda de drogas, valendo-se da repressão e da criminalização no que tange a produção, tráfico, porte e consumo das substâncias qualificadas como ilícitas, considerando o uso de drogas como questão de ordem moral e jurídica. (SILVA; BARCELOS; DALBELLO-ARAUJO, 2020, p.7).

Já o Ministério da Saúde “se contrapõe diametralmente ao primeiro paradigma, ao entender este uso como questão de saúde pública, tendo como elemento fulcral a concepção que não é necessário coibir o uso das drogas” (SILVA; BARCELOS; DALBELLO-ARAUJO, 2020, p.7).

Há pouco mais de dezenove anos, a questão do uso e abuso de álcool e outras drogas passou a receber tratamento jurídico sistemático, que fundamentou a formulação de políticas públicas de atenção aos usuários e familiares. Com a implantação destas, dos processos avaliativos realizados e as mudanças efetivadas pelo governo federal, em distintas áreas/setores, também houve alterações que produziram avanços e retrocessos, como será elencando nesse subcapítulo. Para tanto, apresenta-se, a seguir, um infográfico (Figura 1) com as principais normativas legais, que dão sustentação à formulação, implementação, implantação de políticas públicas direcionadas à atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Figura 1 - Infográfico com as principais normativas utilizadas sobre a temática no período 2001-2019



Fonte: elaboração própria.

Em 06 de abril de 2001, com a Lei 10.216, foi constituído um marco histórico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em que garante a todos os sujeitos usuários e dependentes de álcool e outras drogas “a universalidade de acesso à assistência integralmente, priorizando a descentralização dos serviços de atendimento” (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012, p. 12), onde devem ser estruturados na comunidade, achegados do convívio social dos usuários, garantindo o atendimento de forma equânime e democrática. Dada a relevância dessa lei para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, é importante destacar trechos, mesmo que extensivos, a respeito dos elementos norteadores das ações.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da

autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001).

Em linhas gerais, a oferta do conjunto de ações da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais precisa levar em conta esses direitos na formulação, execução e avaliação de diferentes políticas públicas para o enfrentamento do uso/abuso de álcool e outras drogas. Desse modo, a Lei 10.216, resumidamente, consiste em: “Marco da Reforma Psiquiátrica; novo modelo de atenção em saúde mental; desospitalização, serviços de base territorial, portas abertas, sem exclusão do convívio com a sociedade” (TEIXEIRA *et al.*, 2016, p. 1.458). Dito de outro modo:

pautando-se nas concepções da Reforma Psiquiátrica, iniciou-se a construção de rede assistencial baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, localizada no território e articulada com outros setores sociais. Rede essa que objetiva a reinserção social dos sujeitos que vivenciam uma existência-sofrimento ou que já desenvolveram problemas psíquicos, decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012, p.12).

Situado no contexto deste marco histórico, ocorreu a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSad), regulamentados através da portaria GM/816 de 30 de abril de 2002. Sua finalidade é a melhoria à assistência em saúde mental “e abrigar, nos projetos terapêuticos, práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e a abrangência possíveis as demandas da população atendida” (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012, p.12), tendo como base a estratégia de redução de danos sociais e a saúde.

Constituída no âmbito da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial visa compreender a determinação psíquica e sociocultural dos sujeitos no processo saúde-doença. O Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, no que consiste em serviços e tratamentos, está inserido na rede pública de saúde onde é regido pelos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas no Brasil está distribuída em unidades básicas de saúde, hospitais gerais, serviços ambulatoriais, unidades especializadas, clínicas especializadas e comunidades terapêuticas (MORAES, 2008).

A política de saúde mental, que, neste momento, foi consolidada através dos Centros de Atenção Psicossocial, preconizou que a atenção aos usuários de álcool e

drogas deveria ser embasada em ações de prevenção, de tratamento e educação. Os CAPs ofertavam atendimentos ambulatoriais diários em território, reafirmando a lógica de atenção extra-hospitalar e seu tratamento estava pautado na política de redução de danos (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Em 26 de agosto de 2002, através do decreto nº 4.345 da Presidência da República institui-se a Política Nacional Antidrogas (PNAD), elaborada pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), o Departamento de Polícia Federal (DPF) e outros equipamentos do Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD), onde o objetivo central era a redução da demanda e da oferta de drogas (BRASIL, 2002). Vale ressaltar que a PNAD, no seu pressuposto, destaca a importância de reconhecer a diferença entre usuário e traficante, dentre outros e, também, de reconhecer o direito desta pessoa ter acesso ao tratamento adequado, como segue:

- 2.2. Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
- 2.5. Reconhecer o direito de toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas de receber tratamento adequado (BRASIL, 2002).

Após a formulação da PNAD, a temática Drogas permaneceu em evidência, fazendo-se necessário o aprofundamento do assunto. Então, inicia-se a ideia de reavaliação e atualização dos fundamentos desta, levando em consideração os aspectos econômicos, políticos e sociais na qual o país estava passando (BARCELLOS, 2018).

Sendo assim, a PNAD passa por reformulações e é realinhada, tornando-se, em 2005, a Política Nacional Sobre Drogas, aprovada em reunião do Conselho Nacional Antidrogas em 23 de maio de 2005, que posteriormente entra em vigor através da Resolução CONAD Nº 3 de 27 de outubro de 2005 (BRASIL, 2005).

A Política Nacional sobre Drogas estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas possam ser conduzidos de forma planejada e articulada. Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão das drogas (BARCELLOS, 2018, p. 6).

A Política Nacional Sobre Drogas percorreu um caminho marcado pela participação social, onde houve a integração entre governo e sociedade para seu realinhamento. Ocorreu uma série de eventos e reuniões em que pôde-se garantir a

participação popular, fazendo com que esse processo fosse democrático e integrado. Esse processo aconteceu em três momentos, são eles: internacional, seis regionais e o último nacional (BRASIL, 2011).

A política realinhada orienta-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, no sentido de ampliar a consciência para a importância da intersectorialidade e descentralização das ações sobre drogas no país (BRASIL, 2011).

Neste mesmo sentido, em 2003 foi publicada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas (PAIUD), em estrutura se dividia em: 1- Introdução; 2- Marco Histórico; 3- Panorama Nacional para álcool e outras drogas e, 4 - Diretrizes. Articulada a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, a PAIUD se concentrava na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e estava de acordo com os princípios que regem o SUS. Buscava a universalidade do acesso e o direito à assistência, não comungava da ideia de abstinência como única fonte terapêutica, baseando-se na redução de danos como instrumento prioritário de tratamento (SIQUEIRA; SILVA, 2014).

Dada a importância desses dois “instrumentos” que tange o tratamento com usuário, abstinência e redução de danos, a PAIUD considera que a abstinência não deve ser o único objetivo alcançado, por entender que o ser humano precisa ser compreendido, respeitado, acolhido, assistido na sua singularidade, sem ajuizamento de suas escolhas, deixando claro que as práticas de saúde devem respeitar as diversidades de fatores que envolvem o usuário. Já a redução de danos é vista como um tratamento promissor por respeitar cada usuário na sua individualidade e singularidade, criando com ele estratégias de intervenção. O foco não é a abstinência e sim a valorização da vida, conscientizando o usuário da sua responsabilidade no tratamento e trabalhando o grau de liberdade. Além de implicar no “estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam” (BRASIL, 2003, p. 10).

Nessa ótica de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, é relevante destacar a finalidade, que tipos de ações devem ser ofertadas, para quem se destinam e como deve ocorrer o atendimento no âmbito do CAPSad:

Um CAPSad tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tantos recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;
7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/ educativo (BRASIL, 2003, p. 42).

Do exposto, cumpre ressaltar que a PAIUD adota a promoção, a proteção e a recuperação, com indicação de realização integrada das ações, envolvendo diferentes políticas públicas, portanto, ratifica os objetivos do Sistema Único de Saúde. Um de seus destaques é a redução de danos, que implica

[...] na adoção de uma visão de mundo que reconheça a vinculação histórica dos homens com a droga, o uso de drogas como prática social e, portanto, uma visão que reconheça as determinações econômicas, políticas e culturais que incidem sobre a particularidade e diversidades de uso das diferentes drogas (BRITES, 2015, p. 132).

Nesse sentido, a redução de danos busca intervir na realidade cotidiana dos usuários que fazem uso de álcool e outras drogas, levando em conta as diversidades e as particularidades, propiciando suporte aos sujeitos, incluindo familiares, na perspectiva da defesa da vida.

As diretrizes da PAIUD estão pautadas na Lei Federal 10.216, sancionada em 2001, respeitando princípios e direitos conquistados através dela. Elas estão organizadas em seis (06) categorias: 1- intersectorialidade; 2- Atenção Integral; 3- Prevenção; 4- Promoção e Proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas; 5- Modelos de Atenção - CAPS e Redes Assistenciais; 6- Controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica e de

Precursos – Padronização de Serviços de Atenção à Dependência Química (BRASIL, 2003).

Quanto as estratégias de intervenção no CAPSad, a PAIUD orienta que os serviços devem ser ofertados diariamente, de acordo com a necessidade do usuário, cumprindo com o planejamento terapêutico individualizado e possibilitando o desenvolvimento contínuo. O atendimento disponibilizado seria nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, em que a proposta é basicamente nos serviços comunitários, onde o usuário seria assistido no seu ambiente social, junto a seu familiar, e de forma a conviver com a sociedade (BRASIL, 2003). Portanto,

Para definir as suas estratégias de atuação, um CAPSad deve considerar obrigatoriamente que a atenção psicossocial a pacientes que apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas deve ocorrer em ambiente comunitário, de forma integrada à cultura local, e articulada com o restante das redes de cuidados em álcool e drogas e saúde mental; o mesmo deve ocorrer em relação a iniciativas relativas à rede de suporte social. Desta forma, poderá organizar em seu território de atuação os serviços e iniciativas que possam atender às múltiplas necessidades dos usuários de serviços, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos (BRASIL, 2003, p. 43).

Em 14 de outubro de 2004, através da Portaria 2.197, o Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, propôs uma nova visão de intervenção ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas no Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Fica estabelecida a Redução de Danos (RD) como estratégia de intervenção prioritária. “É contrária a internação de usuários de AD em hospitais psiquiátricos normatizando as internações hospitalares de curta permanência, propõe integração entre os serviços e níveis de atenção à saúde” (TEIXEIRA *et al.*, 2016, p. 1458).

A redução de danos (RD) visa compreender o usuário na sua subjetividade, sem preconceitos e julgamento, objetivando a minimização de riscos sem necessariamente diminuir o consumo individual da droga. Com base nos direitos humanos, a RD é considerada uma iniciativa inovadora no campo de atenção aos usuários, pois propõe uma ideia de liberdade em um campo marcado historicamente por imposições, surge, neste contexto, uma nova forma de intervenção terapêutica ao tratamento com dependentes químicos (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017). Além disso, a redução de danos tem como:

[...] foco principal de suas ações é a oferta de cuidado integral reduzindo prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso das drogas. A RD torna-se assim, uma estratégia norteadora do cuidado, um paradigma ético, clínico e político mostrando-se mais resolutiva para os usuários de crack e outras drogas (TEIXEIRA *et al.*, 2016, p. 1462).

A redução de danos, como estratégia, surgiu na tentativa de controlar e prevenir o avanço considerável de contaminação por AIDS, hepatites e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Caracteriza-se como uma estratégia que privilegia o direito à saúde e respeita o usuário que não almeja, ou não quer interromper o uso da droga. Esta teve origem no Brasil na década de 1980, inicialmente no Estado de São Paulo, na cidade de Santos, onde os casos de AIDS estavam mais em evidência, decorrente ao uso das drogas injetáveis (MACHADO; BOARINI, 2013).

Em função da crescente proporção dos problemas decorrentes ao uso de drogas, em 23 agosto de 2006 foi aprovada a Lei 11.343 da Presidência da República, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas (SISNAD). Esta substituiu as legislações anteriores, contendo alguns avanços, excluindo o usuário da pena de prisão e aproximando-o da saúde pública, como sendo de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais a ampliação de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento e manejo de usuários de álcool e outras drogas (LINS; SCARPARO, 2010). Sobre as finalidades do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) elenca-se:

[...] articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. Integram o SISNAD: o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema, vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República; a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), na qualidade de secretaria-executiva do colegiado; o conjunto de órgãos e entidades públicos que exerçam atividades referentes ao problema da drogadição; o Poder Executivo Federal; os Estados, os Municípios e o Distrito Federal; e as organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuam nas áreas da atenção à saúde e da assistência social e atendem usuários ou dependentes de drogas e respectivos familiares (LINS; SCARPARO, 2010, p. 268).

Complementa e ressalta Teixeira *et al.* (2016) ainda que, o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas estabelece novas formas para repressão ao uso e a produção não autorizada de drogas, faz a distinção entre usuário e traficante, definido as penas legais para ambos, mantém a criminalização e penalização.

Bravo (*apud* LINS; SCARPARO, 2010) faz uma crítica a respeito das instituições governamentais responsáveis pelas construções das políticas públicas voltadas para a problemática das “drogas” no Brasil. Aponta dois problemas referente a estruturação, uma é sobre a política de repressão que também está ligada a prevenção e tratamento e caminha sob a ótica dicotômica que ora o usuário é considerado um “marginal” e ora é considerado como doente, em um discurso contraditório entre tratamento e penalização/criminalização. O outro, postula a dificuldade das instituições de saúde, educação e assistência social assumirem suas funções e responsabilidades que delimitem teoricamente programas e projetos específicos para suas respectivas instituições.

Ainda sobre as legislações de relevância para atenção à usuários de álcool e outras drogas, cumpre mencionar a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde. Esta, por sua vez, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para indivíduos portadores de sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes ao uso de drogas e amplia o acesso à atenção psicossocial aos atendimentos das redes de assistência à saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2016). Em vistas da importância desta normativa, reproduz-se os seguintes pontos:

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros

§ 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado (BRASIL, 2011).

A referida portaria é considerada como um avanço à atenção aos usuários de álcool e outras drogas por trazer em suas diretrizes a ênfase no respeito aos direitos humanos, a garantia da autonomia e a liberdade das pessoas, a promoção da equidade, e a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar (BRASIL, 2011). Mas abre precedentes para o retrocesso quando insere as comunidades terapêuticas como serviços de atenção residencial de caráter transitório de apoio a Rede de Atenção Psicossocial.

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para

peças com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e  
 II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais **Comunidades Terapêuticas**: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde. (BRASIL, 2011, grifo nosso).

Quanto à equipe técnica disponibilizada, a Portaria 131, de 26 de janeiro de 2012, que institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, preconiza que as comunidades terapêuticas devem ser compostas da seguinte forma:

Art. 11. Cada módulo de 15 (quinze) vagas para usuários residentes contará com equipe técnica mínima composta por:

I – 1 (um) coordenador, profissional de saúde de nível universitário com pós-graduação lato sensu (mínimo de 36 horas-aula) ou experiência comprovada de pelo menos 4 (quatro) anos na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, presente diariamente das 7 às 19 horas, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; e

II – no mínimo 2 (dois) profissionais de saúde de nível médio, com experiência na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, presentes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

Art. 12. Os profissionais integrantes da equipe técnica da entidade prestadora de serviço de atenção em regime residencial deverão participar regularmente de processos de educação permanente, promovidos pela própria entidade ou pelos gestores do SUS (BRASIL, 2012).

Outro aspecto observado é que, a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e a Portaria 131, de 26 de janeiro 2012, foram aprovadas uma em seguida da outra com o intento de complemento, sendo claro a articulação quanto ao funcionamento e estruturação dos serviços das comunidades terapêuticas. Ao passo que a primeira abre brechas para a complementação da segunda, ou seja, a primeira insere as comunidades terapêuticas como instrumento de apoio, a segunda vem responsabilizar

os profissionais de saúde que trabalham no CAPS para a construção de projeto terapêutico individual para os indivíduos “internados” nas Comunidade Terapêutica (CT). Para colocação, considera-se importante citar diretamente as seguintes portarias.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde. (BRASIL, 2011, Art.9º).

Art. 15. O Projeto Terapêutico Singular deverá ser desenvolvido na entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial, com o acompanhamento do CAPS de referência, da Equipe de Atenção Básica e de outros serviços sócioassistenciais, conforme as peculiaridades de cada caso.

Art. 16. O CAPS de referência permanece responsável pela gestão do cuidado e do Projeto Terapêutico Singular durante todo o período de permanência do usuário residente na entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial.

Art. 17. A equipe técnica do CAPS de referência acompanhará o tratamento do usuário residente por meio das seguintes medidas:

I – contato no mínimo quinzenal entre o usuário e a equipe técnica do CAPS, por meio de atendimento no próprio CAPS ou visita à entidade prestadora, com o registro de todos os contatos em prontuário;

II – realização do primeiro contato entre o usuário residente e a equipe técnica em até 02 (dois) dias do ingresso no serviço de atenção em regime domiciliar;

III – continuidade no acompanhamento dos familiares e pessoas da rede social do residente pela equipe técnica do CAPS, com a realização de no mínimo um atendimento mensal, domiciliar ou no próprio CAPS, e/ou com a participação em atividades de grupo dirigidas; e

IV – contato no mínimo quinzenal entre a equipe técnica do CAPS de referência e a equipe do serviço de atenção em regime residencial, por meio de reuniões conjuntas registradas em prontuário (BRASIL, 2012).

No entanto, como já referido, o projeto terapêutico e o acompanhamento do usuário continua sendo de responsabilidade da equipe técnica do CAPS, em seu território, acarretando a precarização do serviço e a sobrecarga de trabalho dos profissionais.

Ainda de acordo com a resolução da ANVISA- RDC 29, de 30 de junho de 2011, que 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, o principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento deverá ser a convivência entre os pares, e dá ênfase a infraestrutura e o funcionamento interno. Destaca-se também:

Art. 5º As instituições abrangidas por esta Resolução deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação.

Art. 6º As instituições devem possuir profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim.

Art. 7º Cada residente das instituições abrangidas por esta Resolução deverá possuir ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas.

§2º. As informações constantes nas fichas individuais devem permanecer acessíveis ao residente e aos seus responsáveis (BRASIL, 2012).

Mais tarde, através da Portaria 1.482, de 25 de outubro de 2016, as comunidades terapêuticas foram incluídas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), onde são consideradas estabelecimentos de saúde e, conseqüentemente, autorizadas a receber recursos financeiros do SUS (BRASIL, 2011). Configura-se como um retrocesso a inclusão das comunidades terapêuticas como estabelecimento de saúde. Ao serem habilitadas a receberem recursos financeiros do governo, retiram-se recursos anteriormente destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Os primeiros sinais ao retrocesso tiveram início em 2015, no segundo mandato do governo de Dilma Rousseff (2015-2016), onde começa a emergir proposições para alterar a configuração da política de saúde mental, em que se observa “fortes posicionamentos conservadores, na defesa do isolamento como tratamento e a religião como cura” (REVADAM; SCARTEZINI (*apud* CAPUTO *et al.*, 2020, p. 95).

Na ordem do retrocesso, houve um recrudescimento após o *impeachment* de Dilma Rousseff (2016), o mandato interino de Michel Temer (2016-2018) e o atual governo de Jair Messias Bolsonaro (2019-). No período de dezembro de 2016 a maio de 2019 foram publicados “cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a nota técnica 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS - veio a chamar de Nova Política Nacional de Saúde Mental” (CRUZ; GONÇALVEZ; DELGADO, 2020, p. 02).

Os ideais da reforma psiquiátrica sofrem fortes ataques e estão sob ameaça, ao longo de sua história, por mais de 30 anos, nota-se que os avanços aconteceram vagarosamente, porém, de forma ininterrupta. Sem embargo, o cenário atual contribui para o que Delgado (2019) chama de “processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica”, afirma que o país está marchando para trás.

Privatização do Estado, desmonte do projeto de bem-estar social, pauperização, concentração de renda, punitivismo, cerceamento de liberdades individuais, acirramento do ódio e da desigualdade, são

componentes do contexto trágico que estamos vivendo (DELGADO, 2019, p. 03).

Silva, Barcelos e Dalbello-Araújo (2020, p. 05) destacam que a reforma psiquiátrica brasileira não está consolidada, caracteriza-se como um processo social vigente, onde pode-se perceber “constantes disputas entre diferentes correntes ideológicas que se manifestam por meio de vários entendimentos sobre as formas de intervenção à saúde mental”. Este processo é marcado por “representações sociais arcaicas sobre a loucura, por valores morais sobre o uso de drogas e atravessado por diversos interesses econômicos”.

O desmantelamento dos avanços, conquistas e direitos consolidados na Política de Saúde Mental, originam-se na gestão do governo de Michel Temer (2016-2018), onde houve aumento de incentivo financeiro às Comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos tradicionais, redução de recurso para os CAPS, e a diminuição dos espaços de controle e participação social, além do congelamento por 20 anos dos recursos que eram dedicados à diversas políticas, “entre as quais o SUS. Iniciou-se um período, agravado nos anos seguintes, de redução dramática do já insuficiente financiamento do sistema público de saúde” (REVADAM; SCARTEZINI *apud* CAPUTO *et al.*, 2020; CRUZ; GONÇALVEZ; DELGADO, 2020, p. 3).

Em 2018, o retrocesso vai ganhado forma através do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), que foi norteadada pela abstinência, desconsiderando a redução de danos, o que corroborou para o proibicionismo, o aumento e o fortalecimento das comunidades terapêuticas, com foco nas internações (CAPUTO *et al.*, 2020). Outrossim,

observa-se, dessa maneira, o crescimento das CT, os hospitais psiquiátricos e hospitais dia de cunho privado são retomados e ampliam-se de forma sistemática na sociedade. Uma política marcada fortemente pelo retorno da lógica manicomial, do proibicionismo, da violência e do moralismo, com ausência de debates com foco na cidadania, sem interseccionar com os marcadores sociais de desigualdades e de diferenças, como a questão de gênero, de raça e de classe social (CAPUTO *et al.*, 2020, p. 97-98).

O período considerado marco no início do desmantelamento dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica foi de 2016-2019, num contexto marcado pela irrupção da crise econômica e política, inclusive com *impeachment*, governo interino e eleições presidenciais.

Entre 2016 e 2019, o governo federal tomou as seguintes medidas: 1) modificou a PNAB – Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica; 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental; 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas; 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada, e recomendou a não utilização da palavra ‘substitutivo’ para designar qualquer serviço de saúde mental (embora seja medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara, de negar a mudança de modelo de atenção); 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial (DELGADO, 2019, p. 2-3).

E, no ano de 2019, as políticas, que anteriormente vinham sendo construídas e que se caracterizam como desmonte dos avanços conquistados pela reforma psiquiátrica, se concretizam no governo de Jair Messias Bolsonaro com a aprovação da Nova Política Nacional Sobre Drogas, através do Decreto 9.761, de 11 de abril de 2019. A resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14 de dezembro de 2017, é considerada um marco inicial para a referida lei, em que vem estabelecer novas diretrizes para o funcionamento da RAPS, “ela veio reformular o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da RAPS” (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p. 05).

A referida lei extingue a redução de danos como fonte de estratégia majoritária de tratamento e estabelece a abstinência como instrumento total de base ao tratamento, onde as ações preventivas e de tratamento, acompanhamento e planejamento, devem pautar-se na mesma. Além da abstinência, esta normativa também dá ênfase ao tratamento e acompanhamento do usuário sob ótica da visão holística<sup>3</sup> do ser humano, propondo um modelo de assistência interdisciplinar, intersetorial e transversal, onde, destaca-se:

2.7 Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da **visão holística do ser humano**, com tratamento, acolhimento,

<sup>3</sup> Entende-se como visão holística, a visão de um referido fenômeno como um todo, em que este deve ser compreendido na sua totalidade, levando em consideração os fatores que influenciam no fenômeno em questão (LEITE; STRONG, 2006). Sugestões de literatura: TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.2, p. 286-90, ago. 1996 e, REIS, Kelly S.; GODINHO, Lúcia Belina R. *Psicossomática: uma visão holística do homem. CIPPUS*, Canoas. V. 6, n. 1, 2018.

acompanhamento e outros serviços, às pessoas com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas.

3.3 Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da **visão holística do ser humano**, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social, à pessoa com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas e a prevenção das mesmas a toda a população, principalmente àquelas em maior vulnerabilidade (BRASIL, 2019, grifo nosso).

Embora a nova Política Nacional Sobre Drogas de 2019 explicita sobre a garantia do direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal pautada em uma visão holística (ser humano na sua totalidade), reforça abordagens clínicas, a determinação de internação voluntária e involuntária e inclusão em comunidades terapêuticas. É sabido que a maioria das comunidades terapêuticas são entidades de cunho religioso, que tratam a questão do uso e abuso de álcool e outras drogas como um problema moral, individual, sem contar, quando não culpabiliza a família sob o discurso de “desestrutura familiar”.

A referida lei também apoia as comunidades terapêuticas financeiramente e subsidiará recursos para seu desenvolvimento, funcionamento e estrutura física. Assenta o CONAD nas áreas das políticas públicas de educação, saúde trabalho, assistência social, esportes, habitação, cultura, trânsito e segurança pública. (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Destaca-se alguns trechos:

5.2.5 Estimular e apoiar, **inclusive financeiramente**, o trabalho de **comunidades terapêuticas**, de adesão e permanência voluntárias pelo acolhido, de caráter residencial e transitório, inclusive entidades que as congreguem ou as representem.

5.2.6 Estimular e apoiar, **inclusive financeiramente**, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das **Comunidades Terapêuticas** e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada (BRASIL, 2019, grifo nosso).

A Resolução 32, de 14 de dezembro de 2017, que estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considera os hospitais-dias como pontos de atenção, além do hospital psiquiátrico, com a lógica de funcionamento semelhante aos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Contudo, sem a conexão territorial, afetando uns dos mais importantes princípios do modelo assistencial da RAPS. Institui ainda, as equipes multiprofissionais de atenção especializada. Pactua diretrizes clínicas para linhas de cuidado na RAPS, porém, não

determina quais seriam essas diretrizes e quais as diferenças dessas para as já contidas na lei 10.216 de 2001 e na Portaria 3.088 de 2011 (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

A Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, sobre a Rede de Atenção Psicossocial, foi publicada uma semana depois da Resolução 32/2017, por conveniência ou não, enfatiza a construção do CAPSad IV sob a lógica de um mini hospital psiquiátrico, com a intencionalidade de prestar um serviço de urgência e emergência, oferta de até 30 leitos, contrariando o princípio de atenção expresso nos demais CAPSs e contrapondo o cuidado pautado na base territorial, no vínculo, na humanização e construção de projetos terapêuticos particularizados.

A indicação de construção dessas unidades “junto a cenas de uso” afronta o princípio do território, apontando que o sujeito seria cuidado (ou receberia uma intervenção) no local onde faz uso das substâncias, ignorando o local de moradia, trabalho, lazer, vínculos familiares etc., como se o território, e, portanto, a própria existência do usuário de álcool e outras drogas, só se desse no local de uso. Ainda, como se estas pessoas não fossem mais nada na vida além de usuários de drogas. Esta indicação ainda pode apontar para um projeto de intervenção por meio do recolhimento compulsório destas pessoas, capaz de servir como grande porta de entrada para internações compulsórias em comunidades terapêuticas. Trata-se de uma estrutura vocacionada para internações contra a vontade, implantada nas cenas de uso: por que designar tal dispositivo como “centro de atenção psicossocial”, se ele é o oposto do paradigma psicossocial? (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p. 7).

De acordo com a Nota Técnica 11/2019, do Ministério da Saúde, a Política Nacional sobre Drogas, que em 2018, através da Resolução 01/2018 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), era alinhada à Política Nacional de Saúde Mental, passa a ser de competência do Ministério da Cidadania, através da Nova Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, conforme a medida provisória 870, de 1º de janeiro de 2019. A medida provisória, convertida na Lei 13.844, de 18 de junho de 2019, traz competências inclusive para o Ministério da Cidadania, quais sejam:

Art. 23. Constitui área de competência do Ministério da Cidadania:

[...]

V - políticas sobre drogas, quanto a:

- a) educação, informação e capacitação para a ação efetiva para a redução do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas;
- b) realização de campanhas de prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas;

- c) implantação e implementação de rede integrada para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas;
- d) avaliação e acompanhamento de tratamentos e iniciativas terapêuticas;
- e) redução das consequências sociais e de saúde decorrente do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas; e
- f) manutenção e atualização do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (BRASIL, 2019a).

Um primeiro aspecto a ser observado é a alteração na nomenclatura do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) para Ministério da Cidadania (MC) a partir da posse do Governo de Jair Messias Bolsonaro. Não foi apenas uma mudança de nome, mas na natureza e nas competências desse órgão. O MDS era o órgão gestor responsável pelas políticas nacionais de desenvolvimento social, de segurança alimentar e nutricional, de assistência social e de renda de cidadania no país. Ou seja, a política sobre drogas não era de responsabilidade deste órgão.

A partir do Decreto 9.674/2019 e Decreto 10.357/2020, o Ministério da Cidadania, composto pela unificação dos Ministérios do Esporte e do Desenvolvimento Social, passou a ter como parte de sua estrutura a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, tendo entre outras atribuições:

- I - assessorar e assistir o Ministro de Estado quanto às políticas sobre drogas, no âmbito de suas competências;
- II - supervisionar e articular as atividades de: a) prevenção ao uso, atenção, apoio, mútua ajuda e a reinserção social de usuários e de dependentes de drogas; e b) capacitação e treinamento dos agentes do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas;
- III - apoiar as ações de cuidado e de tratamento de usuários e dependentes de drogas, em consonância com as políticas do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social;
- IV - propor ao Secretário Especial do Desenvolvimento Social a celebração de contratos, convênios, acordos, ajustes e instrumentos congêneres com entes federativos, entidades públicas e privadas, instituições e organismos nacionais e acordos internacionais [...];
- VIII - supervisionar os projetos desenvolvidos integralmente ou parcialmente com recursos do Fundo Nacional Antidrogas [...];
- XV - incentivar e apoiar a obtenção de recursos para a realização de projetos de instituições públicas e privadas que atuem nas áreas de recuperação, pesquisa, eventos, reinserção social, apoio, mútua ajuda, prevenção e cuidado de dependentes químicos [...] (BRASIL, 2020, Art. 46).

Do exposto na citação precedente, destaca-se que as ações de cuidado e de tratamento de usuários e dependentes de drogas, previstas na nova Política Nacional sobre Drogas (2019), estão em dissonância com os objetivos, os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social. Frisa-

se que, mesmo que historicamente a política de assistência social tenha como público cidadãos que se encontram em situação de vulnerabilidade e riscos decorrentes do “uso de substâncias psicoativas”, não cabe atendimento psicoterapêutico, visto que seus objetivos são a proteção social e a defesa de direitos. No que se refere à política de saúde, o quadro é gravíssimo, especialmente pelo desmonte de todos os avanços obtidos com a reforma psiquiátrica e a perspectiva ampliada de saúde definida com o Sistema Único de Saúde.

A resolução [32/2017] adota uma argumentação da mensurabilidade dos resultados e da necessidade de se adequar a pesquisa e a assistência a correntes teóricas que representem os grupos sociais que eles ‘reconhecem’. Estes argumentos são empregados para fundamentar o amplo financiamento público das comunidades terapêuticas e também constitui o mesmo tipo de discurso que será adotado para o aumento do financiamento dos hospitais psiquiátricos e para justificar o retorno do incentivo à eletroconvulsoterapia (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p. 9).

Não obstante, os retrocessos foram se ampliando, com a publicação da Nota Técnica 11, de 04 de fevereiro de 2019, emitida pelo Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro Junior, intitulada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”. Para se ter uma ideia do teor do conteúdo, reproduz-se um de seus trechos:

O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. [...] Assim, não há mais porque se falar em ‘rede substitutiva’, já que nenhum Serviço substitui outro (CORDEIRO JUNIOR, 2019, p. 3-4).

Alvo de fortes e duras críticas, a nota técnica foi suspensa, mesmo assim, várias entidades manifestaram seu repúdio ao conteúdo expresso em nota. No terceiro dia de publicação, Quirino foi exonerado do cargo para ser indicado como novo Secretário Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (CRPRJ, 2019).

Em análise publicada em Nota Técnica pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2019), intitulada “As implicações das alterações na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas para o Exercício Profissional de Assistentes Sociais no Brasil, a pesquisadora Solange Moreira trouxe um conjunto de argumentos científicos e políticos contrários à aprovação da nova política de drogas. Ressalta que a nova política vai na contramão aos avanços conquistados historicamente, na qual

há incentivo, inclusive financeiro para comunidades terapêuticas e alteração na viabilização de internação. Cita a referida Nota Técnica 11/2019 como sendo uma atitude do governo federal retrogrado e conservado em relação à política de saúde mental e de álcool e outras drogas, onde faz apologia ao uso de eletroconvulsoterapia (ECT) e a internação em hospitais psiquiátricos, alegando serem humanizados. Sobre as comunidades terapêuticas vale reproduzir parte da análise.

As comunidades terapêuticas têm conquistado, nos últimos anos, um poder político e econômico que muito nos preocupa. Estas instituições se constituem como “pequenos manicômios”, onde os direitos dos/as usuários/as são sistematicamente desrespeitados. Por esses e inúmeros outros motivos, nós, do Conjunto CFESS-CRESS, somos contra a regulamentação das comunidades terapêuticas. Não queremos que práticas desumanas, perversas e excludentes se perpetuem, fazendo recuar a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização já alcançada pelo Brasil (CFESS, 2019, p. 4).

Desde suas origens, na década de 1950, criadas pelo psiquiatra do exército inglês Maxwell Jones, com o propósito de tratar neurose de soldados decorrentes a guerra. Ele

[...] teve a oportunidade de mudar a orientação psicossomática para o campo social, criando ‘comunidades de transição’ que ajudou a recuperar muitos soldados ingleses. Essa visão contribuiu muito para a psiquiatria social, que substituiu a tradicional autoridade do médico pela participação mais ativa do paciente em sua própria cura e na dos outros pacientes. O sistema era, e continua sendo, caracterizado pela igualdade entre equipe e pacientes, divisão do trabalho e valorização da convivência interpessoal (JUNIOR, 2017, p. 463).

No Brasil, as comunidades terapêuticas surgem a partir da década de 1960, voltadas para a recuperação de dependentes de álcool e outras drogas. Oliveira, Sampaio e Saldanha (2015) afirmam que as comunidades terapêuticas ganharam nova forma a partir da década de 1980, onde passaram a ser vinculadas às questões religiosas, tanto a igreja católica quanto a evangélica pautam o tratamento na questão moral e espiritual, com regras rígidas e isolamento social.

As comunidades terapêuticas são instituições privadas e, muitas vezes, de caráter confessional, em que a religião é imposta como a principal estratégia de tratamento, independentemente das convicções religiosas do indivíduo anteriores ao ingresso nela. Elas possuem um programa específico de tratamento, que dura de seis a doze meses, conforme a instituição, regras rígidas e atividades obrigatórias, que devem ser seguidas por todos que ingressam na instituição. As visitas dos familiares são parcas e restritas e o contato com o mundo externo é inexistente, inclusive, no que diz respeito às atividades escolares e profissionais (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 95-96).

Tal conduta não está de acordo às normas e ações de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, ofertadas pelo Sistema Único de saúde (SUS). Os autores relatam ainda que, as comunidades terapêuticas ganharam força por falta de investimentos do poder público ao tratamento dispensado a esta população específica e por entender que “ao longo de sua implementação, os CAPS destinaram pouca atenção ao tratamento de usuários de SPA, que o foco foi direcionado para as doenças mentais” (OLIVEIRA; SAMPAIO; SALDANHA, 2015, p. 226).

Como já citado anteriormente, as comunidades terapêuticas são consideradas instituições de saúde, mas na composição da equipe técnica não há profissionais especializados na área. A crítica em pauta é como estas são reconhecidas como entidades prestadoras de serviços de saúde se não dispõem de recursos humanos qualificados para oferta de ações que contribuam para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. A nova Política Nacional sobre Drogas (2019) prevê entre seus objetivos

3.16 Regulamentar, avaliar e acompanhar o tratamento, o acolhimento em comunidade terapêutica, a assistência e o cuidado de pessoas com uso indevido de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas e com dependência química, a partir de uma visão holística do ser humano, observadas a intersetorialidade e a transversalidade das ações (BRASIL, 2019).

A questão é: a que órgão estatal caberá regulamentar, avaliar e acompanhar o tratamento, o acolhimento em comunidade terapêutica: Considerando que, em 2011 a Anvisa revogou a RDC 101/2001 e criou a RDC 29/2011, em que elas deixaram de se adequar às normas gerais de um serviço de saúde, tal qual um hospital ou centro de tratamento, em vista de seu regime de residência.

Além disso, a nova Política Nacional sobre Drogas (2019) traz que o tratamento ao usuário de álcool e outras drogas deve ser de forma intersetorial, interdisciplinar e transversal, em um de seus objetivos, como se evidencia no trecho a seguir.

2.7 Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, com tratamento, acolhimento, acompanhamento e outros serviços, às pessoas com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas- (BRASIL, 2019).

Entendendo o exposto, se nas comunidades terapêuticas não existem profissionais de saúde, tão pouco será realizável o serviço da forma abordada,

inclusive “interdisciplinar”, bem como, a garantia do direito a esta modalidade de assistência. É cristalina a intenção do governo federal de colocar as comunidades terapêuticas em evidência para o acompanhamento e tratamento dos usuários de álcool e outras drogas. Nota-se que todas as ações, planejamento, serviços e investimentos tendenciam para a priorização dessas instituições.

Ora, se os usuários são sujeitos de direito, logo têm o direito ao acesso integral à saúde, como preconizados anteriormente através da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que garante à autonomia, a liberdade das pessoas, a promoção com equidade e a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, dentre outros direitos que por esta foram assegurados.

No que diz respeito à internação involuntária, é dúbia, pois afirma que os familiares ou qualquer funcionário público, excluindo os servidores e da segurança pública, podem solicitar a internação. Porém, em seguida, a nova Política Nacional sobre Drogas diz que é necessário a aprovação de um médico para que a internação seja efetivada, sendo o prazo máximo de 90 dias para a internação. A internação involuntária fere os direitos do usuário, na qual este perde sua liberdade e sua autodeterminação, sendo impedido de tomar as decisões referentes ao rumo do tratamento para si (CFESS, 2019).

É fato que, em alguns usuários e usuárias de drogas, pela gravidade de seus quadros clínicos, podem perder temporariamente a condição de decidir sobre sua vida e seu processo de tratamento. Contudo, é importante ressaltar que essa não é a condição da maioria dos sujeitos que abusam ou criam dependências de substâncias psicoativas; muitos/as usuários/as conseguem manter sua autonomia e o senso de realidade. Portanto, devem ser incluídos/as no processo de sua recuperação para, assim, poderem repensar qual o lugar que a ‘droga’ ocupa na sua vida e em qual tipo de tratamento querem se engajar (CFESS, 2019, p. 9).

Além do posicionamento de entidades representativas de categoriais profissionais que atuam com a questão do álcool e outras drogas, pesquisadoras da área, como Andrea Gallassi, em entrevista para o Jornal Globo News, em 17 de maio de 2019, juntamente com o Ministro Osmar Terra, debateram a respeito das mudanças ocorridas na Política de Drogas. Na ocasião, a entrevistada criticou a nova lei por sua abordagem criminalizadora, que obriga o uso de força e coerção para tratamento. Ressaltou ainda, que a dependência química é um problema de saúde, em que os usuários precisam ser tratados de acordo com suas necessidades e

implicações, onde o tratamento não se resume unicamente em medicamentos, como se fosse uma infecção, no entanto, a dependência química é algo mais complexo, multifatorial (GLOBO NEWS, 2019).

Destarte, frisou também que, o problema vai além desta relação, devendo ser tratada de forma a conscientizar o usuário, pois ele precisa de ajuda, onde possa visualizar sua situação e ser motivado à mudança de vida. Ainda em sua fala, Andrea Gallassi trouxe que o Brasil está na contramão dos países desenvolvidos, por manter uma abordagem que criminaliza os usuários ao invés, de oferecer um atendimento na área da saúde e da assistência social para que possam ser assistidos em seus direitos e não pelo uso de força para um problema de saúde pública (GLOBO NEWS, 2019).

Em seguida, em 05 de junho de 2019, o presidente Jair Messias Bolsonaro sancionou mais uma lei que marca o retrocesso ao direito, respeito e autonomia do usuário, com a Lei 13. 840, o usuário pode ser internado involuntariamente sem que haja a ordem judicial. Por meio desta lei, a internação passa a ser realizada por servidor público da área da saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos que integram o SISNAD. Em suma, objetiva o fortalecimento no modelo de tratamento hospitalar, tendo a internação como fonte de tratamento, empedrando a política sobre drogas, no seu desdobramento, potencializando as comunidades terapêuticas como instituições de atenção aos usuários de álcool e outras drogas (PASSOS *et al.*, 2020).

Em relação a internação involuntária, a referida legislação entra em contradição ao estabelecer que qualquer profissional de saúde, de assistência ou servidor ligado ao SISNAD, pode realizar internação do usuário. No entanto, na mesma legislação no § 2º discorre:

§ 2º A internação de dependentes de drogas somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação (BRASIL, 2019, Art. 23-A).

O retrocesso é observado também quanto à imagem do usuário, que passa novamente a ser visto como um criminoso, marginal e que, portanto, deve ser punido e excluído da sociedade, potencializando o preconceito e discriminação, onde a concepção de proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais é ameaçada. A dependência química é considerada uma doença que afeta milhares de pessoas diariamente no mundo e, como qualquer outra doença, também necessita

ser tratada de forma medicamentosa e receber os cuidados necessários para o acompanhamento e tratamento com os profissionais capacitados. Para justificar tais ponderações, se reproduz a seguinte afirmação contida na lei:

3.5 Considerar nas políticas públicas em geral as causas e os fatores relacionados ao uso, ao uso indevido e à dependência do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas e garantir que as pessoas afetadas pelos problemas decorrentes de seu uso sejam tratadas de forma integrada e em rede, com o objetivo de que se mantenham abstinentes em relação ao uso de drogas (BRASIL, 2019).

É fundamental considerar o posicionamento do Ministério da Saúde, que expediu uma Nota Técnica ,11/2019, sobre as mudanças na política de álcool e outras drogas, avaliadas como um grande retrocesso, à medida que propõe incluir as comunidades terapêuticas, os hospitais psiquiátricos e os eletrochoques na Rede de Atenção Psicossocial. Fora as implicações disso, que avalizam a concretização da volta do modelo manicomial, o qual foi historicamente combatido. Na mesma opinião, o Conselho Federal de Psicologia (2019) entende que é a demonstração clara de retrocesso, inclusive pelo fato de que a população não foi consultada a respeito, excluindo os princípios democráticos e fundamentais do Sistema Único de saúde (SUS) e o direito constitucional à liberdade.

Uma nota técnica é uma orientação, um indicativo, que não tem força de lei. O que ela faz é dar força às ideias manicomiais que continuam e persistem em nossa sociedade, e isso não é pouco, é muito grave e nos lembra que a luta antimanicomial ainda não acabou, é processo de construção da liberdade, convivência com a diversidade humana, a busca de reconhecimento dos direitos humanos e da justiça social (CFP, 2019, p. 24).

Reside aqui o retrocesso claro aos direitos do usuário, uma vez, que ele não será acompanhado e tratado por profissionais capacitados para tal função, em contrapartida, se terá um tratamento pautado na convivência dos pares, na religião, em rotinas pré-estabelecidas, normas rígidas a serem seguidas, ausência de liberdade, privação do convívio social, dentre outros aspectos encontrados na lógica de cuidados das Comunidades terapêuticas. Lógica que evidencia a violação de direitos e retoma antigas práticas que foram vencidas com as conquistas de direitos no bojo da reforma psiquiátrica, como por exemplo: o modelo asilar, a internação, formas de cuidados que não utilizam métodos científicos, exclusão do convívio social, dentre outros aspectos.

Ou seja, essas alterações na Política Nacional sobre Drogas de 2019 se caracterizam como um retrocesso nas conquistas estabelecidas por meio da reforma psiquiátrica, extinguindo a redução de danos e instituindo a abstinência como ponto central ao tratamento.

A política nacional não dá ênfase às estratégias de redução de danos e apoia, inclusive financeiramente, o desenvolvimento e a estruturação de novas comunidades terapêuticas, além de defender que o tratamento tenha como objetivo que os usuários se mantenham abstinentes com relação ao uso de drogas (SILVA; ALMEIDA; AMATO, 2019, p. 822).

Anteriormente, a lógica do tratamento estava pautada na redução de danos, agora, a abstinência passa a ser a única ferramenta para o tratamento, todas as ações, serviços, projetos, tratamentos e planejamentos devem ser pautadas e direcionadas à promoção e manutenção da abstinência, como atesta trecho da nova Política.

2.8 As ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas mantenham-se abstinentes em relação ao uso de droga (BRASIL, 2019).

Como se não bastasse todos os retrocessos acima discorridos, no dia 07 de dezembro do corrente ano (2020), foi divulgado pelo jornalista Guilherme Amado, da Revista Época, que o Governo Bolsonaro planeja revogar noventa e nove (99) portarias que estão situadas no âmbito da atenção à saúde mental, das quais foram publicadas entre os anos de 1991 a 2014 (AMADO, 2020). Tal como aconteceu ao final do ano de 2017, novamente, diversos programas de saúde mental estão sob ameaça, tais como: o programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS; a RAPS; o Serviço Residencial Terapêutico; as equipes de Consultório na Rua e, a Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta para Casa.

Diante da eminência deste desmonte das políticas públicas de saúde mental, diversas autoridades de saúde estaduais revelam grande receio em face da atual crise histórica na saúde brasileira. Ademais, outro agravante é que se a revogação ocorrer nas próximas semanas, o processo de questionamento e mobilização será dificultado, considerando que o Supremo Tribunal Federal (STF) e o Congresso Nacional estarão

em recesso (AMADO, 2020). Contudo, diversas militâncias da sociedade já vêm se movimentando em defesa do SUS e da reforma psiquiátrica.

### **3 ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM PRESIDENTE KENNEDY- ES: UMA ANÁLISE DE PROCESSOS**

O capítulo que ora se apresenta trata de mostrar como a legislação municipal contempla a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, visando identificar consonâncias e diferenças com as proposições do governo federal. Também traz de que forma a atenção aos usuários de álcool e outras drogas vem sendo ofertada no município.

#### **3.1 Contextualização do planejamento das ações na política pública de saúde**

Toda política pública contempla um processo racional de reflexão, decisão, ação e retorno da reflexão (BAPTISTA, 2003) em que se dá: a identificação do problema, a partir da realização do estudo da situação; formação de uma agenda pública, com o estabelecimento de prioridades; a formulação de alternativas para o enfrentamento das questões elegidas como prioritárias, a partir da sistematização de planos, programas e projetos; a implementação, implantação e execução das ações previstas no planejamento; o controle; a avaliação de processos e resultados; a retomada do processo para delineamento de novas tomadas de decisão e estratégias de ação.

Por se tratar de um processo social contínuo e dinâmico, envolve um conjunto de ações planejadas, que, embora pressuponham fases, geralmente ocorrem de forma misturada, “[...] com negociações, pressões, mobilizações, alianças ou coalizões de interesses” (TEIXEIRA, 2002, p. 5) na prestação de serviços, particularmente, neste caso de saúde. Nessa direção, Silva (2008) explicita que o processo de formulação de uma política pública se faz através da intervenção ou regulação da sociedade, ela é projetada com o intuito de provocar alguma mudança social, e promover o bem-estar da sociedade.

Trata-se de um processo que articula diferentes sujeitos, que apresentam interesses e expectativas diversas. Representa um conjunto de ações ou omissões do Estado, decorrente de decisões e não-decisões, constituída por jogos de interesses, tendo como limites e condicionamentos os processos econômicos, políticos, sociais e culturais de uma sociedade historicamente determinada (SILVA, 2008, p. 90).

A organização, estruturação e concretização de uma política pública se forma a partir dos interesses sociais e se materializa diante da disponibilidade de recursos materiais que também são oriundos da sociedade e visam a garantia de direitos fundamentais, como é a saúde. Inclui ainda, a vontade política de enfrentar a situação e recursos técnicos para a execução das ações. Ou seja, esse processo se desenvolve de forma articulada, “muitas vezes, concomitantes e interdependentes, constituídos de ações em forma de respostas [...], a situação considerada problemática, materializadas mediante programas, projetos e serviços” (SILVA, 2008, p. 90), que precisam ser estruturados pelo ente estatal em seu âmbito de atuação.

A política pública de saúde constitui-se por um conjunto de ações dirigidas à garantia do direito à saúde em todas as suas dimensões (promoção, proteção e recuperação), orientado pela descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, conforme prevê a Constituição Federal de 1988. Sendo direito de todos e dever do Estado, precisa ser garantida mediante ações e serviços disponibilizados pelo Poder Público, que definirá acerca de “sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988, art. 197).

Diante do exposto, como pensar na constituição de políticas municipais levando em consideração os retrocessos indicados nas análises apontadas anteriormente, se vão ao encontro dos preceitos da reforma psiquiátrica. Sem dúvidas, isso é um grande desafio para o ente estatal municipal, visto que a normativa federal estabelece que fica a cargo dos órgãos públicos a implantação de políticas voltadas ao problema do uso e abuso de álcool e outras drogas. Mesmo com todas as críticas já tecidas sobre a nova Política Nacional sobre Drogas (2019), ela estabelece qual o papel do Estado, dos entes federativos e organizações da sociedade civil no enfrentamento do problema em questão.

5.1.1. O Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade, incluídos os usuários, os dependentes, os familiares e as populações específicas, possa assumir com responsabilidade ética o tratamento, o acolhimento, a recuperação, o apoio, a mútua ajuda e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente pelos órgãos da administração pública na abordagem do uso indevido e da dependência do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas.

5.1.1.1. Tais ações podem ser executadas diretamente pelo Poder Público, nos níveis federal, estadual, distrital e municipal, e pelas organizações não-governamentais sem fins lucrativos (BRASIL, 2019).

Em vista da necessidade de instituir políticas públicas que ofereçam ações de prevenção, tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social, o Poder Público, nos níveis federal, estadual, distrital e municipal, tem incorporado aos planos municipais de saúde propostas, com metas e indicadores, que visem ao seu desenvolvimento. Nessa ótica, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou o Plano Municipal de Saúde de 2017 para o exercício 2018-2021, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. O plano estabelece, no âmbito da Rede de Saúde Mental Municipal, metas para o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas: implantar e manter o Centro de Atenção Psicossocial Municipal (CAPS); implantar a política municipal de enfrentamento às drogas e garantir o atendimento e acompanhamento durante e após as internações dos usuários/dependentes químicos e de transtornos mentais.

O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apoiar a gestão na condução do SUS no âmbito de sua competência territorial visando alcançar a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do sistema. O Plano de saúde como instrumento básico do sistema de planejamento do SUS norteia a definição da Programação Anual das Ações e Serviços de Saúde prestados, tendo resultados consolidados e avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com efetiva participação do controle social através do Conselho Municipal de Saúde e das Conferências Municipais de Saúde, além de orientar o Plano Plurianual (PPA), Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). Na elaboração do Plano Municipal de Saúde buscou-se analisar a situação atual do município e a partir desta definir objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos (PRESIDENTE KENNEDY, 2019, p. 6).

Neste sentido, cumpre mencionar que planejamento é diferente de plano. O plano é um instrumento que norteia as ações em um processo de planejamento, é um documento que estará em constante mudança, uma vez que, as demandas sociais também ganham novas formas, porém, ele precisa estar pronto, preparado para orientar e direcionar o trabalho. Pode-se dizer que o plano tem prazo de início e fim, com alterações de acordo com o momento/situação. Já o planejamento é algo constante, um processo permanente que busca antecipar os acontecimentos, corrigir erros, direciona as ações desenvolvidas, sempre caminhando rumo aos objetivos propostos anteriormente. Em suma, o planejamento é situacional e sistemático, onde há a articulação do presente com o futuro (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

É necessário mencionar aqui também, que o planejamento se constitui em “um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas” (TEIXEIRA, 2010, p. 17). Outrossim, o planejamento, na lógica racional, refere-se ao processo contínuo e metódico de problemas oriundos do mundo social, com abordagem racional e científica. Pressupõe ações permanentes para determinadas situações postas no momento, utiliza de conhecimentos técnicos, científicos e teóricos, bem como é visto como um caminho a ser “percorrido pela ação, e às providências necessárias a sua adoção, ao acompanhamento da execução, ao controle, à avaliação e à redefinição da ação” (BAPTISTA, 2003, p. 13).

O processo racional de planejamento se divide nas seguintes partes: 1) de reflexão; 2) de decisão; 3) de ação e 4) de retomada da reflexão. Para tanto, levando em consideração a construção do plano municipal, segundo a situação atual do município, como exposto no próprio plano, este está atrelado à parte 1 do processo racional de planejamento que é o de reflexão, “que diz respeito ao conhecimento de dados, à análise e estudo de alternativas, a superação e reconstrução de conceitos e técnicas de diversas disciplinas relacionadas com a explicação e quantificação dos fatos sociais e outros” (BAPTISTA, 2003, p.15). Já o planejamento, visto na sua dimensão política, Baptista (2007) o entende como um processo contínuo de tomada de decisões e faz uma ligação com o poder, onde:

é fundamental que, além do conteúdo tradicional de leitura da realidade para o planejamento de ação, sejam aliados à apreensão das condições objetivas o conhecimento e a captura das condições subjetivas do ambiente em que ela ocorre: o jogo de vontades políticas dos diferentes grupos envolvidos, a correlação de forças, a articulação desses grupos, as alianças ou as incompatibilidades existentes entre os diversos segmentos (BAPTISTA, 2003, p. 17-18).

O planejamento político, ao longo dos tempos, vem passando por algumas modificações na sua efetivação, criação e execução, antes ele era aplicado no aspecto técnico operacional, onde não levava em consideração o envolvimento político de sujeitos, suas implicações sociais, as pressões e tensões desencadeadas pelos meios sociais. Atualmente, no planejamento político, entende-se que é necessário realizar uma leitura da realidade, do momento, do ambiente, das situações vivenciadas pelos sujeitos para alcançar a efetivação de forma desejável e satisfatória,

e, neste contexto, está presente a complexa inter-relação de poder entre os grupos sociais, as vontades dos sujeitos políticos, as demandas sociais, as implicações, as necessidades emergenciais, dentre outros aspectos (BAPTISTA, 2003).

Diante da complexidade da criação e efetivação de planejamento, considerando agora aspectos mais amplos, destaca-se a importância do caráter político do planejamento, onde além das competências e aspecto teórico-prático e técnico-operacional, surge o ético-político, com o desafio e necessidade de um planejamento estratégico que atenda a demanda emergente das relações, enfatizando e apreendendo os ganhos deste processo (BAPTISTA, 2003). Sobre o planejamento estratégico, compartilha-se da seguinte definição:

[...] propõem-se processos de planejamento que objetivam alcançar o máximo de liberdade de ação a cada ação realizada. Para tanto, considera-se o problema do poder, admitindo-se o conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema na qual se planeja, fazendo parte do processo de planejamento a análise e a construção da viabilidade política (GIOVANELLA, 1990, p. 129-130).

Nessa ótica, trata-se de processos estratégicos e operacionais, apresentados em forma de planos, geralmente, de médio prazo, onde são sistematizados e compatibilizados objetivos e metas a partir de um quadro cronológico, explicitadas as prioridades e ações a serem empreendidas, destacando aspectos relacionados aos recursos financeiros, materiais e humanos.

Ainda sobre a importância de planejamento na construção e implementação de políticas públicas, o Ministério da Saúde, através do Manual de Planejamento do SUS (2016), destaca a importância da elaboração do mapa da saúde e da análise situacional. Definidas as regiões de saúde, constrói-se o mapa de saúde e a análise da situação de saúde da população regional, possibilitando agrupar e sistematizar as informações em saúde da região que, posteriormente, servirá de base a análise situacional, visando identificar os vazios assistenciais existentes. “O objetivo dessa etapa é identificar as necessidades de saúde da população e contribuir para o estabelecimento das metas de saúde da região. As necessidades são balizadas pelos parâmetros assistenciais vigentes” (BRASIL, 2016, p. 97).

No que se refere ao Plano Municipal de Saúde, já mencionado anteriormente, verificou-se que, em função de todas as adequações realizadas mediante a pandemia do Covid-19, o Relatório Anual de Gestão (RAG) do ano de 2019 ainda não foi

aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Entretanto, obteve-se o Relatório de 2018, que traz informações sobre as ações e metas implementadas e/ou em processo de implementação em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Além disto, enquanto servidora pública do Município, tem-se o conhecimento de que os dados apresentados a seguir mantêm-se.

O Relatório Anual de Gestão de 2018 registra que o atendimento/acompanhamento psicossocial e o tratamento de transtornos mentais e comportamentais estão zerados para informações ambulatoriais e hospitalares, conforme indica o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), explicitados no Quadro 1.

Quadro 1 - Produção de Atenção Psicossocial em Presidente Kennedy (ES)

Forma organização	Sistema de Informações Ambulatoriais		Sistema de Informações Hospitalares	
	Qtd. aprovada	Valor aprovado	AIH Pagas	Valor total
030108 Atendimento/Acompanhamento psicossocial	0	0	0	0
030317 Tratamento dos transtornos mentais e Comportamentais	0	0	0	0

Fonte: Presidente Kennedy (2018)

Todavia, neste mesmo relatório, há a justificativa de que os serviços não estão registrando suas produções, dificultando assim a transparência das informações e o planejamento das ações municipais, onde há necessidade de treinamento e conscientização dos profissionais envolvidos. Quanto à autorização de internação hospitalar (AIH), o mesmo relatório informa que no município não há serviços de internação, logo não há registro de AIH.

Em relação ao atendimento psicossocial, o documento sinaliza que ocorre de forma individualizada, sendo realizado por profissionais de Psicologia, Serviço Social e Psiquiatria, como segue:

O atendimento psicossocial, apesar de não haver registro em 030108 Atendimento/Acompanhamento psicossocial, 030317 Tratamento dos

transtornos mentais e comportamentais, este é realizado de forma individual no acompanhamento dos psicólogos, assistentes sociais e psiquiatra; o município está organizando a Saúde Mental com a contratação de referência para o programa e implantação do NASF, visando qualificar o serviço (PRESIDENTE KENNEDY, 2018, p.12).

Quanto à implantação da rede de saúde mental do município, há indicativo de processos de organização da saúde mental em âmbito municipal. Destarte, os resultados para as metas estabelecidas não foram atingidos, estão zeradas, como atesta o relatório do ano de 2018, no Quadro 2.

Quadro 2 - Metas para a implantação da Rede de Saúde Mental de Presidente Kennedy (ES)

AÇÃO 1: IMPLANTAR A REDE DE SAÚDE MENTAL MUNICIPAL				
Meta	Indicador	Unidade	Programação Anual de Saúde – 2018	Resultado em 2018
Implantar e manter Equipe de Referência em Saúde Mental no Município de Presidente Kennedy.	Número de equipe implantada	Número Absoluto	1	0
Qualificar 100% dos profissionais da Equipe de Referência em Saúde Mental.	Percentual de Profissionais Capacitados	%	100	0
Realizar Fórum Anual em Saúde Mental.	Número de fóruns realizados	Número Absoluto	1	0

Fonte: Presidente Kennedy (2018)

Quadro 3 - Metas para a implantação da Rede de Saúde Mental de Presidente Kennedy (ES) – Cont.

AÇÃO 1: IMPLANTAR A REDE DE SAÚDE MENTAL MUNICIPAL				
Meta	Indicador	Unidade	Programação Anual de Saúde – 2018	Resultado em 2018
Capacitar 100% dos Técnicos da Atenção Básica e Pronto Atendimento Municipal sobre o fluxo de serviços em saúde mental e serviços referenciados para outros territórios	Percentual de técnicos capacitados	%	100	0
Criar Um Grupo Intersetorial para Discussão e Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial Municipal	Número de Grupos Criados	Número Absoluto	1	0
Realizar Ações de Matriciamento pela Equipe de Referência em Saúde Mental e, posteriormente, com Equipe do CAPS com Equipes de Atenção Básica (ESF)	Número de Equipes de ESF com Ações de Matriciamento	Número Absoluto	5	0
Implantar e manter o Protocolo de Atendimento às Urgências e Emergências em Saúde Mental	Número de Protocolo Implantado	Número Absoluto	1	0
Garantir o atendimento e acompanhamento durante e após as internações dos usuários/dependentes químicos e de transtornos mentais	Percentual de Usuários Dependentes Químicos e Portadores de Transtornos Mentais Acompanhados	%	100	0
Fomentar Parceria de Educação e Cuidados em Saúde com a Associação Pestalozzi de Presidente Kennedy	Termo de fomento implantado	Número Absoluto	1	0

Fonte: Presidente Kennedy (2018)

É importante ressaltar que nas análises e recomendações do relatório fica expresso a deficiência do serviço de saúde mental, admitido perante as informações

fornechas. Sendo assim, foi elaborado para o próximo exercício de 2019 metas e ações que foram apresentadas ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) através do Plano Anual de Saúde de 2019 (PAS). Vale salientar que as

ações para alcance de metas foram redefinidas, assim como responsabilidades. Houve a nomeação de uma Coordenação para Saúde Mental, onde foram encontradas as maiores fragilidades, diante das novas políticas públicas em relação a esta área e as mudanças de paradigma na assistência a saúde mental, como a desinstitucionalização dos pacientes, que demanda a necessidade de organização do sistema municipal no intuito de absorver as demandas destes pacientes (PRESIDENTE KENNEDY, 2018, p. 76).

Já para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no município, ao que se refere à média e alta complexidade, com a meta de garantir a internação dos usuários com indicação circunstanciada após esgotamento dos serviços extra-hospitalares, o resultado é de 100%, como mostra o Quadro 4 a seguir:

Quadro 4 - Rede de Saúde Mental de Presidente Kennedy (ES)

AÇÃO 1: GARANTIR ACESSO AO ATENDIMENTO, INTERNAÇÃO E REABILITAÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA				
Meta	Indicador	Unidade	Programação Anual de Saúde – 2018	Resultado em 2018
Garantir a internação dos usuários/dependentes químicos, com indicação médica circunstanciada após esgotamento dos serviços extra-hospitalares	Percentual de pacientes atendidos	%	100	100

Fonte: Presidente Kennedy (2018).

O serviço prestado, mencionado no Quadro 4, é realizado através de contratação de empresas que tenham interesse em ofertar esses serviços para a Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy, por meio do Fundo Municipal de Saúde. Para a contratação são realizados pregões eletrônicos e/ou presenciais, em que as empresas prestadoras do serviço devem estar de acordo com o edital de licitação publicado no site.

Licitação é um procedimento obrigatório que antecipa a efetivação de contratos com a administração pública. Como esta não pode contratar empresas ou fornecedores de serviços livremente, escolhendo em particular qual contratar, faz-se necessário o processo público de seleção para a melhor proposta, onde possam passar por iguais condições (MAZZA, 2018).

O pregão é uma das modalidades licitatórias válida em todas as esferas federais, utilizada para contratação de bens e serviços. Divide-se em duas modalidades: pregão convencional (presencial) e o pregão eletrônico. O pregão eletrônico é realizado com apoio da internet, devendo submeter-se ao Decreto 5.450, de 31 de maio de 2005 (MAZZA, 2018).

Os editais que vem sendo realizados pela Prefeitura de Presidente Kennedy, para contratação de serviços especializados para internação dos usuários/dependentes químicos, compreendem essas duas modalidades de pregões. Possuem texto basicamente igual:

#### **1. OBJ E T O**

1.1. Contratação de serviços especializados em tratamento e recuperação de dependentes químicos, em regime de contenção (internação compulsória e voluntária) para adultos e adolescentes, usuários da rede pública de saúde do Município de Presidente Kennedy/ES, conforme descrição, especificações e quantidades constantes neste edital.

#### **2. J U S T I F I C A T I V A**

2.1. Parte de um cenário nacional, o objeto em epígrafe trata-se de uma intervenção aos problemas gerados pela dependência química no município de Presidente Kennedy/ES. Considerando um conceituado aumento na procura pelos serviços de recuperação de dependência química, à contratação dos serviços torna-se uma solução para redução do número de dependentes, e em contrapartida, no processo de educação em saúde, proporcionando uma erradicação das drogas no município (PRESIDENTE KENNEDY, 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019).

Do exposto, percebe-se que, sistematicamente, o Município realiza pregões para contratação de serviços especializados voltados para o atendimento do problema da dependência química, o que vem confirmando que esta demanda requisita a constituição de política municipal. Reitera-se tal necessidade frente aos dados produzidos pelo Mapa de Oportunidades e Serviços Públicos (MOPS) de 2020, órgão que disponibiliza informações em nível municipal, vinculado ao Ministério da Cidadania. A Secretaria Municipal de Assistência Social, através do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), atende usuários de álcool

e outras drogas. Essa informação se refere ao atendimento de profissionais do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), quando indica ações e atividades realizadas no âmbito da Liberdade Assistida (LA) visualiza-se a ação de encaminhamento para serviços da rede de saúde para atendimento de usuários dependentes de substâncias psicoativas.

Em suma, nota-se que existe uma demanda para o serviço de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, mas também que o Município contrata, via licitação pública, instituição privada para a oferta de serviço especializado em tratamento e recuperação de dependentes químicos, em regime de contenção (internação compulsória e voluntária), como foi exposto. Mas, não é factível a existência de política própria de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no município estudado.

Quanto a essa questão, segundo estudiosos do assunto, para a oferta de serviços sociais como este, primeiramente, a política pública deve estar constituída. Silva (2008) destaca o seguinte movimento neste processo: 1) Identificação do problema; 2) Estabelecimento de agenda; 3) Formulação da política; 4) Legitimação da política; 5) Implementação da política e, por fim, 6) Avaliação da política. Entendendo a importância do movimento processual para a construção da política pública, no que se refere a legitimação da política, Silva (2008, p. 95) afirma:

no movimento de adoção da política, esta é transformada num programa com base em critérios técnicos apresentados pelos formuladores e em critérios políticos do próprio Legislativo ou defendidos pelo Executivo. Uma alternativa de política, para ser adotada, depende, por conseguinte, do suporte da maioria do Legislativo, do consenso entre dirigentes ou de decisão judiciária. Inclui-se também nesse movimento decisório a constituição de leis, decretos, normas e a definição do orçamento, que garantem a implementação do programa adotado.

Deste modo identificou-se que os serviços ofertados no município não estão pautados em sua legislação, ou seja, não existe uma lei específica que norteia as ações, planejamentos, serviços e tratamento. Nessa lógica, o que foi encontrado para justificar os serviços é o Decreto Municipal n. 47, de 03 de maio de 2019, que institui a equipe mínima de referência em Saúde Mental para atender as demandas territoriais do município e o plano municipal de saúde.

O Decreto estrutura-se em três (03) páginas e contempla em sua organização: diretrizes, objetivos, atividades e composição da equipe mínima. Considera o inciso III

do Art. 14º da portaria 3.088, de 23 de dezembro 2011, que constitui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que se refere:

Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe: [...] III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território municipal (BRASIL, 2011).

Em análise do documento constatou-se que as diretrizes do Decreto Municipal são as mesmas diretrizes encontradas na Portaria 3.088, no Art. 2º, na qual o documento se embasa. Verificou-se também, que, boa parte dos objetivos se encontram na mesma Portaria, nos Art. 4º e 5º. Destacam-se as diretrizes e objetivos contidos no Decreto Municipal:

Art.2º. A Equipe Mínima de Referência em Saúde Mental tem como diretrizes os seguintes aspectos:

- I - garantir o respeito aos direitos humanos, a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promover a equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combater a estigmas e preconceitos;
- IV - garantir o acesso e a qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; e
- V - desenvolver atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

Art. 3º São objetivos da Equipe Mínima de Referência em Saúde Mental:

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- III - promover ações de prevenção ao consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- IV - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- V - promover ações e trabalhos terapêuticos voltados a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade;
- VI - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VII - monitorar e auxiliar os processos de internações em espaços de reabilitação de dependentes químicos, ao que tange as internações voluntárias, bem como, compulsórias - determinação judicial; e
- VIII - Prestar auxílio aos familiares de internos, visando promover um ambiente acolhedor e o fortalecimento de vínculo (PRESIDENTE KENNEDY, 2019).

Identificou-se ainda, que o item III das diretrizes do Decreto: “combater a estigmas e preconceitos”, coaduna com o item 2.5 da Política Nacional sobre Drogas de 2019: “tratar sem discriminação as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas”. Embora o item III dos objetivos do decreto: “promover ações de prevenção ao consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas”, esteja colocado de forma bem ampla, visualiza-se na Política Nacional, também, ações de prevenção ao uso. Sem embargo, encontra-se de forma mais detalhada e específica. Destaca-se parte das ações:

4.1.4 As ações preventivas devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, ao incentivo da educação para a vida saudável e à qualidade de vida, ao fortalecimento dos mecanismos de proteção do indivíduo, ao acesso aos bens culturais, à prática de esportes, ao lazer, ao desenvolvimento da espiritualidade, à promoção e manutenção da abstinência, ao acesso ao conhecimento sobre drogas com embasamento científico, considerada a participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação das ações.

4.2.4 Promover e apoiar ações de prevenção que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde e à promoção de habilidades sociais e para a vida, o fortalecimento de vínculos interpessoais, a promoção dos fatores de proteção ao uso do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas e a conscientização e proteção contra os fatores de risco (BRASIL, 2019).

O item VII contido nos objetivos deste decreto visa “monitorar e auxiliar os processos de internações em espaços de reabilitação de dependentes químicos, ao que tange as internações voluntárias, bem como, compulsórias - determinação judicial”; reforça o que foi encontrado no Plano Municipal de Saúde e nos conteúdos achados nos pregões, já citado anteriormente, onde foi encontrado serviço de internação compulsória e voluntária, visto que a lógica de internação nos serviços ofertados no município para esta população se expressa nos documentos estudados.

Outro item importante para análise é o V das diretrizes, este fomenta o desenvolvimento de “atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania”, que coaduna com os princípios encontrados na RAPS, em função do Decreto utilizar das principais diretrizes contidas na Portaria, como já mencionado anteriormente. Porém, em análise a outros aspectos do documento, este não está em concordância total com a portaria, uma vez, foram encontradas práticas, ações e condutas que levam a lógica de internação. É cristalina a ideia de:

VII - monitorar e auxiliar os processos de internações em espaços de reabilitação de dependentes químicos, ao que tange as internações voluntárias, bem como, compulsórias - determinação judicial; e  
VIII - Prestar auxílio aos familiares de internos, visando promover um ambiente acolhedor e o fortalecimento de vínculo (PRESIDENTE KENNEDY, 2019).

Diante do exposto, infere-se que, embora o Decreto não considere a Nova Política Nacional de Álcool e outras Drogas (2019) na sua construção, ele está em consonância por direcionar suas ações e intervenções na internação. Haja vista que a atenção dispensada aos usuários está centrada na mesma lógica, pautada nos critérios de internação.

Em análise, também é possível identificar que o decreto municipal se divide e passa a ter interpretações dúbias. Ora ele está de acordo com a Portaria 3.088/2011 e ora vai de encontro à aspectos encontrados na Nova Política Nacional. Observa-se, quanto às diretrizes, concordância com a lógica da RAPS, trazendo uma imagem de atenção territorial, respeitando a autonomia e liberdade das pessoas e garantindo seus direitos. Em contrapartida, os achados da pesquisa mostraram que há a oferta de serviço especializado, ofertado via processo licitatório (pregão), que comunga da lógica da internação compulsória, voluntária, bem como também, por determinação judicial, o que remete aos resultados já mencionados da Política Nacional sobre Drogas (2019).

Sob esta ótica, questiona-se: pode uma normativa estar pautada em princípios totalmente opostos para dispensar cuidados a um grupo com demandas específicas? Qual será a lógica adotada pelos profissionais da equipe mínima de referência? Em que momentos eles devem garantir os direitos dos usuários e deverão negligenciar este direito quando as internações forem em Comunidades Terapêuticas? Como explicitado antes, essa a lógica de tratamento dessas instituições não coaduna com os princípios do SUS.

No que tange à equipe mínima de referência em saúde mental, está previsto o desenvolvimento de atividades por demanda espontâneas e/ou planejadas, promovidas por meio de “I - Oficinas terapêuticas de recreação; II - atividades laborais; III - atendimentos individuais e grupais e, IV - Projetos terapêuticos de intervenção individual e coletiva” (PRESIDENTE KENNEDY, 2019, Art. 4º). Quanto à composição, estabelece quais os profissionais: “I - Coordenador; II - Psicólogo; III - Assistente

Social; IV – Médico” (PRESIDENTE KENNEDY, 2019, Art. 6º). Porém, não define quantidade, tampouco carga horária, nem atribuições que competem a cada um.

Os profissionais que comporão a equipe de saúde mental serão “do próprio quadro funcional do Recursos Humanos (RH) desta Municipalidade, sendo a nomeação destes, através de Portaria, expedida pelo Secretário Municipal de Saúde” (PRESIDENTE KENNEDY, 2019, Art. 6º). Ou seja, a equipe de referência será constituída por servidores efetivos. Geralmente, as políticas públicas definem equipes de referência para o desenvolvimento de planos, programas, projetos, serviços. São definidos como

[...] aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva **ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários**. [...] são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma **abordagem integral**. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na **construção de autonomia dos usuários** (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400, grifo nosso).

Outrossim, a equipe de referência é formada por um grupo de profissionais e/ou especialidades consideradas essenciais para a administração de um problema em saúde. É uma forma de deslocar o poder do saber em forma de conhecimento específico de cada área para a formação de uma estrutura, apoiando e ampliando a atenção à saúde, formando assim, a equipe interdisciplinar (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O objetivo desta diretriz organizacional seria a criação de um modelo de atendimento mais singularizado e mais personalizado, em que cada técnico (ou um pequeno grupo de técnicos, miniequipe) teria uma clientela adscrita mais ou menos fixa. Isto objetiva tanto potencializar o papel terapêutico inerente à dialética de vínculo, quando bem trabalhada, como também permitir que os profissionais acompanhem melhor, no tempo, o processo saúde/enfermidade/intervenção de cada paciente (CAMPOS, 1999, p. 397).

A equipe de referência colabora na tentativa de diminuir ou resolver a falta de definição de responsabilidade, de integralidade na atenção à saúde e de vínculo terapêutico, oportunizando um tratamento digno, com qualidade, respeito, acolhimento e vínculo. Frisa-se que, esta equipe geralmente não realiza

encaminhamento, ela pede ajuda/apoio, pois os pacientes são de inteira responsabilidade da equipe multiprofissional envolvida. O apoio advém de especialistas e profissionais da saúde próximos desses usuários, para que seja assistido de forma integral, tem-se então o apoio matricial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O apoio matricial, “é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 13). Este é definido como um arranjo organizacional dos serviços que complementa a equipe de referência no que tange ao cuidado, tratamento e atendimento aos pacientes acompanhados, contribuindo na construção conjunta de planejamento terapêutico, seminários, estudos de casos dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados desta pesquisa foi possível desvelar que as políticas públicas direcionadas à atenção de usuários de álcool e outras drogas vem sofrendo fortes ataques e está sob ameaça. Ao longo de sua história, por mais de 30 anos, a política de saúde mental vinha apresentando avanços vagarosos, porém, de forma ininterrupta. Entretanto, o cenário atual contribui para o desmonte dos avanços alcançadas pela reforma psiquiátrica brasileira, à medida que altera o sistema político-programático das políticas públicas, incluindo o desfinanciamento da seguridade social, da qual a saúde faz parte.

Das análises efetuadas sobre a nova Política Nacional sobre Drogas de 2019, foi formulada sem o apoio e participação de entidades, movimentos sociais, militâncias da saúde mental, instituições privadas e públicas e demais órgãos de referência sobre o assunto. Demonstra, assim, que já havia um interesse pré-existente e direcionamento contrário ao que vinha sendo concretizado junto às diferentes políticas públicas, como saúde e assistência social. Nota-se que esta veio consolidar as mudanças em curso desde 2016 na política de saúde mental, originada na gestão do governo interino Michel Temer, onde houve aumento de incentivo financeiro às Comunidades Terapêuticas e hospitais psiquiátricos tradicionais.

Com a Política Nacional sobre Drogas de 2019, a lógica de redução de danos é apartada, há um retorno de tradicionais formas de intervenção sob o discurso de novas formas de tratamento. Tem-se o incentivo a um novo dispositivo de intervenção (comunidades terapêuticas), através de internação em isolamento por alguns meses, com abstinência, com práticas de autoajuda, moralizante, que reproduzem a segregação, a exclusão, o desrespeito as singularidades de seus internos, aspectos presentes no modelo de instituições asilares e antigos manicômios.

Em suma, esta legislação objetiva o fortalecimento no modelo de tratamento hospitalar, tendo a internação e a abstinência como fonte do tratamento, empedrando a política sobre drogas, no seu desdobramento, potencializa as comunidades terapêuticas como instituições de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Nota-se que a atenção dispensada a esses segue uma direção criminal, punitiva, obrigatória, rígida e de imposição.

As comunidades terapêuticas ganham força, recebendo recursos financeiros para seu desenvolvimento, aprimoramento e gestão. A inclusão destas como

instituições de saúde configura-se como um retrocesso na atenção de usuários de álcool e outras drogas, por entender que as práticas adotadas de intervenção não condizem com princípios do SUS.

No que tange a proposta de atenção aos usuários de álcool e outras drogas do Município de Presidente Kennedy (ES), mostra-se alinhada à perspectiva adotada pela Política Nacional sobre Drogas de 2019, seguindo a conduta de intervenção pautada nas internações, confirmando a lógica proibicionista, discriminatória e segregativa. O que se tem é o serviço ofertado para a população, voltado para a lógica de viabilização de internações, concretizado através de processo licitatório. É imprescindível a articulação do processo de construção de uma política pública, para que seja construída pautada em informações e demandas de um território ou grupos da população.

Verificou-se que não há uma política pública construída, que norteie as ações, planejamentos, serviços e tratamento, orientada pelos princípios do SUS e pressupostos da reforma psiquiátrica no município estudado. No que concerne à formulação da política municipal, nota-se que os serviços criados excluem a lógica da processualidade da política pública, onde cada etapa é importante para a construção e implantação desta. Identificou-se que o Decreto Municipal abre precedentes para interpretações dúbias. Foi possível perceber que suas diretrizes e princípios foram reproduzidos da Portaria 3.088 de 2011, pois apresenta concordância com a lógica da RAPS, trazendo uma imagem de atenção territorial, respeitando autonomia e liberdade das pessoas e garantindo seus direitos. Contudo, deparou-se também, com um serviço que comunga da lógica da internação compulsória, voluntária, como também, por determinação judicial, o que nos remete aos resultados já mencionados da Política Nacional sobre Drogas de 2019.

Por fim, sugere-se que novos estudos sejam realizados, visando escutar os usuários assistidos na rede municipal de saúde, através dos serviços dispensados pela equipe mínima de saúde mental para avaliar a efetividade deste serviço em termos de atendimento de suas demandas e necessidades sociais.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 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. Brasília, DF: ANVISA, 2011. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-29-de-30-de-junho-de-2011>. Acesso em: 06 de out. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**. A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV, do Regulamento da ANVS aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, em reunião realizada em 23 de maio de 2001, considerando o Decreto-Lei nº 891/38 em seu Capítulo III - Da Internação e da Interdição Civil e o disposto na Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001. considerando a Lei nº 6.368/76 em seu Capítulo II - Do Tratamento e Recuperação; considerando a Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que estabelece as diretrizes para a assistência extra-hospitalar aos portadores de transtornos mentais; considerando a necessidade de normatização do funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, para o licenciamento sanitário, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada, e eu Diretor-Presidente, determino a sua publicação. Brasília, DF: 2001. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=556](https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=556). Acesso em: 22 ago. 2020.

AMADO, Guilherme. **Governo Bolsonaro revogará portarias e encerrará programas de saúde mental do SUS**. Disponível em: <https://epoca.globo.com/guilherme-amado/governo-bolsonaro-revogara-portarias-encerrara-programas-de-saude-mental-no-sus-1-24782439>. Acesso em: 07 dez. 2020.

BAPTISTA, Myriam Veras. **Planejamento Social**: intencionalidade e instrumentação. 2 ed. São Paulo: Veras; Lisboa: CPIHTS, 2003. (Série livro-texto 1).

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Orgs.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 06 jun. 2020.

BRASIL. **Lei 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. Brasília, DF. Presidência da República. 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm). Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria 2.197, de 14 de outubro de 2004**. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. BRASÍLIA. DF; Ministério da saúde. 2004. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197\\_14\\_10\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html). Acesso em: 01 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe de referência e apoio matricial**. Brasília, DF. 2004. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe\\_referencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf). Acesso em: 28 de novembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/ DAPES/ SAS/ MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. BRASÍLIA, DF; Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.674 de 02 de janeiro de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS e Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Brasília, DF. 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9674.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9674.htm). Acesso em: 20 de out. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto 9.761 de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm). Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012**. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial,

incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html#:~:text=Institui%20incentivo%20financeiro%20de%20custeio,no%20%C3%A2mbito%20da%20Rede%20de](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html#:~:text=Institui%20incentivo%20financeiro%20de%20custeio,no%20%C3%A2mbito%20da%20Rede%20de). Acesso em: 05 de out. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016.** Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482\\_25\\_10\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html). Acesso em: 06 de out. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 06 de out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe de referência e apoio matricial.** Brasília, DF. 2004. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe\\_referencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf). Acesso em: 28 de nov.2020.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental). Acesso em: 05 de out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf). Acesso em: 16 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS.** Brasília, DF. 2016. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf). Acesso em: 01 dez. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto 2002.** Institui a política Nacional antidrogas e dá outras providencias. Brasília, DF, 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm). Acesso em: 18 de fevereiro de 2021.

BRASIL. **Resolução CONAD nº 3 de 27/10/2005**. Aprova Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=101642>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Legislação e Políticas públicas Sobre Drogas no Brasil**. Brasília, DF, 2011.

BARCELLOS, Warlon de Souza. Política Nacional de Drogas: um objetivo de intervenção ao serviço social brasileiro. **Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. UFES. Vitória.2018.

BRITES, Cristina. **O estigma do uso de drogas**. Série Assistente social no Combate ao Preconceito. Caderno 2. CFESS: Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OEstigmaDrogas-Site.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, vol. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2020.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO\\_AVALIA CAO\\_PROGRAMACAO\\_Versao\\_Final.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIA CAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf). Acesso em: 07 jul. 2020.

CAPUTO, Lara Rodrigue et al. A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 12, n. 2, p. 91-106, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29203>. Acesso em: 10 nov. 2020.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista outubro**. São Paulo. V. 6, 2002, p. 115-128.

CARNEIRO, Henrique (ORG). **Drogas e sociedade contemporânea**: perspectivas para além do proibicionismo. São Paulo. Instituto de saúde. 2017. (O uso das drogas como impulso humano e a crise do proibicionismo, n.1).

CARVALHO, Bruno; DIMENSTEIN, Magda. Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica. **Temas e Psicologia**, v. 25, n.2, p. 647-660, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n2/v25n2a13.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo; OLIVEIRA, Maria Cláudia Santos de. A relação adolescente–drogas e as perspectivas da nova legislação sobre drogas. **Brasília a**, 45, n. 180 out./dez. 2008. Disponível em: [https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/45/180/ril\\_v45\\_n180\\_p253.pdf](https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/45/180/ril_v45_n180_p253.pdf). Acesso em: 10 out. 2020.

CAVALCANTI, Alberes de Siqueira. Olhares epistemológicos e a pesquisa educacional na formação de professores de ciências. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 983-998, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ep/v40n4/08.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2020.

CONCEIÇÃO, Maria Inês G.; OLIVEIRA, Maria Cláudia Santos. A relação adolescente-drogas e as perspectivas da nova legislação sobre drogas. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, ed. 45, n. 180, out./dez. 2008. Disponível em: [https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/45/180/ril\\_v45\\_n180\\_p253.pdf](https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/45/180/ril_v45_n180_p253.pdf). Acesso em: 21 jul. 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (CNM). OSERVATÓRIO DO CRACK. **Relatório Espírito Santo e Brasil: Municípios com problemas relacionados ao consumo de crack**. Brasília, DF: CNM; Observatório do Crack, CNM, 2020. Disponível em: [http://www.crack.cnm.org.br/observatorio\\_crack/principal/relatorio/100132/todos](http://www.crack.cnm.org.br/observatorio_crack/principal/relatorio/100132/todos). Acesso em: 22 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Governo Federal decreta fim da Política de Redução de danos**. Brasília, DF: 12 de abril de 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/governo-federal-decreta-fim-da-politica-de-reducao-de-danos/#CFP>. Acesso em: 08 jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para atuação de Psicólogos (os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas**. Edição Revisada. Brasília, DF: CFP, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **As implicações das alterações na política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas para o exercício profissional de assistentes sociais no Brasil**. Brasília, DF: CFESS, 2019.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO DE JANEIRO (CRPRJ). **Nota de avaliação crítica da nota técnica 11/2019**. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

CORDEIRO JUNIOR, Quirino. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: CGMAD/DAPES/SAS/MS, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

CRUZ, Nelson Falção O.; GONÇALVES, Pedro Weber; DELGADO, Pedro Gabriel G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 2, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3-e00285117.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

DELGADO, Pedro G. G. Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 1-4, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/1678-1007-tes-17-02-e0020241.pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME (UNODC). **Relatório Mundial sobre drogas de 2019**. Disponível em: [https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2019\\_-35-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-por-uso-de-drogas--enquanto- apenas-1-em-cada-7-pessoas-recebe-tratamento.html](https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2019_-35-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-por-uso-de-drogas--enquanto- apenas-1-em-cada-7-pessoas-recebe-tratamento.html). Acesso em 04 jun. 2019.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME (UNODC). **Relatório Mundial sobre drogas de 2020**. Disponível em: [https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2020/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2020\\_-consumo-global-de-drogas-aumenta--enquanto-covid-19-impacta-mercado.html](https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2020/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2020_-consumo-global-de-drogas-aumenta--enquanto-covid-19-impacta-mercado.html). Acesso em: 10 set. 2020.

FONTE, Carla. Comportamentos aditivos: conceito de droga, classificações de drogas e tipos de consumo. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**, Porto, V. 3 p. 104-112, 2006. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/533>. Acesso em: 10 set. 2020.

FOSSI, Luciana Barcelos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, V. 15, n1, p. 94-115, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a07.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

FRANCO, Maria Laura Publisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 5 ed. Campinas, SP: Autores Associados Ltda, 2018.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia e Sociedade**, Minas Gerais. V. 20, n. 2, p. 267-276, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a14v20n2.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

GIOVANELLA, Ligia. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, abr/jun, 1990. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v6n2/v6n2a03.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2020.

GLOBO NEWS. **G1 Jornal globo News**. 17 de maio 2019. 1 vídeo (11min 26s). Disponível em: <http://g1.globo.com/globo-news/jornal-globo-news/videos/v/projeto->

de-lei-aprovado-pelo-senado-muda-politica-de-drogas/7622745. Acesso em: 05 jun. 2019.

GOMES, Ronaldo Martins. Comunidade Terapêutica e (Re) Educação. **Segurança urbana e juventude**, Araraquara, SP, p. 1-18, v.3, n. 2, 2010. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/seguranca/article/view/3697/3457>. Acesso em: 21 jul. 2020.

IBGE. **Presidente kennedy**, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/presidente-kennedy.html>. Acesso em out. 2020.

JUNIOR, Bruno R. Shlemper. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos: referência para vigilância sanitária em comunidades terapêuticas. **Revista bioética**, v 25, n 3 p. 462-472, 2017. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/1447](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1447). Acesso em: 10 out. 2020.

LINS; Mara Regina Soares W.; SCARPARO, Helena Beatriz K. Drogadição na contemporaneidade: pessoas famílias e serviços tecendo redes de complexidade. **Psicologia Argumento**, Curitiba, vol. 28, n. 62, p. 261-271, jul/set 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/20007-34535-1-SM.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999. (Série Núcleo de Pesquisa, n. 1).

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de Álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciência, Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 3, p. 801-821, jul-set 2007.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n.3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a06.pdf>. Acesso em: 24 de out. 2020.

MAZZA, Alexandre. **Manual de direito administrativo**. 8 ed. São Paulo. Saraiva, 2018.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.121-133, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/16.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2020.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n.37, p.7-32,1999. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod\\_resource/content/1/Roque-Moraes\\_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf). Acesso em: 21 jul. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade em das relações entre drogas, álcool e violência. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(1): 35-42, jan-mar, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v14n1/0123.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2020.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

OLIVEIRA, Robson de; SAMPAIO, Simone Cabral, SALDANHA, Wagner Souza. Redução de danos no atendimento a sujeitos em situação de rua. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 7, n 2, p. 221-234, jul/dez 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/10440>. Acesso em: 10 out. 2020.

PASSOS, Rachel Gouveia et al. Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 12, n. 2, p. 125-140, maio/ago 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29064>. Acesso em: 10 out. 2020.

PEREIRA, Maria Odete; VARGAS, Divane; OLIVEIRA, Maria Aparecida F. Reflexão acerca da política do ministério da saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da sociologia das ausências e das emergências. **Revista eletrônica saúde mental álcool drogas**, São Paulo, v.8, p. 9-16, jan-abr.2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v8n1/03.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

PIMENTEL, Alessandra. O Método da Análise Documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 179-195, nov. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a08n114.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2020.

PITTA, Ana Maria F. Perigo do retrocesso às etapas primitivas da política social. **Argumentum**, Vitória, v. 4, n. 2, p. 34-39, jul/dez. 2012.

PRATES, Jane Cruz; PRATES, Flávio Cruz. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental no Serviço Social e no Direito. **Sociedade em debate**, Pelotas; 15(2), p. 111-125, jul-dez, 2009. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/8003>. Acesso em: 22 jul. 2020.

PRESIDENTE KENNEDY (ES). **Pregão Presencial Nº 000012/2013**. Presidente Kennedy, ES. 2013. Disponível em: <https://www.presidentekennedy.es.gov.br>. Acesso em 15 de out.2020.

PRESIDENTE KENNEDY (ES). **Pregão Presencial Nº 000007/2014**. Presidente Kennedy, 2014. Disponível em: <https://www.presidentekennedy.es.gov.br>. Acesso em 16 de out. 2020.

PRESIDENTE KENNEDY (ES). **Pregão Eletrônico Nº 000030/2015**. Presidente Kennedy, 2015. Disponível em: <https://www.presidentekennedy.es.gov.br>. Acesso em 16 de out. 2020.

PRESIDENTE KENNEDY (ES). **Ata registro de preços nº 000006/2016**. Pregão Eletrônico Para Registro de Preços Nº 000030/2015. Presidente Kennedy, 2016. Disponível em: <https://www.presidentekennedy.es.gov.br>. Acesso em 16 de out.2020.

PRESIDENTE KENNEDY (ES). Edital. **Pregão presencial, para registro de preços**. Presidente Kennedy, 2017. Disponível em: <https://www.presidentekennedy.es.gov.br>. Acesso em 16 de out. 2020.

PRESIDENTE KENNEDY (ES). Edital. **Pregão presencial, para registro de preços**. Presidente Kennedy, 2018. Disponível em: <https://www.presidentekennedy.es.gov.br>. Acesso em 16 de out. 2020.

PRESIDENTE KENNEDY (ES). ATA. **Pregão Presencial Nº 000007/2018 - 25/03/2019** - Processo Nº 025074/2018. Presidente Kennedy, 2019. Disponível em: <https://www.presidentekennedy.es.gov.br>. Acesso em 16 de out. 2020.

PRESIDENTE KENNEDY (ES). SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). **Plano Municipal de Saúde – Exercício 2018-2021**. Presidente Kennedy, ES: 2017. Disponível em: [https://www.presidentekennedy.es.gov.br/uploads/filemanager/PLANO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE\\_2018%20A%202021\\_OFICIAL\\_APROVADO%20PELA%20RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%2009.2017%20DO%20CONSELHO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE.pdf](https://www.presidentekennedy.es.gov.br/uploads/filemanager/PLANO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE_2018%20A%202021_OFICIAL_APROVADO%20PELA%20RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%2009.2017%20DO%20CONSELHO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE.pdf). Acesso em: 10 mar. 2020.

PRESIDENTE KENNEDY (ES). **Relatório Anual de Gestão de 2018 (RAG)**. Presidente Kennedy, ES. 2018.

PRESIDENTE KENNEDY (ES). **Decreto 047, de 03 de maio de 2019**. Institui a equipe mínima de referência em saúde mental no município de Presidente Kennedy-E.S. Presidente Kennedy, ES: 2019. Disponível em: <http://legislacaocompilada.com.br/kennedy/Arquivo/Documents/legislacao/html/D472019.html>. Acesso em: 10 de dez. 2019.

PRESIDENTE KENNEDY (ES). **Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy**. Disponível em: <https://www.presidentekennedy.es.gov.br/pagina/ler/1000/historia>. Acesso em: 12 de novembro de 2020.

PRESIDENTE KENNEDY (ES). **Decreto 047, de 03 de maio de 2019**. Institui a equipe mínima de referência em saúde mental no município de Presidente Kennedy-E.S. Presidente Kennedy, ES: 2019. Disponível em: <http://legislacaocompilada.com.br/kennedy/Arquivo/Documents/legislacao/html/D472019.html>. Acesso em: 10 dez. 2019.

SILVA, Lennon Leonardo P.; ALMEIDA, Anderson Batista; AMATO, Tatiana C. A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n.122. p.819-835, jul./set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n122/0103-1104-sdeb-43-122-0819.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2020.

SILVA, Maria Ozanira. **Pesquisa Avaliativa**: aspectos teóricos-metodológicos. São Paulo: Veras; Gaupp. 2008.

SILVA, Elisângela do Nascimento C.; BARCELOS, Klíndia Ramos ; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Comunidades Terapêuticas: retrocesso na política de saúde mental. **Revista direitos, trabalho e política social**. Cuiabá. V.6, n.11 p. 136/157. Jun/dez 2020.

SIQUEIRA, Marluce M.; SILVA, Bruno P. **Política Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas e a Política Nacional sobre o Álcool**. Centro Regional de Referência sobre Drogas (CRR-ES). Vitória: UFES/ CCS/ CEPDS, 2014. Disponível em: <http://crres.ufes.br/caderno-t%C3%A9cnico>. Acesso em: 18 out. 2020.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade**. Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a\\_pdf/03\\_aatr\\_pp\\_papel.pdf](http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf). Acesso em: 21 jun. 2020.

TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.). **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2c%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2020.

TEIXEIRA, Mirna Barros *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro. V. 22, nº 5, p. 1455-1466, 2017.

TEIXEIRA SANTOS, Jessica Adrielle; FÉLIX DE OLIVEIRA, Magda Lúcia. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Saúde & Transformação Social**, Santa Catarina, vol. 4, núm. 1, p. 82-89, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2653/265325753014.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Roteiro para análise documental da lei nacional sobre drogas

#### BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

1.1 Tipo de documento (políticas, normativas, planos, projetos, formulários, bancos de dados...).	
1.2 Acessibilidade (restrita ou irrestrita)	
1.3 Local e Data	
1.4 Localização do documento	
1.5 Referência completa	

#### BLOCO 2: ASPECTOS A SEREM IDENTIFICADOS/ANALISADOS

<b>Política Nacional Sobre Drogas</b>	
<b>Dimensões</b>	<b>Conteúdo expresso no documento</b>
Pressupostos	
Objetivos	

<b>Prevenção</b>	
<b>Dimensões</b>	<b>Conteúdo expresso no documento</b>
Orientação Geral	
Diretrizes	

<b>Tratamento, Acolhimento, Recuperação, Apoio, Mútua Ajuda e Reinserção Social</b>	
<b>Dimensões</b>	<b>Conteúdo expresso no documento</b>
Orientação Geral	
Diretrizes	

## APÊNDICE B – Roteiro para análise documental do decreto municipal

### BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

1.1 Tipo de documento (políticas, normativas, planos, projetos, formulários, bancos de dados...).	
1.2 Acessibilidade (restrita ou irrestrita)	
1.3 Local e Data	.
1.4 Localização do documento	
1.5 Referência completa	

### BLOCO 2: ASPECTOS A SEREM IDENTIFICADOS/ANALISADOS

<b>Dimensões</b>	<b>Conteúdo expresso no documento</b>
2.1 Objetivos	
2.2 Diretrizes	
2.3 Objetivos	
2.4 Atividades	
2.5 Composição da equipe mínima de referência	