



Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-eixo: Crise, trabalho e tendências contemporâneas das políticas sociais no capitalismo.

POLÍTICAS NACIONAL DE DROGAS: UM OBJETO DE INTERVENÇÃO AO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO

WARLLON DE SOUZA BARCELLOS¹

Resumo: Este artigo tem por objetivo apresentar como se construiu historicamente a política sobre drogas no Brasil, seu desenvolvimento e manutenção em meio aos avanços neoliberais. Demonstrar como tais ações estão em desencontro com as propostas da luta antimanicomial estabelecida no Brasil e de uma política baseada em um tratamento de redução de danos. Destacamos que a política de drogas, na perspectiva antimanicomial, não está restrita a ser apenas uma política pública, mas existe uma proposta de transformação vinculada a um projeto societário, assim apontaremos os desafios que são postos ao Serviço Social brasileiro. O presente texto com base em uma reflexão teórica pautada no materialismo histórico dialético destacará também a liberdade, a emancipação e a defesa dos direitos humanos como pontos convergentes que sinalizam não só para a transformação de práticas, mas também para que seja possível a construção de uma nova ordem societária que não tenha qualquer discriminação, opressão e exploração e supere a propriedade privada dos meios de produção.

Palavras-chave: Drogas; Luta Antimanicomial; Política Pública.

Abstract: This article aims to present how the drug policy in Brazil has historically been constructed, its development and maintenance in the midst of neoliberal advances. Demonstrate how such actions are in disagreement with the proposals of the anti-asylum struggle established in Brazil and a policy based on a harm reduction treatment. We emphasize that drug policy, in an anti-asylum perspective, is not restricted to being just a public policy, but there is a proposal of transformation linked to a corporate project, so we will point out the challenges that are put to the Brazilian Social Service. The present text, based on a theoretical reflection based on dialectical historical materialism, will also highlight freedom, emancipation and the defense of human rights as converging points that signal not only the transformation of practices but also the possibility of building a new corporate order that does not have any discrimination, oppression and exploitation and surpasses private ownership of the means of production.

Keywords: Drugs; Antimanicomial Struggle; Public policy.

1. INTRODUÇÃO

Em meio a tantos retrocessos e ataques à classe trabalhadora, fica clara a importância de nos mobilizarmos em defesa dos direitos sociais e constitucionais. Neste sentido, o presente texto tem por objetivo apresentar o modo como se construiu historicamente a política sobre drogas no Brasil, seu

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Estadual do Norte Fluminense. E-mail: <warllon_barcellos@hotmail.com>

desenvolvimento e manutenção em meio aos avanços neoliberais e ao conservadorismo.

Destacamos que a política de drogas, na perspectiva antimanicomial, não está restrita a ser apenas uma política pública, mas existe uma proposta de transformação vinculada a um projeto societário, para isso apontaremos os desafios que são postos ao Serviço Social brasileiro. O presente texto com base em uma reflexão teórica pautada no materialismo histórico dialético, tem por objetivo também destacar a liberdade, a emancipação e a defesa dos direitos humanos como pontos convergentes que sinalizam não só para a transformação de práticas, mas também para que seja possível a construção de uma nova ordem societária que não tenha qualquer discriminação, opressão e exploração e supere a propriedade privada dos meios de produção.

2. OS FUNDAMENTOS DA POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL

No Brasil, os problemas associados ao uso de álcool e outras drogas só começam a ser abordados pelo Estado no início do século XX. Contudo, essa abordagem, originada na década de 1920, é desenvolvida predominantemente no campo da justiça e da segurança pública, e considera o uso de drogas como um ato criminoso e moralmente incorreto (Mota e Ronzani, 2013). De acordo com Machado e Miranda (2007):

As primeiras intervenções do governo brasileiro na área ocorrem no início do século XX, com a criação de um aparato jurídico-institucional destinado a estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas e a preservar a segurança e a saúde pública no país (Machado e Miranda, 2007, p. 803).

Essa postura, considerada proibicionista, foi embasada em um posicionamento político de “guerra às drogas”, cujo objetivo era a promoção da abstinência de drogas ilícitas e a sua conseqüente expurgação da sociedade (Mota e Ronzani, 2013). Embasados nessa concepção e abordagem ao problema, as leis e os decretos criados ao longo do século XX no Brasil destinaram-se, principalmente, a controlar o consumo de drogas ilícitas através da proibição, criminalização do uso e do comércio (Alves, 2009; Machado e Miranda, 2007).

Cabe ressaltar que essa postura proibicionista do governo brasileiro foi, ao longo do século XX, influenciada e reforçada por deliberações e acordos realizados em convenções/conferências internacionais, em especial as da Organização das Nações Unidas (ONU). Estas reafirmaram, como resposta para o problema, a adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas (Alves, 2009; Garcia, Leal e Abreu, 2008; Machado e Miranda, 2007).

A partir da década de 70, a legislação brasileira sobre o tema também passa a ser influenciada pelo saber médico, mais especificamente pela psiquiatria (Machado e Miranda, 2007). O discurso médico surge como outra forma de respaldo técnico e, conseqüentemente, de controle sobre o usuário de drogas, rotulando-o de doente (além de criminoso), isto é, um agente passivo frente a sua doença. Esse aspecto vem a legitimar uma intervenção direta na liberdade de escolha e ação do indivíduo, pois considera que ele não tem capacidade própria de saber o que é melhor para si. Temos então o discurso médico reforçando processos de patologização e também a exclusão dos usuários de álcool e outras drogas.

Com isso, a partir das décadas de 70 e 80, diversos dispositivos são criados no Brasil para prestar assistência aos usuários de drogas, como, por exemplo, os hospitais psiquiátricos. Esses dispositivos se inserem em um cenário assistencial esvaziado e de difícil acesso, constituindo-se naquele período como o único recurso terapêutico disponível para uma grande parcela de usuários de drogas (Alves, 2009; Vaissman, Ramôa e Serra, 2008). As penas, que anteriormente determinavam a exclusão dos usuários do convívio social e sua inserção em prisões a partir da década de 1970, passam a considerar os hospitais psiquiátricos como *locus* prioritário para o “tratamento” e a recuperação, com enfoque na “salvação” e na punição desses usuários (Machado e Miranda, 2007). Assim, como elucida Alves (2009, p.35), “o que prevalecia não era o direito à saúde, com a garantia de tratamento ao uso de drogas, mas sim a reabilitação criminal do usuário”.

Nesse cenário, pode-se observar ainda uma predominância das ações de repressão à oferta e demanda de drogas, em detrimento de ações de saúde. A criação de estabelecimentos especializados para tratamento de usuários de drogas na rede pública de saúde não aparece como uma

prioridade dentro das leis da época. Isso é constatado na Lei n. 6.368, de 1976, a primeira lei brasileira que aborda a questão do tratamento de usuários de drogas, mas que postula que Estados e Municípios deverão contar, somente quando “necessário e possível”, com serviços específicos para o tratamento do usuário de substâncias psicoativas. Tal cenário propicia o surgimento e a expansão de diversas instituições de natureza não governamental, como as comunidades terapêuticas, e a tentativa de resposta ao problema pela sociedade civil organizada, como os grupos de ajuda mútua (Alves, 2009; Wandekoken e Siqueira, 2011).

Contudo, desde a década de 80, a partir da Reforma Psiquiátrica e da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a concepção dos problemas associados ao uso de drogas no discurso político mostra-se mais ampliada, passando a ser encarada também como uma questão de saúde pública (Garcia, Leal e Abreu, 2008; Machado e Miranda, 2007; Wandekoken e Siqueira, 2011). Nesse período, surgem os centros de tratamento, pesquisa e prevenção na área, vinculados às universidades públicas, como a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), a Universidade de Brasília (UnB), a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA) (Machado e Miranda, 2007).

Assim, estratégias de redução de danos ganham força política, ao proporcionar uma nova visibilidade à atenção ao usuário de álcool e outras drogas no setor público de saúde, enfocando as consequências ou efeitos do uso das drogas de maneira realista (Mota e Ronzani, 2013). Além disso, o surgimento do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) e suas ações nos anos 80 e 90, para além da repressão ao uso e tráfico de drogas, contribuem para o fortalecimento das práticas de atenção e para a constituição de uma malha de serviços para os usuários de drogas, mesmo que inicial (Alves, 2009; Machado e Miranda, 2007). Essas mudanças ocorrem num cenário de avanços e retrocessos em relação à atenção aos usuários de drogas, ganhando força e espaço tanto na legislação quanto nas políticas (Alves, 2009).

De acordo com Brites (2015), como tendência histórica, podemos afirmar que o debate crítico sobre a Política de Drogas no Brasil é bastante recente,

pois que herdeiro da conjugação de forças progressistas que se articularam no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos de 1980 e que contribuíram para os embates em torno das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Essa herança progressista no campo da saúde, no entanto, não irriga de forma imediata e direta o debate sobre a Política de Drogas.

Somente nos finais dos anos 1990 e início dos anos 2000 é que as discussões sobre a Política de Drogas no Brasil ganham certa visibilidade e passam a ser reconhecidas no âmbito das políticas de saúde e de drogas (BRITES, 2015).

A partir do ano de 1988, o Brasil dá início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas. Foi depois da realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à então Casa Militar da Presidência da República. A SENAD foi criada pela Medida Provisória nº. 1.669 e pelo Decreto nº. 2.632, de 19 de junho de 1998 (BRASIL, 2013).

Com a missão de “coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre Governo e sociedade” e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira. Assim, em 2002, por meio do Decreto Presidencial nº. 4.345, de 26 de agosto de 2002, institui-se a Política Nacional Antidrogas – PNAD.

Em 2003, no início do Governo de Luís Inácio Lula da Silva, emergiu a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda e da oferta de drogas no país que viesse a contemplar três pontos principais: a integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações; a descentralização das mesmas em nível municipal, permitindo a condução local das atividades de redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade que cada município

apresenta; e o estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica (BRASIL, 2013).

Ao longo dos primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas, o tema drogas manteve-se em pauta, e a necessidade de aprofundamento no assunto também. Assim, foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando.

Em 2004, foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política, por meio da realização de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis Fóruns Regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas.

Com ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a política realinhada passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD). A PNAD foi aprovada em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro desse mesmo ano, por meio da resolução nº 3/GSIPR/CONAD. Como resultado, o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre”, já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular manifestada ao longo do processo de realinhamento da política (BRASIL, 2010).

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.

A Lei nº. 11.343/2006 colocou o Brasil em destaque no cenário internacional ao instituir o SISNAD e prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas. Essa Lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: as Leis nº. 6.368/1976 e 10.409/2002. A partir de sua edição foram revogados esses dois dispositivos legais, com o reconhecimento das

diferenças entre a figura do traficante e a do usuário, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei.

O Estado capitalista, com suas peculiaridades decorrentes do processo de recessão do capital, da superacumulação, do deslocamento dos investimentos do setor industrial para o de serviços e da crise do padrão de produção taylorista-fordista, afeta tanto os padrões de proteção social na sociedade capitalista dos países ocidentais industrializados, quanto os sistemas de proteção dos países periféricos subdesenvolvidos ou em via de desenvolvimento. A partir do entendimento do Estado como permeado por contradições e interesses de classe e frações de classe, ou seja, não sendo um órgão exclusivo da classe dominante, este responderia, também, à correlação de forças atuantes em cada momento histórico. Neste sentido, não sendo um bloco monolítico, a serviço de uma classe, o Estado poderia refletir o estágio da luta de classes ou de grupos de representação de interesses, da reprodução das relações de produção e da busca pela hegemonia de classe.

No Brasil, o ajuste macroeconômico e político-institucional neoliberal ocorreu através de reformas do aparelho administrativo estatal, redirecionamento dos segmentos alvo dos serviços sociais e redução na alocação de recursos para a área social. Assim, configurou-se um desajuste social (SOARES, 2009: 21-22), num momento em que houve um aumento na demanda por bens e serviços coletivos por parte da população expulsa do mercado formal de trabalho e, conseqüentemente, um aumento do desemprego estrutural.

As questões acima, entre outras, refletiram no rearranjo da Política Nacional sobre Drogas, que passou a ser orientada pelo princípio da responsabilidade compartilhada e a adotar como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos. Tudo isso no sentido, também, de ampliar a consciência para a importância da integração social e da descentralização das ações sobre drogas no país.

Baseado nesse propósito, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas foi criado em um contexto de completo pânico social relacionado ao uso crescente de crack e da grande fragilidade estrutural

existente, haja vista a carência de ações estatais pensadas em favor dos usuários de drogas.

No ano de 2010, através do Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010, o Governo Federal criou o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, objetivando a prevenção, o tratamento e a reinserção social de usuários, assim como o enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas (BRASIL, 2013). Esse Plano teve como alvo desenvolver um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como enfrentar o tráfico em parceria com Estados, Distrito Federal, Municípios e Sociedade Civil, visando à redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias junto à população.

No ano de 2011, o Governo Federal lançou o Programa intitulado “Crack é possível vencer”, que buscou prevenir o uso e promover atenção integral ao usuário de crack, bem como enfrentar o tráfico de drogas. Como programa, tem ações específicas, como aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas e promover ações de Educação, informação e capacitação (BRASIL, 2013).

Em relação ao papel do Estado brasileiro na contemporaneidade, algumas questões têm se colocado. Com a ascensão e afirmação das políticas de ajuste neoliberal nos 80 e 90, a proposta do grande capital tem como vetores privilegiados a tendência à privatização e a formação do cidadão consumidor. As consequências desse posicionamento se relacionam com a redução da atuação do Estado e a ampliação do mercado (MOTA, 2008). O contexto apresentado se complementa, no dizer de Soares (2009), com o fato de as políticas de ajuste neoliberal no Brasil terem evidenciado os efeitos da pobreza no país. Assim, a política social passa a ter um caráter residual ou assistencial, com o incentivo governamental às iniciativas do chamado terceiro setor, que obteve grande crescimento da década de 1990 em diante.

Contudo, diante do crescente aumento do uso de substâncias psicoativas e dos grandes custos sociais decorrentes desse aumento, o Estado tem sido chamado a responder a essa expressão da questão social com políticas públicas direcionadas ao público alvo. Assim, com o considerável

aumento do consumo de drogas (entre as quais o crack), o Estado tem adotado medidas mais eficazes ao encarar esse aumento como um problema social. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem de forma abusiva substâncias psicoativas, independente do grau de escolaridade, sexo, idade e classe social. Como afirma Andrade (2011), essa é uma das expressões da questão social e um problema de saúde pública.

São muitos os problemas relacionados ao consumo de drogas, principalmente sobre a saúde, o contexto social e psicológico de seus usuários. Por isso, faz-se necessária a construção de políticas públicas adequadas e pautadas na ótica da construção de serviços de saúde especializados no tema, assim como a garantia de um processo de reintegração social desses usuários.

A política pública centrada exclusivamente na internação não se relaciona com o universo dos usuários de drogas e por isso os processos terapêuticos ficam incompletos. É necessário, que sejam desenvolvidas ações de atenção integral com assistência médica, psicológica e social, que possibilitem a reintegração social desse usuário.

Pautado nesse contexto Vinadé (2009) nos diz que:

Pensar a Redução de Danos é pensar práticas em saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem sua qualidade de vida (VINADÉ, 2009, p.64).

A abordagem da 'Redução de Danos' oferece um caminho promissor, surgindo como uma alternativa, sendo, portanto, não excludente em relação a outros. Reconhece cada usuário em suas singularidades, traçando com ele estratégias que estão voltadas, não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida.

As políticas sobre drogas no Brasil sofreram, desde o início, influências da política internacional, principalmente no que diz respeito à conjuntura econômica. Neste sentido, e de acordo com Brites (2015), as mudanças operadas no capitalismo mundial pela reestruturação produtiva, pela precarização e flexibilização das relações no mundo do trabalho, pelo crescimento da desigualdade, pela contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003) e pelo aumento da violência, jogaram um peso devastador sobre as conquistas

democráticas no campo dos direitos sociais culturalmente reconhecidos, como saúde e educação, por exemplo, e, no âmbito da política de drogas, os efeitos são ainda mais perversos.

As mudanças no âmbito do processo de acumulação capitalista, desencadeadas pela reestruturação produtiva, conferiram à sociabilidade burguesa características particulares que aprofundaram as desigualdades entre o desenvolvimento do indivíduo social e o gênero humano. Os processos de alienação e de reificação foram aprofundados e criaram novos obstáculos para a afirmação da existência ética e da capacidade de autonomia e liberdades humanas. O uso de drogas neste contexto assume contornos dramáticos em razão dos danos associados ao incremento do consumo, da dependência e dos riscos de transmissão de doenças. As práticas proibicionistas e a repressão jogam um peso diferenciado sobre essa realidade e contribuem para o aumento da violência e da criminalidade.

A ambiência “pós-moderna” acentua os traços destrutivos e desumanizantes da ordem do capital e incidem de forma particular sobre o consumo de drogas, criando ambiguidades na forma como o Estado e as classes fundamentais interpretam e respondem a essa atividade. A dualidade criada em relação às drogas consideradas legais e ilegais contribui para a construção social de categorias diferenciadas de cidadãos que fazem uso de drogas, relegando aqueles que consomem drogas ilícitas ao anonimato e à exclusão (BRITES, 2006). As categorias diferenciadas construídas exigem formulação de políticas sociais capazes de contemplar de maneira efetiva e equitativa, respeitando as diferenças regionais, além das de gênero, os usuários de drogas.

Diante das evidências aqui apresentadas, se almeja o incremento das políticas sociais sobre drogas, com enfoque direcionado às demandas específicas para a questão emergente das drogas, especialmente dos serviços de cuidado e saúde, convergindo e integrando esforços intersetoriais do Governo, em suas três esferas federativas, e da sociedade em uma perspectiva de responsabilidade compartilhada.

No Brasil, é nesse contexto adverso que as abordagens críticas foram consideradas nos textos oficiais, forjando consensos protocolares incapazes de

frear as ações violentas, higienistas e segregadoras que matizam as políticas do Governo Federal e locais em todo o país em relação aos usuários de psicoativos ilícitos, recentemente de forma mais acentuada no que concerne aos usuários de crack (BRITES, 2015).

O governo de Fernando Henrique Cardoso, que teve fim em 2002, apresentou algumas peculiaridades, como a prioridade do ajuste fiscal, as correspondentes quebras da economia e as cartas de intenção do FMI, que desembocaram, segundo alguns economistas, na profunda e prolongada recessão herdada pelo governo Lula. Pautado neste contexto é que foram tomadas as primeiras iniciativas em benefício dos usuários de álcool e outras drogas no governo Lula em 2003.

Outro ponto importante a discutir no que diz respeito aos governos brasileiros é que somente em finais dos anos 1990 e início dos anos 2000 o debate crítico acerca da Política sobre drogas no Brasil ganha visibilidade e passa a ser considerado nos textos oficiais das políticas de saúde e de drogas. No entanto, a herança com tendência progressista do governo Lula encontra um contexto bastante adverso no governo Dilma para seu aprofundamento e consolidação no âmbito da política de drogas, pois se depara com a contrarreforma do Estado, com a drástica redução de investimentos nas políticas sociais, fruto da implementação do receituário neoliberal em nosso país.

Neste sentido, para Iamamoto (2014), a política social no Brasil tem sido submetida aos ditames da política econômica, sendo redimensionada ante as tendências de privatização, de cortes nos gastos públicos para programas sociais, com focalização no atendimento à pobreza e descentralizados na sua aplicação. Os impactos da redução dos gastos sociais e a consequente deterioração dos serviços sociais públicos têm dependido das relações entre o Estado e a sociedade, das desigualdades e das políticas sociais anteriormente existentes ao programa de contrarreforma do Estado.

Assim, no governo Lula, a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), em 2006, coordenou um grupo do governo que assessorou os parlamentares no processo que levou à aprovação da Lei nº 11.343, em 23 de agosto de 2006, vindo a instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre

Drogas (SISNAD). Este se sobrepôs a uma Legislação que se mostrava obsoleta, em completo desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações societárias vigentes.

A Lei nº 11.343 trouxe avanços formais no reconhecimento de direitos de usuários e na estratégia de Redução de Danos. Porém, apesar de ter previsto a despenalização do usuário (artigo 28), aumentou a pena mínima do delito de tráfico (artigo 33) de três para cinco anos, o que é apontado como a principal causa do superencarceramento brasileiro. Isso teve consequências – o fato de o país ocupar o 4º lugar em números absolutos de presos, atrás somente dos EUA, da China e da Rússia, com mais de 500 mil presos no total, sendo o tráfico a segunda maior causa de encarceramento (26%).

Vale ressaltar que o proibicionismo sempre foi hegemônico na orientação política dos governos brasileiros quanto ao trato das substâncias psicoativas (BRITES, 2015). As regulações legais vigentes em nosso país ao longo do século XX e a legislação atual (2006) expressam domínio dessa perspectiva, que mantém sua hegemonia mesmo diante do reconhecido “fracasso” histórico de suas convicções ideológicas. Como se sabe, tal perspectiva dá sustentação à política de “Guerra às Drogas” conduzida internacionalmente pela hegemonia estadunidense. Influi sobre os Pactos e Convenções Internacionais em relação às drogas ao longo do século XX e sistematicamente sobre a opção dos países signatários na condução de suas políticas nacionais, ainda que com diferentes matizes.

Brites (2015) vem nos dizendo sobre a existência de um consenso forjado sobre o fato de algumas substâncias psicoativas serem mais perigosas do que outras, independentemente dos indivíduos sociais e das condições de uso, com alardes realizados pela mídia nacional sobre as chamadas “cracolândias” e mesmo sobre a propalada “epidemia do crack”. Não pretendemos de forma alguma minimizar os danos sociais e à saúde que estão associados ao uso prejudicial de drogas, nem mesmo ignorar a agressividade da compulsão e da necessidade relacionada ao uso de crack, mas faz-se necessário problematizar mais essas questões, sem o reducionismo tão adequado a alguns setores da sociedade.

Vale ressaltar que tais dados são apenas indicativos e que ainda não foram amplamente analisados, mas já nos permitem desfazer alguns mitos importantes, como por exemplo, o da epidemia do consumo do crack alardeada pela grande mídia e que assegurou a legitimidade dos volumosos gastos previstos no programa federal implementado no governo Rousseff (2011-2016), “Crack, é possível vencer”, centrado na parceria público-privada com as comunidades terapêuticas, buscando assim proporcionar um tratamento a tais usuários. Segundo Brites (2015), tal programa foi lançado sem nem mesmo ter sido discutido pelo Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. Com esse programa, o governo Rousseff estabelece uma relação entre o público e o privado, no que se refere aos investimentos financeiros públicos nas Comunidades Terapêuticas, sendo esta uma das principais ações do Programa “Crack, é possível vencer”.

Faz-se importante destacar que, em princípio, a regulação pelo Estado de “Comunidades Terapêuticas” (considerando-as como entidades religiosas e não de serviços de saúde e que, às expensas dessa situação, competem com o financiamento público do SUS) para prestação de serviços de apoio às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas se contraporia aos princípios inscritos na Constituição Federal (DUARTE, 2015), como também à legislação que regulamenta o SUS, que prevê que um conjunto de ações e serviços de saúde seja prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, para atendimento universalizado no SUS.

Vale ressaltar que no dia 23 de dezembro de 2011 foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria GM/MS nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial/RAPS. Essa rede tem entre seus principais objetivos ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover o atendimento das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Em conformidade com essa política, a internação é

indicada somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Conforme a Portaria GM nº 336, de 19/02/2002, o CAPS AD é o serviço de saúde mental responsável pelo acolhimento e acompanhamento dos usuários de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. São serviços abertos, de atenção diária, de base comunitária, e funcionam segundo a lógica do território. Possuem atividades diversificadas (oficinas, atendimento individual/grupo, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atendimento de desintoxicação). Assim, o CAPS AD é, por excelência, o serviço que possui a competência e responsabilidade técnica para a avaliação sobre a demanda de internação para o usuário com problemas de uso prejudicial de álcool e outras drogas. No caso de não haver CAPS AD no município, a indicação é que o contato seja feito com as Coordenações Municipais de Saúde Mental, para que estas possam viabilizar e se responsabilizar pelo cuidado ao usuário, junto aos outros dispositivos de saúde existentes no território.

Os CAPS AD III constituem uma modalidade de CAPS mais recente (Portaria GM/MS nº130 de 26 de janeiro de 2012), devendo fornecer atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, durante 24 horas do dia, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no componente atenção hospitalar compreendem os Serviços Hospitalares de Referências (SHR). Destinam-se às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, ofertando suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas. Funcionam em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados, inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos, o que está definido pela Portaria GM nº 148 de 31 de janeiro de 2012.

O encaminhamento ao SHR deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência e, no caso de o usuário acessar a rede por meio desse ponto de atenção, deve ser providenciada sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso (Portaria GM nº 148 de 31/01/12).

A RAPS prevê, ainda, no componente de atenção residencial de caráter transitório, a implantação de UA (Unidades de Acolhimento Adulto) e UAI (Unidades de Acolhimento Infante-juvenil), destinadas ao acolhimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de risco psicossocial (Portaria GM nº 121 -25/01/12).

3. OS DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO

As políticas sociais sobre drogas vêm se constituindo em relação à crítica hegemonia do proibicionismo num complexo movimento de forças políticas, parecendo combinar, no Brasil, uma política criminal a respeito de trabalhadores do mercado ilícito das drogas e, de outra, políticas marcadas por uma orientação democrática e de direitos àqueles que consomem estas mercadorias. Contudo, uma análise mais rigorosa apreende a capilarização do poder punitivo do Estado, mesmo em políticas sociais, quando se identifica o fortalecimento de comunidades terapêuticas religiosas como “dispositivos de acolhimento” na disputa pelo financiamento público. Trata-se de uma combinação desigual na medida em que as forças da política criminal e da privatização do SUS comparecem na área das políticas sociais no campo das drogas.

Na conjuntura atual, a tomada do “enfrentamento ao crack” como questão política coloca alguns desafios: uma produção de conhecimento rigoroso e orientada pelo método crítico-dialético; uma análise estratégica dos movimentos de resistência e de lutas no plano local, nacional e internacional, que possam convergir para uma agenda emancipatória da área; uma atenção aos marcos normativos e legislativos em disputa da área de drogas; e, finalmente, ao acompanhamento e fortalecimento do controle social relativo à aplicação do fundo público nas políticas sociais da área.

O Serviço Social brasileiro tem produzido conhecimento na Pós-Graduação recente relacionado ao tema das drogas (BRITES, 2006; LIMA, 2009; ROCHA, 2012; VALE, 2015); posicionamentos políticos por meio do Conselho Federal de Serviço Social, a partir de 2011; práticas profissionais referidas ao fenômeno (LIMA, 2013; CARRILHO, 2014), demonstrando estar participando do movimento tenso e contraditório da guerra de posicionamentos em curso.

Contudo, outro desafio é ampliar a reflexão crítica junto aos profissionais em geral nos diferentes espaços sócio-ocupacionais e territórios brasileiros. Há um percurso de mediações a se elaborar em relação ao fenômeno das drogas de forma que potencialize as respostas profissionais alinhadas ao compromisso ético-político de uma sociedade emancipada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir, um fato que ainda precisamos destacar é que recentemente, o Governo de Michel Temer (2016-2018) apresentou ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) uma proposta que endurece as diretrizes quanto ao uso de entorpecentes no Brasil.

A proposta tem autoria do ministro do Desenvolvimento Social, Osmar Terra, médico de formação e crítico da abordagem de redução de danos no combate às drogas, membro do Conad. Para ele, a política sobre drogas deve ser orientada para a abstinência, ou seja, que o consumo seja absolutamente proibido e para que as ações do governo se concentrem em pesquisar e tratar a dependência química ou psicológica.

Tal proposta demonstra claramente o despreparo e ilegitimidade deste governo, que não respeita minimamente o direito de escolha de seu usuário. A Política Nacional vinha assumindo uma postura em favor da política de 'Redução de Danos' por entender que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado. Entende-se que se faz necessário proporcionar ao usuário uma educação sobre drogas, que lhe permita autonomia para fazer suas próprias escolhas, sendo este um grande desafio. Além disso, quando se trata de seres humanos, temos que necessariamente lidar com as

singularidades e com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde em qualquer nível de ocorrência devem levar em conta tal diversidade. Precisam acolher sem julgamentos cada situação, cada usuário, o que é possível e o que é necessário, o que está sendo demandado, e o que pode ser ofertado, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. Esta proposta demonstra que vivemos tempos sombrios e nos aguardam muitas lutas.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas sobre drogas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n.12, 2011.

BERINGH, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BOITEUX, Luciana. Brasil: Reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva. **Revista Sur**. v. 12. n. 21, ago. 2015.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad.**

_____. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. **Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.**

_____. 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).**

_____. Portaria nº GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;**

_____. Portaria nº GM 130 de 26 de janeiro de 2012. **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.**

_____. Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012. **Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para**

atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

_____. Portaria nº 121 de 25 de janeiro de 2012. **Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.**

_____. Medida provisória nº 1.669, de 19 de junho de 1998. **Altera a Lei no 9.649, de 27 de maio de 1998 que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências.**

_____. Decreto nº 4.345, de 26 de Agosto de 2002. **Institui a Política Nacional Antidrogas.**

_____. Decreto nº 2.632, de 19 de Junho de 1998. **Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas.**

_____. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. **Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.**

_____. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias.** 2. Ed., Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010.

_____. **Capacitação para comunidades terapêuticas – Conhecer para cuidar melhor: Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas.** Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2013.

BRITES, Cristina Maria. Política de Drogas no Brasil: usos e abusos. In: BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça proximidades e opiniões.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

_____. **Ética e uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos.** Tese (Doutorado em Serviço Social) – PUC, São Paulo, 2006.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Política pública de saúde mental hoje: análise e perspectivas dos dispositivos de produção do cuidado. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 3, 2015. **Anais...** Vitória: UFES, 2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 8. ed., São Paulo: Cortez, 2014.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. **Políticas sociais públicas**: implicações para a assistência na área de álcool e outras drogas. In: ENCONTRO DE ASSISTENTE SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS/UFRJ, 2, 2008. Anais... Rio de Janeiro.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 2008.

RONZANI, T.M. Padrão de uso de álcool entre pacientes da atenção primária à saúde: estudo comparativo. **Revista de APS**, v. 11, n. 2, p. 163-171, 2008.

SOARES, Laura Tavares. **Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina**. 3. ed., São Paulo: Cortez, 2009. (Coleção Questões da Nossa Época, 78).

VINADÉ, T. F. Redução de danos na atenção primária à saúde: construindo a potência do encontro. In: MINOZZO, F.; FRANÇA, S.P. (Org.). **A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde**: módulo 07. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, p. 63-73, 2009.