



Metasínteses Qualitativas e Revisões Integrativas

Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico

Public policies on alcohol and other drugs: a brief historical rescue

Jessica Adrielle Teixeira Santos¹

Magda Lúcia Félix de Oliveira²

¹Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP - Brasil

²Professora Adjunto, Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, PR – Brasil

RESUMO - Trata-se de uma investigação descritiva e analítica no campo das políticas públicas brasileiras de enfrentamento ao consumo abusivo de álcool e outras drogas, por meio da técnica de investigação documental e análise de artigos científicos. O objetivo foi realizar uma síntese histórica das políticas públicas direcionada a usuários de álcool e outras drogas de abuso pelo Estado brasileiro. O modelo político assumido pelo governo brasileiro foi fortemente influenciado pelo proibicionismo quase que hegemônico em contexto internacional marcado por criminalização, psiquiatrização e conseqüente exclusão dos indivíduos usuários de drogas, sem distinção entre uso e tráfico. Porém na segunda metade do século XX ocorreram mudanças significativas nesse cenário político, que tornou o campo mais permeável às medidas de prevenção, recuperação e reinserção do usuário de drogas, com destaque para as políticas públicas do setor saúde. Desta forma, apesar do atraso histórico do país em reconhecer a questão da droga como um flagelo de natureza multifatorial, e não apenas no âmbito da justiça-penal muitos avanços foram obtidos nos últimos anos.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; Controle de Medicamentos e Entorpecentes; Revisão.

ABSTRACT - This is a descriptive and analytical study in the field of Brazilian public policies in tackling the abuse of alcohol as well as other drugs, using documentation investigative technique and analysis of scientific studies. The objective was to conduct a historical review of public policies targeting users of alcohol and other abusive drugs by the Brazilian state. The political model undertaken by the Brazilian government was strongly influenced by the near hegemonic prohibition found in the international context, marked by criminalization, psychiatrization and consequent exclusion of drug users, without distinction between use and trafficking. In the second half of the century, however, there were significant changes in this political scenery which made the field more permeable to preventive measures, recovery and reintegration of drug users, with emphasis on public policies in the health care sector. Therefore, despite the historical tardiness of the country in recognizing the drug issue as a scourge of multifactorial nature, and not only the criminal-justice scope, many advances have been achieved in recent years.

Keywords: Health Public Policy; Drug and Narcotic Control; Review.

1. INTRODUÇÃO

Entende-se por políticas públicas o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. É o conjunto de ações desencadeadas pelo Estado brasileiro em níveis federal, estadual e municipal, com vistas ao bem coletivo^{1,2}.

Dentro dos estados modernos, as políticas públicas se converteram em um instrumento primordial na organização da sociedade, pois codificam normas e valores sociais e influenciam a conduta das pessoas e contém modelos de sociedade. Por tais razões, as políticas públicas são importantes processos na construção da sociedade e têm importantes implicações culturais, legais, morais e econômicas^{1,3}.

As políticas públicas adquirem uma missão específica à medida que buscam solucionar fenômenos

distintos¹. Fala-se de políticas públicas quando se refere, por exemplo, à política da educação de um país, à proteção ambiental, à defesa nacional, ou à eficácia na promoção de um programa de capacitação³.

A elaboração das políticas públicas envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada pelos governos. A seqüência de ações que precede a criação de uma política pública inicia após a

Autor correspondente

Jessica Adrielle Teixeira Santos

Rua Monte Alverne, 884, ap.11 - Vila Tibério

Ribeirão Preto, SP – CEP: 14050-120

Email: jessicadrielle@yahoo.com.br

Artigo encaminhado 10/09/2012

Aceito para publicação em 17/11/2012

identificação dos problemas, a partir do qual surge a necessidade de apresentar alternativas viáveis à sua resolução. Tais alternativas são hierarquizadas segundo uma ordem de preferências, evidenciando-se, em simultâneo, a ordem dos problemas e a importância dos instrumentos a utilizar³.

Dentre os problemas enfrentados pelo Estado, o crescimento da circulação e uso de substâncias psicoativas ganham destaque, principalmente a partir no início do século XX. Configurando-se com um problema de saúde pública global, devido à dependência decorrente de seu uso, à gravidade de seus efeitos, que ultrapassa o limite do biológico, refletindo na sociedade, à severidade dos efeitos produzidos pelo seu uso crônico, e o aumento vertiginoso da prevalência do uso na população mundial⁴.

Historicamente, a regulação do uso destas substâncias se estabeleceu em contextos sócio-culturais específicos, que condicionaram o seu consumo mediante normas e convenções socialmente compartilhadas. Porém, o isolamento de princípios ativos de substâncias psicoativas e sua industrialização no início do século XIX, somado a popularização crescente do consumo e ao próprio contexto histórico brasileiro, marcado por intensa urbanização, pauperização e aumento das desigualdades sociais, contribuíram para a concretização de uma emergente demanda social⁵.

O consumo e o impacto social do uso de drogas de abuso são temas de grande preocupação social. Resultados de diferentes pesquisas identificam o crescente aumento do consumo de drogas de abuso para fins recreativos, a redução da idade de iniciação e a facilidade de obtenção das drogas, devido a diferentes formas de produção e preços mais acessíveis^{6,7,8,9}.

2. OBJETIVOS

Realizar uma síntese histórica das políticas públicas direcionadas a usuários de álcool e outras drogas de abuso pelo Estado brasileiro, refletindo sobre os avanços obtidos e as condições legais e conceituais que culminaram com a efetivação desta problemática enquanto um problema de saúde pública.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma investigação descritiva e analítica no campo das políticas públicas brasileiras de enfrentamento ao consumo abusivo de álcool e

outras, por meio da técnica de investigação documental e análise de artigos científicos.

Utilizaram-se como fonte primária os documentos oficiais destinando ao enfrentamento do consumo de drogas de abuso, constituído aqui por leis, decretos, portarias e medidas provisórias. Como fonte secundária, recorreu-se a artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais e livros que abordavam aspectos relacionados à temática.

Após seleção dos documentos oficiais e textos científicos que constituíram o alicerce metodológico do estudo, prosseguiu-se a apresentação dos resultados, elencados no corpo do texto de acordo com a ordem cronológica de ocorrência dos fatos, estabelecendo em paralelo uma análise crítica - reflexiva.

Optou-se por dividir o conteúdo em duas unidades de análise, uma de caráter mais generalista, incluindo as políticas instituídas sob a égide da segurança pública e justiça penal e outra mais específica, abordado as propostas políticas do Ministério da Saúde. Ao final, realizou-se uma reflexão sobre a evolução do pensamento político brasileiro em relação ao enfrentamento do consumo de drogas e teceram-se algumas considerações sobre o atual posicionamento das políticas públicas brasileiras.

4. RESULTADOS

4.1 Evolução das Políticas Públicas Brasileira sobre o Enfrentamento do Consumo de Álcool e Outras Drogas

Dentro dos estados modernos a questão do abuso de álcool e outras drogas foram alvos de políticas públicas, que inicialmente construíram seus discursos em dispositivos de criminalização e medicalização, onde o usuário de droga é de responsabilidade do sistema judiciário ou é alvo de internações compulsórias, por meio da psiquiatria do abuso.

Esse posicionamento repressivo ao enfrentamento das drogas, assumido inicialmente pelo Estado Brasileiro, foi fortemente influenciado por movimentos e decisões internacionais. As ações dos Estados Unidos da América (EUA) e o posicionamento proibicionista, devido ao exponencial crescimento da industrialização de bebidas alcoólicas no país, constituíram-se no alicerce ideológico para as políticas públicas sobre drogas ao redor do mundo, o qual desencadeou uma série de outros eventos que culminaram com a discussão da questão do ópio no Encontro de Xangai, em 1906 e 1911, e nas Conferências de Haia em 1912 e 1914⁵.

Dada essas influências internacionais e frente a essa emergente demanda social, houve em 1924, a inclusão no Código Penal Brasileiro, do decreto 4.294, que propôs pena de prisão para aqueles que vendessem ópio, seus derivados e cocaína, e do decreto 14.969, que criou o “sanatório para toxicômanos”⁵. Nesta época, as oligarquias mantinham a exclusão social da população mais pobre, em especial dos ex-escravos, e o país passava então por momento de alta tensão social e criminalidade crescente, fato que pode ter catalisado o alastramento do consumo de drogas na população brasileira.

Aquém as medidas repressivas ao consumo de drogas de abuso pelo Estado moderno, registros históricos relatam que a primeira lei proibicionista no Brasil data de 1830, cuja responsável – Câmara Municipal do Rio de Janeiro - aplicava penalidades aos negros vadios que fossem pegos fumando maconha. Mas foi o Código Penal Republicano, de 1890, o primeiro diploma penal brasileiro incriminador, que expressamente dispôs, no artigo 159, sobre a proibição a algumas substâncias tidas como venenosas¹⁰.

O consumo de bebidas alcoólicas era freqüente, mas, tolerado pelos governantes e pela sociedade brasileira, e não era objeto de preocupação do Estado. A inércia dos governantes perante o consumo de álcool levou ao surgimento gradativo de sociedades de caráter privado, como a Liga Antialcoólica de São Paulo, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, a Liga Brasileira de Higiene Mental e a União Brasileira Pró- Temperança, que promoviam a educação antialcoólica e as primeiras medidas assistenciais para alcoolistas, marcadas por concepções moralistas e higienista¹¹.

Essas sociedades não governamentais dirigidas por psiquiatras e membros da elite da classe médica brasileira, estavam alicerçadas no ideário higienista e eugenista difundido nas primeiras décadas do século XX, que se propunha a regularizar e fortalecer as funções afetivas, intelectuais e morais do indivíduo, bem como combater as causas determinantes das perturbações psíquicas¹².

De forma um pouco diferente do que aconteceu nos EUA onde a criminalização do uso e do comércio de drogas decorreu de uma “ação preventiva” promovida por grupos específicos, em especial juristas, políticos e religiosos que ficaram à frente da política proibicionista, no Brasil o grupo que mais pressionou pelo controle penal das drogas foi marcadamente o dos médicos legistas e psiquiatras¹³.

Dando continuidade ao movimento de internacionalização do controle de drogas, apesar da criação do Ministério da Saúde em 1953, em nenhum momento o consumo abusivo de drogas foi alvo de intervenções setoriais desse órgão, que desde sua criação até meados do século XX manteve seu foco na vigilância sanitária e no controle das epidemias que assolavam o território brasileiro¹⁴.

É imprescindível destacarmos que até os anos de 1950 as drogas não eram vistas como hoje porque não tinha a mesma importância econômica e política da atualidade nem o seu consumo havia atingido proporções tão elevadas. Era mais um universo misterioso devido ao destacado uso de opiáceos, como a morfina e a heroína, próprio de grupos marginais da sociedade, desde integrantes da aristocracia européia, médicos, intelectuais, músicos, delinquentes e até mesmo grupos da elite da América Latina¹⁵.

Após o final da Segunda Guerra Mundial e ascensão dos ideais neoliberais difundidos por meio da globalização da economia, viu-se surgir outra globalização de caráter mais político, baseado na exportação de leis em matéria de drogas que buscavam legitimar o discurso jurídico-político e o estereótipo político-criminoso das substâncias psicoativas além das fronteiras nacionais. Assim, especialistas internacionais valorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) criaram comissões que emitiram suas primeiras observações e medidas de controle dessas substâncias pautadas em termos farmacológicos, médicos e jurídicos¹⁶.

Nesse sentido, a ONU realizou três grandes convenções internacionais - Nova Iorque, 1961; Viena, 1971, 1988 -, reafirmando a concepção internacional repressiva de combate ao uso e tráfico de drogas, bem expresso pelo termo: “*war of drug*”. O Brasil, enquanto signatário dessas convenções, propôs no ano de 1971, no âmbito da justiça penal, a Lei 5726, que dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Essa lei não faz nenhuma referência ao tratamento para a população usuária de drogas, exceto aqueles referidos com infratores viciados, que eram internados compulsoriamente em hospitais psiquiátricos por tempo necessário a sua recuperação, tratava-se de reabilitação criminal do viciado¹⁷.

Posteriormente, foi substituída pela Lei 6.368 de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e

repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. A nova lei apresentou certo avanço, principalmente por ampliar o leque de ações preventivas, destinando ações para os dependentes de entorpecentes e não apenas para os infratores viciados¹⁸. Fica evidente no conteúdo de ambas as leis a forte influência da concepção médico-psiquiátrica, na qual o usuário de drogas passou a ser considerado um doente e os hospitais psiquiátricos tornaram-se os dispositivos assistenciais privilegiados de atenção, sendo importante ressaltar que tais portas assistenciais foram abertas aos consumidores de drogas, inicialmente, sob a alçada do Ministério da Justiça.

A partir de 1980, o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), foi o responsável pela formulação de políticas públicas para o enfrentamento das drogas. Embora a atuação do COFEN tenha privilegiado as atividades de repressão à produção, tráfico e consumo de drogas, algumas iniciativas deste órgão promoveu um desenvolvimento das práticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Dentre essas iniciativas, ressalta-se, o apoio aos centros de referência em tratamento, à pesquisas em prevenção na área de álcool e outras drogas, às comunidades terapêuticas e aos programas de redução de danos voltados para a prevenção da Aids entre usuários de drogas injetável⁵.

Em 1998, foi substituído pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), agora vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, outro órgão governamental responsável pelas diretrizes relativas ao controle do impacto das drogas na sociedade brasileira⁵.

O CONAD, órgão normativo e deliberativo da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), nasceu sob o impacto da adesão brasileira ao documento da Sessão Especial da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas – UNGASS/1998, dedicada ao enfrentamento mundial das drogas - constituiu o tema das drogas como assunto de Segurança Nacional, e organizou-se a partir de uma estrutura militar⁵.

O primeiro grande processo desencadeado pela CONAD foi a formulação da Política Nacional Antidrogas, instituída pelo Decreto 4.345/2002. Essa política inicia uma verdadeira narcoguerrilha, retratando as drogas como ameaças à humanidade e à vida em sociedade, e busca incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e uso indevido de drogas lícitas¹⁹.

Também no ano de 2002, é instituída a Lei 10.409, essa nova lei afirma que o tratamento do dependente ou usuário será feito de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família. Foi a primeira menção na legislação brasileira sobre redução de danos, onde o Ministério da Saúde foi o incumbido desta regulação. Entretanto com vários de seus artigos vetados, essa lei não revogou por completo a lei Lei 6.368/1976^{5,20}.

Essa importante mudanças ocorridas no cenário político da época, somada a experiências adquiridas na implementação de programas de redução de danos na atenção à saúde de usuários de drogas injetáveis e a formulação da Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, contribuíram para o realinhamento discursivo na política do CONAD, a começar pelo nome, que mudou de ‘Antidrogas’ para “Políticas sobre Drogas”^{5,21}.

Desta forma, em 2005, o CONAD aprovou a Política Nacional sobre Drogas, que admite a importância de incluir a questão do uso abusivo de drogas como um problema de saúde pública, e admite a necessidade do tratamento, recuperação e reinserção social do usuário de álcool e outras drogas²².

A Política Nacional sobre Drogas tem como principais diretrizes: atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas; reconhecer o direito de toda pessoa receber tratamento para drogadição; reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante; priorizar ações de prevenção; incentivar ações integradas aos setores de educação, saúde e segurança pública; promover ações de redução de danos; garantir ações para reduzir a oferta de drogas no país, entre outras orientações²².

A mais recente legislação brasileira sobre drogas – a Lei 11343/2006, que revoga a Lei 10.409/2002 e a Lei 6.368/1976 – apresenta alguns avanços historicamente significantes e reveladores de um posicionamento político mais moderado em relação às drogas. Se por um lado as atividades de repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas são acentuadas, com definição de novos crimes correlatos e o aumento das penalidades previstas; por outro lado, distingue a condição de usuários e dependentes de drogas e aborda, de forma mais extensiva que as leis anteriores, as atividades de prevenção ao uso indevido, atenção à saúde e reinserção social. Outra mudança expressiva refere-se ao estabelecimento de penas alternativas ao crime

definido como porte de drogas para consumo pessoal²³.

4.2 As Políticas Públicas de Saúde e o Consumo Abusivo de Drogas como Problema de Saúde Pública

As políticas públicas estão ligadas ao mundo social e neste contexto, inclui-se a saúde. As políticas públicas de saúde constituem-se de um conjunto de ações sociais dirigidas à garantia do direito à saúde em todas as suas dimensões (promoção, proteção e recuperação), orientado para a melhoria das condições de saúde da população e do ambiente natural, social e do trabalho, e visam, sobretudo, garantir às populações vulneráveis o direito a saúde^{1,4}.

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se, conforme a Constituição Federal de 1988, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade da atenção e de participação da comunidade, na organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional²⁴. Essas políticas agem sobre os determinantes e condicionantes da saúde, reconhecidos pela Lei Orgânica da Saúde (LOA): alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais^{4,25}.

Resguardado pela Constituição Federal e pelas diretrizes da LOA, o usuário de drogas também é um ser com direito à saúde, e neste contexto, deve ser acolhido, vinculado e assistido em sua singularidade e inserção sócio-cultural, como qualquer outro usuário dos serviços de saúde.

O texto da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garante aos usuários de serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas – a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população²¹.

A reforma psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico, de caráter político, social e econômico,

iniciado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, e aos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos²⁶. Esse importante movimento somado a movimentação da reforma sanitária na década 1980, forneceram o alicerce ideológico necessário para a criação do atual sistema de saúde brasileiro, o SUS em 1990, que por sua vez reafirmando o já exposto pela constituição brasileira almeja garantir o direito de acesso universal à saúde para toda a população.

Desta forma, apesar do atraso histórico em considerar os usuários de álcool e outras drogas como um assunto de saúde pública, em 2003, o Ministério da Saúde publicou o documento A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral A Usuários de Álcool e Outras Drogas, diretriz principal na área da saúde pública²¹.

Essa política tem nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica seus eixos centrais, a partir dos quais trabalha as especificidades de seu público-alvo. Suas principais orientações visam o estabelecimento e fortalecimento de um trabalho em rede, para proporcionar atenção integral, acesso facilitado aos serviços, participação do usuário no tratamento e a criação de serviços de atenção diária como alternativa ao hospital psiquiátrico - os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e os Centros de Apoio Psicossocial álcool e drogas (CAPSad)²¹.

Esses CAPS e sua modalidade para atendimento exclusivo para usuário de álcool e drogas – CAPSad- é a expressão prática da Reforma Psiquiátrica, pois trata-se de uma modalidade de atenção à saúde centrada na comunidade, caracterizada por atendimento ambulatorial realizado por uma equipe multiprofissional especializada, articulando ações de redução de danos, prevenção, recuperação, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas de abuso²¹.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral A Usuários de Álcool e Outras Drogas foi fortemente influenciada pelos programas de redução de danos, e pelo processo de reestruturação da atenção em saúde mental. Buscou-se inaugurar uma prática de saúde pública capaz de superar abordagens antidrogas e moralistas ainda muito presentes nas práticas desenvolvidas no país na área de álcool e outras drogas.

Apesar dos avanços observados, cabe ressaltar, que lidar com o enfrentamento do consumo de álcool

e outras drogas é como atirar em um alvo em movimento, dada a velocidade com que novas drogas são postas em circulação e os problemas decorrentes de seu uso, cada vez mais complexo. Como é o caso do *crack*, que surgiu no Brasil a partir da década de 80, um composto extremamente potente, de efeito curto e por isso com alto potencial para desenvolver dependência. E mais recentemente, em 2011, o “*oxi*”, um desenvolvimento moderno do *crack*, que agrega em sua composição substâncias potencialmente mais tóxica.

Estes novos tipos de drogas de abuso, somadas aos velhos conhecidos, como o álcool, o tabaco, a maconha ou haxixe, o ópio, a cocaína, outras produzidas em laboratórios, como o ecstasy (metanfetaminas), solventes e inalantes, o LSD (dietilamida do ácido lisérgico), constituem o foco de ação das políticas públicas dos Estados modernos.

Alguns êxitos foram alcançados por essas políticas implementadas, entretanto algumas lacunas assistenciais nas políticas, principalmente na área da saúde, precisam ser melhoradas, com atenção especial para a prevenção e o tratamento dos transtornos associados ao consumo do álcool e de outras drogas.

Considerando essa necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas, o Ministério da Saúde instituiu, no ano de 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS²⁷.

Essa nova diretriz política objetivou aumentar o leque de ação das diretrizes anteriores. As finalidades são: ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no SUS; diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; e construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários²⁷.

Em 2010, o Ministério da Saúde, em parceria com outros órgãos governamentais, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários, e ao enfrentamento do

tráfico de *crack* e outras drogas ilícitas. Entre os objetivos do Plano, estão: articular e ampliar as ações voltadas à prevenção e reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis; fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de *crack* e outras drogas; ampliar a participação comunitária nas políticas; e capacitação profissional²⁸.

Para a consecução de todo esse arcabouço político é imprescindível que haja apoio dos dirigentes governamentais e não governamentais, e envolvimento efetivos dos diversos setores da administração pública, pois do contrário, corre-se o risco de se acumular uma grande quantidade de material teórico sem nenhuma aplicabilidade prática.

Essa evolução, embora extremamente positiva sob o ponto de vista político, não acompanha a crescente disseminação do uso de drogas de abuso na sociedade brasileira. A evolução do pensamento político se dá de forma lenta, e a atuação estatal vem deixando, gradualmente, de ser repressiva e punitiva, passando a se caracterizar pela consciência da real necessidade de prevenção, por meio da conscientização social e do desenvolvimento de políticas públicas eficazes, e do tratamento dos usuários de drogas em caráter iminente de saúde pública²⁹.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas enquanto instrumento por meio do qual o Estado opera sobre as demandas populacionais são dispositivos novos, e neste contexto, as políticas públicas direcionadas ao enfrentamento do consumo de drogas de abuso são ainda mais incipientes, desta forma, a não operância de algumas destas diretrizes não significa inviabilidade política e sim um período de “janela política”, ou seja, o tempo entre a publicação de uma política e a sua assimilação e operacionalização pelos dirigentes³⁰.

Promover essa reflexão sobre a evolução do pensamento político sobre o enfrentamento do consumo abusivo de álcool e outras drogas na sociedade brasileira é extremamente importante, a medida que mostra o amadurecimento ideológico que serviu de alicerce metodológico para fundamentar as políticas públicas no último século direcionadas para esse parcela populacional excluída.

A forma como os fatos foram apresentados do corpo do texto manteve a cronologia dos

acontecimentos e evidencia o atraso histórico do posicionamento político do Ministério da Saúde para enfrentamento do consumo de álcool e outras drogas. Entretanto há que se considerar que no momento em que as drogas ganharam destaque no cenário nacional, não tínhamos um sistema de saúde integrado e bem estruturado e a área que melhor funcionava era a segurança, cuja resposta foi a repressão policial.

Observa-se que foram muitos os avanços referentes ao manejo dos usuários de álcool e outras drogas, porém ainda muito precisa ser feito. Apesar da assimilação da questão da drogadição como um problema de saúde pública e não exclusivamente pertencente ao âmbito da segurança pública, ainda prevalece na sociedade brasileira um espécie de narcoterrorismo.

Para se obter sucesso no combate ao uso e ao tráfico de drogas, é imprescindível saber quem é causa e quem é conseqüência. Pois apesar da violência presente na cadeia de produção destas substâncias psicoativas, muitas vezes se esquece das influências dos fatores sociais, a miséria, desemprego, corrupção, a fome, que são retratos vivos do nosso dia-a-dia, tantas vezes desorientadores das nossas próprias ações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias* 2006; 8(16): 20-45.
2. Lowi T. Four systems of policy and choice. *Public Admin Rev* 1972; 32(4): 298-310.
3. Pereira O. Políticas públicas e coesão social. *Estudios Económicos de Desarrollo Internacional. Asociación Euro-Americana de Estudios de Desarrollo Económico (AEEADE)*. 2005; 5(2). <http://www.usc.es/~economet/reviews/eedi527.pdf>. <Acesso em 19.07.2010>
4. Lorenzo C. Vulnerabilidades em saúde Pública: implicações para as políticas públicas. *Rev Bioét* 2006; 2(3): 299-31.
5. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discurso político, saberes e práticas. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(11): 2309-19.
6. Büchele F, Coelho EBS, Lindner SR. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciênc Saúde Colet* 2009; 14 (1): 267-73.
7. Spricigo JS, Carraro TE, Cartana MHF, Reibnitz KS. Atenção ao usuário de drogas - um espaço para o enfermeiro. *Texto-Contexto Enferm* 2004; 13: 296-302.
8. Moraes MM. O modelo de atenção á saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciênc Saúde Colet* 2005; 13(1): 121-33.
9. Barros MA, Pillon SC. Assistência aos usuários de drogas: A visão dos profissionais do Programa saúde da família. *Rev Enferm UERJ* 2007; 15(2): 261-6.
10. Fortes FAP. (Tese) A repressão e a proibição ao comércio de "drogas ilícitas": uma análise a partir do inc. Xliii do art. 5º da constituição federal. 220 f. Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2010.
11. Musumeci B. O consumo de álcool no país. In: Zaluar, Alba. (org.) *Drogas e cidadania*. São Paulo: Brasiliense; 1994.
12. Souza ML, Boarini ML. A deficiência mental na concepção da liga brasileira de higiene mental. *Rev bras educ espec* 2008; 14(2): 273-292. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382008000200009&script=sci_arttext. <Acesso em 10.03.2011>
13. Rodrigues LBF. (Dissertação) Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. Programa de Pós-Graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.
14. Lima ALGS, Pinto MMS. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *Hist Ciênc Saúde - Manguinhos* 2003; 10(3): 1037-51.
15. Ianni O. *Teorias da Globalização*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.
16. Rosa PO. Política criminal de drogas e globalização econômica. In: I Seminário Nacional Sociologia & Política UFPR 2009. <http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GT4-s-ONLINE/GT4/EixoIII/politicas-criminais-drogas-Pablo-Ornelas-Rosa.pdf>. <Acesso em 12.04.2011>
17. Brasil. Lei Nº 5.726, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/103304/lei-5726-71>. <Acesso em 09.02.2011>
18. Brasil. 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. <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327012.pdf>. <Acesso em 09.02.2011>
19. Brasil. Decreto Nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/99710/decreto-4345-02>. <Acesso em 08.02.2011>
20. Brasil. Lei Nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: CN-DST/AIDS; 2004.
22. Gabinete de segurança institucional (BR). *Conselho nacional antidrogas. Política nacional sobre drogas*. Brasília: 2005 <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>. <Acesso em 25.07.2010>
23. Brasil. Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm <Acesso em 25.07.2010>
24. Lucchese PTR (coord.), Aguiar DS, Vargas T, et al. *Políticas públicas em saúde pública*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; 2002.
25. Brasil. Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

- organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
26. Goncalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Latinoam Enferm* 2001; 9(2): 48-55. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007 <Acesso em 25.06.2010>
 27. Brasil. Portaria Nº 1.190. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm> <Acesso em 25.06.2010>
 28. Brasil. Decreto Nº 7.179, de 20 de Maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm. <Acesso em 01.07.2010>
 29. Moretti-Pires RO, Carrieri CG, Carrieri GG. O estado frente à temática das drogas lícitas e ilícitas: avanços na nova legislação e desafios frente ao Sistema Único de Saúde (SUS). *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* 2008; 4(2): 1-9. <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/SMAD2008v4n2%2001.pdf> <Acesso em 07 de julho de 2010>
 30. Exworthy M, Blane D, marmot M. Tackling health inequalities in the United Kingdom: the progress and pitfalls of policy. *Health Serv Res* 2003; 38(6): 1905-21.