

Marcos políticos-legais que tratam sobre álcool e outras drogas no Brasil de 2000 a 2020

Political-legal frameworks dealing with alcohol and other drugs in Brazil from 2000 to 2020

Marcos político-jurídicos sobre el alcohol y otras drogas en Brasil de 2000 a 2020

Recebido: 17/12/2022 | Revisado: 26/12/2022 | Aceitado: 27/12/2022 | Publicado: 01/01/2023

Valeria Raquel Alcantara Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9281-740X>

Maternidade Dona Evangelina Rosa, Brasil

Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, Brasil

E-mail: valeryalca@gmail.com

Elyne Montenegro Engstrom

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6149-3396>

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasil

Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

E-mail: elyneengstrom@gmail.com

Resumo

O estudo teve como objetivo conhecer e analisar os marcos políticos-legais brasileiros que tratam sobre álcool e outras drogas no século XXI. Trata-se de um recorte da Tese de Doutorado “Itinerários terapêuticos de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no município de Teresina, Piauí”, defendida em 2021 no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Nesse sentido, realizou-se pesquisa de natureza qualitativa, fundamentada nos pressupostos da pesquisa documental, que teve como fonte de dados, as políticas, os decretos e os demais normativos que foram publicados no período de 2000 a 2020. A análise se estruturou segundo os aportes do paradigma psicossocial. Foram selecionados 31 normativos; os setores envolvidos foram, Presidência da República, Ministério da Saúde, Conselho Nacional Antidrogas, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Justiça. A maioria dos documentos foi publicada pela Saúde (14), Presidência da República (12) e Justiça (03). Em que pese os avanços, vieses, tensionamentos, paradoxos e retrocessos, o enfoque sobre álcool e outras drogas nos instrumentos político-legais brasileiros apresentou incremento no período estudado, com ênfase na redução de danos como estratégia norteadora do cuidado. Portanto, no olho do furacão antimanicomial, o cuidado a pessoas em uso de álcool e outras drogas urge uma visão caleidoscópica, holística; reivindica novos paradigmas e conceitos, a invenção de outros modos de intervir e gerir serviços; requer resistência e uma postura ética-estética-crítica-política-emancipatória, que honre a pessoa como cidadão, protagonista, detentor de voz e vez, de fato.

Palavras-chave: Legislação; Uso de substâncias; Serviços de saúde mental; Atenção psicossocial.

Abstract

The study aimed to know and analyze the Brazilian political-legal frameworks that deal with alcohol and other drugs in the 21st century. This is a section of the Doctoral Thesis "Therapeutic itineraries of people who use alcohol and other drugs in the city of Teresina, Piauí", defended in 2021 in the Graduate Program in Public Health at the National School of Public Health Sergio Arouca, Oswaldo Cruz Foundation. In this sense, we conducted a qualitative research, based on the assumptions of documentary research, which had as a source of data, the policies, decrees and other regulations that were published in the period 2000 to 2020. The analysis was structured according to the contributions of the psychosocial paradigm. The sectors involved were the Presidency of the Republic, the Ministry of Health, the National Anti-Drug Council, the National Secretariat for Drug Policy, and the Ministry of Justice. Most of the documents were published by Health (14), Presidency of the Republic (12), and Justice (03). Despite the advances, biases, tensions, paradoxes and setbacks, the focus on alcohol and other drugs in the Brazilian legal-political instruments presented an increase in the period studied, with emphasis on harm reduction as the guiding strategy of care. Therefore, in the eye of the anti-manicomial hurricane, the care for people who use alcohol and other drugs urges a kaleidoscopic, holistic vision; it demands new paradigms and concepts, the invention of other ways to intervene and manage services; it requires resistance and an ethical-ethical-critical-political-emancipatory posture, which honors the person as a citizen, protagonist, holder of voice and turn, in fact.

Keywords: Legislation; Substance use; Mental health services; Psychosocial care.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo conocer y analizar los marcos político-legales brasileños que tratan del alcohol y otras drogas en el siglo XXI. Esta es una sección de la Tesis Doctoral "Itinerarios terapéuticos de personas que usan alcohol y otras drogas en la ciudad de Teresina, Piauí", defendida en 2021 en el Programa de Posgrado en Salud Pública de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca, Fundación Oswaldo Cruz. En este sentido, se realizó una investigación de carácter cualitativo, partiendo de los supuestos de la investigación documental, que tuvo como fuente de datos, las políticas, decretos y demás normativas que fueron publicadas en el periodo 2000 a 2020. El análisis se estructuró según las aportaciones del paradigma psicosocial. Los sectores involucrados fueron la Presidencia de la República, el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional Antidrogas, la Secretaría Nacional de Políticas sobre Drogas y el Ministerio de Justicia. La mayoría de los documentos fueron publicados por Sanidad (14), Presidencia de la República (12) y Justicia (03). A pesar de los avances, sesgos, tensiones, paradojas y retrocesos, la atención al alcohol y otras drogas en los instrumentos jurídico-políticos brasileños mostró un aumento en el período estudiado, con énfasis en la reducción de daños como estrategia orientadora de la atención. Por lo tanto, en el ojo del huracán antimanicomial, la atención a las personas que consumen alcohol y otras drogas urge de una visión caleidoscópica, holística; reclama nuevos paradigmas y conceptos, la invención de otras formas de intervenir y gestionar los servicios; exige resistencia y una postura ético-ética-crítica-política-emancipatoria, que honre a la persona como ciudadana, protagonista, poseedora de voz y turno, de hecho.

Palabras clave: Legislación; Consumo de sustancias; Servicios de salud mental; Atención psicosocial.

1. Introdução

O marco inicial da sistematização da questão das drogas no Brasil é o Decreto nº 11.481, de 10 de fevereiro de 1915, que aprovou no território nacional medidas para impedir os abusos crescentes do ópio, da cocaína, da morfina e seus derivados (Brasil, 1915). Esse enfoque ocorreu, após um longo período de negligência estatal, com a criação de um aparato jurídico-institucional voltado à proibição da produção, do comércio e do uso de drogas. Influenciada por convenções, tratados internacionais e por questões geopolíticas, essa postura proibicionista se fortaleceu no decorrer do século XX. Apenas a partir da década de 1970 a discussão sobre drogas sob a égide do cuidado ganhou relevo, inicialmente fundamentada no saber médico (psiquiatria), que veio a reforçar a exclusão dos usuários de drogas, criminosos e/ou doentes (Bastos, 2015). A respeito disso, mesmo depois da revogação de legislações pautadas por um viés repressivo/punitivo, os resquícios desses dispositivos permaneceram até os dias atuais. Com efeito, apesar de algumas tentativas com foco na prevenção e na atenção psicossocial ao usuário, ainda se evidencia a reprodução de mecanismos punitivos e estigmatizadores no tratamento do assunto das drogas no Brasil (Santos & Campagnac, 2018).

O debate sobre drogas no âmbito da saúde no Brasil adentra de forma mais efusiva nas pautas e nos movimentos da área somente no final da década de 1980, em decorrência das mudanças no próprio cenário nacional, como a emergência do Estado democrático, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), as contribuições da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica e a inserção da Redução de Danos (RD). Todo este processo culminaria na constituição de políticas específicas para a área no início dos anos 2000, agregando variadas racionalidades (por exemplo, de saúde e da segurança pública) na tentativa de superação da lacuna assistencial conformada ao longo dos anos (Costa, et al., 2017).

Assim, colocou-se em evidência no campo da saúde o paradigma psicosocial, o qual preza práticas sociais que permitam a inclusão de pessoas que, historicamente, são alvo de forte exclusão social, estigma e de preconceito; preconiza um trabalho assentado na óptica da desinstitucionalização, não focado na cura da doença, na readaptação e normalização dos sujeitos, mas na existência do sofrimento humano enquanto objeto real de uma intervenção (Rotelli, et al., 2001). Inclusive, o paradigma psicosocial encerra como metas radicas, a implicação subjetiva e sociocultural, e a singularização (Costa-Rosa, 2000). Por conseguinte, esse paradigma está em sintonia com o discurso oficial do Ministério da Saúde (MS) para o setor, sendo originário das conquistas alcançadas graças aos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, que resultaram na Luta Antimanicomial e na construção da atenção psicossocial (Costa-Rosa, 1987).

Considerando-se a égide do paradigma psicosocial, o presente estudo tem como objetivo conhecer e analisar os marcos políticos-legais nacionais que tratam sobre álcool e outras drogas e foram publicados pelas diversas instâncias do

Executivo Federal no século XXI.

2. Metodologia

Trata-se de um recorte da Tese de Doutorado intitulada “Itinerários terapêuticos de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no município de Teresina, Piauí”, defendida em 2021 no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Barbosa, 2021). Nesse sentido, foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa, fundamentada nos pressupostos da pesquisa documental, que teve como fonte de dados, as políticas, os decretos e os demais normativos que foram publicados no Brasil, no período de 2000 a 2020.

A pesquisa documental consiste em uma técnica de pesquisa voltada à compreensão da realidade social e produção de conhecimento por meio da análise de variados tipos de documentos que não foram sistematizados (Kripka, et al., 2015). Nessa perspectiva, o uso de documentos em pesquisa permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão da dimensão social, favorecendo a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades e práticas (Cellard, 2012).

Utilizou-se neste estudo a sistematização dos instrumentos político-legais considerando-se o ano de publicação, os setores governamentais envolvidos (atores) e sua relação com a temática “álcool e outras drogas” (Quadro 1). A análise se estruturou segundo os aportes do paradigma psicossocial, com ênfase no cuidado a usuários de álcool e outras drogas.

3. Resultados

Foram selecionados 31 normativos distribuídos ao longo do período estudado, os quais estão descritos no Quadro 1, referente à sistematização dos instrumentos políticos-legais que tratam sobre álcool e outras drogas na legislação brasileira, no período de 2000 a 2020. Os setores governamentais envolvidos foram: Presidência da República, Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), Ministério da Justiça (MJ). A maioria dos documentos (n = 14) foi publicada pela Saúde, 12 pela Presidência da República e 03 pela Justiça.

Quadro 1 - Sistematização dos instrumentos políticos-legais que tratam sobre álcool e outras drogas na legislação brasileira, no período de 2000 a 2020.

Normativos	Setor	Descrição
Lei nº 10.216/2001	Presidência da República	Dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Medida Provisória nº 2.216-37/2001	Presidência da República	Alterou a denominação do Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate ao Abuso de Drogas (FUNCAB) para Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), e transferiu a sua gestão do do Ministério da Justiça (MJ) para a Secretaria Nacional Antidrogas; designou ao MJ a articulação, integração e proposição de ações do Governo nos aspectos associados a atividades de repressão ao uso indevido, tráfico ilícito e produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas; atribuiu ao MS a competência de vigilância de saúde, sobretudo para drogas, medicamentos e alimentos; transformou o Conselho Federal de Entorpecentes em Conselho Nacional Antidrogas.
Lei nº 10.409/2002	Presidência da República	Dispôs sobre prevenção, tratamento, fiscalização, controle e repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, elencados pelo MS.
Portaria nº 816/2002	Ministério da Saúde	Instituiu no âmbito do SUS o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de álcool e outras drogas.
Portaria nº 817/2002	Ministério da Saúde	Incluiu na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o grupo específico de procedimentos voltados para a atenção hospitalar a usuários de álcool e outras drogas.
Decreto nº 4.345/ 2002	Presidência da República	Instituiu pela primeira vez uma Política Nacional Antidrogas (PNAD).
Portaria nº 2.197/ 2004	Ministério da Saúde	Redefiniu e ampliou a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no SUS.

Resolução nº 3/2005	Conselho Nacional Antidrogas	Aprovou a Política Nacional sobre Drogas.
Lei nº 11.343/2006	Presidência da República	Instituiu o Sisnad; prescreveu medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; definiu crimes e normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas.
Decreto nº 6.117/ 2007	Presidência da República	Aprovou a Política Nacional sobre o Álcool, dispôs sobre medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade.
Portaria nº 1.190/ 2009	Ministério da Saúde	Instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010); definiu suas diretrizes, ações e metas.
Lei nº 12.101/2009	Presidência da República	Dispôs sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regulou a isenção de contribuições para a seguridade social às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos e incluiu as Comunidades Terapêuticas (CT) em tal categoria.
Decreto nº 7.179/ 2010	Presidência da República	Instituiu o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas e criou o seu comitê gestor.
Portaria nº 122/ 2011	Ministério da Saúde	Definiu as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
Portaria nº 2.488/ 2011	Ministério da Saúde	Aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
Decreto nº 7.637/ 2011	Presidência da República	Alterou o Decreto nº 7.179/2010.
Portaria nº 3.088/ 2011	Ministério da Saúde	Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no SUS.
Portaria nº 131/ 2012	Ministério da Saúde	Instituiu incentivo financeiro de custeio destinado a Estados, Municípios e ao Distrito Federal, para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial (incluindo as CT), voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAPS.
Portaria nº 10/2014	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas	Acrescentou modelo de relatório de fiscalização de CT; definiu as CT como entidades que prestam serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa.
Resolução nº 1/2015	Ministério da Justiça	Regulamentou no âmbito do SISNAD as CT, como entidades que prestam, em caráter voluntário, acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou à dependência de álcool e outras drogas.
Portaria nº 834/2016	Ministério da Saúde	Redefiniu os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde.
Portaria nº 1.482/ 2016	Ministério da Saúde	Incluiu as CT no CNES.
Resolução nº 32/2017	Ministério da Saúde	Fixou diretrizes para fortalecer a RAPS, através da regulamentação da “nova” Política de Saúde Mental, com o reforço do retorno do hospital psiquiátrico como instituição de tratamento e o fortalecimento da parceria e do apoio intersetorial com as CT; aprovou a criação da modalidade de CAPS do Tipo IV; anunciou como componentes e pontos de atenção da RAPS: AB; CnR; Centros de Convivência; Unidades de Acolhimento (Adulto e Infante-Juvenil); SRT I e II; Hospital Dia; Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; CAPS nas diversas modalidades; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental; Hospitais Psiquiátricos Especializados.
Portaria nº 3.588/ 2017	Ministério da Saúde	Alterou a Portaria MS nº 3.088/2011 e incorporou a composição da RAPS especificada na Resolução nº 32/2017.
Resolução nº 1/2018	Ministério da Justiça	Aprovou mudanças voltadas ao alinhamento da política nacional sobre drogas, relativamente às intervenções com a pessoa em uso de álcool e outras drogas; substituiu a perspectiva da estratégia de redução de danos pelo estímulo da abstinência total.
Portaria nº 3.659/2018	Ministério da Saúde	Suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de CAPS, SRT, UA e de Leitões de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da RAPS, em razão da ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.
Nota Técnica nº 11/ 2019	Ministério da Saúde	Retomou o financiamento da compra de aparelhos de Eletroconvulsoterapia.
Decreto nº 9.761/ 2019	Presidência da República	Aprovou a “nova” Política Nacional sobre Drogas (Pnad), extinguiu a adoção de estratégias de redução de danos e definiu como parâmetro o tratamento firmado na abstinência.
Lei nº 13.840/2019	Presidência da República	Alterou a Lei nº 11.343/2006, instituindo a “Nova Lei de Drogas”.
Lei nº 13.886/2019	Presidência da República	Instituiu, no âmbito do Ministério da Justiça e Segurança Pública, o FUNAD, a ser gerido pela Senad, do Ministério da Justiça e Segurança Pública.
Portaria nº 1/2020	Ministério da Justiça e Segurança Pública	Regulamentou o art. 63-D da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que estabelece sobre a incorporação e a doação de bens do FUNAD.

A promulgação da lei federal nº 10.216/2001, de 6 de abril de 2001, que trata a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001a), representa o marco inicial da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no território nacional. Em seguida, a Medida Provisória nº 2.216-37, de 31 de agosto de 2001, alterou a denominação do Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate ao Abuso de Drogas (FUNCAB) para Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), e transferiu a sua gestão do âmbito do MJ para a Secretaria Nacional Antidrogas. Além disso, designou ao MJ a articulação, integração e proposição de ações do Governo nos aspectos pertinentes a atividades de repressão ao uso indevido, tráfico ilícito e produção não autorizada de substâncias entorpecentes e de drogas; atribuiu ao Ministério da Saúde a competência de vigilância de saúde, especialmente para drogas, medicamentos e alimentos; e, transformou o Conselho Federal de Entorpecentes em Conselho Nacional Antidrogas (Brasil, 2001b).

Em continuidade, a Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002, dispôs 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 MS (Brasil, 2002b). A Portaria MS nº 816, de 30 de abril de 2002, instituiu no âmbito do SUS o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2002c). A Portaria MS nº 817, de 30 de abril de 2002, incluiu na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o grupo de procedimentos voltados para a atenção hospitalar a usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2002d). O Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, instituiu pela primeira vez uma Política Nacional Antidrogas (PNAD) (Brasil, 2002a). A Portaria MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, redefiniu e ampliou a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no SUS (Brasil, 2004).

Logo após, a Resolução nº 3, de 27 de outubro de 2005, do Conselho Nacional Antidrogas, aprovou a Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2005). A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); prescreveu medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; fixou normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e definiu crimes (Brasil, 2006). O Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007, aprovou a Política Nacional sobre o Álcool e dispôs sobre medidas para reduzir o uso indevido de álcool e sua associação com a violência e crime (Brasil, 2007). A Portaria MS nº 1.190, de 4 de junho de 2009, instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010) e definiu diretrizes, ações e metas (Brasil, 2009b). A Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, dispôs sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regulou a isenção de contribuições para a seguridade social a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, incluindo as CT (Brasil, 2009a). O Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010, instituiu o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas e criou seu comitê gestor (Brasil, 2010a).

Em seguida, a Portaria MS nº 122, de 25 de janeiro de 2011, definiu as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (Brasil, 2011c). A Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Brasil, 2011d). O Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011, alterou o Decreto nº 7.179/2010 (Brasil, 2011b). A Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (Brasil, 2011e).

Ademais, a Portaria MS nº 131, de 26 de janeiro de 2012, instituiu incentivo financeiro de custeio destinado aos estados, municípios e ao distrito federal, para apoiar o custeio de serviços de atenção em regime residencial na RAPS, incluindo CT, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (Brasil, 2012a). A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) publicou a Portaria nº 10, de 28 de fevereiro de 2014, que acrescentou

modelo de relatório de fiscalização de CT, e definiu as CT como entidades que prestam serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa (Brasil, 2014). A Resolução MJ nº 1, de 19 de agosto de 2015, regulamentou no âmbito do SISNAD as CT, como entidades que prestam, em caráter voluntário, acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou à dependência de álcool e outras drogas (Brasil, 2015a). A Portaria nº 834, de 26 de abril de 2016, redefiniu os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (Brasil, 2016a). A Portaria MS nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, incluiu as CT no CNES (Brasil, 2016b).

A Resolução MS nº 32, de 17 de dezembro de 2017, fixou diretrizes para fortalecer a RAPS, com a regulamentação da “nova” Política de Saúde Mental, o reforço do retorno do hospital psiquiátrico como instituição de tratamento e, com o fortalecimento da parceria e do apoio intersetorial com as CT; aprovou a criação da modalidade de CAPS do Tipo IV e anunciou como componentes e pontos da atenção da RAPS: AB; CnR; Centros de Convivência; UA (Adulto e Infanto-Juvenil); SRT I e II; Hospital Dia; Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; CAPS nas suas diversas modalidades; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental; Hospitais Psiquiátricos Especializados (Brasil, 2017a). Tais diretrizes foram incorporadas pela Portaria MS nº 3.588, que alterou a Portaria MS nº 3.088/2011 (Brasil, 2017b).

Importante destacar que a Resolução MJ nº 1, de 9 de março de 2018, anunciou mudanças no alinhamento da política nacional sobre drogas, relativamente às intervenções, que deixam de adotar a estratégia de redução de danos, que foi substituída pelo enfoque do estímulo da abstinência total (Brasil, 2018a). Já a Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018, suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de CAPS, SRT, UA e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da RAPS, em razão da ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS (Brasil, 2018b). Como agravante, a Nota Técnica MS nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019, retomou o financiamento da compra de aparelhos de Eletroconvulsoterapia (Brasil, 2019d).

Ademais, o Decreto nº 9.761/2019 aprovou a “nova” Política Nacional sobre Drogas (Pnad), extinguiu a adoção de estratégias do MS atinentes à redução de danos e definiu como parâmetro o tratamento firmado na abstinência (Brasil, 2019a). A Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019, alterou a Lei nº 11.343/2006 que instituiu a “Nova Lei de Drogas” (Brasil, 2019b). A Lei nº 13.886, de 17 de outubro de 2019, instituiu, no âmbito do Ministério da Justiça e Segurança Pública, o FUNAD, a ser gerido pela SENAD (Brasil, 2019c). E, a Portaria nº 1, de 10 de janeiro de 2020, publicada pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, regulamentou o art. 63-D da Lei nº 11.343/2006, dispondo sobre a incorporação e a doação de bens do Fundo Nacional Antidrogas (Brasil, 2020).

4. Discussão

Especificamente acerca da relação entre as reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil, o ambiente político favorável encontrado no final da década de 1980 (em termos da redemocratização do país, promulgação da Constituição Federal de 1988 e da criação do SUS, agregado ao ativismo dos movimentos sociais e de trabalhadores, e da construção de um arcabouço normativo favorável, serviram como solo fértil para a germinação das bases do novo modelo clínico/político de cuidados em saúde mental. Com efeito, sucedeu-se a implantação e o desenvolvimento de uma rede comunitária, que surgiu como um sistema substitutivo ao cenário hospitalocêntrico até então hegemônico, configurando uma realidade de âmbito nacional, cujo conjunto de ações e serviços persiste em pleno regime de expansão (Fiocruz & Fundação Calouste Gulbenkian, 2015).

Por outro lado, embora seja reconhecido que a reforma psiquiátrica foi conduzida à política de governo pelas mãos da reforma sanitária, há uma ênfase muito maior na influência de experiências estrangeiras do que naquelas vivenciadas a partir da implantação do SUS. Isso se revela através da referência sobre o novo cuidado que inclui alguns deslizamentos conceituais

que dão uma ideia das mudanças pretendidas, por exemplo: do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade; de doente mental para portador de sofrimento psíquico; de muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação pela cidade; de paciente para usuário; da clínica psiquiátrica para a atenção psicossocial; do incapaz tutelado para cidadão (Ramming, 2014).

Todavia, um dos maiores entraves existentes na transição do modelo psiquiátrico asilar para o modelo psicossocial territorial é a sobrevivência de um padrão sociocultural que legitima a segregação das diferenças. Assim, apesar dos avanços, principalmente em termos legislativos, e a despeito da ampliação dos pontos de atenção da RAPS, persiste a manutenção e/ou reprodução do modelo psiquiátrico asilar, que favorece o adoecimento dos usuários e, também, dos trabalhadores que atuam na saúde mental (Nunes, et al., 2016). Adiciona-se a isso a produção do estigma do usuário, que empobrece a política e a clínica (entendendo-se que toda clínica é conjuntamente política), além de gerar mais sofrimento e exclusão; ou ainda, a inclusão em lógicas perversas de controle e de tutela da pessoa, a exemplo do que se testemunha nas internações compulsórias em massa, que fecham nossa visão para a largueza do outro (Silva, F., 2014).

Nos últimos 20 anos, o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem, insistentemente, colocado para a sociedade a necessidade de se abolir o hospital psiquiátrico como local de acompanhamento das pessoas com transtornos mentais, por ser alicerçado em um modelo manicomial baseado na segregação e na violação de direitos (Sousa & Jorge, 2019). Entretanto, a convivência entre os serviços substitutivos e os hospitais psiquiátricos no âmbito nacional é algo ainda não foi superado, que permanece como um impasse na reversão do modelo de atenção em saúde mental no país. Sobre essa óptica, a reforma psiquiátrica não se resume à criação de serviços, pois requer uma transformação mais ampla na relação estabelecida entre sociedade e loucura (Amarante, 2007).

Inclusive, nos últimos anos temos visto o Estado colocar em prática um projeto neoconservador de higienização das diversidades psicossociais e de dominação política de corpos através da constante liberação de resoluções, portarias, alterações e decretos. Assim, vivenciamos atualmente um contexto sociopolítico de retrocesso, que enaltece a lógica da prisão de sujeitos com transtornos mentais em espaços asilares, hospitalocêntricos e manicomiais, em detrimento do cuidado em território, da humanização, da liberdade e do respeito aos direitos humanos e do que estabelece a Lei Federal nº 10.216/2001 (Santos, 2020).

Com base nessa lógica e conquanto o paradigma psicossocial que orienta a promoção do cuidado a usuários de álcool e outras drogas na RAPS, constata-se que a legislação brasileira recente contraria a participação de entidades, movimentos sociais e demais órgãos de referência, evidenciando um interesse oposicionista às diferentes políticas públicas então vigentes. De tal modo, a legislação recente estimula o fortalecimento do modelo de tratamento no qual a atenção dispensada ao público passa a seguir um sentido criminal, punitivo, obrigatório, rígido, impositivo (Souza, et al., 2022).

Nessa esteira, a crise se iniciou de maneira mais contundente quando no ano 2015, por influência da presidenta Dilma Rousseff, a política de saúde mental teve de incluir as CT como pontos de atenção da RAPS. Então, os retrocessos seguiram com o golpe que favoreceu o presidente Michel Temer, que colocou em prática um projeto político de bases conservadoras e antidemocráticas, que oxigenou, no âmbito da saúde mental, uma série de mudanças devastadoras que vem desconfigurando a agenda antimanicomial. A fim de consolidar esse projeto político, foi eleito o presidente Jair Bolsonaro, tendo como aliados a bancada parlamentar conhecida popularmente como a bancada “boi, bala e bíblia”, que agrega latifundiários, defensores da liberação do uso de armas e evangélicos. Foi neste cenário caótico, de profunda crise do modelo democrático, que as políticas públicas sobre álcool e outras drogas foram redirecionadas, e os hospitais psiquiátricos, juntamente às CT, retornaram como centrais na assistência (Martins, 2019).

Para mais, as recentes propostas aprovadas, apoiadas e sustentadas pela coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do MS representam um grave ataque à luta antimanicomial, uma vez que congelam investimentos, rompem com a ótica de desestruturação dos manicômios, incluem as CT e trazem de volta os hospitais psiquiátricos para a RAPS. Além de

que ressoam na extinção da lógica da redução de danos, basilar no cuidado a pessoas em uso de álcool e outras drogas, devido à sua complexa lógica de um trabalho essencialmente intersetorial, integral, que contempla as singularidades, as possibilidades e as escolhas de cada pessoa, em determinado contexto e território (Araújo & Sá, 2021).

Logo, cabe atentar para as distorções instituídas nas recentes resoluções e portarias aprovadas pelo MS, ao inserir o Hospital Psiquiátrico no modelo de atenção psicossocial. Nesse sentido, há grupos de interesses fundamentalistas e neoliberais que ameaçam e atacam toda uma conjuntura de luta política e social exercida pelo processo de democratização histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira. Daí, mesmo que o campo da saúde mental tenha experimentando avanços através das experiências impulsionadas pela Reforma Psiquiátrica, perdura um cenário alicerçado num modelo de atenção médico-centrado hegemônico, no qual os serviços substitutivos de atenção psicossocial não vêm conseguindo dar suporte efetivo às pessoas com transtorno mental na RAPS, configurando práticas que, paradoxalmente, potencializam as internações psiquiátricas e a permanência do hospital psiquiátrico como lugar de cuidado em saúde mental (Sousa & Jorge, 2019).

Esse cenário revela mudanças que não aconteceram de maneira linear, evidenciando a complexidade de um processo social que entrelaça dimensões simultâneas, que ora criam contradições, ora convergem (Amarante, 2007). Por isto, seria ingênuo negar a convivência paradoxal que persiste entre a atenção psicossocial e o serviço hospitalar psiquiátrico (Sousa & Jorge, 2019). Assim, as redes de atenção a usuários de álcool e outras drogas têm sido cada vez mais vistas de modo reificado, como panaceias sobre o cuidado, em alguns momentos, com leituras idealizadas, romantizadas (Costa, et al., 2015).

Adicionalmente, a saúde mental compõe um campo polissêmico e plural, porque diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades, que são condições altamente complexas (Amarante, 2007). Nesse contexto, particularmente, a política de drogas integra o grande conjunto de legislações, normas e políticas públicas que versam sobre comportamentos e atitudes individuais e microsociais, julgados como temas tabu/ objeto de polêmicas, tal qual ocorre em relação a temas como: saúde sexual e reprodutiva (a exemplo, contracepção e aborto); da proteção e eventual promoção dos direitos de diferentes minorias (por exemplo, leis anti-racismo, cotas raciais/étnicas); e atinente a assuntos que têm sido objeto permanente de debates ácidos, tais como, a definição de maioria/minoridade, os papéis dos responsáveis e guardiões legais – e quanto à definição das infrações e dos direitos desses jovens (direito a voto, apenação de menores, legislação antipedofilia, etc.) (Bastos, 2015).

Isto posto, a tessitura de uma clínica direcionada a pessoas em uso de drogas em nossos tempos significa, certamente, sustentar uma resistência, já que certa concepção de cidade, higienizada, pacificada, ordenada, harmônica à “guerra às drogas” - em seus efeitos de criminalização e exclusão - atravessa as duras linhas das políticas voltadas a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Portanto, é imperativo que a clínica alargue sua mirada, extrapolando a dimensão química, de modo que consiga olhar para a história da pessoa (e da sociedade) e a geografia, inclusive afetiva dos usos, e possa também alargar as possibilidades de intervenção. Em outras palavras, a clínica precisa se aproximar do enfoque da RD, da sua pragmática como política e estratégia, enquanto ética do cuidado (Silva, F., 2014).

A RD configura um paradigma clínico, ético, político para a questão das drogas, alternativo ao paradigma hegemônico, como uma prática calcada na experiência, através da qual são promovidas iniciativas de cuidado, tais como: ir aos territórios de uso; construção de estratégias a partir do conhecimento deste ambiente e de suas singularidades; produção de vínculo; oferta de insumos. Contudo, se temos o paradigma da abstinência como dominante nos campos de saber e de intervenção que se encarregam do problema das drogas, a saúde pública não está livre da dominação segundo a qual as drogas, notadamente as etiquetadas como ilícitas, são tratadas na qualidade de problema moral, e, as vivências singulares dos indivíduos são excluídas em nome de normas transcendentais (Dias & Macerata, 2014).

5. Conclusão

A contemplação dos marcos políticos-legais nacionais que tratam sobre álcool e outras drogas, publicados no período de 2000 a 2020, oportuniza a evidência dos vieses, tensionamentos, paradoxos e retrocessos intrínsecos às perspectivas que atravessam a evolução das políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil, no século XXI. A propósito, historicamente, as políticas públicas de saúde permitiram a existência de uma lacuna quanto às pessoas que usam álcool e outras drogas, ao delegar a responsabilidade por esta clientela à Justiça, à segurança pública e às associações religiosas. Essa atitude certificou a premissa de que qualquer usuário de substâncias psicoativas é um “doente mental”, incapaz de responder por suas escolhas, validando modelos de tratamento concordantes com a imposição da abstinência (Lermen, et al., 2014).

Em contrapartida, a simples passagem do controle sobre o uso de drogas do campo jurídico para o campo sanitário, da referência às leis para a referência às normas produzidas pelos saberes da saúde, não garante, a priori, uma transformação radical na abordagem do problema. Em outras palavras, a ruptura com o modelo repressivo, coercitivo e segregativo depende da construção de uma nova ética, mais do que da transferência para outra instituição (da Justiça para a Saúde) ou do formato da abordagem (da prisão para a internação). Assim, a construção ou não dessa nova ética na assistência e na política sobre drogas, implica em uma responsabilidade coletiva da sociedade brasileira, que poderá determinar ou impedir a reedição do – triste, longo e ainda em desconstrução – processo (real e simbólico) de aprisionamento da loucura (Silva, 2014).

Destarte, o cuidado a pessoas em uso prejudicial de álcool e drogas reivindica, novos paradigmas e conceitos, bem como a invenção de outros modos de intervir, de gerir serviços, de relacionar-se, de trabalhar (Ramminger, 2014). Exige a magnitude da resistência na clínica com essas pessoas, que se afirme por intermédio da radicalidade de uma escuta radical, que oportunize, entre narrativas dominantes, cavar brechas por onde passem dissonâncias; e, se tenham diferenças, possibilidades de ser e de existir no mundo mais largas e livres (Silva, 2014).

Em que pese os avanços, vieses, tensionamentos, paradoxos e retrocessos, o enfoque sobre álcool e outras drogas nos instrumentos político-legais brasileiros apresentou incremento a partir dos anos 2000, com ênfase na emergência e notoriedade da redução de danos como estratégia norteadora do cuidado. Portanto, no olhar do furacão antimanicomial, o cuidado na RAPS a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas urge uma visão caleidoscópica, holística; reivindica a consolidação de novos paradigmas e conceitos; requer resistência e uma postura ética-estética-crítica-política-emancipatória, que honre a pessoa como cidadão, protagonista, detentor de voz e vez, de fato.

Consequentemente, espera-se que novos estudos sejam empreendidos nesta linha, utilizando outras metodologias investigativas, para se ampliar e fortalecer o conhecimento sobre os múltiplos componentes e condicionantes que atravessam os marcos políticos-legais que tratam sobre álcool e outras drogas no Brasil, assim como para vivificar a estruturação de políticas públicas realisticamente compatíveis com as demandas apresentadas pela população assistida.

Referências

- Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Editora Fiocruz.
- Barbosa, V. R. A. (2021). Itinerários terapêuticos de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no município de Teresina, Piauí. (Tese de Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- Bastos, F. I. (2015). Política de drogas na segunda década do novo milênio. *Argumentum*, 7(1),8-16. <http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v7i1.9873>
- Brasil. Presidência da República. (2002a). Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas. Presidência da República. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2002/decreto-4345-26-agosto-2002-451545-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Brasil. Presidência da República. (2010a). 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. Presidência da República. <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7179&ano=2010&ato=602ETRU5EMVpWT8d6#:~:text=INSTITUI%20O%20PLANO%20INTEGRADO%20DE,GESTOR%2C%20E%20D%C3%81%20OUTRAS%20PROVID%C3%84NCIAS.>

Brasil. Presidência da República. (2019a). Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm

Brasil. Presidência da República. (1915). Decreto nº 11.481, de 10 de fevereiro de 1915. Promulga a Convenção Internacional do Ópio e o respectivo Protocolo de Encerramento, assignados na Haya, a 23 de janeiro de 1912. Presidência da República. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-11481-10-fevereiro-1915-574770-publicacaooriginal-97865-pe.html>

Brasil. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. (2005). Resolução nº 3, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Conselho Nacional Antidrogas. https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/1267/1/RES_CONAD_2005_3.pdf

Brasil. Presidência da República. (2001a). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Brasil. Presidência da República. (2002b). 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. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110409.htm

Brasil. Presidência da República. (2006). 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. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm

Brasil. Presidência da República. (2009a). Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm

Brasil. Presidência da República. (2019b). Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm

Brasil. Presidência da República (2001b). Medida Provisória nº 2.216-37, de 31 de agosto de 2001. Altera dispositivos da 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. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2216-37.htm

Brasil. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. (2015a). Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32425953/do1-2015-08-28-resolucao-n-1-de-19-de-agosto-de-2015-32425806

Brasil. Ministério da Justiça. (2018a). Resolução nº 1, de 9 de março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. Ministério da Justiça. https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/2972/1/RES_GM_2018_1.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2019d). Nota técnica nº 11, de 4 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde. <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. (2011c). Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Ministério da Saúde. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2002c). Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério de Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios. Ministério da Saúde. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2002d). Portaria nº 817, de 30 de abril de 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos SIH-SUS os procedimentos referentes à internação por uso prejudicial de álcool e drogas. Ministério da Saúde. https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_817.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2016a). Portaria nº 834, de 26 de abril de 2016. Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde. Ministério da Saúde. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2016/prt0834_26_04_2016.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2009b). Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Ministério da Saúde. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2016b). 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. Ministério da Saúde. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24485085/do1-2016-10-27-portaria-n-1-482-de-25-de-outubro-de-2016-24485014

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Ministério da Saúde. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html

- Brasil. Ministério da Saúde. (2011d). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011e). 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. Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017a). Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Comissão Intergestores Tripartite. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019c). Nota técnica nº 11, de 4 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde. <https://bpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011b). 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. Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017b). Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Ministério da Saúde. <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>
- Brasil. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. (2014). Portaria nº 10, de 28 de fevereiro de 2014. Acrescenta modelo de relatório de fiscalização de comunidades terapêuticas como anexo à Portaria nº 70, de 18 de outubro de 2013. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/2335/1/PRT_SENAD_2014_10.pdf
- Cellard, A. (2012). Análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 295-316.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (Org.) Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 141-168. <http://books.scielo.org/id/htgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>
- Costa-Rosa, (1987). A. Saúde mental comunitária: análise dialética de um movimento alternativo. São Paulo, 1987. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1987.
- Costa, P. H. A., et al. (2015). Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. Ciênc. saúde coletiva, 20 (2), 395-406. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200395&lng=en&nrm=iso
- Costa, P. H. A., Ronzani, T. M. M., & Colugnati, F. A. B. (2017). “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. Saude soc., 26 (3), 738-750. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300738&lng=en&nrm=iso
- Dias, R., & Macerata, I. (2014). Experiência e cuidado: a experimentação como via de composição entre Redução de Danos e Atenção Básica. In: Ramminger, T., & Silva, M. (Org.). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede UNIDA, p.149-163.
- Fiocruz & Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde.
- Kripka, R., Scheller, M., & Bonotto, D. L. (2015). Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. CIAIQ2015, 2. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>
- Lermen, L. S., Dartora, T., & Capra-Ramos, C. (2014). Drogadição no cárcere: questões acerca de um projeto de desintoxicação de drogas para pessoas privadas de liberdade. Estud. pesqui. psicol., 14 (2)539-559. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000200009&lng=pt&nrm=iso
- Nunes, J. M. S., Guimaraes, J. M. X., & Sampaio, J. J. C. (2016). A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. Physis, 26 (4), 1213-1232. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401213&lng=pt&nrm=iso
- Ramminger, T. (2014). Modos de trabalhar em saúde mental: pensando os desafios das reformas sanitária e psiquiátrica para o cuidado de pessoas que usam drogas. In: Ramminger, T., & Silva, M. (Org.). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 27-49.
- Rotelli, F., Leonardi, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio, F. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 17-59.
- Santos, E. O., & Campagnac, V. (2018). A construção de políticas públicas sobre drogas ilícitas no Brasil: entre a repressão e a prevenção. Cadernos de Segurança Pública, (10). <http://www.isprevista.rj.gov.br/download/Rev20181003.pdf>
- Silva, C. C. R. (2014). Da Punição ao Tratamento: rupturas e continuidades na abordagem do uso de drogas. In: Ramminger, T., & Silva, M. (Org.). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 51-68.
- Silva, F. F. L. (2014). Afirmar a clínica com pessoas que usam drogas desde um lugar de resistência. In: Ramminger, T. & Silva, M. (Org.). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 119-132.
- Sousa, F., & Jorge, M. S. B. (2019). O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. Trab. educ. saúde, 17 (1), e0017201. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100501&lng=pt&nrm=iso
- Souza, M. D. O., Carraro, G., & Hernandes, L. F. (2022). Uma análise documental da política de saúde e atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil. Research, Society and Development, 11(7), e32811729310. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29310>