



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO  
SOCIAL MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

Marcilea Tomaz

**POLÍTICA INTEGRADA DE DROGAS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG –  
JF+VIDA: Uma análise guiada pelas narrativas de sujeitos protagonistas sobre a  
trajetória de uma política pública, seus avanços e retrocessos**

**JUIZ DE FORA**

**2023**

Marcilea Tomaz

**POLÍTICA INTEGRADA DE DROGAS NO MUNICÍPIO DE  
JUIZ DE FORA/MG – JF+VIDA: uma análise guiada pelas  
narrativas de sujeitos protagonistas sobre a trajetória de uma  
política pública, seus avanços e retrocessos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de Concentração: Questão Social,  
Território, Política Social e Serviço Social.

Linha de Pesquisa: Serviço Social e Sujeitos  
Sociais

Orientador: Prof. Dr. Marco José de Oliveira  
Duarte

**JUIZ DE FORA  
2023**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Tomaz, Marcilea.

POLÍTICA INTEGRADA DE DROGAS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG - JF+VIDA : uma análise guiada pelas narrativas de sujeitos protagonistas sobre a trajetória de uma política pública, seus avanços e retrocessos / Marcilea Tomaz. -- 2023.  
113 f.

Orientador: Marco José de Oliveira Duarte  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2023.

1. Proibicionismo às Drogas.. 2. Política de Drogas. . 3. Álcool Drogas.. I. José de Oliveira Duarte , Marco , orient. II. Título.

**Marcilea Tomaz**

**POLÍTICA INTEGRADA DE DROGAS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG – JF+VIDA:** Uma análise guiada pelas narrativas de sujeitos protagonistas sobre a trajetória de uma política pública, seus avanços e retrocessos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social.

Aprovada em 30 de março de 2023.

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte** - Orientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dra. Sabrina Pereira Paiva**  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Profa. Dra. Tathiana Meyre da Silva Gomes**  
Universidade Federal Fluminense

Juiz de Fora, 09/03/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Marco Jose de Oliveira Duarte, Professor(a)**, em 03/04/2023, às 09:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sabrina Pereira Paiva, Professor(a)**, em 03/04/2023, às 17:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tathiana Meyre da Silva Gomes, Usuário Externo**, em 15/04/2023, às 12:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1178709** e o código CRC **E73E6295**.

---

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às memórias de meu pai Maury Tomaz, pelo exemplo de vida e luta.

Aos jovens e pessoas que fazem uso de drogas.

Aos pesquisadores, gestores e trabalhadores das políticas públicas.

Aos Assistentes Sociais.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, criador do universo, por me conceder o sustento espiritual, pelos dons que me deu, por atuar na minha consciência e conceder a inteligência e a capacidade para a produção desta dissertação de mestrado.

Aos professores, mestres e doutores da Universidade Federal de Juiz de Fora que contribuíram intensamente na construção do conhecimento científico e no debate sobre esta pesquisa.

Ao orientador Professor Dr. Marco José Duarte, obrigada pelas oportunidades concedidas, que contribuíram ricamente à minha trajetória acadêmica, à discussão sobre a temática; pelos ensinamentos e conhecimentos partilhados, que tornaram possível a pesquisa e a finalização desta dissertação.

Às professoras Sabrina Paiva e Thatiana Gomes, por aceitarem participar desse momento e por me ensinarem tanto desde a qualificação.

A todas as pessoas protagonistas do Plano Municipal Integrado sobre Crack, Álcool e outras Drogas de Juiz de Fora (JF+VIDA), pela construção de uma política pública sobre drogas, tão cara para a sociedade, e que no processo de ampliação do debate sobre as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, foram justas e menos preconceituosas. A cada um de vocês que contribuíram com esta pesquisa, meu muito obrigada pelo rico aprendizado.

Ao Conselho Municipal de Política Integrada sobre Drogas (COMPID), do qual hoje faço parte representando o Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais (CRESS/MG), pela oportunidade de aproximação do debate.

À minha mãe Maria Aparecida, obrigada pelo incentivo e apoio quando surgiu a oportunidade de estudar. Mesmo em tempos difíceis, me mostrou a importância dos estudos e de persistir nos meus sonhos.

Às amigas da turma do mestrado, por compartilharem comigo suas dúvidas e anseios, tornando essa trajetória tão preciosa.

Aos amigos da Comunidade Católica Shalom da missão de Juiz de Fora. A todas as pessoas amigas e amigos que fizeram parte desta caminhada. Ao Jussan, amigo e fiel nas orações.

À Universidade Federal de Juiz de Fora, pela oportunidade de estudo, qualificação e realização de uma pesquisa tão necessária para Juiz de Fora, e pelo incentivo financeiro, que tornou possível a realização desta pesquisa.



## EPÍGRAFE

“Irmãos comecemos, pois até agora pouco ou nada fizemos.”

Francisco de Assis

## RESUMO

TOMAZ, Marcilea. POLÍTICA INTEGRADA DE DROGAS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG – JF+VIDA: Uma análise guiada pelas narrativas de sujeitos protagonistas sobre a trajetória de uma política pública, seus avanços e retrocessos. 2023. 104f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2023.

A proposta desta dissertação de mestrado consiste em discutir a política de drogas no Brasil ao longo da História e sua relação com a lógica proibicionista. As políticas de saúde e de drogas no contexto do capital se apresentam de forma mínima, em acordo com os ditames neoliberais. Os avanços referentes à garantia de direitos, autonomia e cuidado, pautados na Reforma Psiquiátrica vivem um movimento de retrocesso; o congelamento no financiamento das políticas públicas e a transferência da execução e gestão para o terceiro setor comprometem a ampliação da cidadania e da participação social. Nesse sentido, a presente dissertação de mestrado busca analisar a emergência e o processo histórico de construção da Política Municipal de Drogas da cidade de Juiz de Fora- MG, o proibicionismo às drogas, e identificar, através de pessoas que exerceram protagonismo, os marcos e acontecimentos históricos que moldaram o cenário político e assistencial para a implantação do JF+Vida. Optou-se pela abordagem metodológica qualitativa. A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada. Participaram da pesquisa doze pessoas protagonistas do Plano JF+Vida. As informações foram analisadas por meio da metodologia análise de discurso. Verificou-se que o primeiro Plano municipal de Políticas Integradas sobre Drogas, o JF+Vida, foi um projeto de governo municipal, e teve a mesma durabilidade da administração governamental que o implementou. Diante desse quadro, a pesquisa evidenciou a necessidade de construção de uma Política Municipal de Drogas que leve em conta a participação social e dos usuários/as de drogas. Por fim, este trabalho dá destaque à presença do conservadorismo ultraneoliberal o contexto atual no que diz respeito a discussões das políticas públicas.

Palavras-Chave: Proibicionismo às Drogas. Política de Drogas. Álcool e Drogas.

## ABSTRACT

TOMAZ, Marcilea. Integrated Drug Policy in the City of Juiz de Fora/MG – JF+VIDA: An analysis guided by the narratives of protagonist subjects about the trajectory of a public policy, its advances and setbacks. 2023. 104f. Dissertation (Masters in Social Work). Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2023.

The purpose of this master's thesis is to discuss drug policy in Brazil throughout history and its relationship with prohibitionist logic. Health and drug policies in the context of capital are presented in a minimal way, in accordance with neoliberal dictates. The advances regarding the guarantee of rights, autonomy and care, based on the Psychiatric Reform, are experiencing a backward movement; the freezing of funding for public policies and the transfer of execution and management to the third sector compromise the expansion of citizenship and social participation. In this sense, the present master's thesis seeks to analyze the emergence and the historical process of construction of the Municipal Drug Policy in the city of Juiz de Fora-MG, drug prohibitionism, and to identify, through people who played a leading role, the milestones and historical events that shaped the political and assistance scenario for the implementation of JF+Vida. In this sense, the present master's thesis seeks to analyze the emergence and the historical process of construction of the Municipal Drug Policy in the city of Juiz de Fora-MG, drug prohibitionism, and to identify, through people who played a leading role, the milestones and historical events that shaped the political and assistance scenario for the implementation of JF+Vida. A qualitative methodological approach was chosen. The data collection technique used was the semi-structured interview. Twelve protagonists of the JF+Vida Plan participated in the research. The information was analyzed using the discourse analysis methodology. It was verified that the first municipal Plan of Integrated Policies on Drugs, the JF+Vida, was a municipal government project, and had the same durability as the government administration that implemented it. Given this situation, the research highlighted the need to build a Municipal Drug Policy that takes into account social participation and that of drug users. Finally, this work highlights the presence of ultraneoliberal conservatism in the current context with regard to public policy discussions.

Keywords: Drug Prohibitionism. Drug Policy. Alcohol and Drugs.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil das Pessoas Entrevistadas .....	60
Tabela 2 - Composição do COMPID .....	64
Tabela 3 - Quadro Comparativo entre os Objetivos dos Planos Nacional e Municipal sobre Drogas .....	67
Tabela 4 - Quadro Comparativo entre os Eixos dos Planos Nacional e Municipal sobre Drogas .....	69

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AA - Alcoólicos Anônimos

AMENT - Assistência Multidisciplinar de Média complexidade em Saúde Mental

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

CAPS - Centro Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CASM - Centro de Atendimento à Saúde Mental

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CESM - Comissão Executiva em Saúde Mental

CF - Constituição Federal

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

COMPID - Conselho Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CONFEN - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

COVID-19 - Corona Virus Disease - 2019

CNS - Conferência Nacional e Saúde

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CONAD - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CRR-JF - Centro Regional de Referência sobre Drogas de Juiz de Fora

CT - Comunidades Terapêuticas

DESM - Departamento de Saúde Mental

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

GT - Grupo de Trabalho

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HU - Hospital Universitário

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA - Instituto de Economia e Pesquisa Aplicada

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAP - Programa de Atenção ao Psicótico

PADQ - Programa de Atenção a Dependência Química

PNAD - Política Nacional de Álcool e Drogas

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

PEC - Proposta de Emenda à Constituição

SENAPRED - Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SPA - Substâncias Psicoativas

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUP - Serviço de Urgência Psiquiátrica

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>CAPÍTULO 1 - DROGAS E PROIBICIONISMO: INTRODUÇÃO AO DEBATE</b> .....	26
1.1. O DEBATE CONCEITUAL SOBRE A QUESTÃO DAS DROGAS .....	26
1.2. AS DROGAS NA FORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA E POLÍTICA NO CONTEXTO DA EXPANSÃO DO MERCANTILISMO PARA O CONTINENTE AMERICANO .....	28
<b>CAPÍTULO 2 - A POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL: UMA CONSTRUÇÃO</b> .....	39
2.1. O PROIBICIONISMO E A POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL .....	39
2.2. A REDE DE CUIDADOS AOS USUÁRIOS DE DROGAS E O CAMPO DA SAÚDE	43
<b>CAPÍTULO 3 - POLÍTICA DE DROGAS EM JUIZ DE FORA</b> .....	54
3.1. JUIZ DE FORA: CENÁRIO POLÍTICO E ASSISTENCIAL PARA O CAMPO DAS DROGAS .....	54
3.2. PERFIL DAS PESSOAS ENTREVISTADAS .....	58
3.3. CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA INTEGRADA DE DROGAS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA: JF+VIDA .....	62
3.3.1. Da criação e composição do COMPID .....	63
3.3.2. A emergência do Plano Municipal Integrado Sobre Drogas (JF+Vida) como política municipal da cidade de Juiz de Fora .....	65
3.3.3. Estruturação e contextualização do Plano JF+Vida .....	73
3.3.4. Questões do cenário atual: retrocessos no campo atual .....	86
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	89
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	91
<b>APÊNDICES</b> .....	101
<b>APÊNDICE A</b> – Roteiro de Entrevista Semiestruturada .....	101
<b>APÊNDICE B</b> – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) .....	103
<b>ANEXOS</b> .....	109
<b>ANEXO 1</b> - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa .....	109

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado que se apresenta para a banca de defesa do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social traz o debate do proibicionismo às drogas, a relação com o processo de formação sócio-histórico brasileiro, e em particular o caso da construção da Política Municipal Integrada Sobre Drogas no município de Juiz de Fora/MG.

A aproximação com o tema parte da experiência desta pesquisadora como profissional residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), no período de 2016 a 2018, quando da inserção no único Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) da cidade de Juiz de Fora-MG, em maio de 2007 (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2008).

Ainda, no momento da pesquisa para esta dissertação de mestrado (biênio 2022 - 2023), enquanto pesquisadora, fui eleita representante do Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais (CRESS-MG), tendo assento no Conselho Municipal de Políticas Integradas Sobre Drogas (COMPID) no município de Juiz de Fora/MG, assumindo a mesa diretora como segunda secretária. Portanto, é neste contexto, enquanto pesquisadora, que estive como observadora no COMPID, visto que participava, além de observadora, também como conselheira. Esse lugar como conselheira, implicada como pesquisadora, trouxe uma contribuição para a reflexão e para a análise crítica do JF+Vida; além do processo dos levantamentos bibliográfico e documental e das entrevistas, pude vivenciar a observação como conselheira do COMPID.

Para a construção desta proposta de estudo, o interesse esteve focado na compreensão do Plano Municipal Integrado Sobre Crack, Álcool e Outras Drogas (JF+Vida), criado através do Decreto nº 12.080, de 03 de setembro de 2014, a partir de produções acadêmicas, documentos oficiais e das narrativas e depoimentos de profissionais protagonistas da construção e implementação desta política pública sobre drogas na cidade de Juiz de Fora.

Nesse sentido, faz-se necessário reportar à trajetória desta pesquisadora, durante a atuação profissional enquanto assistente social no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, principalmente no campo Álcool e outras Drogas (AD), em que emergiu o questionamento sobre lógica de acompanhamento e tratamento direcionada tanto pelo CAPSad,



pelas Comunidades Terapêuticas (CT), bem como na configuração da Política Municipal Integrada Sobre Drogas, no que refere à sua criação, lógica de gestão e funcionamento.

Assim, o objetivo desta dissertação de mestrado em Serviço Social é analisar a emergência e o processo histórico de construção da Política Municipal de Drogas da cidade de Juiz de Fora/MG. Para chegar a este objetivo principal, a busca se deu no sentido de tratar de forma conceitual e histórica o tema drogas na formação social brasileira; de problematizar a lógica proibicionista que estruturou as políticas nacionais de drogas; de compreender a construção da política de drogas no Brasil e, particularmente, em Juiz de Fora/MG, tomando a rede de cuidados aos usuários e o lugar das comunidades terapêuticas; e, por fim, de buscar identificar, através de pessoas protagonistas da construção da política de drogas em Juiz de Fora, os marcos e acontecimentos históricos que moldaram o cenário político e assistencial para a implementação do JF+Vida.

Diante disso, portanto, analisar o processo de construção da Política Municipal de Drogas em Juiz de Fora/MG é tomar o Plano Municipal Integrado Sobre Crack, Álcool e Outras Drogas (JF+Vida) como as narrativas de sujeitos que protagonizaram tal feito no município, na busca também de problematizar a lógica de funcionamento da gestão e a emergência e função política do Conselho Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas (COMPID) na cidade.

Torna-se necessário, nesse contexto da sociedade capitalista e das políticas neoliberais, pensar criticamente o proibicionismo às drogas no mundo e no Brasil, e sua relação com o controle social das necessidades sociais dos sujeitos. Assim como compreender a reprodução da ordem capitalista, através da formulação de legislações e regulamentações sobre o uso de drogas e a diferenciação entre o lícito e o ilícito.

Por meio da organização da sociedade capitalista, aqueles/as que consomem, fabricam, comercializam drogas e vivem nas regiões periféricas são condenados/as a violência e morte por parte do Estado. As repressões aos sujeitos e as ações de cunho moralizante expressam o processo da industrialização e ampliação da exploração do trabalho. É nesse sentido que é necessário analisar, em nível local, a Política Municipal de Drogas em Juiz de Fora, a partir de seus protagonistas, na formulação, gestão e funcionamento para a cidade.

Diante disso, a hipótese levantada está na compreensão da ausência, no âmbito do poder público municipal da cidade de Juiz de Fora/MG, tanto na fragilidade da gestão política-administrativa, que assegure o Plano Municipal Integrado sobre Crack, Álcool e Outras Drogas

(JF+Vida), quanto no vazio legislativo municipal, que não sustenta a política pública municipal integrada sobre drogas para a cidade.

Este projeto tem como finalidade analisar a lógica proibicionista presente na política de drogas por parte do Estado brasileiro. Portanto, a perspectiva de análise crítica dos referenciais teóricos e documentais relacionados à discussão proibicionista, bem como da política de drogas, subsidiará a compreensão e análise da emergência do processo histórico de construção da Política Municipal de Drogas do município de Juiz de Fora. A metodologia parte da abordagem da realidade, integrando as ideias veiculadas a partir da teoria. A pesquisa se dará de modo qualitativo, uma vez que consideramos o mais adequado para tal investigação, buscando a compreensão da totalidade do objeto a ser pesquisado (MINAYO, 2008).

Para a realização do trabalho, tivemos que submeter o projeto de pesquisa, após a qualificação da dissertação, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com o título da pesquisa, assim denominado, “Política Integrada de Drogas no município de Juiz de Fora/MG (JF+Vida): avanços e retrocessos”, tendo sido aprovado sob o registro CAAE: 43090621.0.0000.5147, parecer número 4.688.779. Após aprovação, o trabalho de campo foi realizado, compreendendo o período de 2021 a 2022.

Cabe ressaltar que o processo de investigação se deu através de dois momentos: o primeiro, de base bibliográfica, através da revisão de literatura, no que se refere à compreensão da formação social histórica brasileira e os seus determinantes da política pública sobre drogas, desde o começo do século XX até o momento presente do século XXI, bem como a história das políticas de saúde mental e de drogas no Brasil em geral, e em Juiz de Fora – MG, em particular.

O segundo momento se deu, basicamente, tanto pelo levantamento de documentos sobre o Plano JF+Vida e a observação nas plenárias do COMPID, como por meio das entrevistas semiestruturadas com pessoas que foram protagonistas da política municipal de drogas em Juiz de Fora, através de uma primeira informante chave, que indicou os/as demais protagonistas nesse processo. Nossa estimativa, de acordo com o primeiro contato realizado, era de 12 (doze) participantes, tendo em vista ser a pessoa de referência do JF+Vida e do COMPID-JF por anos.

A entrevista, segundo Minayo (2008), é um importante componente de realização da pesquisa qualitativa, posto que pressupõe perguntas previamente formuladas, em que a entrevistadora, neste caso, a autora desta dissertação, aborda livremente o tema proposto. Desta forma, o roteiro proposto (APÊNDICE 1) é composto de duas divisões: a primeira parte

constitui a identificação desse/a protagonista, com registro de nome, identidade de gênero, formação, relação e vínculo que teve ou ainda tem com a rede pública do município de Juiz de Fora. A segunda parte refere-se à busca por compreender a relação com a história da Política Integrada de Drogas em Juiz de Fora, no sentido de identificar como se deu a inserção e a busca pela construção da Política Municipal de Drogas, os desafios enfrentados, as conquistas, a configuração do Conselho Municipal de Políticas Integradas de Drogas (COMPID), o Plano Municipal Integrado Sobre Crack, Álcool e Outras Drogas, a gestão e distribuição dos recursos, assim como a visão que tinha no contato inicial até os dias atuais. Os sujeitos da pesquisa são pessoas que de alguma forma participaram deste processo, os/as profissionais de nível superior.

A escolha dos/as entrevistados/as se deu a partir de uma primeira informante chave, que sugeriu outros informantes como entrevistados/as, no sentido de identificar todas as pessoas que compuseram o processo de construção desse Plano Municipal – JF+Vida.

Em relação aos aspectos éticos da investigação, foi garantido aos sujeitos participantes da pesquisa o acesso a todas as informações necessárias à sua participação na pesquisa, sobretudo aos objetivos do estudo, ao uso de seus resultados, ao sigilo profissional (caso desejassem) e à guarda do material produzido. Todas as informações constaram no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – anonimato e não anonimato –apresentado aos/às entrevistados/as antes de iniciar a entrevista, com envio de cópia via e-mail.

As entrevistas foram realizadas remotamente, através da plataforma Google Meet, foram gravadas, e caso o/a participante desejasse o anonimato, a gravação se daria apenas com o recurso de áudio e seriam retiradas, no ato da transcrição, falas que pudessem identificar a pessoa.

Assim, para análise dos dados, tomamos o método de análise de discurso. Na abordagem qualitativa, se considera a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem. Ressalta-se que a abordagem usada neste estudo é qualitativa.

A análise de discurso, de acordo com Caregnato e Mutti (2006), compreende uma interpretação fundada pela intersecção de epistemologias distintas, pertencentes a áreas da linguística, do materialismo histórico e da psicanálise. O processo de análise discursiva tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação; podem ser entrecruzadas com séries textuais (orais ou escritas) ou imagens (fotografias), ou

linguagem corporal (dança). A análise de discurso trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido; pode-se afirmar que o corpus da análise de discurso é constituído pela seguinte formulação: ideologia + história + linguagem.

A ideologia é entendida como o posicionamento do sujeito quando se filia a um discurso, sendo o processo de constituição do imaginário que está no inconsciente, ou seja, o sistema de ideias que constitui a representação; a história representa o contexto sócio-histórico e a linguagem é a materialidade do texto, gerando “pistas” do sentido que o sujeito pretende dar. Portanto, na análise de discurso a linguagem vai além do texto, trazendo sentidos pré-construídos que são ecos da memória do dizer (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Parte-se do princípio de que a análise de discurso trabalha com o sentido; sendo o discurso heterogêneo marcado pela história e pela ideologia, a análise de discurso entende que não irá descobrir nada novo, apenas fará uma nova interpretação ou uma releitura; outro aspecto a ressaltar é que a análise de discurso mostra como o discurso funciona, não tendo a pretensão de dizer o que é certo, porque isso não está em julgamento (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Após as entrevistas, foi realizada a análise de dados e sua correlação com as questões apresentadas na pesquisa bibliográfica, destacando os elementos que colaboram para a discussão sobre a Política Municipal de Drogas em Juiz de Fora/MG.

Por fim, acredita-se que esta dissertação de mestrado poderá subsidiar uma compreensão da temática das drogas, para o Serviço Social, mas, fundamentalmente, para a cidade de Juiz de Fora–MG. Pode contribuir, portanto, para se pensar os desafios e retrocessos enfrentados nas políticas públicas brasileiras de saúde mental e de drogas, seus rebatimentos na segregação e remanicomialização dos sujeitos, bem como para sistematizar a memória local da política de drogas de Juiz de Fora/MG.

A pesquisa foi estruturada em três capítulos, no primeiro, a fundamentação teórica sobre as drogas e o proibicionismo: introdução ao debate; no segundo, a trajetória histórica da política de drogas no Brasil: uma construção; e por fim, no último, o foco na política de drogas em Juiz de Fora. Além disso, compõem este trabalho a introdução; as considerações finais; as referências; os apêndices e os anexos.

No primeiro capítulo foram feitas considerações ao debate sobre a questão das drogas, observando o processo histórico e a lógica proibicionista a determinada droga de acordo com o

contexto social e econômico. Nesse sentido, buscou-se compreender que o uso de drogas sempre fez parte da história das sociedades.

De acordo com as mudanças que ocorrem no processo socioeconômico, também as formas de uso e as repercussões para o indivíduo e para a sociedade foram sendo modificadas ao longo do tempo. Assim, consideramos que as drogas e suas diversas formas de uso sempre fizeram parte da história da humanidade e, nesse contexto, a prevenção não deve partir da ideia de erradicação do uso de drogas para as gerações futuras, mas, sim, de uma concepção relacionada à promoção da saúde, ao fortalecimento de vínculos, à cidadania e à garantia de direitos (VALÉRIO, 2015).

O uso de drogas nunca existiu fora das relações sociais: seu consumo sempre esteve relacionado aos valores e costumes de cada época. Porém, foi a partir do século XX que um conjunto de plantas e substâncias passou a ser considerado danoso, a ponto de serem geradas proibições legais quanto ao seu uso (FIORE, 2012).

No ano de 1909, por meio de uma convocação dos Estados Unidos da América (EUA), ocorreu o primeiro encontro entre os países para a discussão a respeito das limitações ao ópio e seus derivados. Assim, a Conferência de Xangai, na China, marca o início do proibicionismo no mundo, coordenado pelos EUA. Nesse período vigorou, neste país, a Lei Seca – a proibição da comercialização do álcool –, que emerge devido aos custos do pós-Primeira Guerra Mundial e, também, por pressão de grupos religiosos. Contudo, mesmo com a ilegalidade e com a proibição do álcool, sua disponibilidade era garantida pelas máfias das cidades.

Diante disso, compreende-se como há uma relação entre a proibição com relação às drogas e o avanço do capitalismo nos países da América Latina. Em relação ao Brasil, a lógica proibicionista é incorporada conforme é fomentado o processo de industrialização no país.

No segundo capítulo buscou-se abordar a formação sócio-histórica do Estado e o debate sobre as drogas. O histórico da política de drogas no Brasil tem certa resistência à lógica proibicionista. A demarcação dessa proibição se dá por meio de legislações por parte do Estado brasileiro, como é o caso do Decreto nº 14.969, no ano de 1921, em que se estabelecia o tratamento compulsório para os sujeitos em uso prejudicial de drogas, e também o Decreto nº 4.294, do mesmo ano, que instituía pena de prisão pela venda de ópio, morfina, heroína e cocaína, permitida apenas para o uso medicinal. Esses decretos foram estabelecidos no período pós-Primeira Guerra Mundial, o que evidencia certa relação histórica com esse acontecimento e, também, com o processo de industrialização que marcou o avanço do capitalismo no país.

Na década de 1930, com o Governo provisório de Getúlio Vargas, tem-se a gradual transição da liberação para a regulamentação do uso das drogas. Em 1940, o proibicionismo ganha mais força no Brasil e, dessa forma, a punição se fortalece e os sujeitos vão se tornando de criminosos a doentes. Entre os anos de 1961 e 1964, com o golpe militar, aconteceram mudanças significativas. A presença da censura, os tribunais de exceção e a supressão de direitos humanos e individuais marcaram esse período.

E no terceiro capítulo é traçada a constituição das políticas de saúde, saúde mental e de drogas no Brasil. Para isso, demarca-se a década de 1970 e início dos anos 1980, em que o processo de redemocratização do Brasil se fortaleceu, assim como a luta pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica. No ano 1972, a partir da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, as drogas passaram a constituir o rol de substâncias proibidas. A convenção supostamente mostrava-se preocupada com a saúde e bem-estar da humanidade, decididos a prevenir e combater o uso indevido e o tráfico de drogas, demonstrando que, contra o uso indevido, havia a necessidade de uma união de esforços internacionais. Assim, o proibicionismo ganha novo e importante impulso (ARAÚJO, 2017). No mesmo ano, Richard Nixon – então presidente norte-americano – declara guerra ao “inimigo público número um” dos Estados Unidos da América: o abuso de drogas (SILVA, 2019).

No que se refere ao conteúdo da legislação brasileira sobre drogas, mudanças significativas acontecem a partir dos anos 2000. Por mais que a política de drogas e o Estado brasileiro sejam alinhados ainda ao discurso proibicionista, a atenção à saúde deixa de ser uma espécie de apêndice dessa política, ainda que persistam as contradições iminentes de uma estrutura político-organizacional militarizada para o enfrentamento das questões relacionadas às drogas (DUARTE, 2015).

É nesse contexto que a discussão sobre o uso de drogas alcança o campo do cuidado e da atenção psicossocial, instituída mais tarde como rede de atenção psicossocial. Inauguram-se, assim, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) como um espaço e um serviço público para o tratamento dos usuários de drogas, diferente das comunidades terapêuticas (CT) e as clínicas de recuperação já existentes.

No que se refere à incorporação das drogas à discussão a respeito da saúde pública, há um avanço. Isso se dá, particularmente, porque se afirma a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica sobre a atenção e o cuidado a esses usuários, até então contemplados predominantemente por instituições não governamentais, como as ditas

CT, que surgiram na década de 1970, e os grupos de autoajuda e de mútua ajuda, como por exemplo, os Alcoólicos Anônimos (AA). No entanto, essas instituições, apesar de não serem da área da saúde, constituem-se como dispositivos da rede assistencial associadas, mesmo contraditoriamente, às políticas sobre drogas e saúde (DUARTE, 2015).

É significativo ressaltar, ainda, que a partir de 2006, com a instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), pela Lei nº 11.343/2006, não ocorreu a descriminalização das drogas entendidas como ilícitas, fazendo com que permanecesse a marcação dos usuários como criminosos. Assim, em 2010, com o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, no que se refere à legislação sobre drogas, houve uma valorização da lógica proibicionista e, no que se refere à gestão e ao direcionamento da política de saúde mental, álcool e outras drogas, apresentou-se uma nova configuração, principalmente, a partir de retrocessos no cuidado com os sujeitos em uso prejudicial de drogas. Dessa forma, em 2011, por meio da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que define a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as CT foram reconhecidas como ponto de atenção dessa rede, o que representou um retrocesso na lógica de cuidado pautado na estratégia de redução de danos e dos princípios da Reforma Psiquiátrica antimanicomial.

Diante disso, a proposta inicial para a presente pesquisa consistia em compreender os sujeitos que estão inseridos nas CT do município de Juiz de Fora/MG, no que refere à observação da identificação, relação com território, comunidade, visão e cuidado no que diz respeito ao uso de drogas. No entanto, tendo em vista o Decreto Municipal nº 13.920/2020, no qual o prefeito da cidade, Antônio Almas, declara estado de calamidade pública no município, devido à pandemia do novo coronavírus, medidas de prevenção e enfrentamento ao contágio precisaram ser tomadas. Assim, o contato com os sujeitos inseridos nas CT tornou-se inviável, ainda mais devido à condução do tratamento, em muitos casos, feito segundo o método Minnesota – modelo americano, criado pelo médico Daniel Anderson, em que as pessoas inseridas nas CT não têm acesso ao meio externo, nem mesmo acesso ao meio digital. Dessa forma, redirecionamos a pesquisa para as narrativas de profissionais que protagonizaram a elaboração da Política Municipal de Drogas em Juiz de Fora, recente na cidade.

A problematização sobre a política de drogas no contexto atual e o aumento no Financiamento, por parte do Estado, para as CT, fortalecem essas comunidades como modelo de atenção e cuidado. Apesar de existirem desde os anos de 1960 no país, pautadas na lógica proibicionista e de segregação, a ampliação desses equipamentos se deu de forma mais rápida

no período mais recente, seja por meio de organizações religiosas ligadas a inúmeras igrejas cristãs, seja por intermédio de organizações privadas de caráter lucrativo.

Essas instituições oferecem um tratamento baseado na abstinência como pré-condição para o acesso à assistência. Funcionam, em sua maioria, em espaços físicos localizados a distância dos centros urbanos, e a internação ocorre, geralmente, por um período de 6 a 12 meses. De acordo com o relatório do Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA, 2017), ao analisarmos a história das políticas de drogas e o proibicionismo, compreendemos como expressões de controle social dos sujeitos e seus corpos são mais ainda reforçadas na atualidade pelas comunidades terapêuticas e as práticas de violação de direitos. Assim, parte dessas instituições tem número reduzido ou até inexistente de profissionais de saúde e, em sua maioria, infraestrutura de qualidade duvidosa (ARAGÃO; ROSA, 2019).

Diante disso, é necessário investigar, em nível local, a ausência de uma Política Municipal de Drogas, o crescimento das CTs e sua inserção na rede de atenção e cuidados aos usuários de drogas da cidade, sua relação com o Plano Municipal de Políticas Integradas de Drogas (JF+Vida), revogado pelo Decreto nº 14.173, de 11 de novembro de 2020, e com o próprio Conselho Municipal de Políticas Integradas de Drogas, bem como as iniciativas públicas de formulação e gestão de uma política de drogas frente ao ideário proibicionista que emerge em tempos presentes.

Foi realizado um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, cujo cenário foi a cidade de Juiz de Fora. Integraram a pesquisa homens e mulheres, totalizando doze participantes, com faixa etária entre 20 e 60 anos. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com roteiro norteador da entrevista (ANEXO 1), elaborado pela pesquisadora. As entrevistas foram realizadas no período de 10 de agosto de 2021 a 03 de dezembro de 2021.

Os participantes foram recrutados através da primeira informante chave e, assim, indicaram e forneceram o contato dos demais protagonistas; a análise das entrevistas semiestruturadas foi realizada por meio da análise de conteúdo e da análise de discurso. A partir das entrevistas, foi possível traçar um perfil e a identificação das pessoas entrevistadas, e ainda discutir questões relativas: à trajetória pessoal no campo da política de drogas; à visão sobre a história da Política Municipal de Drogas na cidade de Juiz de Fora/MG; aos recursos financeiros que compuseram a estrutura da política e drogas; às potencialidades da Política Municipal Integrada sobre Drogas e o termo ‘integrada’ na política; às dificuldades encontradas na área;



à configuração do COMPID, aos assentos e relação com as Comunidades Terapêuticas, CAPS AD e (aos) apontamentos possíveis para melhoria da Política Municipal de Drogas.

Em relação à análise da construção da Política Municipal Integrada sobre Drogas em Juiz de Fora (capítulo 3), foi possível compreender a estruturação a partir da triangulação entre a construção da Política, o controle social e a gestão. No entanto, observamos que a constituição do conselho municipal e sua organização e composição eram formadas por assentos referentes ao governo executivo municipal e os assentos da sociedade civil. Observamos ser um conselho de política pública ainda se encontra em emergência. Em seguida, na gênese do Plano, foi possível averiguar a criação de uma estrutura ainda dentro da Secretaria de Governo e pouco diálogo com a sociedade civil, o que levou à construção de um Plano não condizente com a população do município e com pouca participação popular.

Ainda assim, observamos a falta da gestão no Plano municipal, o que mais à frente levou à sua extinção. No contexto nacional, e seus rebatimentos no âmbito municipal, ainda se faz necessário que haja avanços no que diz respeito ao debate sobre drogas. A criminalização e o reforço aos estigmas de cunho conservador prevalecem no contexto das políticas públicas, o que dificulta avanços no acolhimento e no cuidado. Destaca-se que, a partir do ano de 2023, com o governo Lula (PT), os debates voltados à Política de Saúde Mental, álcool e drogas retornam ao contexto da política de saúde, justiça e segurança pública.

## CAPÍTULO 1 - DROGAS E PROIBICIONISMO: INTRODUÇÃO AO DEBATE

### 1.1- O DEBATE CONCEITUAL SOBRE A QUESTÃO DAS DROGAS

Para os fins deste trabalho acadêmico, partimos da indagação sobre o que são as drogas. Nesse sentido, cabe registrar que, na literatura, se encontram diferentes definições, oriundas das diversas concepções teórico-metodológicas, éticas e políticas. No entanto, o consenso é a constatação de que a existência das drogas acompanha a humanidade no seu processo social e político e nas trajetórias histórico-culturais de diferentes povos e sociedades. No que se refere ao conceito, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como droga “toda a substância natural ou sintética que introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções” (OMS, 1993, p.69-82).

A definição acima é a mais corrente no meio científico, pois possui uma perspectiva biológica e, em sentido amplo, se apresenta como qualquer substância química, natural ou sintética, que modifica o sistema biológico. Observa-se que, segundo a literatura, o termo **drogaria** é o local onde são comercializados todos os tipos de medicamentos. Hoje, em nosso meio, existe uma dicotomia entre aquelas substâncias prescritas com indicação médica e/ou terapêutica e as substâncias capazes de provocar dependência – como se as de prescrição médica fossem isentas desse fenômeno. As que pertencem à segunda categoria, portanto, são comercializadas ilegalmente e quase sempre associadas a algo ruim e perigoso, envolvendo mitos e tabus. Importante destacar que no Estado Brasileiro ocorre esta ilegalidade; no entanto, em outros países, existem outras formas de comercialização das drogas.

Além do uso do termo “droga”, nesse universo, ainda são utilizadas as nomenclaturas “psicotrópicos”, “narcóticos” e “tóxicos” para designar as Substâncias Psicoativas – SPA (MEDINA, 2014). As diferentes denominações guardam relações com suas respectivas origens etimológicas, mas, sobretudo, traduzem significados distintos, que têm por referência representações sociais pautadas em “juízos de valor” forjados por determinados grupos sociais ou pela sociedade em geral. Na maior parte das vezes, estão relacionadas a estratégias que buscam desqualificar e marginalizar os usuários (ZAFIROPOULOS; PINNELL, 1982; SIMÕES, 2008). Assim, ao longo do tempo foram cunhadas expressões como “drogados”, “viciados”, que possuem designações referentes a problemas de saúde, mas também que carregam as

marcas do preconceito e da exclusão social que acompanham os sujeitos que apresentam problemas associados ao consumo das consideradas SPA.

Ainda em relação às diferentes drogas existentes, podemos destacar as inúmeras que são utilizadas por recomendação médica, para tratar problemas de saúde os mais diversos. Em particular, são utilizadas no campo psiquiátrico, por exemplo, as relacionadas às psicoses e tantos outros transtornos mentais graves e persistentes. Outras situações menos graves, como os considerados transtornos mentais comuns, como por exemplo, a ansiedade leve, também podem exigir o suporte terapêutico de SPA como alternativa associada à psicoterapia, à terapia cognitiva ou outras (MEDINA, 2014). Entretanto, conforme esse autor:

Podemos afirmar, sem receio, que esses usos representam apenas uma parcela de seu consumo global. Razões de natureza sociocultural, como hábitos recreativos, rituais religiosos, políticas e ritos de mudança geracional, são motivações para o consumo das SPA sem que isso, necessariamente, se traduza em uma questão de natureza médica, seja porque nela não reside a razão do uso, seja porque a consequência desse uso também não justifica qualquer intervenção de natureza médica ou de saúde ou de Saúde Pública (MEDINA, 2014, p. 479).

A referida citação aborda reflexões sobre o uso de diferentes drogas, as consideradas lícitas (como o álcool e os diferentes medicamentos regulamentados) e as ilícitas, usadas sem necessidade de justificativa médica e que podem, portanto, ser consideradas imorais ou ilegais.

É difícil precisar em que momento o termo droga passou a ser considerado como proibido ou ilícito. Nesse sentido, as drogas seriam distintas daqueles produtos cuja ação farmacológica é semelhante ao café, ao chá, ao álcool e a alguns medicamentos, em razão de suposto prejuízo social e à saúde, sem qualquer reação com o modo de consumo ou com a capacidade de produzir dano inerente à substância (MEDINA, 2014).

Nesse sentido, o estudo sobre drogas a ser produzido ocupar-se-á das consideradas proibidas ou ilícitas. O termo drogas será utilizado nesta pesquisa por compreendermos que ele não desqualifica os sujeitos usuários, além de ser um termo utilizado por grande parte da população usuária. Além disso, buscaremos alternativas para desconstruir a criminalização dos sujeitos em relação às drogas chamadas ilícitas.

No que refere ao uso de drogas, podemos afirmar que tal consumo é uma prática usual em diversas sociedades, há, pelo menos, 3000 a.C. (ESCOHOTADO, 1995). Desde o início das primeiras civilizações, o homem já estava familiarizado com as drogas e com seus efeitos.

## 1.2 - AS DROGAS NA FORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA E POLÍTICA NO CONTEXTO DA EXPANSÃO DO MERCANTILISMO PARA O CONTINENTE AMERICANO

Para adentrar no histórico do proibicionismo às drogas, torna-se necessário compreender o mercantilismo, surgido entre os séculos XV e XVIII no período conhecido como Idade Moderna, marcada pela expansão das navegações. Assim,

a partir da Europa, de um sistema econômico, político e militar mundial baseado na exploração de recursos ultramarinos que se tornaram algumas das principais mercadorias da acumulação do capital, da alteração da vida cotidiana e, da cultura alimentar e farmacológica ocidental. O mercantilismo se expandiu na disputa destes produtos, cujo comércio constituiu a maior parte da atividade das primeiras campanhas mercantis, estimulando o surgimento da primeira bolsa de valores e do primeiro banco municipal em Amsterdam (CARNEIRO, 2018, p. 15).

A expansão do mercantilismo se deu através do comércio de produtos exóticos e luxuosos que se globalizaram e se vulgarizaram, como as especiarias, o açúcar, as bebidas alcoólicas, o chocolate, o café, o chá, o tabaco e o ópio. Estimulantes estes que geraram arrecadação fiscal e a mobilização de poderosas forças navais; formou-se então uma enorme rede de tráfico de drogas exóticas e valiosas, que conquistaram novos consumidores em todos os continentes. O consumo de droga é uma condição humana eterna potencializada na era mercantil e industrial e ainda hoje alcança a dimensão que vai do uso cultural medicinal ao uso recreativo (CARNEIRO, 2018).

Na segunda metade do século XIX, com o desenvolvimento da ciência e das indústrias, foram descobertas drogas mais potentes, não prevalecendo somente as de extratos naturais. As indústrias, diante dessas descobertas, passaram a desenvolver diversas outras drogas que prometiam efeitos estimulantes maiores ainda; assim, foi estabelecido, a partir dos países centrais, o processo de suas regulamentações.

O consumo sempre esteve relacionado a valores e costumes de cada época histórica. Porém, foi a partir do século XX que um conjunto de plantas e substâncias passou a ser considerado danoso, a ponto de gerar proibições legais quanto ao seu uso (FIORE, 2012). Destaque-se que são muitos os debates em relação às razões da criminalização dos usos de drogas e suas motivações, ressaltando-se que muitos desses aspectos têm origem em questões religiosas, moralistas e políticas.

O processo das primeiras vedações ao consumo de drogas é diverso, principalmente, quando analisamos a partir de cada nação e determinado contexto sócio-histórico. Em relação aos principais marcos históricos que envolvem a relação política entre alguns países, tem-se a Conferência de Xangai ocorrida na China, em 1909, com a defesa de mecanismos internacionais de controle e de restrições ao comércio do ópio (RODRIGUES, 2004).

Essa Conferência resultou no Tratado de Haia, em 1912, envolvendo um conjunto significativo de países que, segundo Carneiro (2018, p. 63), firmaram a decisão de buscar a “gradual supressão do abuso do ópio, morfina, cocaína e outras drogas preparadas ou derivadas destas substâncias que provoquem ou possam provocar abusos semelhantes” mediante “efetivas leis para o controle da produção e da distribuição do ópio”. A ocorrência desse evento, se deu no período da Primeira Guerra Mundial, e teve como principal promotor os Estados Unidos da América, que após derrotarem os alemães, passaram a tentar dominar o mercado farmacêutico, antes do predomínio germânico, inclusive com a obtenção do acesso a diversas drogas, entre as quais, a aspirina (CARNEIRO, 2018).

É, portanto, no século XX, que nasce o estatuto da proibição formal de certas substâncias e a aceitação de outras. No que se refere à proibição do álcool, é possível destacar a Lei Seca nos EUA, entre 1920 e 1933, representando o primeiro proibicionismo, o das bebidas alcoólicas, criando uma esfera particular de hipervalorização capitalista, que produziu fortunas no tráfico de bebidas nesse país.

Cabe ressaltar que, ao juntar os elementos religião e proibição, o movimento pela abstinência esteve em consonância com a vertente religiosa do neoprotestantismo britânico e estadunidense. Este movimento, conhecido por despertar grupos congregacionistas, até não-denominacionais, ou seja, sem igrejas, além da própria e que se afirmavam como defensores de uma visão otimista de alcance universal da graça, diferentemente do protestantismo tradicional luterano, calvinista e metodista, presente nesses dois países do norte global e que, em se tratando da Inglaterra, muito contribuíram, no contexto da Revolução Industrial, para o disciplinamento do operariado fabril nascente, na submissão à privação e tensão nas primeiras fábricas do país (CARNEIRO, 2018).

Assim, a proibição do álcool foi sendo atrelada ao crescimento do capitalismo e ao enquadramento do trabalhador às leis estabelecidas. Esse período favorece o comércio ilegal promovido pelas máfias, a presença da repressão policial e a ideia da embriaguez como crime. Portanto, com o passar do tempo, mesmo que o proibicionismo ganhasse força na política

interna norte-americana e na política internacional de controle às drogas, entre os anos 1920 e 1933, surgiram dúvidas com relação a esse modelo político. A lei seca, neste contexto, acabou após a crise de 1929, em conjunto com o início da participação política na luta contra a proibição. Houve ainda, pós-1928, a própria indústria do álcool, cujos grupos empresariais passaram a financiar a associação e suas campanhas publicitárias (CARNEIRO, 2018).

A repressão às drogas retorna de forma sólida no ano de 1970, com a declaração literal de “guerra às drogas”. Nos primeiros anos, o foco das ações se deu no tratamento e na prevenção, por meio da criação de clínicas para o tratamento dos considerados dependentes químicos. É importante ressaltar que, em muitos casos, o tratamento se dava de forma compulsória, ignorando a vontade dos usuários em buscar ajuda. Esse modelo, por meio da força política imperialista dos EUA, foi disseminado e alcançou o mundo todo.

É, portanto, no século XX, que nasce o estatuto de uma proibição formal de certas substâncias e a aceitação de outras. A distinção entre substâncias está de acordo com o contexto cultural e econômico. Mesmo que o álcool tenha sido alvo da primeira Lei Seca norte-americana, ele é, em geral, tolerado nas sociedades ocidentais, assim como o tabaco, como substâncias reconhecidas por não provocar prejuízo ou dano, como os derivados da cannabis que se mantêm sob interdição (CARNEIRO, 2002a).

Carneiro ainda aponta que:

O uso de uma justificativa médica e de saúde pública para se proibir certas drogas é contraditório com o fato de que algumas das substâncias mais perigosas são permitidas devido ao seu uso ser tradicional no Ocidente cristão. O cigarro, por exemplo, desde a guerra da Criméia incorporou-se à ração dos exércitos e aos hábitos populares, o chá e o ópio à dieta da Inglaterra vitoriana, e o álcool na forma do vinho, da cerveja e dos destilados continua sendo a bebida nacional de muitas nações (CARNEIRO, 2002a, p. 4).

Cabe salientar, portanto, que a proibição está atrelada a outros elementos, como a organização econômica e as relações sociais. A Lei Seca vigorou nos EUA entre os anos de 1919 e 1933 e esteve em consonância com os custos pós Primeira Guerra Mundial e o apoio de grupos religiosos.

De acordo com Friedrich Engels:

Há outras causas que enfraquecem a saúde de um grupo de trabalhadores. Em primeiro lugar a bebida. Para eles, o aguardente é a única fonte de alegria e tudo colabora para tê-lo na mão. O trabalhador volta para a casa esgotado e fadigado, sem o mínimo de conforto. Precisa de qualquer coisa que faça seu trabalho valer a pena (ENGELS, 2010, p. 142).

Assim, a proibição do álcool foi sendo atrelada ao crescimento do capitalismo e ao enquadramento do trabalhador às leis estabelecidas. Esse período favorece o comércio ilegal promovido pelas máfias, a presença da repressão policial e a ideia da embriaguez como crime.

Com o passar do tempo, mesmo que o proibicionismo ganhasse força na política interna norte-americana e na política internacional de controle às drogas, entre os anos 1920 e 1933, surgiram dúvidas com relação à proibição e ao controle da venda e do uso das drogas e a relação com o modelo político. No entanto, nos anos 1970 houve a consolidação da repressão às drogas, com a declaração literal “Guerra às Drogas”. Nos primeiros anos, o foco das ações se deu no tratamento e na prevenção, por meio da criação de clínicas para o tratamento dos considerados dependentes químicos. É importante ressaltar que, em muitos casos, o tratamento se dava de forma compulsória, ignorando a vontade ou não dos usuários em buscar ajuda.

Esse modelo, por meio da força política imperialista dos EUA, foi disseminado e alcançou o mundo inteiro. Nos países latino-americanos, dentre eles, o Brasil, a principal política de enfrentamento às drogas tem raízes conservadoras do proibicionismo norte-americano.

O processo de proibição às drogas, ainda assim se apresenta associado à recuperação do capitalismo no pós-guerra. Carneiro afirma que:

O papel histórico das drogas no comércio mundial adquire importância crescente no século XX. Na época atual de domínio financeiro, o principal ramo do comércio mundial é o das drogas, se incluirmos aí os cerca de 500 bilhões de dólares do tráfico ilícito, e acrescentarmos os capitais das drogas legais, como o álcool e o tabaco, mas também o café, o chá, etc., além das drogas da indústria farmacêutica (CARNEIRO, 2002a, p. 1).

Nesse âmbito, o século XX se caracterizou por alcançar uma extensão mercantil no que refere ao consumo de drogas. Mas, por outro lado, o proibicionismo se expandiu e oficializou-se. Diversos produtos, antes considerados de luxo como o açúcar, o ópio, o café ou o chá, cultivados na América, circulavam e se tornavam cada vez mais disponíveis para o uso a partir do século XIX.

A América e o Oriente integraram-se assim no mundo fornecendo suas riquezas vegetais e sofrendo a empreitada colonizadora que buscou regulamentar o consumo das plantas. O tabaco, traficado pelos jesuítas, após uma resistência inicial dos protestantes e dos orientais, foi aceito e valorizado, juntando-se ao álcool, ao açúcar, ao café, ao chá e ao chocolate para constituírem o universo das drogas oficiais da vida cotidiana moderna, enquanto outros, como os cactos e cogumelos alucinógenos americanos foram proibidos pela Igreja no período

colonial, assim como os derivados do ópio, da coca e da maconha, a partir do século XX, conheceram o estatuto da proscricção, nas diversas formas de proibicionismo (CARNEIRO, 2002a, p. 2).

A proibição de certas drogas está atrelada ao processo de industrialização do século XX. A partir disso, inicia-se a separação entre as indústrias farmacêutica, do tabaco, do álcool, por exemplo, e a indústria clandestina das drogas proibidas, resultando no aumento do lucro no ramo das substâncias (CARNEIRO, 2002a).

Carneiro discute essa relação humana com as drogas:

A primeira questão a se definir é a de que as drogas são necessidades humanas. Seu uso milenar em quase todas as culturas humanas corresponde a necessidades médicas, religiosas e gregárias. Não apenas o álcool, como quase todas as drogas são parte indispensável dos ritos da sociabilidade, da cura, da devoção, do consolo e do prazer. Por isso as drogas foram divinizadas em inúmeras sociedades (CARNEIRO, 2002a, p. 3).

O autor fundamenta sua análise a partir de Marx (1979), ao considera como a sociedade capitalista compreende a mercadoria: antes de tudo, como um objeto externo, uma coisa que, pelas suas propriedades, satisfaz as necessidades humanas de qualquer espécie. Assim, diversas necessidades levam à produção dos meios para satisfazê-las. Necessidades básicas – por exemplo: morar, comer, vestir – acrescentam novas necessidades, consideradas ampliadas, e sua produção engendra novas relações sociais que, por sua vez, engendram novas necessidades.

No livro **O Capital** (MARX, 1985), desenvolve-se uma discussão a respeito dos produtos das necessidades, especialmente ao se imporem pelo hábito e não somente por uma suposta necessidade fisiológica. Um exemplo disso é o tabaco. Para aqueles/as que consomem o tabaco, ele se torna meio necessário de subsistência (CARNEIRO, 2002a).

A obra **Crítica ao Programa de Gotha** (MARX, 2012) apresenta reflexões sobre as necessidades apresentadas pela classe trabalhadora. Dentro da sociedade capitalista, tais necessidades passam pela alienação pois, para adquirir o necessário, é preciso vender a força de trabalho, caso contrário a aquisição não se considera digna. Pode-se afirmar que, no capitalismo, o trabalho é determinado pelas necessidades. Assim, a construção de uma sociedade diferente do capitalismo se vislumbrará a partir do momento em que o “reino da necessidade” é superado, ou seja: quando cessa o trabalho determinado pelas necessidades. Assim, o trabalho não será mais a alienação compulsória imposta pela necessidade, mas uma forma de livre exercício da criatividade humana. O trabalho se converterá em meio de vida, portanto, em principal necessidade de vida (CARNEIRO, 2002a, p. 6).



A colonização operada por países europeus nos continentes africano e americano nasce dessa sede de mercadorias, dessas necessidades, como do açúcar, do tabaco, do café, do chocolate, entre outros. As trocas dessas necessidades, antes realizadas entre os homens, passam a constituir uma relação de dominação, configurando a expansão do capitalismo e a intensificação da exploração do trabalho.

A expansão das necessidades de mercadoria já acontecia desde o século XVI, não só ao redor de pérolas e pimenta, mas de açúcar, chocolates, chás, entre outros. Houve uma expansão das necessidades e, conseqüentemente, a ampliação do comércio mundial. O mundo moderno é constituído através do tráfico, da pirataria, do saque, do extermínio genocida e do renascimento da escravização (CARNEIRO, 2002a).

É possível concluir que uma das vias de análise do proibicionismo às drogas está associada ao processo de manutenção da sociedade capitalista. As trocas de necessidades passam a ser relação dominante entre os homens. Nesse sentido, é possível afirmar que, no mundo capitalista, não há nada fora da mercadoria. Carneiro afirma:

A expansão das mercadorias foi característica da fase comercial do capitalismo e, mais ainda, com produtos manufaturados, do capitalismo industrial. O predomínio financeiro no capitalismo atual corresponde a um momento onde os índices de consumo mundial são decrescentes e as desigualdades sociais impossibilitam a uma parte crescente da humanidade o acesso até mesmo às necessidades alimentares, enquanto os traficantes de dinheiro tornam-se os controladores dos circuitos principais das finanças capitalistas, cada vez mais dissociadas da esfera da produção e do consumo (CARNEIRO, 2002a, p. 10).

O capitalismo comercial ou pré-capitalismo acirrou no final do século XV, caracterizado pela fase mercantil e pelos direitos privados que correspondiam aos interesses dos proprietários de mercadorias. Em seguida, o capitalismo entra na fase competitiva, na qual os Estados burgueses dispunham de um aparato administrativo mais poderoso. Avançando, entra a fase concorrencial, na qual as trocas de mercadorias têm um acirramento, até a chegada da fase imperialista, considerada a fase superior do capitalismo, com o esgotamento da onda expansionista, desencadeada pela Revolução Industrial (1790 a 1840).

Justamente nos séculos XV, XVI e XVII, nações europeias como Portugal e Espanha promoveram a colonização do continente americano. Das colônias, extraíram matérias-primas, por meio da ocupação, da escravidão e da diáspora de milhões de africanos, e desenvolveram sistemas de organização política e administrativa. Já as nações imperialistas do século XIX promoveram a colonização de regiões da África, da Ásia e da Oceania.

É nesse contexto que se desenvolve a formação histórica e econômica do Brasil. O uso, porte e comércio de substâncias entorpecentes<sup>1</sup> surge quando o Brasil era ainda uma colônia. No entanto, é em 1915 que o país estabelece controle sobre a venda de drogas como ópio, morfina, heroína e cocaína, permitindo seu uso apenas para fins medicinais. Com a expansão do ideário proibicionista, iniciado no EUA no ano de 1919, as autoridades brasileiras entenderam que era o momento de revisar a regulamentação das drogas. Assim, pela primeira vez no Brasil, foi decretado que aquele que vendesse, expusesse à venda ou ministrasse tais substâncias, sem autorização e sem as formalidades prescritas, estaria sujeito à penalização.

O desenvolvimento global da chamada guerra às drogas é inseparável do imperialismo norte-americano e é um produto direto desse imperialismo que busca controlar a vida privada da mão de obra. No entanto, a ilicitude em torno de certas mercadorias tradicionalmente importantes no comércio constitui-se um fenômeno singular do ponto de vista jurídico, econômico e moral, e tem sido característica do século XX, sob a denominação de proibicionismo. Este determina todo o contexto do consumo contemporâneo de drogas, inclusive a expansão das formas de consumo mais degradadas, adulteradas e destrutivas.

Carneiro aponta que

a “guerra contra as drogas”, nascida do ventre da Lei Seca, além de servir para o enriquecimento direto das máfias, das polícias e dos bancos, serve para o controle dos cidadãos até mesmo no íntimo de seus corpos vigiados com testes de urina e batidas policiais. O interior do corpo como jurisdição química do Estado, o controle “aduaneiro” pelo Estado das fronteiras da pele, torna-se uma dimensão de intervenção e vigilância extremada sobre as populações (CARNEIRO, 2002a, p. 17, grifos do autor).

É possível observar que o proibicionismo às drogas aparece como condição para o crescimento do capitalismo na fase monopolista, com a exploração da força de trabalho, quando o trabalho se intensifica. Não obstante, é importante destacar a existência de um novo modelo padronizado como normativo, no que se refere à existência e ao comportamento social. Carneiro enfatiza:

O sexo e a droga, no caso o álcool, eram os principais prazeres a serem contidos pela coerção industrial, interessada no aproveitamento máximo da força de trabalho. Os novos métodos de trabalho exigiam “disciplina dos instintos sexuais”, “regulamentação e a estabilidade das relações sexuais” e “estão indissociavelmente ligados a um determinado modo de viver, de pensar e de sentir a vida; não é possível obter êxito num campo sem obter resultados tangíveis no outro”. Na América,

---

<sup>1</sup> Naquela época ainda se utilizava substância tóxica ou venenosa, pois o termo substância entorpecente é um conceito construído a partir do século XX.

racionalização do trabalho e o proibicionismo estão indubitavelmente ligados; os inquéritos dos industriais sobre a vida íntima dos operários, os serviços de inspeção criados por algumas empresas para controlar a “moralidade” dos operários são necessidades do novo método de trabalho (CARNEIRO, 2002a, p. 18, grifos do autor).

De forma específica, se faz necessário compreender a estrutura econômica e de formação sócio-histórica do Brasil. Nesse sentido, é importante analisar o proibicionismo às drogas em sua relação com o controle dos corpos no quesito moral. No que se refere à formação brasileira, é também essencial compreender à criminalização da pobreza e ao reforço das estruturas hegemônicas impostas pelo capital, como o racismo e os padrões heteronormativos.

A presença do Estado é propícia a partir de então, pois ele será responsável por fazer cumprir, através da formulação e da aprovação de leis, as práticas proibicionistas. Além disso, é dever do Estado a implementação de políticas sociais para promoção do cuidado aos sujeitos em uso prejudicial de drogas.

Nesse sentido, com o crescimento econômico do Brasil, a venda da força de trabalho torna-se necessária aos interesses do capital. Amplia a produção de mercadorias, com base no trabalhador livre, a fim de fazer crescer também a margem de lucro possível. Torna-se óbvio que é preferível operar com o trabalhador livre, colono ou assalariado, cuja remuneração é função do produto da força de trabalho.

No que se refere ao Estado, nesse processo de formação sócio-histórica do Brasil, Ianni aponta:

O estado ampliara as suas dimensões. Como mediação das classes sociais, ele também opera na formação do sistema, segundo as determinações gerais do sistema e, em particular, da classe dominante, ou suas facções dirigentes (IANNI, 1989, p. 129).

Nesse sentido, entender o papel do Estado é essencial, pois, no processo de formação social e econômica, ele é o órgão que pode atender aos objetivos de classe, o que Ianni (1989) identifica como o ato de fetichizar o aparelho estatal, no sentido de atribuir-lhe características que não lhe são próprias. Assim, o Estado seria compreendido como elevado à categoria de poder superior, neutro, destinado a harmonizar interesses contraditórios, passíveis de integração harmônica. No entanto, o que persiste ainda é a busca pela cidadania do brasileiro, sujeito de diferentes raças e culturas, que compõe a classe trabalhadora do país, na busca pelo

reconhecimento histórico, desde as lutas no processo de colonização e escravidão do povo negro, até a busca pela liberdade que ainda é pauta de luta.

Outro conceito que precisa ser compreendido é o de dependência química. Segundo Carneiro (2002b), o surgimento desse conceito é simultâneo a uma série de outros, como “homossexuais”, “alienado”, “erotômano” ou “ninfomaníaca”, “onanista”. Antes desse momento impreciso, que toma seus contornos no início do século XIX, beber demasiado não era uma doença. O autor ainda aponta que talvez esse seja o conceito médico mais controverso do último século e meio. Hoje, dependência química é o termo adotado como o mais indicado, de acordo com a nomenclatura normatizada internacionalmente pela OMS. Antes dele existiram outros termos análogos e igualmente oficiais em suas épocas, tais como “adição”, “hábito”, “transtornos de vontade” e “insanidade moral”.

A doença do vício será uma construção do século XIX, a teorização médica sobre a natureza dos efeitos e do uso das drogas foi acompanhada do isolamento químico de drogas, o que permitiu precisão de dosificação, facilitando a atividade experimental controlada. Nesse período houve uma escalada crescente na intervenção do Estado sobre a disciplinarização dos corpos e a medicalização das populações, relacionadas estatisticamente de acordo com os modelos epidemiológicos para (segundo?) os objetivos do pensamento eugenista, a “higiene social” e a “profilaxia moral”, ou seja, tentativas de evitar a deterioração racial supostamente causada pelos degenerados hereditários, entre os quais se incluíam, com lugar de destaque, os viciados e bêbados (CARNEIRO, 2002b).

O controle epidemiológico impunha-se para um comportamento socialmente infeccioso como o alcoolismo. Também as mulheres e a maternidade eram alvos especiais, pois os nascimentos deveriam ser regulados evitando-se os riscos de procriação de filhos de bêbados, homossexuais, viciados, loucos etc. Assistia-se ao nascimento pleno do biopoder (CARNEIRO, 2002b).

Foucault (1984) elaborou a noção de dispositivo para referir-se à organização social do sexo instituída pelos poderes. As drogas, como arsenais de substâncias produtoras de prazeres e sensações específicas, também foram submetidas historicamente a um dispositivo de normatização. Duas são as principais intervenções do biopoder sobre os corpos e o regime químico das mentes: o controle do sexo e o controle farmacológico.

Para explicar esse controle sobre os corpos, Carneiro afirma:

O controle estatal sobre os comportamentos intensificou-se no século XX com a constituição de uma ampla rede de poderes ligados à vida cotidiana. A definição de vício perpassou a formação dessa rede institucional baseada, sobretudo no estamento médico, mais tarde, no “poder psi”, vasta esfera de psicólogos, terapeutas, assessores de empresas, publicitários, pesquisadores de mercado, etc [...]. O consumo de tabaco e álcool, assim como das drogas legais e ilegais em geral, passou a ser objeto de uma forte intervenção reguladora estatal desde o início do século XX, que redundou em tratados internacionais, legislações específicas, aparatos policiais e numa conseqüente hipertrofia do preço e do lucro do comércio de drogas. Ao mesmo tempo, desenvolveu-se um imenso aparato de observação, intervenção e regulação dos hábitos cotidianos das populações (CARNEIRO, 2002b, p. 8- 10, grifo do autor).

O Estado, ao declarar guerra às drogas, está imbuído desse conceito de dependência química. Nesse sentido, Carneiro esclarece:

As campanhas contra as drogas, sob o slogan “Vida sim, drogas não”, supõem que possa existir vida sem drogas, o que é uma completa contradição com a história da humanidade [...]. Não se trata, entretanto, de abolir o álcool, como os EUA tentou fazer durante a “Lei Seca”, que durou de 1919 a 1933, mas de buscar um uso saudável e responsável dessa droga. O que foi dito em relação ao álcool aplica-se a todas as outras drogas. Cada uma possui a sua virtude, faz parte de determinadas culturas humanas e, ao mesmo tempo, oferece o seu perigo. A proibição cria não só um Estado policial como um fluxo de comércio clandestino, devido a hipertrofia do preço. Foi o que se aprendeu da tentativa da Lei “Lei Seca”, e o que se verifica lamentavelmente repetir-se hoje em dia em escala global (CARNEIRO, 2002b, p. 13-14, grifos do autor).

A expansão do capital no início do século XX foi marcada pela colonização e pela utilização da mão de obra escrava de negros e negras, e o Brasil foi constituído nesse processo. Moura (1988), um dos principais intelectuais negros do Brasil, corrobora com a ideia de que a existência da escravidão nas colônias proporcionou o desenvolvimento do capitalismo industrial nas metrópoles, sendo (tornando-se dessa forma o) alicerce da nova sociedade industrial.

No final do século XIX, ao mesmo tempo em que ocorre a Revolução Industrial, temos, no Brasil, a proibição do tráfico negreiro, iniciado em 1850 e estendido até 1888, que se finda oficialmente um ano após a Proclamação da República. Essa ocorrência foi baseada em princípios econômicos e não em valores emancipatórios. Assim, surgiu a possibilidade da formação de mão de obra assalariada para a indústria que, nesse período, começava a emergir nacionalmente. Ainda que a mão de obra escravizada estivesse desautorizada, o mercado de trabalho em fins do século XIX não foi prontamente incorporado nas indústrias brasileiras existentes (SILVA, 2018).

De acordo com Ianni, houve

uma crescente valorização do imigrante, implicando a proposta de europeização, isto é, de branqueamento da população. (...) Com a abolição do regime de trabalho escravo e a Proclamação da República, o poder estatal passa as mãos da oligarquia cafeeira, que já se achava apoiada no colonato de imigrantes europeus (IANNI, 2004, p. 133).

A mudança estrutural citada impactou na ascensão da burguesia no país, por meio da passagem do trabalho escravo para o assalariado. Com essa modificação, o Brasil se conforma como um país capitalista após os primeiros trinta anos do século XX. A presença da oligarquia cafeeira composta, principalmente, pela burguesia mineira e paulistana dominou a produção e a economia do país até a primeira trintena do século XX e, ainda que houvesse uma crescente atividade industrial, a produção agrícola voltada para exportação continuava a ser o fundamento econômico do país (SILVA, 2018).

Diante do exposto, observa-se a configuração dos/as trabalhadores/as do Brasil. A população imigrante se insere no mercado de trabalho, enquanto grande parte da população negra nem sequer ingressará no trabalho formal. Assim, pensar a política de drogas requer que se tome como ponto de partida essa fundamentação sócio-histórica do Brasil.

Ao referir-se à “guerra as drogas”, Karam (2007) traz reflexões sobre a proibição e a violação a direitos fundamentais, como a expansão do poder punitivo. A permanência da disparidade econômica e social é expressa na desigualdade, na pobreza e, assim, a marginalização subsiste e se aprofunda por toda parte. Nesse sentido,

surge a necessidade de controle dos marginalizados, excluídos das próprias atividades produtivas, aliada a essa percepção negativa dos riscos, com relações sociais baseadas na competição, no imediatismo e na ausência de solidariedade no convívio, coloca a busca de um ideal de segurança no centro das preocupações da maioria. Tudo isso propicia a expansão do poder punitivo que vem se registrando em escala global desde as últimas décadas do século XX (KARAM, 2007, p. 185).

O investimento no sistema penal cresce e o poder punitivo se expande. Com isso, se aprofunda a violência; no entanto, o controle dos marginalizados acontece:

A ideia do “criminoso” – tradicionalmente visto como o “mau”, o “outro”, o “perigoso” favorece e fornece o impulso requerido pela consolidação de uma globalmente uniforme tendência punitiva e uma expansão do poder punitivo sem paralelos. O Brasil segue a essa tendência, tendo hoje a terceira maior população carcerária do mundo (KARAM, 2007, p. 193, grifos do autor).

Diante disso, o proibicionismo e o combate às drogas, segundo Karam (2007), se refere a uma guerra contra pessoas, que são alvos de assassinatos ou prisões, quando são comerciantes, traficantes e usuários de drogas ilícitas, em geral, não brancos, marginalizados, vulneráveis, subalternos e desprovidos de poder.

## CAPÍTULO 2 - A POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL: UMA CONSTRUÇÃO

### 2.1 - O PROIBICIONISMO E A POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL

Na busca pelas origens do modelo de atenção aos usuários de drogas, podemos compreender que não foi através do avanço da ciência que se desenvolveram os métodos para lidar com as pessoas. Foi, sim, a partir das decisões políticas, no que refere a condições conjunturais macrossociais de formação da correlação de forças, de como se devem tratar determinados grupos sociais que, depois, se estruturaram os discursos científicos que justificaram tais práticas. Assim foi e é com os criminosos, com os loucos, e, também, com pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas (ARAÚJO, 2019, p. 71).

Resgatar o histórico do tratamento dado àqueles que fazem uso prejudicial de drogas torna-se necessário para compreender o atual contexto e os discursos existentes, a partir dos quais certa parcela da sociedade obtém privilégios em relação a outra considerada como indesejável e cerceada por medidas de isolamento e afastamento, por provocar desordens.

Em diversos países do mundo, o tratamento às pessoas em uso prejudicial de drogas se dá no campo da saúde, dentro da saúde mental. Para tanto, na primeira metade do século XIX, a medicina psiquiátrica inseriu nas categorias nosológicas a questão da dependência do uso de drogas (ARAÚJO, 2019).

Diante disso, os autores Ramôa (2005) e Esquirol (1772-1840) apresentam a “toxicomania” – termo que aparece como um dos objetos de investigação da psiquiatria, o que faz com que essa especialidade se apresente como algo a ser tratado no sentido hospitalocêntrico e medicamentoso. De acordo com os estudos de Esquirol, a “toxicomania”, inicialmente focada nas bebidas alcoólicas, definiu, como forma de tratamento, a internação para a cura da compulsão no uso do álcool.

Nesse sentido, Araújo (2019) afirma:

Desde que a questão do uso de drogas aparece como um problema de saúde pública é a psiquiatria que formulará o tratamento e a cura deste mal, atribuindo o mesmo tratamento asilar-manicomial a loucos e “toxicômanos”. A ascensão da droga como um problema de saúde pública tem raízes no processo de estreitamento da relação entre a medicina e o Estado. Progressivamente, o controle estatal sobre as drogas foi legitimado pelo surgimento de discursos da medicina moderna sobre os malefícios trazidos pelo uso de drogas (ARAÚJO, 2019, p. 72, grifo do autor).

Diante do histórico de acompanhamento do sujeito em uso prejudicial de drogas no Brasil, nota-se a ligação do Estado brasileiro com a medicina, em uma relação de poder estabelecida até o atual contexto das políticas públicas referentes às drogas.

O Estado, em uma das suas características fundantes e mais importantes ao sistema capitalista, é a única instituição com capacidade de fazer com que os interesses particulares se pareçam com os interesses de toda a sociedade (OSORIO, 2019). No entanto, podemos afirmar que o Estado não está acima da dicotomia de classes, mas ele representa os interesses capitalistas.

Mandel (1982) apresenta elementos teóricos que tratam das funções do Estado no capitalismo tardio, compreendido a partir da segunda fase do capitalismo monopolista tendo como marcos a automação, o capital financeiro e a intervenção do Estado social. As funções do Estado nesse período, segundo o autor, se resumem em: criar condições gerais para a produção que a atividade privada não pode assegurar; reprimir qualquer ameaça das classes dominadas e integrar as classes dominadas para que aceitem a sua condição.

As políticas sociais, no Estado Capitalista, apresentam como estratégias de manutenção do Capitalismo, a lógica da garantia do acesso a direitos. No Brasil, as políticas sociais, parte delas alargadas no marco legal da Constituição Federal de 1988 e regulamentadas nos anos 1990, encontrarão nas medidas neoliberais empreendidas naquele momento o ápice para sua efetivação. À medida que se avança nos anos 2000, começa-se a se impor limites para esse alargamento da proteção social brasileira, fundamentalmente quanto ao seu financiamento. Diversos mecanismos que impactaram o orçamento público, e especialmente a Seguridade Social, foram criados a partir dos anos 1990. No entanto, a mais intensa e perversa medida para financiamento de suas políticas foi aprovada em 2016, e está em fase de implementação: a Emenda Constitucional (EC 95) (SOUZA et al, 2018). O fundo público, assim, se encontra submisso aos interesses do grande capital.

Diante disso, no que se refere ao proibicionismo às drogas no Brasil, observa-se, a partir do século XX, a presença de convenções internacionais que influenciam fortemente o país. Uma delas consiste nas medidas de proibição do consumo de drogas implementadas nos EUA, através do Encontro de Xangai (1909), que formulou recomendações para supressão gradual do comércio do ópio. Como não surtiram efeito tais recomendações, novos acordos internacionais foram realizados (1911 e 1912), tendo como pauta o controle do comércio internacional do ópio, da morfina e da cocaína, cujas orientações só passaram a vigorar após a I Grande Guerra



Mundial (MEDINA, 2014). Nesse contexto, portanto, em 1920, tem-se a promulgação da Lei Seca nos EUA, que conferiu ao álcool a condição de droga ilícita nesse país.

No que se refere à ordem histórica e cronológica, na década de 1930, no governo de Getúlio Vargas, tem-se o fortalecimento do Estado, a ampliação da industrialização e da urbanização, assim como a agudização das expressões da questão social, oriundas do capitalismo monopolista. Como forma de intervenção do Estado nessas questões, tem-se a promulgação das leis trabalhistas e a formulação de políticas sociais.

No Brasil, diante das pressões sociais e internacionais em relação à discussão das drogas, reestrutura-se o Código Penal brasileiro, a partir do Decreto 4.294 (BRASIL, 1921), que instituiu a pena de prisão para a venda de ópio, seus derivados e cocaína. Contudo, embora a embriaguez provocasse atos nocivos ao próprio sujeito ou à ordem pública, foi punida com a internação compulsória em estabelecimento correcional adequado. Em decreto posterior, ficou estabelecida a necessidade de criação de sanatório para toxicômanos (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 804).

Esse, portanto, é um período marcado por alterações no que se refere ao trato com as drogas. Obteve-se uma abertura à venda e ao uso dessas substâncias entorpecentes, mas foram incluídas também formas de sancionar o tráfico através de pena de prisão e multa. O porte de drogas para uso pessoal não era criminalizado, mas, como não tinha finalidade medicinal, condenava o sujeito à internação compulsória em clínica de recuperação. Essa internação é caracterizada pelo controle do uso de substâncias psicotrópicas da época, apoiada no controle médico-social (CARVALHO, 2011).

Dessa forma, no início do século XX, ocorreu uma gradual transição da liberação para a regulamentação do uso de substâncias entorpecentes; havia, na época, poucas leis sobre o tema.

Assim, podemos afirmar que é a partir da década de 1940 que o proibicionismo ganha força no Brasil. Nesse momento, o Brasil adere à tendência mundial, assumindo um comportamento punitivo em relação àqueles que se envolvessem com substâncias entorpecentes. Esses sujeitos eram vistos como criminosos (os comerciantes) ou doentes (os consumidores). Esse período foi caracterizado pelo entendimento de que prevalecia uma descriminalização do uso de drogas, pois os usuários eram considerados pessoas doentes que necessitavam de tratamento, e não encarceramento. A repressão punitiva era exclusiva ao comércio dessas substâncias e os (aos?) sujeitos envolvidos.

O Brasil passa por uma fase sem mudanças significativas, período marcado pelo Golpe militar e pelo início da ditadura no Brasil, em que os princípios da democracia são fortemente feridos.

Os traços históricos da formação da sociedade brasileira, articulados à manipulação ideológica liderada pelos EUA; da ameaça comunista nos países periféricos do capitalismo à identificação por parte de parcela da elite de tendências perigosas quanto a mudanças no Governo Goulart (1961-1964), tudo isso levou à construção de um pacto contrarrevolucionário e reacionário que culminou no golpe militar de 1964 (NETTO, 1991). Nesse contexto, vieram a censura, os tribunais de exceção e a supressão de direitos humanos e individuais.

Ao aproximar a presente discussão da sociabilidade burguesa, é preciso identificar algumas mudanças operadas no modelo de acumulação do capital a partir da década de 1970, que resultou na chamada mundialização da economia e tem na reestruturação produtiva e nas políticas de corte neoliberal sua sustentação. E é a partir dessa década que se observa um aumento na produção e no consumo de drogas (lícitas e ilícitas) até a sociedade atual, com a configuração do uso de drogas como um problema de saúde pública (BASTOS, 1998).

As mudanças citadas ocorridas na década de 1970 no mundo estiveram relacionadas à transição do fordismo à acumulação flexível. Diferentemente do modelo fordista, a acumulação flexível é horizontal e descentralizada, produz pequena escala de acordo com a demanda, é terceirizada, mundializada e combina o uso da força de trabalho altamente qualificada em pequena escala, precarizada e desqualificada em grande escala. Enquanto isso, a acumulação flexível combina: alta tecnologia de informação em sua base produtiva; incorporação no processo produtivo do conhecimento científico como diferencial de competitividade; produção em pequenos lotes; crescimento do capital financeiro; fragmentação, heteroginização e precarização da classe trabalhadora (ANTUNES, 1995); aumento do desemprego estrutural, desregulamentação e flexibilização dos contratos de trabalho; terceirização e subcontratação; intensificação da produção e da circulação de mercadorias; aumento do setor de serviços; ajustes fiscais e desmonte do sistema de proteção público estatal (HARVEY, 1996).

As mudanças realizadas no interior do processo produtivo pela acumulação flexível levaram a expressivas transformações na esfera da reprodução social. Assim, na década de 1970, a perspectiva de controle e de repressão recaí, de forma mais acentuada e ampla, sobre o uso de diversas drogas, o que consolida uma tendência mundial de criminalização da produção e do uso de drogas sem finalidades médicas. Um dos efeitos dessa criminalização foi a criação

de um mercado internacional de drogas ilícitas, figurando como um dos mercados mais rentáveis na atualidade. O crescimento desse mercado foi impulsionado tanto pela criminalização quanto pela inovação tecnológica na indústria bioquímica, farmacológica e no sistema de transporte e comunicação.

Na próxima seção, discutiremos as políticas de saúde e de drogas no Brasil, as conquistas da classe trabalhadora e dos movimentos sociais, assim como os desafios e enfrentamentos na consolidação de uma política pautada no cuidado, na integralidade e na construção de respostas ao proibicionismo às drogas.

## 2.2 - A REDE DE CUIDADOS AOS USUÁRIOS DE DROGAS E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Em relação às respostas sociais e de saúde, no Brasil, sobre o uso das diferentes drogas têm historicamente se alinhado às tendências conservadoras dominantes, com destaque para as legislações brasileiras sobre drogas.

No que se refere ao processo histórico das legislações sobre as drogas, partiremos do Decreto 4.294, de 1921, que institui a pena de prisão para a venda do ópio. Observa-se a relação direta com o modelo político do proibicionismo norte-americano incorporado ao Brasil.

Em nova legislação, recomenda-se a internação em “Sanatório para Toxicômanos”, conforme o Decreto nº 24.559, de 1934 (BRASIL, 1934). Essa ação poderia ser requerida pela família, pelo próprio doente ou por um juiz. Os usuários de drogas, que ainda eram tratados pela legislação como criminosos, passam a ser chamados de “viciados” pela Lei 5.726 (BRASIL, 1971). Esta lei, embora ainda trabalhasse com a ideia de “infrator-doente”, previa claramente a substituição da pena privativa de liberdade por internação e tratamento em instituição psiquiátrica.

A Lei nº 6.368 (BRASIL, 1976) acompanhou o entendimento de tratar a dependência de drogas no campo médico-psiquiátrico, já presente na legislação anterior, e substituiu o uso do termo “viciado” por “dependente de drogas”. Aquele flagrado com pequena quantidade de entorpecentes para uso próprio seria punido com uma sanção mais leve, sendo cabível a fiança e instituindo a diferenciação legal entre traficante e usuário. A nova lei de 1976 afirmou a necessidade de criação de serviços de saúde pública especializados para esta clientela e

acrescentou a possibilidade de tratamento em regime extra-hospitalar, nos casos em que fosse avaliado ser desnecessária a internação (MACHADO, 2006).

Essa chamada “Lei de Entorpecentes”, que vigorou por trinta anos, ainda estabeleceu atribuições para o sistema nacional de saúde orquestrado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), responsável pela assistência médica no País.

No entanto, nos últimos anos da década de 1970 e em toda a década de 1980, o Brasil foi marcado por uma intensa efervescência política que reaproximou os movimentos populares, sindicais, estudantis e segmentos profissionais e da Igreja Católica, mais combativos, em torno da luta política pela redemocratização da sociedade e por reivindicações de direitos sociais que são formalizados na Constituição de 1988. É nesse período de distensão política que emerge o movimento sanitarista, que culminou com a proposta de Reforma Sanitária para transformar a concepção e o sistema de saúde no Brasil<sup>2</sup>. Ainda nesse período da década de 1980, surge a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). A constatação de que parcela significativa das pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS era usuária de drogas injetáveis fez com que a saúde pública reconhecesse e apresentasse propostas mais pragmáticas e eficazes no enfrentamento de problemas associados ao uso de drogas (MACHADO, 2006).

Diante disso, Bastos (1993) observou que, com a AIDS, foi possível pensar a questão do uso de drogas, em razão da urgência e da gravidade da situação. Era necessário desenvolver ações no campo da saúde que implicavam em remanejamentos no campo terapêutico, educacional preventivo, jurídico e das políticas públicas para a abordagem do usuário de drogas.

Na década de 1970 e 1980, com o advento da democratização, houve um favorecimento da retomada dos movimentos sociais na luta pela universalização do acesso às políticas sociais. A emergência das Reformas Sanitária e Psiquiátrica fazia parte desse processo de luta e organização dos movimentos sociais, em particular, dos trabalhadores em saúde mental, que reivindicavam mudanças na lógica de cuidado aos sujeitos em sofrimento mental. Soma-se a isso o marco da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, que produziu um relatório, aprovado por quase cinco mil participantes, dando as diretrizes da Reforma Sanitária brasileira. Esse documento inspirou o capítulo “Saúde” do processo Constituinte e de

---

<sup>2</sup> No ano de 1990, tem-se a criação do SUS, que compõe a concepção de Seguridade Social, articulando Saúde, Previdência e Assistência Social.

sua nova Constituição, regulamentada, posteriormente, nas Leis Orgânicas da Saúde – LOS (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implementação do SUS (PAIM, 2009).

Nesse contexto, em 1987, realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, que representou um marco histórico para a Reforma Psiquiátrica brasileira, posto que reflete a aspiração do movimento dos trabalhadores de saúde mental, que entende que a política nacional de saúde mental necessita estar integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal (BRASIL, 1987).

Nesse mesmo período, ocorreu o 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru (SP). Com propostas de substituição do modelo hospitalocêntrico, inclusão de serviços substitutivos e o lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”, houve uma grande campanha sociocultural pela adoção da Reforma Psiquiátrica no país. A partir desse ano, o dia 18 de maio passou a representar o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, e o impacto dessas propostas contribuiu para a implantação do primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo, no ano de 1987 (BARROSO; SILVA, 2011).

Diante das conquistas dos trabalhadores, Machado (2006) destaca:

A política de saúde para usuários de álcool e outras drogas surgiu em um cenário marcado pelo processo de reforma de estado e pelo processo de consolidação do SUS, quando as dificuldades em garantir à população brasileira uma atenção universal, integral e equânime já se faziam presentes. Esse cenário permite uma dupla leitura dessa política, que pode ser compreendida como uma política focal – dirigida a um segmento específico da população – ou como reafirmação de uma política universal – criada para estender um direito social a um segmento que, por motivos diversos, não se beneficiava desse direito (MACHADO, 2006, p. 61).

Historicamente, a assistência às pessoas que estão em uso prejudicial de álcool e outras drogas esteve ligada à assistência psiquiátrica, que sempre foi marcada pela violação de direitos humanos e pela má qualidade prestada ao usuário, centrada no modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2004). Nesse sentido, políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas obtiveram avanços a partir do processo de luta pela redemocratização.

Segundo Amarante (2007), o MTSM representou o ator social estratégico na luta pelas reformas no campo da saúde mental, tendo sido responsável pelas principais críticas às instituições psiquiátricas e às práticas a elas relacionadas, denunciando a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência. Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) intervém no hospital psiquiátrico

Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Sua intervenção, com repercussão nacional, demonstrou de forma clara a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Foram implantados no município de Santos (SP) os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), sendo criadas cooperativas e residências para os egressos do hospital. Essa experiência apontou o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira como um projeto possível e exequível.

A Constituição Federal de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) repercutiram diretamente na saúde mental, principalmente na defesa dos direitos dos usuários, afirmando a obrigatoriedade do Estado com a organização e a prestação dos serviços. Nesse mesmo contexto, foi criado o Projeto de Lei nº 3.657, de 1989, de autoria do então Deputado Federal do Partido dos Trabalhadores, Paulo Delgado (oriundo de Juiz de Fora-MG), que desencadeou um amplo debate nacional que marcou profundamente a luta antimanicomial no Brasil. O seu conteúdo propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios. Outro marco na história da política de saúde mental brasileira aconteceu em dezembro de 1992, com a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Nela foi aprovada a criação de uma rede de atenção integral em saúde mental, com direcionamento voltado para a substituição dos hospitais psiquiátricos, trazendo à luz a discussão sobre a cidadania dos usuários (MENDES, 2007).

Assim, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), de autoria de Paulo Delgado, conhecida como a Lei da Saúde Mental ou da Reforma Psiquiátrica, foi aprovada em 2001. Ela significou grande avanço para o novo modelo de atenção e cuidado em saúde mental, aberto, de base comunitária e territorial, na medida em que garantia a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, na busca do exercício da cidadania.

Através da Portaria GM/MS nº 336 (BRASIL, 2002) ficaram estabelecidas as seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Estes foram definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. As modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental e só podem funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Os CAPS ainda constituem um serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território.

Essa Portaria dá ênfase à construção do trabalho em equipe, ao usuário e à sua família e à ordenação do cuidado, que estarão sob a responsabilidade do CAPS, garantindo um permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso. No que se refere ao cuidado dos sujeitos em uso prejudicial de drogas, houve avanços, através da política de Saúde Mental e Drogas financiada pelo Ministério da Saúde (MS).

Paralelamente à Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do MS, nas décadas de 1970 e 1980, o Brasil foi marcado pela tentativa de controle do uso de drogas. A política de “combate às drogas” previa o envolvimento dos poderes do Estado, por meio do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), atual Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Nos Estados e Municípios, havia um desdobramento dessas ações na forma de Conselhos Estaduais e Municipais de Entorpecentes. Essa política se baseava na abstenção e no controle social. A internação era utilizada como forma de segregação e exclusão social, em decorrência do aumento significativo do uso de drogas no Brasil, a partir da década de 1980 (BACELLAR; MASSA, 2015).

Em 1998, com a criação da Secretaria Nacional Antidrogas, hoje Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), como o (do?) atual Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, o Brasil começou a traçar uma política de redução da demanda de drogas, que envolveu estratégias e ações de prevenção, repressão, tratamento, recuperação, reinserção social e redução de danos.

No entanto, em 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas por meio do Decreto nº 4.345/2002, que estabelecia objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas.

No ano seguinte, em 2003, o MS instituiu a Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que apresenta como objetivos: alocar a questão do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública; indicar o paradigma da redução de danos; formular políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição; mobilizar a sociedade civil, oferecendo-lhe condições de exercer seu controle, participar das práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento das políticas municipais e estaduais (BRASIL, 2003).

No que se refere ao cuidado às pessoas em uso prejudicial de drogas, houve avanços: o consumo de drogas foi reconhecido como questão de saúde pública e a gestão do cuidado, alocada na Coordenação Nacional de Saúde Mental. Assim, em 2005, através da Portaria GM/MS nº 1.059/2005, obteve-se o incentivo financeiro para ações de redução de danos nos CAPSad.

No ano de 2006, através da Lei nº 11.343 (BRASIL, 2006), ficou instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). A busca foi por ampliar e consolidar as políticas de drogas, assim como promover a redução de danos e as ações de prevenção como base da atenção aos consumidores de drogas. O que ocorreu foi a inversão do financiamento da saúde mental e do modelo hospitalar para os serviços de base comunitária. Diante disso, podemos afirmar que o Brasil não descriminalizou o uso de drogas nessa lei, e a rede assistencial do SUS permaneceu promovendo cuidado para um sujeito considerado criminoso (LIMA, 2017).

A partir dos anos de 2010, no cenário nacional, a onda conservadora se construiu sobre uma midiática epidemia do crack. Diversos atores sociais, do campo da saúde, religiosos, dentre outros, passaram a defender a internação em massa para os usuários de crack. Concomitantemente a essa questão, o poder público e os dispositivos assistenciais voltados para a questão das drogas, especialmente os serviços de saúde, segurança pública e assistência social, enfrentaram desafios frente à demanda.

Nesse cenário, como parte de uma estratégia nacional, foi implementado pelo governo federal, na gestão Lula, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, por meio do Decreto nº. 7.179 (BRASIL, 2010) e alterado pelo governo da presidenta Dilma, pelo Decreto nº. 7.637 (BRASIL, 2011), instituindo o Programa “Crack, É possível vencer”, apoiado em três eixos estruturantes: cuidado, autoridade e prevenção (BARCELLOS, 2017).

Na busca pela estruturação da rede de saúde mental, no ano de 2011 foi sancionada a Portaria GM/MS nº 3.088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Por meio dessa Portaria, definem-se os pontos de atenção da rede de atenção psicossocial: atenção básica em saúde; atenção psicossocial estratégica; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; estratégias de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011). De acordo com Andrade (2011), os programas de atenção básica em saúde, que se estabelecem como o principal



motor da Estratégia de Saúde da Família (ESF), apesar de toda a expansão, ainda vêm apresentando uma cobertura inferior a 20% em algumas grandes cidades do país. Nesse sentido, em sua concepção, um fato importante é que a quase totalidade dessas equipes não inclui a atenção ao usuário de drogas em suas ações. Somado a isso, os CAPSad também apresentam baixa cobertura, o que representa um grave problema para o desenvolvimento das ações, da garantia do cuidado de forma integral e da construção da redução de danos.

No que se refere às CTs, inseridas na RAPS pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, foram fortalecidas através da Portaria GM/MS nº 131, de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), que instituiu o incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio dos Serviços de Atenção em Regime Residencial – como ficaram conhecidas as comunidades terapêuticas na referida RAPS –, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

A conjuntura apresentada se caracteriza como um reforço ao proibicionismo às drogas e a ampliação financeira por parte do Governo Federal às comunidades terapêuticas, que têm como principais idealizadores, no Brasil, os setores conservadores pertencentes às igrejas neopentecostais e que vêm se expandindo no Brasil para atendimento aos usuários de crack e de outras drogas.

A partir do ano de 2015 em diante, no segundo mandato de Dilma Rousseff, a direção da coordenação de saúde mental, álcool e drogas se modificou, com a presença de posicionamentos conservadores, na defesa do isolamento como tratamento e da religião como cura (REVADAM; SCARTEZINI, 2020).

Nesse mesmo período, com a nomeação de Marcelo Castro como Ministro da Saúde, intensificaram-se os ataques dos setores conservadores à política de saúde mental, álcool e outras drogas. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), opositora ao movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, ganhou a cena da gestão pública. Trata-se de um momento de ruptura ideológica com as históricas nomeações à Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD), que, até então, eram representadas por gestores alinhados aos princípios e às diretrizes da Reforma Psiquiátrica (PINHO, 2019).

Em 2016, com a Portaria GM/MS nº 1.482 (BRASIL, 2016), se estabeleceram as comunidades terapêuticas como estabelecimentos de saúde. É importante destacar que, no ano de 2016, a Ementa Constitucional (EC) nº 95, conhecida como a Proposta de Emenda à

Constituição (PEC) da morte (PEC 241/2016), congelou os investimentos nas políticas públicas por 20 anos.

Nesse contexto, no que se refere aos retrocessos na política de saúde mental, álcool e outras drogas, houve resistência frente ao seu desmonte. Duarte (2018) ressalta a ocupação Fora Vallencius, realizada por militantes dos movimentos da luta antimanicomial, que ocuparam a sala do novo gestor da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, por 120 dias, mas que foi desmantelada com a retirada à força dos ativistas por policiais e com o pedido de reintegração de posse cumprido por oficiais da justiça, em uma demonstração de força e truculência desnecessárias.

É necessário destacar que, após o golpe civil-jurídico-midiático, o novo governo federal, pós-impeachment da presidenta Dilma, tem a gestão do presidente Michel Temer (2016-2018), que por sua vez dá posse a Quirino Cordeiro Junior como novo coordenador nacional da saúde mental, álcool e outras drogas.

Com a referida nova gestão, tanto do Governo Federal, como da saúde mental, álcool e outras drogas, no ano de 2017 foi aprovada a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, em 14 de dezembro, a qual representa uma instância de articulação e deliberação que reúne representações das três esferas federativas do âmbito SUS, uma nova política de saúde mental. A Resolução CIT n° 32, de 14 de dezembro de 2017, desconsidera os marcos legais da RAPS, que define a atenção psicossocial estratégica, através dos CAPS, como uma das portas de entrada do SUS. Entretanto, o documento da Coordenação Nacional de Saúde Mental, de agosto de 2017, que acompanha a minuta, exclui os CAPS como portas de entrada na RAPS e, em substituição, introduz as equipes de Assistência Multidisciplinar de Média complexidade em Saúde Mental (AMENT).

Portanto, a atual Portaria GM/MS n° 3.588 (BRASIL, 2017) emerge do processo acima e, legitimada pela CIT, elenca os dispositivos da nova RAPS: equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental/unidades ambulatoriais especializadas, unidade de referência especializada em hospital geral, hospital psiquiátrico especializado, hospital-dia e o CAPSad IV, com funcionamento 24h, composto de equipes multiprofissionais e que serão localizados em regiões metropolitanas, acima de 500 mil habitantes e próximos às ditas cracolândias.

Outra mudança na área diz respeito ao financiamento da pasta às comunidades terapêuticas que já vinham recebendo recursos do Ministério da Justiça como apoio ao

acolhimento de usuários de álcool e outras drogas, mas agora reconhecidas pela saúde como possibilidade de atendimento.

Diante disso, o contexto conservador e moralista se acirra. Farias (2019) aponta a ascensão da nova direita, como é o caso mais icônico da eleição de Donald Trump, em 2016, nos EUA, grande potência mundial que interfere diretamente na política brasileira e balizou a eleição de Jair Bolsonaro, em 2018. As contrarreformas que aconteceram em nosso país, ainda no século passado, foram influenciadas pelo neoliberalismo, bem como também refletem influências neoconservadoras. Diversas políticas foram reformuladas, descontraídas e descoladas de uma perspectiva de direitos. Atualmente, o movimento de contrarreforma que vem acontecendo no Brasil não se dá nas mesmas bases, mas entende-se que o novo movimento que vem ocorrendo pode ser denominado como “nova direita”.

Nesse mesmo período, marcado pela nova gestão governamental pós-golpe, os retrocessos que vimos no campo da saúde mental, álcool e outras drogas também foram sentidos através da Resolução nº 1 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) em 2018 (BRASIL, 2018), na qual se definem as novas diretrizes para o realinhamento e o fortalecimento da Política Nacional de Álcool e Drogas (PNAD), exaltando o proibicionismo, prezando pela abstinência e propondo a centralidade das CTs para o cuidado.

No que se refere às novas legislações, o Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, aprovado por Bolsonaro, instituiu a Nova Política Nacional sobre Drogas – PNAD e revogou inteiramente o Decreto nº 4.345/2002. A nova política foi desenvolvida em conjunto pelos Ministérios da Cidadania, da Saúde, da Justiça e Segurança Pública, dos Direitos Humanos, da Família e da Mulher. A estratégia de tratamento, que esteve sob responsabilidade do Ministério da Cidadania, passou a ter a abstinência dos usuários – e não mais a redução de danos – como foco. Além disso, destaca-se também a previsão do fortalecimento das comunidades terapêuticas, as quais receberiam maior incentivo, tanto social quanto financeiro, do governo brasileiro (BRASIL, 2019).

Nesse contexto, em 2019, Bolsonaro assinou o Decreto nº 9.926/2019, no qual alterou a composição do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e excluiu as vagas destinadas a especialistas e integrantes da sociedade civil.

Segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS):

A medida, autoritária e antidemocrática, significa um retrocesso na Política sobre Drogas do país, não só porque exclui a participação de quem mais está

envolvido e lida com essas questões no cotidiano, que é a sociedade civil e especialistas no debate, mas também porque quer impor modelo de combate ao uso de drogas violento e punitivo, que visa trancafiar o usuário em comunidades terapêuticas que, na maioria das vezes, se parecem com manicômios que violam direitos humanos fundamentais, como já denunciemos em outras ocasiões (CFESS, 2019, p. 1).

Ainda nesse contexto de reforço ao proibicionismo, no governo Bolsonaro, assistiu-se à aprovação da Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, a qual dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários de drogas, além de tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Ela altera as demais leis anteriores de drogas, reforça o proibicionismo, fortalece as internações involuntárias e acolhimento em CT (BRASIL, 2019).

Portanto, cabe destacar que através do Decreto nº 9.674 (BRASIL, 2019), instituiu-se a nova Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED) no âmbito do Ministério da Cidadania, tendo à frente Quirino Cordeiro Júnior, que passou a assumir a gestão da nova pasta, após desistir de ser o gestor da CGMAD do MS. Essa cisão na política pública sobre drogas reduziu a demanda no Ministério da Justiça e Segurança Pública, até então gerida por Sérgio Moro, mas provocou outra cisão, agora no campo assistencial, entre as políticas de drogas e as de saúde mental, álcool e outras drogas (GUIMARÃES E ROSA, 2019).

Diante disso, em 2020, no contexto da crise sanitária e da pandemia do novo coronavírus (COVID-19), foi assinada pelo ministro da cidadania – Onix Dornelles Lorenzoni –, a Portaria GM/MC nº 340/2020, que através da SENAPRED, orienta as internações em CT na pandemia da COVID-19. Nesse período, os acolhimentos em CT não foram interrompidos e houve por parte do Ministério da Cidadania a implantação da Portaria GM/MC nº. 69, de maio de 2020 (BRASIL, 2020), que trata das recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo Coronavírus (COVID-19).

Em decorrência do fato acima, emergiu a Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020 (BRASIL, 2020), do Ministério da Justiça e Segurança Pública, que regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas, com a anuência do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA).

O perfil e a expansão das CTs no Brasil vêm sendo pesquisados pelo Instituto de Economia e Pesquisa Aplicado (IPEA). De acordo com a Nota Técnica nº 21– Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras (IPEA 2017), a maioria das CTs está concentrada, principalmente, nas regiões Sul e Sudeste, sendo Minas Gerais o segundo estado do Sudeste com a maior número delas. Sua localização está, em sua maioria, nas regiões rurais. A distribuição de vagas, segundo o gênero, reserva mais de 80% para o gênero masculino. No que diz respeito à religiosidade, o documento do IPEA apresenta que a maioria das CTs possui orientação religiosa nos equipamentos e os dados apresentados são de que 41% de todas as vagas estão em CTs de orientação pentecostal, as quais, por sua vez, totalizam 40% do universo delas. Já as CTs de orientação católica ofertam 26% das vagas totais e representam 27% das CTs. As CTs que se declaram sem orientação religiosa específica oferecem 19% de todas as vagas e representam 18% das unidades existentes no território nacional.

Já em relação à quantidade de pessoas em situação de rua, a Nota Técnica nº 73 – Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020) – do IPEA (2020), aponta um crescimento quantitativo contínuo no período de pesquisa do documento. Segundo a Nota Técnica, em março de 2020, o número estimado de pessoas em situação de rua no Brasil era de 221.869. No momento, entende-se ser março de 2020 uma boa linha de base para averiguar a evolução do fenômeno nesse período de calamidade pública. Análises preliminares de dados diários do Cadastro Único (CadÚnico) (BRASIL, 2020) indicam a possibilidade de já observarmos algum efeito da pandemia nos últimos dados disponíveis em março.

A análise da política de drogas realizada acima mostra a presença da lógica proibicionista no processo histórico da criação das legislações e do funcionamento dos serviços que ofertam cuidados às pessoas em uso prejudicial de drogas. No contexto atual, observa-se a ampliação e o investimento por parte do Estado nas CTs, as quais experienciam a segregação e a abstinência como formas de cuidado. Diante disso, estudar o processo de construção e de gestão da Política Municipal de Drogas na cidade de Juiz de Fora/MG, por meio das narrativas de protagonistas, trará uma aproximação a esse projeto, possibilitando o questionamento do investimento massivo em serviços que fortalecem a segregação e a lógica proibicionista.

## **CAPÍTULO 3 - POLÍTICA DE DROGAS EM JUIZ DE FORA**

### **3.1. JUIZ DE FORA: CENÁRIO POLÍTICO E ASSISTENCIAL PARA O CAMPO DA SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

A construção dos serviços de desinstitucionalização e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Juiz de Fora tem sido buscada e, assim, a sua integração com as demais políticas com o intuito de fortalecer a discussão no campo da saúde mental, álcool e outras drogas. O processo de desinstitucionalização e a reintegração das pessoas com transtornos mentais na comunidade um movimento a que o SUS empenha-se. Com os serviços substitutivos, espera-se a superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Atualmente o município de Juiz de Fora possui 5 (cinco) CAPS em funcionamento: CAPS liberdade HU/UFJF e CAPS Leste (para adultos), CAPS Casa Viva (24 horas), CAPS infanto-juvenil (para crianças e adolescentes), CAPS AD (tipo III) (voltado para atender usuários de álcool e drogas). A zona norte do município é atendida pelo Centro de Atendimento à Saúde Mental (CASM) e a zona rural, pelos serviços emergenciais e pelo Hospital Maternidade Terezinha de Jesus.

O município de Juiz de Fora, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2021), possui 577.532 habitantes. Tendo em vista esse contingente, torna-se evidente que a construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a política de Saúde Mental, álcool e outras drogas. A RAPS, garantida pela portaria nº 3088/2011, apresenta os seguintes pontos de atenção no município de Juiz de Fora: atenção básica; atenção psicossocial estratégica (CAPS); atenção de urgência e emergência (SAMU, UPA, Pronto socorro); atenção Hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral); estratégia de desinstitucionalização (Programa de Volta para a casa e os Serviços residenciais terapêuticos (SRT); estratégias de reabilitação psicossocial (iniciativas de geração, trabalho e renda) e Comunidades Terapêuticas. Em seu artigo 9º, a Portaria prevê as comunidades terapêuticas como serviços de saúde destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, com caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Com as alterações sofridas pela lei nº 3.588/2017, a “nova” RAPS passa a ser composta também pela Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas; por Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; por

Hospital Psiquiátrico Especializado; por Hospital dia e pelo CAPS IV (que atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas). No município de Juiz de Fora, permanece a existência dos cinco CAPS e da rede anterior à lei nº 3.588/2017.

Para a melhor compreensão do cenário deste estudo, é importante a informação de que o município de Juiz de Fora está localizado no interior do estado de Minas Gerais, que pertence à mesorregião da Zona da Mata Mineira, composta por 142 municípios e 7 microrregiões, sendo uma delas a microrregião de Juiz de Fora, formada por 33 municípios (MINAS GERAIS, 2019). Configura-se enquanto o município mais populoso da mesorregião, com população estimada em pouco mais de 570 mil habitantes (IBGE, 2021), se constituindo assim como importante referência às demais cidades de seu entorno.

No que se refere à história da loucura em Juiz de Fora, apreende-se que as discussões sobre a organização dos serviços de saúde mental foram aprofundadas a partir da década de 1980, cujo marco é o I Seminário Municipal de Assistência em saúde mental, realizado em 1986. Antes disso, o campo da saúde mental estava estruturado com base nos interesses privados e isso gerava, entre outras coisas, extrema precariedade e desigualdade nos serviços. A assistência psiquiátrica em Juiz de Fora e na microrregião era quase toda prestada em hospitais psiquiátricos privados, que no ano de 1986 totalizavam sete, nos quais eram distribuídos 1792 leitos. Apenas um pequeno número de atendimentos, internações e consultas eram oferecidos no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) (QUEIROZ, 2009).

Para melhor compreensão de todo esse quadro, faz-se necessário abordar que, no campo específico da saúde mental, a cidade fez parte do que ficou popularmente conhecido por “corredor da loucura”, composto por Juiz de Fora, Barbacena e Belo Horizonte, que juntos representavam 90,57% dos leitos psiquiátricos do estado de Minas Gerais (GOULART, 2000). Juiz de Fora engendrou uma forte tradição manicomial. No ano de 1986 a cidade contava com 1792 leitos psiquiátricos, distribuídos em sete hospitais psiquiátricos privados conveniados ao setor público:

Clínica São Domingos (240 leitos), Clínica São Domingos Filial (180 leitos), Casa de Saúde Esperança (450 leitos), Hospital Arago Vilar (380 leitos), Clínica Serro Azul convênio (190 leitos), Clínica Pinho Masini (132 leitos) e Hospital São Marcos (220 leitos) (MARQUES, 1996, p. 104).

Atualmente todas essas instituições foram descredenciadas pelo Ministério da Saúde.

A proposta de discussão do I Seminário consistia em oferecer subsídios para elaboração e implementação de um projeto de reformulação da rede assistencial em saúde mental. Essa reformulação do serviço de saúde designou o GT (Grupo de Trabalho), constituído por trabalhadores do campo de saúde que estavam insatisfeitos e queriam mudanças no âmbito da saúde mental.

Em 1987, o GT transformou-se em Comissão Executiva em Saúde Mental (CESM), que organizou o I Encontro Regional em Saúde Mental com a finalidade de discutir propostas de melhorias na saúde mental, dentre as quais a necessidade de treinar profissionais, a criação de pronto-socorros de urgências psiquiátricas e a discussão sobre critérios de internação. Ainda na década de 1980 foram organizados vários debates, seminários e discussões sobre a saúde mental em Minas Gerais, visto que era preciso reformular e criar mecanismos para um atendimento psiquiátrico qualitativo. Em outubro de 1987, houve o III Encontro Regional em Saúde Mental, que foi primordial e significou avanços na saúde mental em Juiz de Fora. Assim, criou-se o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) no Pronto-Socorro Municipal, resultando essa ação em mudanças nos critérios de internações psiquiátricas da população, tendo em vista que a referência para hospitais psiquiátricos passou a ser organizada a partir dele (do SUP?). Em fevereiro de 1988, extinguiu-se, sem que se apresentassem motivos aparentes, a Comissão Executiva em Saúde Mental (MENDES, 2007).

No ano de 1990, segundo Acácio (2019), aconteceu a auditoria realizada pelo governo de Minas Gerais aos hospitais psiquiátricos de todo o Estado, em especial aqueles componentes do “corredor da loucura”, previamente mencionados. Assim, já no início da década, vislumbrava-se a necessidade de melhorias e adequações da assistência hospitalar psiquiátrica de Juiz de Fora, visto que:

A auditoria concluiu que havia uma alta taxa de cronificação dos pacientes internados, situação agravada pelo fato de que os hospitais em geral apresentavam fortes características de confinamento com presença de celas fortes. Os hospitais de Juiz de Fora não atendiam as normas técnicas do MS, especificadas nas portarias estabelecidas para o fim de saneamento e adequação mínima destas estruturas (MENDES, 2007, p. 113).

Essa avaliação indicou, assim, a necessidade de drástica redução de leitos psiquiátricos em todo o Estado, bem como da adequação dos remanescentes às normas instituídas pelo Ministério da Saúde.



Em 1991, a Auditoria Especial em Saúde Mental, coordenada por trabalhadores do MTSM, elaborou um diagnóstico sobre a situação psiquiátrica do Estado, levando à reorientação e à reorganização dos serviços e recursos destinados à assistência psiquiátrica (QUEIROZ, 2009).

A entrada de novos profissionais e a proibição de espaços restritivos foi uma das principais mudanças. Essa nova orientação à Saúde Mental propiciou também medidas significativas no município de Juiz de Fora, com a definição de metas: estabelecimento de uma única forma de entrada para internações; criação de serviços extra-hospitalares e estruturas de urgência como o CAPS e criação de leitos no Hospital Dr. João Penido (MENDES, 2007).

O processo de construção do Sistema Único de Saúde trouxe, de certa forma, avanços na luta por melhorias no tratamento de Saúde Mental, estruturando assim um novo modelo de organização psiquiátrica em Juiz de Fora. Ainda no início da década 90, mais especificamente em 1992, também como consequência das discussões sobre a assistência psiquiátrica, ocorreu na cidade a I Conferência Municipal de Saúde Mental (JUIZ DE FORA, 1992).

De acordo com Acácio (2019), consta em relatório o processo, realizado de forma participativa e democrática, com rico debate entre os presentes. Foram abordados importantes temas, como o fortalecimento do setor público municipal, a criação de novos serviços, denominados “alternativos”, bem como de leitos psiquiátricos em hospital geral, possibilitando, deste modo, a redução dos leitos de hospitais psiquiátricos.

Enfatiza-se neste ponto que a desospitalização do doente mental não pode ser inconsequente (JUIZ DE FORA, 1992). Foi discutido também que a questão do financiamento se configurava como uma preocupação para a implantação do sistema. Outro ponto importante abarcado era o relativo aos recursos humanos, com propostas como equipe multiprofissional sem restrições prévias a esta ou aquela categoria profissional, reciclagem e educação permanente fornecida pelo poder público aos profissionais da rede de saúde mental, seja do setor público ou f. (privado?)

Acácio (2019) assinala que, após essa primeira conferência, como também em seguida ao primeiro Plano Municipal de Saúde Mental, ambos em 1992, passaram a funcionar dois programas do setor público de atenção à saúde mental a nível municipal: o “Programa de Atenção ao Psicótico – PAP” e o “Programa de Atenção à Dependência Química – PADQ” (MENDES, 2007). E, como proposta de estrutura intermediária ao hospital e ao ambulatório tradicional, foi implantado a partir do PAP, em outubro de 1993, o primeiro Centro de Atenção

Psicossocial de Juiz de Fora, que a princípio ganhou o nome de CAPS/Juiz de Fora, mas que foi credenciado ao Ministério da Saúde em 1996 como CAPS Casa Viva.

A partir de 2003, os hospitais psiquiátricos do município de Juiz de Fora passaram a ser investigados pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH) – Psiquiatria, que classifica os hospitais psiquiátricos de acordo com a qualidade de assistência. Com o não cumprimento das exigências do Programa, essas unidades tiveram suas portas fechadas, e os seus usuários foram, alguns para casa, e outros, transferidos para as Residências Terapêuticas implantadas na época para dar suporte a essas pessoas. Em junho de 2013, fechou-se mais um hospital psiquiátrico, e em 2014 foi a vez do penúltimo hospital, culminando todo esse processo em 2015, com o fechamento da última unidade).

### 3.2. PERFIL DAS PESSOAS ENTREVISTADAS

Este capítulo visa apresentar a análise dos dados coletados nas entrevistas semi-estruturadas realizadas com os/as profissionais que protagonizaram o processo de construção da Política de Drogas no município de Juiz de Fora/MG. As entrevistas serviram como instrumento de coleta de dados para análise da história da política de drogas no município, para a construção do Conselho Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas e para o enfrentamento dos desafios atuais. A intenção da pesquisa surgiu da inquietação no que se refere ao contexto político e ao cuidado com as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. Assim como de buscar compreender a lógica proibicionista em relação às drogas, a emergência do processo de construção da Política Municipal Integrada sobre Drogas na cidade de Juiz de Fora (JF+ Vida), o papel do Conselho Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas (COMPID), como também as possibilidades que apresenta. E, por fim, os rebatimentos neoliberais e conservadores em relação às políticas sociais.

A escolha das/os profissionais entrevistadas/os para a pesquisa se deu através da busca estratégica, a partir de uma primeira informante chave, protagonista do JF+Vida – primeiro plano de política municipal sobre drogas no município de Juiz de Fora – , que indicou outros informantes, que com ela construíram a referida política na cidade. A entrevista foi realizada de forma remota, através da plataforma Goolge Meet, e gravada. Caso a pessoa desejasse o anonimato, utilizava-se apenas o áudio, retirando-se qualquer identificação no ato da transcrição.

Em seguida será apresentada a análise dos dados coletados; no primeiro momento foi traçado um perfil dos sujeitos da pesquisa, contendo dados sistematizados dos/as entrevistados/as não anônimos: nome; idade; identidade de gênero. Na relação com Juiz de Fora, destacam-se: se é natural da cidade; formação e atuação profissional; relação com o Conselho Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas (COMPID), se já foi ou é membro do Conselho, o modo como este se configura, as potencialidades, lutas e conquistas. Em seguida, será abordada a análise da história da Política sobre Drogas em Juiz de Fora-MG, através da percepção e da fala dos/as entrevistados/as.

Para que se desse a interlocução com esses/as personagens, foi realizado um primeiro contato com uma informante chave que esteve no processo de construção do primeiro Plano Municipal de Políticas sobre Drogas (JF+Vida), que por sua vez comunicou-se com os demais informantes para agendamento da entrevista. Houve certa dificuldade nesse processo, pois alguns profissionais se encontravam em licença do trabalho, e ainda houve as pessoas que não se interessaram em participar da pesquisa, uma vez que não integravam mais a discussão das drogas, levando-nos a um atraso na coleta de dados.

Ressalta-se que na aproximação com os/as entrevistados/as para o processo de coleta de dados, procedemos ao seguinte passo a passo: apresentação da pesquisa como um todo, começando pelos seus objetivos, até o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com anonimato ou sem anonimato (APÊNDICE 2). Foi então encaminhada uma cópia assinada e datada para cada participante, após sua livre decisão em ser identificado ou não na pesquisa. De todo modo, é importante destacar que, embora sejam protagonistas da construção da Política Integrada sobre Drogas no município, nem todas as pessoas se sentiram à vontade durante a entrevista, preferindo não se identificar, e, ainda assim, destacaram o contexto político e conservador no Brasil e o rebatimento na democracia e liberdade de posicionamento de suas falas.

Após a garantia do sigilo ético, utilizamos as falas como elemento de análise do processo de construção da política sobre drogas em Juiz de Fora, a partir da trajetória pessoal de cada participante na discussão das drogas, da visão acerca da política sobre Drogas em Juiz de Fora, dos recursos financeiros que compuseram a construção dessa política, das potencialidades, da organização dessa construção, das discussões, das articulações existentes, das dificuldades encontradas na área e da importância e relevância do termo integrada dentro dessa construção da Política e dentro do Conselho Municipal.

Já vimos que a entrevista foi realizada com os/as protagonistas do plano da política de drogas no município de Juiz de Fora; para isso, conforme a metodologia desta pesquisa, utilizou-se a busca destes através de uma primeira informante chave, como já mencionamos, que indicou os/as demais protagonistas nesse processo da construção do plano JF+Vida.

**TABELA 1 - PERFIL DAS PESSOAS ENTREVISTADAS**

<b>N.</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	<b>IDADE</b>	<b>GÊNERO</b>	<b>RELAÇÃO COM A CIDADE</b>	<b>FORMAÇÃO</b>	<b>RELAÇÃO COM A POLÍTICA DE DROGA</b>
1	E 1	-	-	-	-	-
2	Eveline Caputo	36 anos	Mulher	Natural de Três Rios-RJ, mora em Juiz de Fora há mais de 30 anos	Advogada	Atuou como secretária executiva do COMPID, prestou auxílio na parte jurídica através de cargo de confiança
3	Jadir de Assis	56 anos	Homem	Natural de Contagem/MG. Atuou em Juiz de Fora temporariamente	Assistente Social	Atuou na área social do município de BH e no Governo Federal e atualmente na SEDESE
4	Márcio Alves	61 anos	Homem	Natural de Juiz de Fora	Médico	Servidor na prefeitura de Juiz de Fora e Docente da UFJF e conselheiro do COMPID
5	Claudia Stumpf	59 anos	Mulher	Natural de Juiz de Fora	Assistente Social	Responsável pela coordenação do Grupo técnico - JF+Vida
6	Cláudia Ciribelli	34 anos	Mulher	Natural de Visconde do Rio Branco/MG. Mora em Juiz de Fora há mais de 30 anos	Psicóloga	Servidora da UFJF - Conselheira do COMPID
7	Figueirôa	64 anos	Homem	Natural de Juiz de Fora	Engenheiro Civil e mestre em Serviço Social (UFJF)	Ex-vereador em Juiz de Fora, atuou como secretário de segurança pública e cidadania no município (em?) 2013. Esteve e Participou do primeiro plano Municipal integrado sobre Crack, álcool e outras drogas
8	E 2	-	-	-	-	-
9	Leila Abrahão	54 anos	Mulher	Natural de Ubá, mora em Juiz de Fora há 36 anos.	Psicóloga, Comunicadora Social atualmente empresária.	Atuou em cargo comissionário como gerente do departamento de trabalho, emprego e renda, na secretaria de desenvolvimento econômico. Fez parte do Grupo gestor do JF+ Vida como representante da gerência do setor de trabalho, emprego e renda

N.	IDENTIFICAÇÃO	IDADE	GÊNERO	RELAÇÃO COM A CIDADE	FORMAÇÃO	RELAÇÃO COM A POLÍTICA DE DROGA
10	E 3	-	-	-	Advogada	Ex-conselheira do COMPID
11	Tammy Claret	60 anos	Mulher	Natural de Juiz de Fora.	Graduada em Ciências sociais (UFJF),	Ex-secretária de desenvolvimento social
12	Wanessa Barbosa	31 anos	Mulher	Natural de Juiz de Fora	Assistente social	Servidora municipal. Ex-presidenta do COMPID

Fonte: Sistematização da autora

Foram indicados 14 (quatorze) protagonistas para a entrevista. Destes, conseguiu-se o contato de 13 (treze), que se concretizou com a apresentação da pesquisa. Feito o convite para entrevista, somente 12 (doze) se dispuseram a participar.

Em relação à participação anônima ou não, 9 (nove) revelaram sua identidade e 3 (três), não. Dentre os que se identificaram, a faixa etária compreende pessoas entre 31 e 64 anos de idade. Em relação ao gênero, 6 (seis) afirmaram ser mulheres e 3 (três), homens.

Sobre a relação com Juiz de Fora, 5 (cinco) são naturais do município e permanecem morando na cidade; 3 (três) não nasceram em Juiz de Fora, moram há mais de 30 anos no município, onde permanecem; e 1 (um) é natural de Contagem/MG, atuou em Juiz de Fora através de um convite a partir do momento em que o município aderiu ao projeto e articulação intersetorial de políticas sobre drogas – desenvolvido em parceria com a Fiocruz, Ministério da Justiça – desdobramento do programa crack durante o governo de Dilma Rousseff. Atuou no projeto Redes/Fio Cruz como bolsista interlocutor no estado de MG, trabalhando em JF.

No que se refere à formação, 2 (dois) têm curso superior em Psicologia, 1 (um), em Direito, 3 (três), em Serviço Social, 1 (um), em Medicina, 1 (um) em Engenharia Civil, 1 (um), em Ciências Sociais. Sobre a atuação profissional destes 3 (quadro??) são servidores da prefeitura municipal de Juiz de Fora; 1 (uma) atuava como assessora executiva do COMPID – vinculada a cargo de confiança; 1 (um) atua na política pública do governo de Belo Horizonte (SEDESE) – Secretarias de Estado de Desenvolvimento Social) e Governo Federal; 1 (uma) é parceira vinculada a uma faculdade privada do município de Juiz de Fora; 1 (um), vereador do município de Juiz de Fora, atuou como secretário de segurança pública e cidadania no município. Esteva à frente na secretaria de Governo; 1 (um) exerce cargo comissionado, atuava como gerente do departamento de trabalho, emprego e renda, na secretaria de desenvolvimento econômico. Atualmente não atua na prefeitura. Finalmente, 1 (uma), que exerce cargo

comissionado, atuou como secretária do departamento de desenvolvimento social – 2º Governo Bruno Siqueira (2017 – 2020).

Sobre a relação com o Conselho Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas (COMPID), temos o seguinte quadro: 1 (uma) é servidora responsável pela assessoria à sociedade civil e aos representantes do governo na sua atuação. Atuou no auxílio à assessoria jurídica na elaboração, resoluções e decretos em relação a gestão do prefeito Bruno Siqueira – e assuntos relacionados à política sobre drogas em Juiz de Fora. Dois atuaram como conselheiros técnicos; 1 (um) é responsável pela coordenação do grupo técnico, organizava o plano de ação e apresentava o desenvolvimento do planejamento daquele; 1 (um) fez parte do Grupo gestor do JF+ Vida, como representante da gerência do setor de trabalho, emprego e renda; 1 (uma), em 2013, ingressou como responsável pela equipe técnica da casa dos conselhos, posteriormente foi conselheira do COMPID – compondo a cadeira da secretaria de governo como suplente. Na segunda gestão do COMPID, foi titular da secretaria de governo. Na terceira gestão foi presidente do conselho. E de maio de 2019 até dezembro de 2020 (durante 7 meses, portanto) coordenou a casa dos conselhos. Atualmente compõe a coordenadoria de política para mulheres, onde coordena essa pauta ligada à secretaria de direitos humanos.

### 3.3. CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA INTEGRADA DE DROGAS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA: JF+VIDA

A análise deste subitem apresenta uma triangulação de método, a partir dos materiais bibliográficos, incluindo os documentos oficiais das políticas sobre drogas, das entrevistas com os protagonistas do JF+Vida e os registros da observação, enquanto pesquisadora e, posteriormente, como conselheira do COMPID, tendo assento como representante do Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais (CRESS-MG).

Dessa forma, para compreender a formação e estruturação de uma política social, sua composição deve ter, como tripé de sua institucionalidade, o controle social, focado na elaboração e fiscalização da política e de sua gestão. Assim, a existência dos conselhos de direitos e de políticas é necessária para a construção e realização das políticas públicas; eles representam uma das principais experiências de democracia participativa no Brasil, estão presentes nos municípios, desde o nível federal, com diversos temas. Os conselhos são uma conquista na busca pela democracia do país e procuram intensificar o diálogo entre governo e

sociedade, a fim de alocar de forma mais justa e eficiente os recursos públicos (MARTINS et al., 2008).

Através dos conselhos de políticas públicas se fomenta e potencializa o controle público e se conforma a gestão da política. Nesse sentido, no próximo subitem será abordado a criação do Conselho Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas (COMPID), objeto de nosso estudo.

### 3.3.1. Da criação e composição do COMPID

Para se compreender a construção do primeiro Plano Municipal sobre Drogas no município de Juiz de Fora/MG, é essencial, em primeiro lugar, entender a formação necessária para se obter a posterior aprovação de uma política pública.

Dessa forma, torna-se necessária a existência do Conselho Municipal. De acordo com Martins et al (2014), os conselhos gestores municipais, estaduais e nacionais constituem, no contexto institucional, uma sinalização para ampliação dos espaços de deliberação pública e são mecanismos de atuação participativa que vão além das atuações dos demais instrumentos de participação vigentes, por se tratarem de estruturas jurídico-constitucionais, de caráter permanente, com representação paritária entre Estado e sociedade civil e com amplos poderes de controle sobre a política.

Do mesmo modo, é preciso que haja o gerenciamento dessa política, seja em conjunto com uma secretaria municipal ou com um departamento. Para tanto, a criação do Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas – COMPID foi instituída pela Câmara Municipal de Juiz de Fora, aprovada e sancionada por meio da Lei nº 12.468 de 09.01.2012.

A criação desse conselho esteve vinculada, em sua criação, à Secretaria de Governo, que se integra na ação conjunta e articulada de todos os órgãos de nível federal, estadual e municipal que compõem o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD) (JUIZ DE FORA, 2012).

Posteriormente, a lei de criação do COMPID foi alterada (lei nº 12.966/2014) e instituiu o Conselho como órgão colegiado, permanente, consultivo, deliberativo e fiscalizador. Atualmente o Conselho está vinculado à casa dos conselhos, como veremos mais à frente.

No que refere à composição do COMPID, este contém, por lei (JUIZ DE FORA, 2012), 22 (vinte e dois) membros efetivos e 22 (vinte e dois) suplentes, designados pelo Prefeito, sendo:

I - 6 (seis) membros definidos a partir de indicações dos titulares dos seguintes órgãos e entidade da Prefeitura: Secretaria de Governo, de Saúde, de Educação, Assistência Social, Esporte e Lazer e FUNALFA; II - 6 (seis) representantes não-governamentais, sendo um de cada um dos seguintes Conselhos: Saúde, Assistência Social, Educação, Direitos da Criança e do Adolescente, Juventude e Desportos, indicados pelas respectivas Mesas Diretoras e aprovados pelo plenário de cada conselho, entre militantes experientes em práticas preventivas, de tratamento e recuperação e de reinserção social relacionados a drogas; III - 9 (nove) membros escolhidos pelo COMPID, entre especialistas das áreas de Medicina, Psicologia, Serviço Social, Educação, Esportes, Terapia Ocupacional, Segurança Pública, Prevenção Social à Criminalidade e Direitos Humanos, entre outras áreas de conhecimento afins, indicados por instituições de ensino especializadas ou por outras instituições de notória atuação nas referidas áreas; IV - 1 (um) membro indicado pelas Casas de Recuperação de Dependentes Químicos (JUIZ DE FORA, 2012).

Em relação à direção do COMPID, este possui a mesa diretora, com presidente, vice-presidente, secretário e subsecretário, com mandato de 2 (dois) anos, escolhida entre seus membros, na primeira reunião ordinária, após votação pelo plenário, com alternância entre membros governamentais e não governamentais na composição da mesa e na ocupação da presidência a cada mandato (JUIZ DE FORA, 2012).

Ainda assim, em sua estrutura o COMPID possui os seguintes assentos:

**TABELA 2 - COMPOSIÇÃO DO COMPID**

<b>COMPOSIÇÃO DO COMPID</b>
Mesa Diretora
Presidente
Vice-presidente
1ª Secretário
2ª Secretário
<b>Representações Governamentais e Legislativas</b>
Secretaria de Governo – SG
Secretaria de Educação – SE
Secretaria de Esporte e Lazer – SEL
Secretaria de Saúde – SS
Secretaria de Assistência Social – SAS
Fundação Cultural Alfredo Ferreira Lage – FUNALFA



Representantes dos Conselhos Municipais
Conselho Municipal de Desportos
Conselho Municipal de Assistência Social
Conselho Municipal de Saúde
Conselho Municipal da Juventude
Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
Conselho Municipal de Educação
Casa de Recuperação
Casa de Recuperação Resgatando Vidas
Técnicos e Especialistas
Catedral Metropolitana de Juiz de Fora
Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais – CRP-MG
Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerias – CRESS-MG
Instituto de Educação e Cidadania – IEC
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

Fonte: Prefeitura de Juiz de Fora (2023)

Em Juiz de Fora, foi possível a construção de um conselho técnico e crítico, que se tornou um aliado fundamental, tanto no apoio à constituição do Plano Municipal, visando à construção de uma política pública, como no acompanhamento e fiscalização de sua implementação. O Plano JF+Vida foi aprovado no COMPID e posteriormente adotado como plano de ação do conselho, etapa em que foi colocada a prioridade de investimentos na implementação da RAPS. Assim, o COMPID ainda aprovou o Plano na condição de que fosse nomeada uma comissão para o seu acompanhamento, responsável por analisar relatórios trimestrais recebidos da Secretaria de Governo. Ainda assim, houve a participação de um membro do Conselho em reuniões de implantação do Plano, a fim de acompanhar de perto a realização das ações (GUILHON; COSTA, 2014).

Com a criação e o funcionamento do Conselho, seria possível a formulação da política municipal; no entanto, o processo de gerenciamento desse Plano permaneceu em compasso de espera, com base na suposição de que o recurso federal chegaria até o município. Esse tema será debatido no contexto de estruturação do Plano Municipal (JF+Vida).

3.3.2. A emergência do Plano Municipal Integrado Sobre Drogas (JF+Vida) como política municipal da cidade de Juiz de Fora

A propagação da mídia daquilo que chamou a “epidemia do crack” acendeu um alerta no campo político e social, levando a que o governo federal instituísse o chamado “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, no ano de 2010, com a criação do Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Esse Decreto (revogado pelo Decreto 10.473, de 24 de agosto de 2020) instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, entre outras providências que estimulou governos estaduais e municipais frente ao pacto de gestão nacional para o enfrentamento ao crack..

Em seguida, no ano de 2011, é lançado o Programa “Crack, é possível Vencer”,

advindo do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. De acordo com o site da Biblioteca Presidência da República, o programa previa o investimento de R\$ 4 bilhões até 2014 para, em articulação com estados, municípios e sociedade civil, aumentar a oferta de tratamento de saúde aos usuários de drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar as ações de prevenção ao uso de drogas (BIBLIOTECA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2012).

A questão do termo enfrentamento ao crack, trazida no plano federal, apresenta questionamentos no que se refere a enfrentar uma droga. Macrae et al (2009) apontam: “[...] não fui trabalhar com álcool, fui trabalhar com outras drogas – socialmente excluídas.” (p.4).

Diante disso podemos questionar que “epidemia do crack” é essa, pois no debate das drogas deve prevalecer esse conceito de amplitude; afinal, o álcool é uma droga, mesmo que legal, assim como tantas outras drogas legalizadas, como é o caso da medicamentação das drogas psiquiátricas que são legalizadas. Outro equívoco foi priorizar uma droga frente às demais, tanto que posteriormente debateu-se que não houve epidemia nenhuma. De fato, as pessoas estão nas ruas em decorrência de questões estruturais de ordem social e econômica, muito mais do que para fazer uso prejudicial de drogas, nem mesmo em particular com o crack.

No que refere aos dados das entrevistas, dois entrevistados, que estavam no contexto da gênese do Plano Municipal JF+Vida e eram membros da sociedade civil – professor e pesquisador –, apresentaram a questão acima em suas falas:

Justamente, né... o braço da direita que o Ministério da Justiça dentro da política sobre drogas. Lança-se o Programa crack é possível vencer em cima de uma epidemia de crack. E naquele momento para reforçar o então modelo das comunidades terapêuticas tem aquela proposta, né... que realmente é muito boa, né (Rsrtrs) para pessoas que precisam mesmo cessar o uso crack... já a gente não, por ser maconha... (Márcio Alves).

[...] passa então assim o Governo Federal já dava um pacote pronto, já tinha previsto uma verba para os municípios que a do crack é possível vencer. Lembrando que é um momento de eleição presidencial onde o tema crack

estava na agenda Eleitoral... muito forte talvez ela tenha mais importante daquele momento na transição do Lula para Dilma e Lula e Dilma. Pois estava mostrando pessoas em situação de rua. Antes a ideia do crack como um grande mal que tava na sociedade. E aí como uma resposta eleitoral a Dilma criou esse Programa Crack é possível vencer. Ele veio com a cara até já prevendo que vinha pela frente foi um programa que já assinou muito para uma parceria com grupos mais conservadores. O nome já dava para dizer muita coisa. Foi um programa que dava muita autoridade aqui é responsável muito as ações de Justiça Criminal então ele tinha muito mais muito mais clara e objetiva na área de polícia direito social e etc... A ideia era capacitar operadores de direito. Muito também para comunidades terapêuticas para uma instância importante assim como o primeiro passo que a Dilma deu para ficar refém desse grupo... E aí veio para os municípios eram convidados e a gente já acompanhava o último edital era muito voltado para ações de serviço einha que ter um convênio com a gestão municipal... aí é que iniciou um grupo a trabalhar (E2).

Diante disso, observa-se que o então Plano Municipal JF+Vida emerge em razão desse dito financiamento por parte do governo federal. O fato é que não existia o debate sobre drogas na cidade, nem mesmo das políticas públicas, assim como não havia, do ponto de vista da organização da sociedade civil, nem mesmo a discussão na linha do movimento social anti-proibicionista. A marcha da maconha, a propósito, é um movimento recente no debate da droga, particularmente na cidade de Juiz de Fora. Assim, observa-se que a gênese do Plano Municipal foi análoga à do Plano Federal.

O quadro a seguir demonstra justamente essa certa semelhança dos objetivos:

**TABELA 3 - QUADRO COMPARATIVO ENTRE OS OBJETIVOS DOS PLANOS NACIONAL E MUNICIPAL SOBRE DROGAS**

<b>Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas</b>	<b>Plano Municipal Integrado sobre Crack, Álcool e outras Drogas – JF+Vida</b>
<p>I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua;</p> <p>II - estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS;</p>	<p>I- subsidiar a formulação da política municipal sobre drogas, através de lei específica;</p> <p>II - estruturar ações voltadas à prevenção ao uso do crack, álcool e outras drogas, com fortalecimento e ampliação das ações de segurança pública, das redes de prevenção, de cuidado e de reinserção social e produtiva dos usuários, garantindo a efetiva participação dos familiares e atenção ao público vulnerável, focando, prioritariamente, ações nos âmbitos sociais, educacionais, esportivos, culturais, habitacionais e de geração de emprego e renda;</p>

<b>Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas</b>	<b>Plano Municipal Integrado sobre Crack, Álcool e outras Drogas – JF+Vida</b>
<p>III - capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas;</p> <p>IV - promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas;</p> <p>V - disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas; e</p> <p>VI - fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos Municípios de fronteira.</p>	<p>III - desenvolver ações prioritárias e específicas para os públicos identificados em situação de maior vulnerabilidade e risco social decorrente do uso/abuso de drogas;</p> <p>IV - elaborar diretrizes para formação permanente e continuada dos recursos humanos envolvidos nas ações destinadas à prevenção, atenção, acolhimento, atendimento, acompanhamento e tratamento das pessoas que fazem uso, abuso e/ou são dependentes de drogas e seus familiares;</p> <p>V - promover a participação comunitária e a mobilização social no desenvolvimento das políticas direcionadas à prevenção, atenção, acolhimento, atendimento, acompanhamento, tratamento e reinserção social e produtiva das pessoas que fazem uso, abuso e/ou são dependentes de drogas e seus familiares;</p> <p>VI - apoiar a disseminação de informações qualificadas sobre a questão do crack, álcool e outras drogas, baseadas em estudos e pesquisas científicas;</p> <p>VII - desenvolver conhecimento técnico - científico sobre a população atendida, além de subsídios teóricos para a prevenção, atenção, acolhimento, atendimento, acompanhamento, tratamento e reinserção social e produtiva das pessoas que fazem uso, abuso e/ou são dependentes de drogas e de seus familiares;</p> <p>VIII- garantir e respeitar ações de segurança pública, dentro de cada competência, que considere a plenitude e o combate ao crime organizado, conforme legislação sobre drogas, preservando os direitos civis e penais àquelas pessoas envolvidas, sobretudo aos mais vulneráveis.</p>

Fonte: Elaboração da autora, a partir de Brasil (2010) e Juiz de Fora (2020)

Observa-se que não se tem nenhuma singularidade da realidade local, que o projeto não aconteceu a partir da construção e da produção de dados sobre essa realidade.

Do mesmo modo, podemos observar que os eixos que estruturam o Programa “Crack, É Possível Vencer” também são análogos ao Plano JF+Vida:

**TABELA 4 - QUADRO COMPARATIVO ENTRE OS EIXOS DOS PLANOS NACIONAL E MUNICIPAL SOBRE DROGAS**

<b>Programa Crack, É Possível Vencer!</b>	<b>Plano Municipal JF+Vida</b>
<p>Eixo do Cuidado (Aumento da oferta de tratamento e Atenção aos Usuários) – Diretrizes:</p> <p>I - Serviços diferentes para necessidades distintas</p> <p>II - Ampliação da Oferta de Serviços</p> <p>III - Rede SUS preparada para o Atendimento</p> <p>IV - Reinserção Social</p> <p>V - Apoio integral aos usuários e famílias</p>	<p>Eixo Cuidado:</p> <p>– Implantar a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.</p> <p>- Promover integração de serviços através das oficinas de Diálogos Intersetoriais.</p>
<p>Eixo da Prevenção (Educação, Informação e Capacitação)</p> <p>– Diretrizes:</p> <p>I - Prevenção nas escolas</p> <p>II - Capacitação de profissionais</p> <p>III - Disseminação contínua de informações e orientações sobre crack e outras drogas</p> <p>Eixo da Autoridade – Diretrizes:</p> <p>I - Bases móveis (monitoramento e policiamento integrado)</p> <p>II - Qualificação dos profissionais de segurança pública para atuação no Programa Crack</p> <p>III - Operações de inteligência</p> <p>IV - Aumento de efetivo</p>	<p>Eixo Prevenção:</p> <p>– Criar uma política pública de prevenção para tornar acessíveis os serviços públicos à população mais vulnerável aos problemas relativos ao crack, álcool e outras drogas.</p> <p>- Envolver toda a sociedade, estabelecendo uma cultura de abordagem à temática, dentro dos princípios estabelecidos nas mais recentes discussões sobre o tema.</p> <p>Eixo Autoridade:</p> <p>– Fortalecer ações de inteligência, investigação e repressão qualificada, relativas ao tráfico de drogas e o crime organizado; integração com as diversas esferas.</p> <p>- Promover espaços urbanos seguros.</p> <p>Eixo Geração de renda:</p> <p>– Oferecer oportunidades de acesso à atividade produtiva ao público-alvo do Plano Municipal de Ação Integrada sobre Crack, Álcool e outras Drogas – “Jf+Vida”, por meio do apoio ao desenvolvimento profissional, acesso ao mercado de trabalho e ao empreendedorismo.</p>

Fonte: Elaboração da autora, a partir de Fundação Oswaldo Cruz (2023) e Juiz de Fora (2020)

Nesse contexto, observa-se o quanto é recente o debate sobre as drogas, iniciado justamente nos anos 2000, momento em que emergem os temas drogas e antiproibicionismo no horizonte da discussão, articulados à III Conferência Nacional de Saúde Mental – que lançou o lema: Cuidar sim, excluir não –, ocorrida no ano de 2002 (BRASIL, 2002).

Esta conferência foi a primeira após a lei federal de saúde mental ter sido aprovada e sancionada (Lei nº 10.216, de 06.04.2001), a qual reafirma o processo em curso em relação à

proteção e aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Em seguida, no ano de 2002, através da portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os CAPS AD são incluídos como serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002). Diante dessa realidade, a III Conferência Nacional de Saúde Mental assumiu o dever de ampliar essa discussão no contexto do debate decorrente da 11ª Conferência Nacional de Saúde, disputar o financiamento das ações de saúde mental, a fiscalização e a supervisão do parque hospitalar psiquiátrico e demais equipamentos assistenciais. Dessa forma, se buscava a implementação dos novos serviços extra-hospitalares, de novas estruturas de suporte à desinstitucionalização, a formação de recursos humanos adequados às novas estruturas de atenção em saúde mental. Também seria possível ampliar a (discussão acerca da) questão do álcool e drogas. Além disso, nessa conferência ficou demarcada a necessidade de aprofundamento na revisão da lei que criminaliza o uso das substâncias e que cria situações perversas de institucionalização forçada.

No entanto, o que observamos foi que isso não ocorreu. Tanto que na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2010, cujo lema foi “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, foi destacada a necessidade de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Também se discutiu a necessidade de mecanismos de proibição de credenciamento, pelo SUS, de serviços especializados em alcoolismo e drogadição que preconizassem internação de longa permanência ou que não submetessem seu projeto terapêutico à assessoria de saúde mental do Estado, e ouvissem os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde (BRASIL, 2010).

Podemos compreender, assim, que o debate da droga está inserido no contexto da política de saúde, da política de saúde mental, álcool e outras drogas. No entanto, devido à falta de financiamento e aos retrocessos no contexto das políticas sociais, ficou reduzido à terceirização e precarização dos trabalhadores da saúde. Ainda assim, no contexto local de Juiz de Fora essa tentativa de implementação do Plano Municipal sobre Drogas não teve sua identidade própria da (atrelada à) realidade local, assim como não se articulou a política de Saúde Mental. Tanto que em uma das falas da coordenadora e protagonista do JF+Vida, esta afirmou:

[...] cuidar mais dessa parte do departamento saúde mental cuidando mais essa parte da droga aí tinha várias possibilidades e tal tinha sempre assim o COMPID de poder fazer um convite, mas o início para colocar o Conselho em funcionamento era muito difícil porque tinha que ter um representante das

Comunidades terapêuticas a gente não tinha como representante... Então a gente tem que puxar uma reunião... para conseguir um representante. Depois tem um outro representante que é muito difícil da gente conseguir colocar em funcionamento também mas você acabou colocando em funcionamento por causa do apoio da prefeitura naquela época tinha também como uma pressão muito grande para poder colocar recurso nas comunidades terapêuticas E aí a gente precisava ter formas de controle disso a sociedade civil pudesse ter compromisso e a gente precisava ter ou as opções de cuidado para que o cuidado a única opção de cuidado também não fosse o cuidado que fosse prioritária não fosse as comunidades terapêuticas e como que **a gente poderia gerenciar este recurso na rede de Saúde Mental para poder fortalecer a rede e trabalhar de uma forma mais articulada porque a tendência da época era direcionar muito recursos para internação em comunidade terapêutica e os recursos da Saúde Mental continuavam, só** que ele tem que se alimentar mesmo então em conjunto com COMPID. A secretaria de governo puxou a construção do plano Municipal de políticas sobre drogas que era o JF+Vida e esse trabalho em conjunto e finalmente o que a gente fez um grupo técnico do próprio governo para criar as diferentes ações e faria o controle da execução dessas ações” (E1. Grifo nosso)

Nessa fala é possível observar que na gênese do JF+Vida ocorreu a tentativa de integrar a política de saúde mental com a política de drogas. No entanto, houve entraves em razão da disputa do financiamento destinado à saúde mental; assim, seria preciso articulação junto com a construção de serviços voltados ao cuidado dos usuários de uso prejudicial de drogas. Aconteceu também a “rixa” entre os trabalhadores no contexto dessa gênese no que refere à diferença de ideias, defesas e posicionamentos<sup>3</sup>.

Diante disso, a emergência do Plano JF+Vida se constrói e se inicia vinculada à Secretaria de Governo do Município de Juiz de Fora, através do Decreto nº 12.080, de 03 de setembro de 2014, que estabeleceu as Diretrizes para a Elaboração do Plano Municipal Integrado sobre Álcool e outras Drogas em Juiz de Fora – JF+Vida.

Neste mesmo ano, 2014, foi publicado o e-book intitulado **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**, pela editora Rede Unida, organizado pelos

---

<sup>3</sup> Foram colhidas informações e conversas informais com alguns conselheiros, cuja identificação não cabe aqui, mas que usamos no registro do diário de campo, e que na época em que estava na residência multiprofissional em saúde mental, e posteriormente como observadora no COMPID e conselheira. Através delas, foi possível averiguar uma certa rivalidade, de um lugar de destaque da política de saúde mental versus a política de drogas, e uma “rixa” personalista de perseguição entre a emergência de um Plano JF+Vida, organizado e protagonizado pela coordenadora do COMPID à época de sua origem e a então coordenadora do Departamento de Saúde Mental (DESM). Ora uma incorporava o debate da saúde mental, ora outra incorporava o debate da droga, se restringindo eminentemente à clínica, e não à política de saúde mental e drogas. Assim, no que se refere à política de drogas, um grupo do executivo dá apoio à coordenadora dessa política, sendo esse grupo composto de colegas de trabalho e que construíram um vínculo também afetivo na defesa dela.

psicólogos e docentes Tatiana Ramminger e Martinho Silva. Um dos capítulos do livro – Entre paradigmas: desafios na constituição de uma política sobre drogas – traz o relato histórico sobre a constituição e formulação do Plano JF+Vida:

Em março de 2014, a Prefeitura de Juiz de Fora, através da Secretaria de Governo, iniciou uma série de discussões para tratar da questão das drogas no município. Na primeira reunião, estavam presentes a secretaria de Governo, representantes de várias secretarias municipais e algumas entidades envolvidas no tema. A pauta principal deu ênfase às recorrentes notícias sobre o aumento da violência na cidade, publicadas sistematicamente nos jornais locais. As manchetes anunciavam crimes associando jovens às drogas e veiculavam um discurso proibicionista e alarmista, causando sensação de insegurança na população. As discussões foram acaloradas e várias sugestões foram apresentadas. A primeira ideia era de que fosse feito um programa de televisão mobilizando a sociedade civil, em um entendimento que a questão das drogas envolve a todos. Procurar-se-ia desmitificar reducionismos e aspectos referentes ao tema das drogas, como, por exemplo, uma possível causalidade entre o abuso de drogas e a criminalidade recorrente na sociedade, entendendo a temática como uma questão complexa, envolvendo uma série de condicionalidades de natureza social, psicológica, biológica etc. Outras reuniões se sucederam, agregando mais atores e, sempre em um clima de envolvimento, muitas ideias surgiram, revelando diferentes posicionamentos. Alguns trouxeram exemplos, slogans de campanhas veiculadas como: “O crack mata”, “Não desperdice a vida com drogas”. Em geral, a reboque do discurso do senso comum, deu-se ênfase à família, ao papel da religião, aos infortúnios “causados” pela droga e a uma visão demonizada do crack. Contudo, era premente e sincera a vontade de “fazer alguma coisa” (GUILHON; COSTA, 2014. p. 198).

Como é possível depreender, o Plano JF+Vida se inicia vinculado à Secretaria de Governo; no que se refere à gestão, esta é realizada por essa Secretaria, ficando restrita, portanto, a um plano, e não a uma política pública do ponto de vista da gestão. O tripé de execução para uma possível futura política pública, que seria a presença da gestão para execução dessa política, poderia se dar em conjunto com a Saúde Mental. No entanto, nem isso ocorreu. Criou-se um esquema ao se manter o plano dentro da secretaria de governo, para que, dessa forma, ela recebesse o financiamento que viria do Governo Federal. A gestão do JF+Vida não estava na saúde, não estava no departamento de saúde mental, e sim na casa de Governo.

Como diz o E2:

Foi um programa forjado pois do ponto de vista nacional... e Juiz de Fora, na época aderiu, a esse programa. Porque ao mesmo tempo que o crack era tema de ajuda político-eleitoral era também telão de financiamento das prefeituras. E só tinha colocado que se você estudasse direito eu acho que não aconteceu aqui que que era o crack é possível vencer não tinha novidade nenhuma do ponto de vista financeiro eles achavam que teria mais dinheiro. Então, não ocorre nada mais, o dinheiro que tinha era da assistência social. O que ainda



tinha era um dinheiro repassado para a polícia que era muito mais do que o resto, ou seja mais de 80% para polícia [...] (E2).

Dessa forma, no próximo subitem será abordada a estruturação do Plano Municipal Integrado Sobre Crack, Álcool e Outras Drogas – JF+Vida, no sentido de situar o seu desenvolvimento para além de sua gênese, assim como sua contextualização até os dias atuais.

### 3.3.3. Estruturação e contextualização do Plano JF+Vida

No processo de estruturação do Plano Municipal Integrado sobre Drogas – JF+Vida, houve a tentativa de um mapeamento das ações realizadas nas diferentes Secretarias Municipais que abordavam a temática das drogas.

Segundo Guilhon e Costa (2014), o mapeamento buscou a identificação dos programas já realizados e foi possível perceber a necessidade de se pensar em políticas públicas estruturantes, com o intuito de potencializar a continuidade das ações e evitar ações isoladas. Dessa forma, procurou elencar as políticas públicas governamentais, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que foram trazidas ao centro das discussões para fomentar o planejamento de ações (COSTA et al., 2015).

Ainda em relação ao processo de planejamento, é importante destacar, de acordo com Guilhon e Costa (2014), que foram realizadas reuniões entre a Secretaria de Governo e as demais Secretarias, a saber: Saúde; Desenvolvimento Social; Esporte e Lazer; Planejamento e Gestão; Desenvolvimento Econômico, Trabalho e Geração de Renda; Educação; Agropecuária e Abastecimento e Administração e Recursos Humanos. Também houve reuniões com os seguintes órgãos da administração indireta: Fundação Alfredo Vieira Lage (FUNALFA), Departamento Municipal de Limpeza Urbana (DEMLURB) e Empresa Regional de Habitação (EMCasa). Foi firmado um compromisso entre a gestão e as ações do Plano. Esse processo contou ainda com a aproximação da gestão com a academia, através de trocas com a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) por meio do convite para participação do Centro Regional de Referência sobre Drogas (CRR-JF)<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> O CRR – UFJF é um centro que teve como contexto de ação a necessidade da formação profissional ampliada e integrada para os profissionais inseridos nas políticas públicas sobre drogas, através de processos formativos à realidade local. Seus objetivos eram: a formação permanente de profissionais da saúde, assistência social, educação, dentre outros setores, com atuação na temática do uso de álcool e outras drogas; implementação das

A partir desse movimento, foi nomeado o Comitê Técnico, para consolidação das ações de acompanhamento das atividades. Esse comitê, que se reunia semanalmente, contou com a participação de profissionais de diversas secretarias. Por intermédio da atuação do Grupo Técnico, foi possível a construção de uma rede integrada na política de drogas. Cabe destacar que, segundo o Decreto nº 12.080, de 03 de setembro de 2014 – que instituiu o Comitê Gestor e o Grupo Técnico para Elaboração do Plano Municipal Integrado sobre Crack, Álcool e outras Drogas em Juiz de Fora – JF+Vida –, em seu Art. 3º, compete ao Grupo Técnico, “I – acompanhar o planejamento e a execução das ações do Plano; II – sistematizar as informações e subsidiar as tomadas de decisões do Comitê Gestor do plano, assessorando-o no tocante às rotinas administrativas e ao relacionamento com outros órgãos e entidades voltados à problemática do crack, álcool e outras drogas” (JUIZ DE FORA, 2014).

O Grupo Técnico foi estratégico nesse início de formulação do Plano JF+Vida. A formação desse grupo buscou a articulação e a formação de uma política que procurasse integrar os saberes e campos institucionais. Por meio dele, foi possível a realização do chamado Complexo Travessia, que contou com eixos estratégicos na Segurança, Educação, Esporte e Lazer, Inclusão Socioproductiva, Cultura, Emprego e Renda, Educação Permanente, Saúde e as Ações Integradas. Estas ações integradas com a constituição de Núcleo Intersetorial no Território, a presença de representantes dos equipamentos públicos através da integração das políticas públicas no território teve como objetivo promover a cidadania e a cultura da paz. Cada ação desses eixos teve datas de início e fim e contava com um responsável vinculado a uma secretaria específica para o desenvolvimento da ação estratégica (ARQUIVO INTERNO – PROCESSO).

As experiências relatadas pela Entrevistada 1 apontaram informações sobre a atuação de oficinas intersetoriais, desenvolvidas pelo eixo das ações integradas.

A primeira fase das oficinas intersetoriais na política integrada de drogas - a sacada foi de outras pessoas do grupo técnico - era estabelecer o fluxo inclusive o fluxo legal da implantação da política. Primeiro os secretários de várias pastas que precisávamos de integrar: educação, esporte e lazer, cultura, saúde, assistência social, administração e essa parte do trabalho e recursos humanos, enfim várias secretarias. Os secretários foram chamados pelo secretário de governo para fazer um acordo, de apoio ao projeto. Depois que os secretários foram envolvidos apoiando esse projeto o secretário de governo

---

ações do Programa Crack, É Possível Vencer/JF+Vida; aprimoramento contínuo das ações do Programa Crack, É Possível Vencer/JF +Vida; integração entre os atores locais das políticas sobre drogas para o desenvolvimento de workshops temáticos e oficinas de construção e supervisão das ações (RONZANI, 2014).

articulou uma série de compromissos com esses secretários e um dos compromissos era liberar as pessoas para participar das oficinas intersetoriais. Então a secretária da secretaria de Recursos Humanos tinha ‘carta branca’ para convidar e convocar também as pessoas das diferentes secretarias nos territórios. Por exemplo... o posto de saúde, as escolas secundárias precisavam mandar um representante para essas reuniões que aconteciam uma vez ao mês... as reuniões no território ocorriam dentro das escolas... então era o momento em que o posto de saúde vinha para a escola, a secretaria de esporte e lazer, o projeto curumim vinham para a escola... era o momento em que o posto de saúde o dia da campanha de vacinação nunca estava em check... ... a escola não sabia da campanha de vacinação e então era no momento do cafezinho que colocava esses assuntos em dia. As reuniões eram feitas na escola e a escola tinha muita dificuldade em pensar uma política de drogas e isso acabou ajudando bastante (E1).

Essas oficinas ligavam-se à ideia de construção da rede integrada no município de Juiz de Fora. De acordo com Costa et al. (2015), a constituição da Rede de Atenção Psicossocial, que é uma das redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ir além do setor de saúde, em uma perspectiva intersetorial. A política de assistência social e a configuração do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como os Centros de Atenção da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), Centros de Referência Especializados para População de Rua (Centro POP) e Serviços de Acolhimento Institucional devem ser considerados para uma atenção integral ao usuário de drogas. Nesse sentido, importante ressaltar a relevância dos recursos assistenciais, como os grupos de ajuda mútua e as entidades socioassistenciais não governamentais que atendem aos usuários de droga.

Ainda assim, os autores Costa et al. (2015), (por sua vez,) entendem a rede de atenção aos usuários de drogas como compreendida não só por seus aspectos estruturais, envolvendo serviços, profissionais, mas influenciada pelas interações por eles estabelecidas, em uma perspectiva relacional. A rede é tida não apenas como um conjunto de serviços, mas como um dispositivo para se compreender os processos e as relações que constituem entre si. Assim, duas dessas relações dizem respeito ao fluxo assistencial dos usuários entre os serviços da rede: a referência e a contrarreferência.

Diante disso, podemos compreender que a formação do Grupo Técnico, de início, propôs a busca por uma política com ideário da horizontalidade das políticas públicas.

De acordo com E1, a integração na perspectiva do Grupo Técnico se deu a partir:

essa parte da integração nós fizemos primeiro esta articulação entre os postos de gestão. O secretário de governo chamou os secretários fez um compromisso

com esses secretários que eles apoiassem esse projeto e depois a secretaria de governo, através da secretária de RH convidava e convocava - se fosse necessário - as pessoas para participar das reuniões no território... era enviado para a escola secundária e primária, posto de saúde, mais a funalfa e a secretaria de esporte e lazer teria que enviar um representante... as reuniões eram feitas dentro da escola, e as pessoas vinham para participar... então era um momento em que a escola se encontrava com o posto de saúde. Exemplo no bairro Grama eles construíram um calendário compartilhado entre todas as secretarias... por exemplo, a escola ficava informada sobre o dia de vacinação, o posto de saúde ficava informado sobre o dia de prevenção de dengue na escola e o projeto curumim na zona norte estava dentro da escola, então pela primeira vez alguém do projeto curumim explicava para a direção da escola o que era... no bairro São Pedro o posto de saúde a escola começou a trabalhar de forma impressionante... em conjunto... e os CREAS e os CRAS estavam diretamente em contato com a escola, o no intervalo do cafezinho nos víamos a conversa, por exemplo, e fulano está vindo a escola? Pois parece que a mãe dele teve um problema... então alguns casos mais complexos eles conseguiam discutir. Na zona oeste eles fizeram um projeto que era um grupo de WhatsApp. Então até hoje eu tô nesse grupo de WhatsApp cada vez que troca a direção do CREAS a nova pessoa do CRAS da região, da escola a nova pessoa se apresenta... Quando tem uma campanha de arrecadação eles postam nesse grupo... então cinco anos depois o grupo ainda tá funcionando. Então integrada foi neste sentido, em que as pessoas de cada lugar pudessem tomar um café juntos e falar sobre drogas juntos. Mas não só sobre drogas de casos complexos de uso, mas como a droga surgia no território, por exemplo, o 'fulano' que bebe demais, o 'sicrano' que fuma maconha em vez de jogar basquete... essas coisas. (Grifo nosso)

O modo de funcionamento do Grupo Técnico se voltava para o que Rodrigues (2012) considera uma perspectiva sobre a política de drogas, em relação à definição da RAPS, observa-se uma ampliação dos serviços que preconizam uma lógica diferenciada para a assistência aos usuários de drogas. Nesse sentido, o Grupo Técnico buscou essa articulação e a configuração de um trabalho por (de modo a) construir um Plano Integral sobre Drogas. Integral no sentido de relacionar os eixos estabelecidos no Plano JF+Vida: Prevenção; Cuidado; Autoridade e Geração de Renda.

A formação do Grupo Técnico foi essencial na busca pela articulação e formação de uma política que integrasse os saberes e campos institucionais. É neste sentido que, de acordo com Guilhon e Costa (2014), o Comitê Técnico se reunia semanalmente para discutir conceitos, coordenar e consolidar ações, elaborar documentos, organizar eventos e pesquisar iniciativas de outros municípios, além de fomentar discussões.

Ainda assim, torna-se essencial destacar a parceria, no processo de emergência, do Plano Municipal JF+Vida com a UFJF, através do Centro Regional de Referência sobre Drogas de Juiz de Fora (CRR-JF). Por meio dessa parceria e da organização do CRR-JF, foi possível fazer

o levantamento da rede municipal de Juiz de Fora, chegando-se ao quantitativo de profissionais a serem contemplados pelos processos formativos.

Segundo o entrevistado 2:

E nós éramos um desses como centro regional de referência... a gente fazia um processo formativo e aqui em Juiz de Fora então a gente participava nessa parte de capacitação dos profissionais de diversos setores saúde, social, de direito e outros setores específicos. A gente era convidado... tinham algumas reuniões e eles apresentavam, davam sugestões etc mas a gente não deliberava internamente, nessa gestão municipal... então foi mais ou menos assim que eu fui convidado por esse programa aí [...] (E2).

Dessa forma, o Plano JF+Vida foi se estruturando, e é neste sentido que é importante contextualizar a presença, posteriormente, do Projeto Redes. Houve também a participação do articulador do Projeto Redes, Jadir, que se somou à equipe de criação do Plano JF+Vida. Segundo ele próprio,

O grupo técnico era da prefeitura, eu como interlocutor eu acompanhava o grupo técnico no sentido de contribuir com as discussões do projeto, metodologia, dando supervisão e consultoria para o grupo técnico no sentido de organizar essa forma de trabalho, eu não compunha o grupo, pois ele era da gestão eu era esse externo que foi convidado pela gestão para apoiar as discussões e metodologias para que nos conseguíssemos fazer os planejamentos dessas capacitações, dessas formações e introduzíamos os recursos, pois os recursos eram do projeto Redes, pois o programa em si, o JF+Vida, era parte de recursos, ele tinha a proposta mas não tinha recurso. Nos do projeto Redes, nós entramos com os recursos para capacitação, tanto financeiros, pois nos pagávamos as passagens, pagávamos a estadia, convidávamos os palestrantes, os oficinairos, pagávamos a diária desses oficinairos para que pudessem estar atuando nos percursos formativos, nos diálogos intersetoriais promovido pelo JF+Vida.. (Grifo nosso)

No que se refere ainda ao Grupo Técnico e à busca pela articulação em rede, houve uma parceria entre o governo federal e a Fiocruz na proposta de ampliar e fortalecer o diálogo e formação da política sobre drogas.

De acordo com a entrevistada 1:

o trabalho em conjunto formou o grupo técnico do próprio governo para criar as diferentes ações e faria o controle da execução dessas ações. Em seguida, quando tudo já estava em andamento, veio o projeto Redes - Ministério da Justiça que contrataria um articulador pelo Redes em cada região, cada cidade. E como tínhamos um projeto em andamento, eles resolveram que a articulação seria feita por esse grupo e não por um novo articulador que eles teriam que contratar. Assim o projeto Redes começou a apoiar a construção do Plano JF+Vida. E para nós (protagonistas do Plano) foi um excelente apoio. Pois, foi possível conseguir ter forças para articular a política Municipal com a política federal, ter as mesmas diretrizes. (E1)

O projeto Redes (Articulação Intersetorial de Políticas sobre Drogas) foi uma parceria da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com o apoio do Governo Federal, para levar a dezenas de municípios contemplados com o Programa “Crack, É Possível Vencer”, a construção de redes intersetoriais, de base territorial, de cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de crack e outras drogas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016).

Nesse sentido, segundo entrevista com Jadir, um dos protagonistas do JF+Vida e articulador do Projeto Redes:

Eu passei a conviver com o município de Juiz de Fora a partir do momento em que o município aderiu ao projeto REDES de articulação intersetorial de políticas sobre drogas que é um projeto que foi desenvolvido em uma parceria da Fiocruz e SENAD do Ministério da Justiça e esse projeto ele é um desdobramento do programa crack é possível vencer - durante o governo da presidenta Dilma Rousseff - com a perspectiva de articular ações que pudesse combater o uso problemático de álcool e drogas. Então o projeto REDES a partir do programa Crack é possível vencer, que elegeu municípios brasileiros com maior incidência de vulnerabilidade em função do uso problemático de álcool e drogas. O programa ele tinha muito forte a questão de apoiar as políticas públicas existentes no sentido de fortalecer a capacidade dessas políticas na atuação em relação à questão dessas vulnerabilidades.

O município de Juiz de Fora teve a participação de um profissional formado em Serviço Social, oriundo da cidade de Belo Horizonte, que veio através da vinculação ao projeto Redes e pôde contribuir na construção do Plano JF+Vida, trazendo a perspectiva de integração com as demais políticas públicas. Segundo Jadir:

Então, por exemplo, o que o programa crack é possível vencer propunha: no âmbito da assistência social, por exemplo, fortalecer os serviços dos CREAS, eram recursos para fortalecer os serviços já existentes e algumas políticas era criar as condições para determinadas ações... e o projeto Redes, no nosso conceito, ele foi além dessa proposta do Crack é possível vencer, pois ele previa algo além era articulação integrada de redes intersetoriais nos municípios para a construção de uma política integrada junto a situação de vulnerabilidade e risco social junto ao uso decorrente ao uso de álcool e outras drogas. Então nesse contexto, o município de Juiz de Fora, foi um dos municípios que por meio do programa JF+vida aderiu ao projeto Redes, na verdade o município de Juiz de Fora lutou para estar no Projeto Redes, houve uma articulação tanto da saúde mental e dos órgãos que estavam à frente da capacitação dos recursos humanos que fizeram toda uma articulação para chegássemos ao município. Foram em Brasília, apresentaram o programa JF+Vida em uma reunião com o secretário nacional de políticas sobre drogas e a partir daí assumimos a proposta de adentrar no município e a partir daí comecei a atuar como interlocutor do projeto Redes no Estado de Minas Gerais, atuando no município de Juiz de Fora.

O projeto Redes buscou, através do programa “Crack, É Possível Vencer”, investir em diversas ações de políticas públicas integradas, como a saúde, educação, assistência social e segurança pública. No que se refere à assistência social, esta teve um papel importante nesse projeto, com o foco em preservar agravamentos nos casos de dependência, desenvolver a autonomia individual do usuário, buscar alternativas para novos projetos de vida e auxiliar as famílias envolvidas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016).

De acordo com a entrevista realizada com Jadir, este afirma que:

Com o projeto Redes consegui colocar em prática em determinado período a questão da política pública integrada, seja ela qual for, se você trabalha na perspectiva de intersetorialidade, de integralidade, na compreensão do sujeito de direitos, e das potencialidades dos sujeitos no território, eu tendo a acreditar na possibilidade de um avanço muito grande das organizações sociais no país é um modelo de forma de organização e gestão das políticas públicas, o projeto Redes ele vinha muito nessa lógica de ser um grande laboratório para que esse tema da intersetorialidade.

Diante disso, podemos observar que a ideia da integralidade da Política de Drogas pode ser um elemento essencial na discussão da garantia de direitos e cuidado aos sujeitos, pois no que se refere à Constituição Federal de 1988, a efetivação das políticas públicas brasileiras foi estabelecida por meio dela, através do controle social e de leis e criação de espaços institucionais na garantia da participação social (ANDRADE, 2019).

Jadir ainda aponta, em sua fala,

que as políticas públicas intersetoriais são inicialmente tratadas a partir da Constituição de 1988. então mais que um conceito, demanda do que algo real, pois sair de um conceito e traduzir em uma prática em algo recorrente e efetivo tem uma distância muito grande, pois atuasse com conceitos, formas e modelos muito diferentes, pois a sociedade é complexa, então precisa cuidar primeiro em desconstruir uma cultura, desconstruir formas que estão desde que Brasil foi ocupado pelos portugueses tem um modelo gerencial que de alguma maneira perpetua e vem se alterando com o tempo pela modernização, e o conceito tradicional de política pública, o conceito liberal de política se mantém. Então quando se constrói uma ‘coisa’ nova, como o projeto Redes ele foi muito esse laboratório para construção de alguma coisa que a partir da integração das políticas sociais, aquelas que envolvem diretamente as demandas dos sujeitos, dos usuários das políticas públicas. Isso também há uma continuidade nesse processo, você altera inclusive, prioridades de gestão. O projeto foi inovador nesse sentido, real e concreto, não só uma proposição do que de fato se desenhou. Então ao pensarmos a experiência da vila Olavo Costa onde se pensou uma modelagem de rede a partir de uma intervenção do poder público na comunidade a partir de uma escuta dessa comunidade, na forma bastante diferenciada e diversificada, pois todos atores daquela comunidade de alguma maneira estariam representados nessa escuta, as pessoas idosas, as pessoas com deficiência, as diversas conotações religiosas,

sejam de quais fossem (católicos, evangélicos, espíritas, candomblé, umbanda), todos ali sendo ouvidos tem a possibilidade de construção de algo maior e diferenciado, então com o projeto REDES era a materialização disso.

A atuação do Projeto Redes, na medida em que se somou à estrutura do Plano JF+Vida com a atuação do Grupo Técnico, foi como um facilitador no entendimento e na formação de uma rede integrada no município. Através desse projeto, foi possível realizar a formação e capacitação para os servidores e profissionais inseridos nos diferentes serviços e políticas públicas cuja atuação incluísse o debate sobre droga.

A estruturação do Plano JF+Vida contou com uma expressa participação do governo executivo, desde a composição do COMPID, da elaboração do Plano até a organização do Grupo Técnico. A presença da sociedade civil se deu por meio da UFJF, que representou a academia no processo de contextualização e embasamento do referido plano.

De acordo com o depoimento da entrevistada Cláudia Stumpf, que coordenou o Grupo Técnico e esteve na linha de frente da construção do referido grupo,

montou-se o grupo técnico e eu fui responsável pela coordenação desse grupo técnico a gente respondia né... ao convite no sentido de organizar qual era o plano de ação e apresentar, conectar o desenvolvimento do planejamento do plano de ação sempre que solicitado na verdade todo plano de ação foi proposto pelo governo e aprovado pelo COMPID. Nessa condição que ele (COMPID) acompanhava todas essas informações sobre o que tava sendo executado... e eu entrava nessa da plenaria interessante essa parte assim né... O plano foi baseada em quatro eixos: prevenção, cuidado e da segurança e o eixo da geração de renda... esses quatro foram muito bons hein... na época do Governo Dilma.

Ainda de acordo com Claudia Stumpf,

Nessa linha então a gente tinha todas as ações... as que representavam a prevenção, a linha do cuidado, e a gente tem uma parte que envolve a formação ele chamou os processos formativos em Álcool e outras Drogas e demos o nome de diálogos intersetoriais. Então essa parte do diálogo eu fui muito orientada aí pela Ana Cecília. Que na época era uma representante da Secretaria de Saúde, foi indicada pelo gabinete lá da Secretaria de Saúde. Então Ana Cecília ela fez toda a orientação para que a gente pudesse trabalhar uns diálogos intersetoriais E aí nós fizemos uma proposta que a gente trabalhava com a Secretaria de Assistência Social, Saúde e Educação, Esporte e Lazer e Cultura... Gerais dentro dessa proposta do diálogo intersetoriais das oficinas nós fizemos um trabalho né junto com os territórios que eram georreferenciados através da Assistência Social – CRAS... Nós preferimos referenciar áreas de uma maior abrangência.



Diante disso, observa-se que a composição do Comitê Técnico foi a mesma composição dos conselheiros representantes do poder governamental no COMPID. Não houve separação entre o Comitê Técnico e os conselheiros do governo: foram os mesmos nesse processo. A diferença foi a inserção da UFJF e do Instituto de Educação e Cidadania (IEC), já que esses não são representações governamentais.

No que se refere ao Comitê Gestor do JF+Vida, podemos concluir, por meio do Decreto nº 12.080, de 03 de setembro de 2014, que o instituiu, que sua composição vai além do Comitê Técnico, na medida em que o Comitê Gestor teria como objetivo a elaboração do Plano Municipal Integrado sobre Crack, Álcool e outras Drogas em Juiz de Fora (JF+Vida), que se deu no mesmo ano. Os membros do Comitê Gestor estão elencados a seguir:

Art. 1º Fica instituído o Comitê Gestor do Plano Municipal Integrado sobre Crack, Álcool e outras Drogas - JF + Vida, que funcionará através das reuniões sistemáticas, composto por representantes de cada órgão e entidade da Administração Municipal a seguir indicado: I - Secretaria de Governo; II - Secretaria de Planejamento e Gestão; III - Secretaria de Comunicação Social; IV - Secretaria de Administração e Recursos Humanos; V - Secretaria de Saúde; VI - Secretaria de Desenvolvimento Social; VII - Secretaria de Educação; VIII - Secretaria de Esporte e Lazer; IX - Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Trabalho e Geração de Emprego e Renda; X - Secretaria de Agropecuária e Abastecimento; XI - Fundação Alfredo Ferreira Lage - FUNALFA; XII - Departamento Municipal de Limpeza Urbana - DEMLURB; XIII - Empresa Regional de Habitação – EMCASA.

Observa-se que não houve separação entre os representantes do governo no Conselho e os pertencentes ao Comitê Técnico. Esse é um dado a ser considerado, pois na formulação da política o que houve foi a tentativa de construção de um plano com a possibilidade de se conseguir o financiamento que viria do Governo Federal.

De acordo com um dos representantes da sociedade civil:

depois que eles descobriram a possibilidade de financiamento do governo federal... então foi não tinha nada de novo nesse plano. Foi algo dentro da prefeitura para dentro da Prefeitura. Foi uma coisa bem forjada, aí nenhuma novidade. Forjada para trazer para dentro da prefeitura, para ter apoio eleitoral. Para o prefeito de apoio religioso... tinha um o grupo religioso, comunidade terapêutica, roupa de RD. Não tinha novidade nenhuma, porque eu achava muito fraco. Só reforçava e é muito contraditório porque tinha pessoas da prefeitura ou parceiros que tinham um lado até mais um pouco progressista, mas quanto a história na questão prática, quem define a quem fazia para ele só que tinha uma um “discurso interessante. (E2)

O Plano JF+Vida, em sua estruturação, foi uma iniciativa dentro da gestão governamental, tanto que não avançou, pois não fomentou diálogos com os movimentos sociais e as diferentes representações da sociedade civil no município.

Torna-se importante destacar que após a estruturação do Plano JF+Vida realizou-se a I Conferência Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas nos dias 05 e 06 de outubro de 2017, na Casa dos Conselhos, com o tema: “Políticas Públicas sobre Drogas para a juventude: não falar deles sem eles” (JUIZ DE FORA, 2017).

A Conferência pretendeu integrar o Plano Municipal sobre Drogas com a sociedade civil de forma paritária com o Governo, na busca por um plano oriundo do controle social; no entanto, após sua realização, não se obteve a delegação para a construção de um plano paritário com participação da sociedade civil e governo.

Nesse evento foi questionado o fundo municipal da política integrada sobre drogas, a obtenção do recurso e como garanti-lo – trata-se de recurso oriundo das apreensões, feitas pela segurança pública, de mercadorias e outros elementos do tráfico de drogas.

A partir desse debate, criou-se, na estrutura do Plano JF+Vida, o Fundo Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas (FUMPID) e pôde se constatar o possível interesse no recebimento de financiamento.

De acordo com a entrevistada E2:

Acompanhar a grande discussão era para onde ir o dinheiro... pressão sob o dinheiro do Crack É Possível Vencer... seria dinheiro para as CTs?! Me parece que esse plano nessa parte toda aí, desse dizer se esse não tinha uma vinculação diretamente com o Estado, pois o que teve foi uma simulação com o governo federal e que de certa forma em Juiz de Fora não tinha jeito, embora acho que tinha um fundo mas eu acho também que fundamente fez que não sei tinha mas não tinha... é um fundo que ficou raso... rrsr. A ideia era que esse grupo tinha a ver com a gestão executiva, né? A expectativa que esse fundo tivesse dinheiro, mas não existiu dinheiro.

De acordo com a fala acima, não houve investimento por parte do governo federal no Plano JF+Vida; no entanto, o FUMPID foi criado, através do Decreto nº 12.967, de 15 de maio de 2014, e se constituiu com o objetivo de aplicar recursos financeiros destinados ao desenvolvimento das ações de pesquisa, estudos, prevenção, tratamento, reinserção social e redução de danos da Política Municipal sobre Drogas.

Ainda sobre esta questão, Wanessa Barbosa, em uma de suas falas, na entrevista, enfatiza o chamado fundo sem fundo do FUMPID. Ela teve participação direta na discussão sobre o tema, na medida em que esteve à frente do COMPID, na Casa dos Conselhos da Secretaria de Desenvolvimento Social e integrou a equipe gestora do Plano JF+Vida.

[...]então, assim, o Fundo Municipal de Política de Droga né que é um fundo atrelado ao COMPID hoje ele é um conselho deliberativo, ou seja, eles seriam responsável por deliberar inclusive como utilizar... só que a gente brinca que é um **fundo sem fundo** né? Nunca houve recursos, dinheiro na conta do fundo. Havia o entendimento de que aquilo que é o tesouro estaria alocado nas unidades gestoras, ou seja, na secretaria. Não nesse mundo de direito então é o fundo que o conselho nunca conseguiu captar, né? O conselho nunca conseguiu fazer esse movimento de captação de recursos e o poder público também nunca locava recursos nesse fundo. Então sempre foi um fundo sem fundo não sei te falar hoje como está mas até dezembro [de 2020] estava sem fundo. (Wanessa Barbosa)

A criação de um Fundo Municipal sobre Drogas, de acordo com a Lei nº 12.967/2014, que cria o FUMPID (JUIZ DE FORA, 2014), pode apresentar movimentos políticos, pode receber recursos revertidos de apreensões relacionadas ao tráfico de drogas, recursos do Tesouro Municipal e doações privadas. O FUMPID é sempre vinculado ao COMPID e são instrumentos na constituição das políticas municipais sobre drogas.

De acordo com a fala de E2:

a estratégia era capacitar profissionais da Rede de atenção aos usuários de drogas no Brasil inteiro e foi feita através de uma de um edital que a gente competiu como ele estava aberto aí... quando veio para cá, esse programa que foi configurado para que se vencer aí... Talvez seja um detalhe importante já dava um pacote pronto, previa-se uma verba para os municípios que era do crack é possível vencer. Lembrando que é um momento de eleição presidencial onde o tema craque ele tava na agenda Eleitoral.

Como não houve o recebimento e repasse desse financiamento, e na medida em que o programa federal se extinguiu, o JF+ Vida saiu do âmbito da Secretaria de Governo e foi removido para a Secretaria de Desenvolvimento Social, no período de 2018-2020, desvinculando-se, novamente, das demais secretarias. Uma das entrevistadas, Tammy, que na época foi a gestora da referida pasta, argumenta:

E com isso foi feito durante um bom tempo com a secretaria de governo desde que eu cheguei mesmo antes do JF+ vida passar oficialmente para secretaria de Desenvolvimento Social. Deveria ter todos conversado para a gente poder garantir esse orçamento para a gente poder garantir sua equipe porque ela só lembra que eu falei lá no início da questão da mudança de paradigma da política nacional de assistência social também uma coisa é mexer com drogado

mexer com pobre... Mais interesses para aquela comunidade né e o que a gente vê quando eu analisei toda esse complexo lá é que na hora que eu somasse iria ficar muito pesado né, mas se eu começar a com parente visual eu vou comparar lá na zona norte lá no milho Branco? Talvez o meu dado de lá ele é mais impactante do que os dados do outro lado da cidade, né.

Neste contexto, no que se refere à política sobre drogas e à troca de gestão municipal no ano seguinte, houve a tentativa, por parte dos protagonistas do JF+Vida de obter recursos financeiros para a reconfiguração da Política de Drogas na cidade de Juiz de Fora.

Claúdia Stumpf afirma:

porque aí é bom a gente ter um plano municipal várias etapas a última etapa foi meio financiado, mas a gente estava esperando chegar... aí nem para ele, nem vindo da Margarida Salomão que ia mandar para nos uma ementa já tinha saído de Brasília pelo que eu vi. Mas não tinha conseguido a gente não tinha conseguido pegar a ementa e colocar no fundo para poder fazer outra etapa que já estava toda planejada.

Dessa forma, surgiu a possibilidade da emenda parlamentar realizada por Margarida Salomão (PT):

Construir para poder dar continuidade ao projeto do JF+Vida, projeto que foi aprovado pela Margarida Salomão, nossa atual prefeita e quando mudou o governo federal... a ementa aprovada, emenda parlamentar todinha aprovada e quando o governo assumiu né a área de políticas sobre drogas Federal simplesmente disse que este projeto não... A palavra redução de danos fizemos até uma estratégia para prever ação né para não poder perder o recurso mas não adiantou muito não porque olha só ementa aprovada fazia parte do PPA ainda documento Federal ao meu ver não poderia ter deixado de receber que se a gente entrasse daria para dar continuidade aos processos formativo. (Claudia Stumpf)

Diante disso, observa-se que o plano municipal de políticas integradas sobre drogas se encerra por falta de investimentos e gestão municipal no que se refere à capacitação de recursos para que a política sobre drogas aconteça. Ainda assim, é necessário compreender que existiram marcos no que refere aos retrocessos políticos, fortalecidos nos governos Temer e Bolsonaro. A lógica da política de drogas sempre foi proibicionista, com sua estruturação e configuração que se impunha de cima para baixo e por iniciativas governamentais, como a da gestão municipal de Juiz de Fora, para o caso do JF+Vida.

Nesse sentido, observa-se que o ocorrido no âmbito municipal advém do contexto do governo federal, e, neste particular, no final de 2018 e início de 2019, setores conservadores instalados na gestão federal intensificaram o desmonte nas políticas públicas e o seu não financiamento.

E assim, no âmbito do COMPID, os protagonistas e executores do plano, que também compunham o conselho em suas respectivas representações, levam para a plenária do final de 2020 e começo de 2021 suas análises no que se refere à importância de se construir um Plano Municipal que tenha a identidade e particularidades do município.

De acordo com os dados das atas do COMPID deste período, a que tivemos acesso, particularmente, a realizada aos quinze dias do mês de janeiro do ano de dois mil e vinte um. No segundo ponto da pauta referente a questões sobre o Plano Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas – JF+Vida, as representações do Governo no COMPID; a mudança institucional da sede do COMPID e da Casa dos Conselhos e a nova Secretaria de Direitos Humanos, se é informado a que a Casa dos Conselhos sai da estrutura da Secretaria da Assistência Social e vai para a Secretaria Especial de Direitos Humanos; isso vem da compreensão da prefeita de ver os Conselhos como uma das formas mais importantes de participação do cidadão e da cidadã, através das suas organizações, na construção e acompanhamento da política pública. O segundo ponto da pauta de uma das atas do COMPID, a ata realizada em 15 de janeiro de 2021, refere-se a questões sobre o Plano Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas – JF+Vida, às representações do Governo no COMPID; à mudança institucional da sede do COMPID e da Casa dos Conselhos e à nova Secretaria de Direitos Humanos. Esse mesmo ponto estabelece que a Casa dos Conselhos deixa a estrutura da Secretaria da Assistência Social e vai para a Secretaria Especial de Direitos Humanos, decisão pautada na compreensão da prefeita, que vê os Conselhos como uma das formas mais importantes de participação do cidadão e da cidadã.)

Ainda assim, foi ressaltado nessa ata, ao se referir à plenária anterior em que estiveram presentes Cláudia Stumpf (Secretária de Governo na gestão anterior) e Wanessa Barbosa (Secretária de Desenvolvimento Social na gestão anterior), apontou-se sobre a necessidade de se criar um projeto de lei na Câmara para regulamentar a política, de modo que não prevalecesse a lógica segundo a qual um grupo de trabalho exclui o COMPID. Marco Duarte, presidente do COMPID nessa época, afirmou que o COMPID (órgão) estava se organizando quanto a isso, já existia o conselho, mas não se tinha a política nem mesmo a gestão do JF+Vida; o COMPID, isolado, no sentido de se ter apenas o COMPID, requeria que a ele se agregasse uma política, assim como a gestão, para que se formasse o tripé da cidadania das instâncias de participação, gestão e política (JUIZ DE FORA, 2020).

Importante destacar que, com a troca de gestão, o Plano JF+Vida foi revogado pelo Decreto nº 14.173, de 11 de novembro de 2020, que revogou o Decreto nº 12.080, de 03 de

setembro de 2014, que, por sua vez, estabeleceu Diretrizes para a Elaboração do Plano Municipal Integrado sobre Álcool e outras Drogas em Juiz de Fora – JF+Vida.

Como decorrência desse evento de troca de gestão municipal e revogação do Plano Municipal, de acordo com a plenária de março do ano de 2021, a convite do presidente Marco Duarte, a primeira coordenadora do Plano JF+Vida (que naquele momento se encontrava em doutoramento no Canadá) realizou uma fala durante a plenária, de forma online, sobre as perspectivas do novo plano municipal de políticas integradas sobre drogas – a ser construído pelo município, a partir da nova gestão iniciada em 2021. Dessa forma, ela afirma a importância do debate sobre a ausência da política e da gestão da mesma (JUIZ DE FORA, 2021).

De acordo com a análise, é necessária uma gestão dessa política de drogas, pois o que ocorre na conjuntura atual é o financiamento direto às Comunidades Terapêuticas, cujo controle não é feito, nem discutido na saúde, porque não é considerado saúde, não passa pela assistência social e não possui uma gestão em específico para a questão da droga. Dessa forma, o COMPID vai precisar pensar e repensar a questão a partir da nova gestão no âmbito do Governo Federal, pois o contexto atual do município de Juiz de Fora é a extinção do Plano sobre Drogas e a relação do COMPID; o debate das drogas, por sua vez, se dá na secretaria municipal de direitos humanos, criada nesta gestão municipal (2020-2024) da prefeita Margarida Salomão (PT).

#### 3.3.4. Questões do cenário atual: retrocessos no campo atual

Podemos compreender que, a partir de 2011, os retrocessos referentes política de drogas se intensificaram; do ano de 2015 em diante, obtivemos marcos na nova configuração política do Estado brasileiro, apontando para a contrarreforma nesse campo. No momento atual, o projeto político em curso, no governo federal, reforça as fragilidades estruturais do próprio Sistema Único de Saúde e do Estado Democrático de Direito construído nas últimas décadas.

As resistências colocam-se como possibilidade e necessidade, pois o enfrentamento e os desafios que se põem frente aos cenários político, econômico e sanitário devem ser pautados de forma coletiva e potente. A configuração da política de saúde mental, álcool e drogas muda com fortes posicionamentos conservadores, se acirra com os governos Michel Temer e Bolsonaro, particularmente, pelo último, que instaura as políticas que reforçam o conservadorismo e a centralidade do cuidado e do financiamento às Comunidades Terapêuticas.

Os retrocessos dentro da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas se tornam nítidos quando se cria a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, através do Decreto nº 9.674/2019 (BRASIL, 2019), no âmbito do Ministério da Cidadania. Particularmente porque quem assume a gestão da nova pasta, desistindo de ser gestor da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde (CAPUTO et al., 2020) é o psiquiatra Quirino Cordeiro Júnior.

Nessa linha de raciocínio, Guimarães e Rosa (2019) afirmam sobre uma cisão na política pública sobre drogas, que impõe que esta nova pasta assumira “[...] a área da redução da demanda e do Ministério da Justiça e Segurança Pública, gerido por Sérgio Moro, que ficou encarregado pela área da redução da oferta de drogas” (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 129).

Desse modo, nos dois últimos anos da gestão municipal de Juiz de Fora (2018 – 2020) o JF+Vida esteve vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Social (SDS). E no fim do ano de 2020 esse plano é revogado pelo Decreto nº 14.173, de 11 de novembro de 2020.

Atualmente, no contexto do município de Juiz de Fora não houve avanços; o COMPID está em sua composição inicial, apenas com suas representações eleitas, conforme o regimento. A política não se encontra constituída e o plano se extinguiu; atualmente busca-se integrar uma possível política na secretaria especial de direitos humanos.

Ressalta-se que no contexto do Governo Federal, a partir do Governo Bolsonaro, foi evidenciada, de forma nítida, a presença do neoconservadorismo. De acordo com Farias (2019), de um lado, lucra-se imensamente com a loucura e as drogas, a partir das internações e, no caso da última, com ilicitude; e, de outro, a moralização dessas questões, numa perspectiva de higienização social, legitimada pelo moralismo conservador, potencializa lucros e viola direitos.

Diante disso, no que se refere à política nacional, observa-se, a partir de 1º de janeiro de 2023 com a entrada do governo Lula (PT), a reorganização no que se refere à extinção da SENAPRED, e a política sobre drogas do atual governo federal passa a ser competência dos Ministérios da Justiça e Segurança Pública e do Ministério da Saúde, através da Medida Provisória nº 1.154, de 1º de janeiro de 2023.

Em relação à saúde, fica instituído pela medida provisória (BRASIL, 2023) como competência: Vigilância de saúde, especialmente quanto a drogas, medicamentos e alimentos. No que se refere à competência do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, tem a competência de promover políticas voltadas à atenção e reinserção social de usuários e

dependentes de drogas, à redução da oferta e à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. Assim também como gerir o Fundo Nacional Antidrogas e fiscalizar a ampliação dos recursos repassados pelo Fundo aos órgãos e às entidades conveniadas etc.

Diante disso, as possibilidades de se ampliar o debate sobre drogas se fortalecem no contexto político, no entanto, ainda assim é necessário fortalecer o debate e a organização entre os movimentos sociais e conselhos de garantia de direito na busca pelo acolhimento e não à repressão aos sujeitos em uso prejudicial de drogas. O debate integrado sobre droga e as demais políticas sociais torna-se essencial, pois a questão que envolve o uso de drogas não se refere apenas à criminalização e à pobreza: a droga deve ser debatida em diferentes contextos e espaços: na saúde, na educação, no território, assim como deve interseccionar o debate da questão étnico/racial, de gênero, sexualidade e a constituição da democracia no contexto atual do país.

O contexto municipal de Juiz de Fora deve ser repensado pela sociedade civil e, em conjunto com movimentos sociais engajados no debate da droga, pois. Deve-se construir esse debate, e a política que de fato se integre com os movimentos sociais, com perspectiva antiproibicionista, e que assegure assentos no espaço do controle social de usuários de drogas no COMPID.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o estudo, compreende-se que o sistema capitalista, por sua vez, tem como monte a penalização da pobreza, e é construído para a satisfação das necessidades do modo de produção e das ideologias políticas que o determinam. A sociedade atual pautada na desigualdade, a pobreza e a disparidade social crescem perante o acúmulo do capital.

O Brasil importou o ideário proibicionista e aderiu à criminalização dos que se encontram à margem dessa sociedade, portanto, é importante refletirmos a lógica proibicionista, de guerra às drogas, que se referem diretamente ao extermínio da população negra, periférica, em condição de rua, das pessoas que fogem do padrão estabelecido de gênero. Observou-se que, a partir de 2011, os retrocessos no que se refere à política de drogas se intensificaram; de 2015 em diante, obtivemos marcos fundantes na nova configuração política do Estado brasileiro, apontando para a contrarreforma nesse campo das políticas públicas, a intensificação da pobreza e do neoconservadorismo.

As resistências colocam-se como possibilidade e necessidade, pois o enfrentamento e os desafios que se apresentam frente ao cenário político, econômico e sanitário devem ser pautados de forma coletiva e potente. A configuração da política de saúde mental, álcool e drogas muda, com fortes posicionamentos conservadores, se acirra no governo Michel Temer e com Bolsonaro se instauram as políticas que reforçam o conservadorismo e as Comunidades Terapêuticas.

O projeto político em curso a partir do governo Bolsonaro – 2019 a 2022, reforçou as fragilidades estruturais do próprio Sistema Único de Saúde e do Estado Democrático de Direito construído nas últimas décadas. As resistências foram, e são, possibilidade e necessidade, pois o enfrentamento e os desafios que se colocam frente ao cenário político, econômico e sanitário devem ser pautados de forma coletiva e potente.

Nesse sentido, o contexto atual, a partir do ano de 2023, aponta para a ampliação do debate das políticas voltadas a saúde mental, álcool e outras drogas, diante da nova estrutura da política sobre drogas do Governo Federal, que passa ser competência dos Ministérios da Justiça e Segurança Pública e do Ministério da Saúde. A SENAPRED deixa de existir, mesmo com avanços ainda por menores importa ainda fortalecer o debate nas instituições de ensino entre outras, pois o conservadorismo ainda permanece.

Diante disso, torna-se necessário fortalecer a participação popular, aproximando-se dos movimentos sociais, organizações políticas, redes e coletivos no campo da discussão das drogas. Como também, é essencial a articulação com as demais organizações de luta da sociedade civil na busca por fortalecer a luta antiproibicionista às drogas, na busca pela emancipação humana e social, na construção da criticidade e do acesso aos direitos sociais e políticos.

## REFERÊNCIAS

- ACÁCIO, T. S. **O processo de reforma psiquiátrica em Juiz de Fora**: uma construção. 2019. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, T. M. de. Reflexões sobre políticas sobre drogas no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.
- ANDRADE, M. C. Políticas públicas na Constituição Federal de 1988: alguns comentários sobre os desafios e avanços. **CSONline** – Revista Eletrônica de Ciências Sociais, Juiz de Fora, n. 29, v. 2, p. 302-319, jan./jun., 2019.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 3ª ed. São Paulo; Campinas: Cortez; Ed. UNICAMP, 1995.
- ARAGÃO, I; ROSA, L. C. dos S. Política sobre drogas e neoliberalismo: comunidades terapêuticas e debate no Serviço Social. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 19, n. 37, p. 222-238, jan./jun., 2019.
- ARAÚJO, B. S. de. **Criminologia, feminismo e raça**: guerra às drogas e o superencarceramento de mulheres latino-americanas. 2017. 107f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.
- ARAÚJO, R. C. C. de. **Alterações da política de saúde mental e a expansão do poder punitivo**: drogas, comunidades terapêuticas e modelos de cuidado. 2019. 165f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.
- BACELLAR, R. P.; MASSA, A. A. G. Prevenção ao uso de drogas nos juizados especiais criminais. In: ANDRADE, A. G. et al. (org.). **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2015.
- BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma psiquiátrica brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da SPAGESP** - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 66-78, jan.-jun., 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v12n1/v12n1a08.pdf>  
Acesso em: 28 out. 2020.
- BARCELLOS, W. S. As políticas sobre drogas e os desafios recentes ao proibicionismo. In: DUARTE, M. J. de O. et al. (org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BASTOS, F. I. Para além do fatalismo. In: BASTOS, F. I.; GONÇALVES, O. D. (org.). **Drogas é legal?** Um debate autorizado. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1993.
- BASTOS, F. I. et al (Org.). **Troca de seringas**: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Decreto nº 4.294**, de 6 de julho de 1921. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. Disponível em: <https://cutt.ly/Xhiu4Dj> Acesso em: 31 out. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 14.969**, de 3 de setembro de 1921. Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos. Disponível em: <https://cutt.ly/uho89HY> . Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 24.559**, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: <<https://cutt.ly/HhiuiuF>>. Acesso em: 31 out. 2020.

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 determinam dependência física ou psíquica e dá outras providências. Disponível em: <<https://cutt.ly/zhiuh9n>>. Acesso em: 31 out. 2020.

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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm) . Acesso em: 31 out. 2020.

BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde**, 8., Brasília, 1987. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43 p. – (Série D. Reuniões e conferências, 5).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 3.657**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília: CF, 1989.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS nº 224**, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas à assistência em saúde mental. Brasília, DF, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004**, Brasília, 5ª ed. amp. p. 17-19, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar Sim, Excluir Não**. Caderno Informativo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsms.pdf> . Acesso em: 14 jan. 2023.

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 (Revogado pelo Decreto nº 10.473, de 24 de agosto de 2020). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.179%2C%20DE%20Gestor%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.179%2C%20DE%20Gestor%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias) . Acesso em: 14 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmsi\\_cns.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmsi_cns.pdf) . Acesso em: 14 jan. 2023.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1.154**, de 1º de janeiro de 2023. Nova estrutura da política sobre drogas do governo federal. Brasília, DF, 2023.

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. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia\\_social/decreto/decreto\\_7179.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/decreto/decreto_7179.pdf) Acesso em: 14 jan. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 4.345**, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm). Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.059**, de 04 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad – e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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 e drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: MS, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm). Acesso em: 28 out. 2020.

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. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm) . Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.637**, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto nº 7.637, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20112014/2011/decreto/d7637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/d7637.htm). Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011. Disponível em: <https://cutt.ly/IhiuvWm>. Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 131**, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html) . Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.482**, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Brasília, 2016. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482\\_25\\_10\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html) . Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. **Ementa Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm) . Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. **Proposta de Emenda à Constituição nº 241**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1495741](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1495741) . Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 32**, de 17 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, CIT/MS, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf> . Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria GM/MS 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. Brasília: MS, 2017. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. **Resolução CONAD nº 1**, de 9 de março de 2018. Aprova as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas – PNAD. Brasília> CONAD, 2018. Disponível em: <https://cutt.ly/dhiuNBY>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. **Nota Técnica Nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> . Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9.674**, de 2 de janeiro de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS e Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Brasília, 2019. Disponível em: <https://cutt.ly/DhiuXVi>. Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9.761**, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. Disponível em: <https://cutt.ly/thiuG7p>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.840**, de 5 de junho de 2019. Dispõe 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. Brasília, 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm) . Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9.926**, de 19 de julho de 2019. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9926-de-19-de-julho-de-2019-201622995>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria GM/MC nº 340**, de 30 de março de 2020. Estabelece medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional Decorrente de Infecção Humana Pelo Novo Coronavírus (COVID-19), no âmbito das Comunidades Terapêuticas. Brasília: Ministério da Cidadania, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/ZhiuOOI> . Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria GM/MC nº 69**, de 14 de maio de 2020. Aprova recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo Coronavírus, Covid-19. Brasília: Ministério da Cidadania, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-69-de-14-de-maio-de-2020-257197675> . Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. **Resolução CONAD/MJSP nº 3**, de 24 de julho de 2020. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, CONAD, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833> . Acesso em: 01 nov. 2020.



BRASIL. **Censo SUAS 2019**. Centro POP - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua. Brasília: Ministério da Cidadania, Secretaria Nacional de Assistência Social, Departamento de Gestão do SUAS, 2020.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, out./dez., 2006.

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

CARNEIRO, H. **A fabricação do vício**. São Paulo: NEIP, 2002. Disponível em: [http://www.neip.info/downloads/t\\_hen1.pdf](http://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf). Acesso em: 27 out. 2020.

CARVALHO, S. de. **A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

CARVALHO, J. C. de. **Uma história política da criminalização das drogas no Brasil: a construção de uma política nacional**. São Paulo: NEIP, 2011. Disponível em: <https://cutt.ly/KhiHBwr> . Acesso em: 27 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Nota do CFESS de repúdio à retirada da participação popular do CONAD**. Decreto do governo excluiu as vagas destinadas a especialistas e integrantes da sociedade civil no Conselho de Políticas sobre Drogas. Brasília: CFESS, 22 de julho de 2019. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1596%20-> . Acesso em: 22 nov. 2020.

COSTA, P. H. A. et. al. Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 245-252, jul., 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500030129> . Acesso 21 jan. 2023.

DUARTE, M. J. de O. Da lógica manicomial a rede de atenção psicossocial: a questão das drogas no campo da saúde mental e as internações forçadas. In: FERNANDEZ, O. F. R. L.; ANDRADE, M. M.; NERY FILHO, A. (org.). **Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos**. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015.

DUARTE, M. J. de O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. **Libertas**, Juiz de Fora, v.18, n.2, p. 227-243, ago./dez., 2018.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2010.

ESCOHOTADO, A. **História de las drogas**. Madrid: Allanza Editorial, 1995.

FARIAS, L. L. **Estado, nova direita e contrarreforma: uma análise sobre os atuais parâmetros da política de drogas no Brasil**. 2019, 131f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

IORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, n. 92, p. 9-21, 2012.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade** – o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). **Programa Crack, É Possível Vencer**. Rio de Janeiro. Disponível em: [https://programadrogas.fiocruz.br/projetos\\_e\\_atividades/34](https://programadrogas.fiocruz.br/projetos_e_atividades/34) . Acesso em: 14 jan. 2023.



GOULART, G. M. Política de saúde mental no município de Juiz de Fora. 2000. 58 f. **Monografia (Especialização em Saúde Mental)** - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

GUILHON, A. C. V.; COSTA, P. H. A. Entre paradigmas: desafios na constituição de uma política sobre drogas. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (org.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

GUIMARÃES, T. de A. A.; ROSA, L. C. dos S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 22, n. 44, p. 111-138, maio/ago. 2019.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 6. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

IANNI, O. **Estado e capitalismo**, 2ª ed. rev. e amp. São Paulo: Brasiliense, 1989. IANNI, O. Raças e classes sociais no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 2004.

IANNI, O. **Raças e classes sociais no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **IBGE Cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/juiz-de-fora.html> . Acesso em: 2 fev. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS - IPEA. **Nota Técnica, nº. 21**, Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Brasília: IPEA, DIEST, 2017. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/20170418\\_nt21.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf) . Acesso em: 28 mai. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS - IPEA. **Nota Técnica, nº. 73**, Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). Brasília: IPEA, DISOC, junho de 2020. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/200612\\_nt\\_disoc\\_n\\_73.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf) . Acesso em: 25 ago. 2020.

JUIZ DE FORA (MG). **Relatório da I Conferência Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Conselho Municipal de Saúde. 1992.

JUIZ DE FORA (MG). **Lei nº 12468**, de 09 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas - COMPID - e dá outras providências. Juiz de Fora: PJF, 2012. Disponível em:

<https://jflgis.pjf.mg.gov.br/norma.php?chave=0000034684> . Acesso em: 14 jan. 2023.

JUIZ DE FORA (MG). **Lei nº 12.967**, de 15 de maio de 2014. Cria o Fundo Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas – FUMPID. Juiz de Fora: PJF, 2014. Disponível em: <https://jflgis.pjf.mg.gov.br/norma.php?chave=0000037494> . Acesso em: 14 jan. 2023.

JUIZ DE FORA (MG). **Decreto nº 12.080**, de 03 de setembro de 2014. Institui o Comitê Gestor e o Grupo Técnico para Elaboração do Plano Municipal Integrado sobre Crack, Álcool e outras Drogas em Juiz de Fora- JF+Vida. Juiz de Fora: PJF, 2014.

JUIZ DE FORA (MG). **Resolução COMPID nº 009**, 04 de agosto de 2017. Dispõe sobre o regulamento da I Conferência Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas do Município de Juiz de Fora – MG. Juiz de Fora: PJF, 2017. Disponível em: [https://www.pjf.mg.gov.br/e\\_atos/e\\_atos\\_vis.php?id=55269](https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/e_atos_vis.php?id=55269) . Acesso em: 19 jan. 2023.

JUIZ DE FORA (MG). **Decreto nº 13.920**, de 7 de abril de 2020. Declara estado de calamidade pública no Município de Juiz de Fora em razão da pandemia decorrente do Coronavírus (COVID-19). Juiz de Fora: PJJ, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/xhy6vvhk>. Acesso em: 22 de nov. 2020.

JUIZ DE FORA (MG). **JF + Vida: Plano Municipal Integrado Sobre Crack, Álcool e Outras Drogas**. Juiz de Fora: PJJ, s/d.

JUIZ DE FORA (MG). **Ata da Reunião Plenária Ordinária nº 04/2020 do Conselho Municipal de Políticas Integradas Sobre Drogas de Juiz de Fora – MG**. Disponível em: [https://www.pjf.mg.gov.br/anexos/ATA\\_COMPID\\_FEVEREIRO\\_2021\\_16\\_02\\_21\\_.pdf](https://www.pjf.mg.gov.br/anexos/ATA_COMPID_FEVEREIRO_2021_16_02_21_.pdf). Acesso em: 14 jan. 2023.

JUIZ DE FORA (MG). **Decreto nº 14.173**, de 11 de novembro de 2020. Estabelece Diretrizes para a Elaboração do Plano Municipal Integrado sobre Álcool e outras Drogas em Juiz de Fora (JF+ Vida). Juiz de Fora: PJJ, 2020. Disponível em: [https://www.pjf.mg.gov.br/e\\_atos/e\\_atos\\_vis.php?id=79677](https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/e_atos_vis.php?id=79677). Acesso em: 14 jan. 2023.

JUIZ DE FORA (MG). Conselho Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas – COMPID. Composição do COMPID. Juiz de Fora: PJJ, 2021. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/compid/estrutura/composicao.php>. Acesso em 14 jan. 2023.

JUIZ DE FORA (MG). **Ata da Reunião Plenária Ordinária nº 03/2021 do Conselho Municipal De Políticas Integradas Sobre Drogas De Juiz De Fora – MG**. Disponível em: [https://www.pjf.mg.gov.br/anexos/ATA\\_COMPID\\_MARCO\\_2021.pdf](https://www.pjf.mg.gov.br/anexos/ATA_COMPID_MARCO_2021.pdf). Acesso em: 14 jan. 2023.

JUIZ DE FORA. CAPSad registra mais de 9,5 mil atendimentos nos últimos cinco meses. Portal de Notícias da PJJ, 2008. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=16339#:~:text=Inaugurado%20em%20maio%20de%202007de%20%C3%A1lcool%20e%20outras%20drogas>. Acesso em: 03/05/2022.

KARAM. M. L. Legislações proibicionistas em matéria de drogas e danos aos direitos fundamentais. *Verve*, São Paulo, v. 12, p. 181-212, 2007. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/5208/3741>. Acesso em: 28 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LIMA. R. C. C. A rede assistencial aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil e em Portugal: notas comparativas. In: DUARTE, M. J. de O. et. al. (org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set., 2007.

- MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; RÊGO, M. Entrevista realizada com o Prof. Antônio Nery Filho. In: NERY FILHO, A., et al. (org.). **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2009.
- MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.
- MARQUES, A. J. S. Reabilitação psicossocial e a reforma psiquiática em Juiz de Fora. In: PITTA, A. M. F. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MARTINS, M. F.; MARTINS, S.; OLIVEIRA, A. R.; SOARES, J. B. Conselhos municipais de políticas públicas: uma análise exploratória. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 151-185, abr./jun., 2008.
- MARX, K. **A ideologia alemã**. 2. ed. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.
- MARX, K. **O capital**, Livro II. São Paulo: Nova Cultural, 1985.
- MARX, K. **Crítica ao programa de Gotha**. São Paulo: Boitempo, 2012.
- MEDINA, M. G.; NERY FILHO, A.; VON FLACH, P. M. Políticas de prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas (SPA). In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- MENDES, S. M. D. O. Saúde mental e trabalho - transversalidade das políticas e o caso de Juiz de Fora. 2007. 164 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2007.
- MINAS GERAIS. Governo de Minas. **Meso e Microrregiões do IBGE**. Belo Horizonte: Secretaria de Governo, 2019. Disponível em: [https://www.mg.gov.br/sites/default/files/paginas/arquivos/2016/ligminas\\_10\\_2\\_04\\_listameso\\_micro.pdf](https://www.mg.gov.br/sites/default/files/paginas/arquivos/2016/ligminas_10_2_04_listameso_micro.pdf). Acesso em: 2 fev. 2021.
- MINAYO, M. C. S. (org.). O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S. et. al. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- MOURA, C. Cem anos de abolição do escravismo no Brasil. **Revista Princípios**, São Paulo, v. 15, p. 5-10, maio, 1988. Disponível em: <https://cutt.ly/Who4nfh>. Acesso em: 24 ago. 2020.
- NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 1991.
- OSORIO, J. **O Estado no centro da mundialização: a sociedade civil e o tema do poder**. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Expressão Popular, 2019.
- PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PINHO, L. Saúde mental: contra-reforma? **RADIS - Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 196, p. 6, 1 jan., 2019. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/saude-mental-contra-reforma>. Acesso em: 22 nov. 2020.
- QUEIROZ, V. D. C. Entre o passado e o presente: a atuação do assistente social no campo da saúde mental. 2009. 163f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Departamento de Serviço Social, Pontífica Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

RAMÔA, M. de L. **A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica:** um estudo sobre o projeto CAPSad. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

REVADAM, R.; SCARTEZINI, T. 50 anos em 5: como o Brasil está regredindo décadas na luta antimanicomial. **ComCiência** – Revista Eletrônica de Jornalismo Científico. Dossiê 214: Saúde Mental, Campinas, fev., 2020. Disponível em: <https://www.comciencia.br/50-anos-em-5-como-o-brasil-esta-regredindo-decadas-na-luta-antimanicomial> . Acesso em: 22 nov. 2020.

RONZANI, T. M. **Centro de Referência em Pesquisa e Intervenções para Álcool e outras Drogas.** Juiz de Fora: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Ciência Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.

RODRIGUES, T. **Política de drogas nas Américas.** São Paulo: EDUC; FAPESP, 2004.

SOUZA, G. et. al. O golpe no fundo público: uma análise orçamentária da seguridade social a partir da emenda constitucional 95. In: ENPESS – Encontro Nacional de Pesquisadores de Serviço Social, 16, dez., 2018. Vitória. **Anais eletrônicos** [...] Vitória: ABEPSS; UFES, 2018. p. 1-10, 2018.

SILVA. N. C. O. **Entre conservadorismos e rupturas:** análise das concepções de profissão orientadas do trabalho dos/as assistentes sociais em empresas expressas na formação acadêmico-profissional de Serviço Social em Juiz de Fora de 1961 a 2016. 2018. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.

SILVA. A. A. da. **Legalização e descriminalização das drogas:** modelos alternativos de oposição à política proibicionista de encarceramento em massa. Paraíba: Santa Rita, 2019.

VALÉRIO, A. L. R.; PEDROSO, R. T.; GARCIA, L. de S. L. Prevenção do uso prejudicial de drogas. In: FERNANDEZ, O. F. R. L. et. al. (org.). **Drogas e políticas públicas:** educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015.

ZAFIROPOULOS, M.; PINELL P. Drogues, déclassement et stratégies de disqualification. **Actes de la recherche em sciences sociales**, Année, n. 42, abril, 1982.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA FACULDADE DE  
SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**PESQUISA: Política Municipal Integrada de Drogas no município de Juiz de Fora/MG: JF+Vida avanços e retrocessos**

**Pesquisadora Responsável:** Marcilea Tomaz

**Orientador:** Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

##### **PARTE I - IDENTIFICAÇÃO**

###### **Dados Gerais**

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade de Gênero: \_\_\_\_\_

Relação com Juiz de Fora: natural da cidade. Se mudou, qual o motivo?

Formação e atuação profissional. É gestor, trabalhador, formação?

Qual sua relação com o COMPID, já foi ou é membro do conselho, como esse se configura? Quais suas potencialidades, lutas e conquistas?

##### **PARTE II - HISTÓRIA DA POLÍTICA DE DROGAS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA – MG**

- 1) Qual é a sua trajetória pessoal no campo da política de drogas?
- 2) Que visão possuía antes deste contato inicial com a Política de Drogas? Algo mudou com o passar do tempo?

- 3) Qual sua visão sobre a história da Política Municipal de Drogas na cidade de Juiz de Fora/MG? Como ela nasceu e vem se desenvolvendo?
- 4) Quais recursos financeiros, materiais que compuseram a estrutura da política de drogas? De onde vem e que dispositivos compõem a Política Municipal de Drogas?
- 5) Quais os recursos públicos (do governo) existentes para a Política Municipal de Drogas?
- 6) Quais recursos comunitários (de ONGs, serviços filantrópicos) auxiliam na Política Municipal de Drogas na cidade de Juiz de Fora?
- 7) Quais as potencialidades da Política Municipal Integrada de Drogas em Juiz de Fora. Fale sobre o INTEGRADA de drogas. Como vê essa política daqui a cinco anos?
- 8) Quais as dificuldades encontradas nesta área?
- 9) Qual é a configuração do COMPID, assentos, relação com as Comunidades Terapêuticas, CAPS AD?
- 10) O que seria necessário para melhorar a Política Municipal de Drogas?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido  
(TCLE)



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
– NÃO-ANONIMATO**

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário(a) da pesquisa **Política Integrada de Drogas no município de Juiz de Fora – MG:JF+Vida avanços e retrocessos**. O objetivo principal desta pesquisa é estudar o processo de construção da Política de Drogas através de narrativas e depoimentos de protagonistas no município de Juiz de Fora/MG. Trata-se de pesquisa desenvolvida junto ao curso de mestrado do Programa de Pós- Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, cujos resultados são de interesse acadêmico-científico.

A fim de alcançar o objetivo desta pesquisa, serão realizadas entrevistas com profissionais protagonistas que estejam ou estiveram no processo de construção da Política de Drogas do município de Juiz de Fora/MG. A partir do contato inicial com uma das pessoas protagonistas, buscaremos, através dessa pessoa envolvida na construção da Política de Drogas, novos participantes que sejam identificados como significativos nesse processo. Esperamos assim contemplar as mais variadas visões sobre a temática em questão.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: “entrevista individual, que será gravada, através da plataforma Google Meet (on-line), com transcrição e análise pela pesquisadora”. Ressalta-se que a pesquisadora irá revelar sua identidade, sendo utilizado apenas seu nome, nada mais será revelado, pois o interesse da pesquisa está em compreender a trajetória da política de drogas, e não o perfil dos usuários/entrevistados. Ainda assim, os/as entrevistados/as estarão em pares por terem expertise e experiência sobre o tema; caso se sentir-se coagido contará com o sistema de

garantia de direitos do aparato jurídico para seu resguardo.

A realização dessa pesquisa envolve risco, como cansaço devido ao tempo de duração ou indisposição e incômodo ao tratar do tema, assim como há o pequeno risco de instabilidade da conexão da internet, já que não serão utilizados procedimentos invasivos. Em qualquer destes casos, a entrevista poderá ser suspensa e, se o/a participante concordar, será reagendada para outro momento. Em síntese, caso ocorra qualquer indisposição e/ou incômodo na participação, a entrevista poderá ser suspensa e retomada em momento posterior, de acordo com disponibilidade e concordância, ou mesmo cancelada a participação e os já dados recolhidos do desistente serão descartados.

Essa pesquisa não traz benefício direto para o(a) pesquisador(a) ou o(a) entrevistado(a). As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais. Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma com que você é atendido(a). Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento está impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, a pesquisadora avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. A utilização das informações da entrevista será somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

---

---



Assinatura do Participante  
(a)

Assinatura do(a) Pesquisador

**Nome da  
Pesquisadora  
Responsável:  
Marcilea Tomaz  
C  
ampus  
Universitário da  
UFJF**

**Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de  
Serviço Social/Programa de Pós-Graduação em  
Serviço Social /Universidade Federal de Juiz de  
Fora.**

**CEP: 36032-170**

**Fone: (32) 99948-5439**

**E-mail: [marcilea.if@gmail.com](mailto:marcilea.if@gmail.com)**

Rubrica do Participante de  
pesquisa:

Rubrica do pesquisador:



## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ANONIMATO**

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário(a) da pesquisa **Política Integrada de Drogas no município de Juiz de Fora – MG:JF+Vida avança-se retrocessos**. O objetivo principal desta pesquisa é estudar o processo de construção da Política de Drogas através de narrativas e depoimentos de protagonistas no município de Juiz de Fora/MG. Trata-se de pesquisa desenvolvida junto ao curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, cujos resultados são de interesse acadêmico-científico.

A fim de alcançar o objetivo desta pesquisa, serão realizadas entrevistas com profissionais protagonistas que estejam ou estiveram no processo de construção da Política de Drogas do município de Juiz de Fora/MG. A partir do contato inicial com uma das pessoas protagonistas, buscaremos, através dessa pessoa envolvida na construção da Política de Drogas, novos participantes que sejam identificados(as) como significativos(as) nesse processo. Espera-se assim contemplar as mais variadas visões sobre a temática em questão.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você “entrevista individual, que será gravada, através da plataforma GoogleMeet (on-line) com transcrição e análise pela pesquisadora”. Ressalta-se que sua privacidade será respeitada, tanto quanto o sigilo e a identidade serão garantidos. Será utilizada identificação numérica das entrevistas, como E1, E2, E3, a fim de garantir o anonimato da entrevista.

A realização dessa pesquisa envolve risco, como cansaço devido ao tempo de duração ou indisposição e incômodo ao tratar do tema; assim, há o pequeno risco de instabilidade da conexão da internet já que não serão utilizados procedimentos invasivos. Em qualquer destes casos, a entrevista poderá ser suspensa e, se o/a participante concordar, será reagendada para outro momento.

Em síntese, caso ocorra qualquer indisposição e/ou incômodo na participação, a entrevista poderá ser suspensa e retomada em momento posterior de acordo com a disponibilidade e concordância ou mesmo cancelada a participação e os dados já recolhidos do desistente serão descartados.

Essa pesquisa não traz benefício direto para o(a) pesquisador(a) ou o(a) entrevistado(a). As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá todas as informações que desejar sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma com que você é atendido(a). A pesquisadora não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em qualquer publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, a pesquisadora avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os(As) pesquisadores(as) tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

**Nome da Pesquisadora**

**Responsável: Marcilea Tomaz**

**Campus Universitário da UFJF**

**Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Serviço Social/Programa de Pós Graduação em Serviço Social / Universidade Federal de Juiz de Fora.**

**CEP: 36032-170**

**Fone: (32) 99948-5439**

**E-mail: [marcilea.jf@gmail.com](mailto:marcilea.jf@gmail.com)**

Rubrica do Participante de  
pesquisa:

Rubrica do pesquisador:

## ANEXOS

## ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Política Integrada de Drogas no município de Juiz de Fora/MG: JF+Vida avanços e retrocessos.

**Pesquisador:** MARCILEA TOMAZ

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 43090621.0.0000.5147

**Instituição Proponente:** Programa de Mestrado em Serviço Social UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.688.779

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

\*A política de drogas no Brasil ao longo da história se apresenta atrelada a lógica proibicionista. A partir da regulamentação por marcos legais referente ao uso de drogas, observa-se a relação com o processo de formação sócio histórico e do Estado brasileiro. As políticas de saúde e de drogas no contexto do capital se apresentam de forma mínima de acordo com os ditames neoliberais. Os avanços referentes à garantia de direitos, autonomia e cuidado pautados na Reforma Psiquiátrica se encontram em retrocesso, o congelamento no financiamento das políticas públicas e a transferência da execução e gestão para o terceiro setor compromete a ampliação da cidadania e participação social. O investimento nas comunidades terapêuticas (CT), por parte do Estado se apresenta como reforço a segregação e moralização dos sujeitos em uso prejudicial de drogas. A proposta desse projeto de qualificação será analisar a emergência e o processo histórico de construção da Política Municipal de Drogas da cidade de Juiz de Fora-MG, na possibilidade de compreender de forma crítica o proibicionismo as drogas, assim como buscar identificar, através de pessoas protagonistas, os marcos e acontecimentos históricos que moldaram o cenário político e assistencial para a implantação do JF+Vida\*.

**Objetivo da Pesquisa:**

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

<b>Endereço:</b> JOSE LOURENCO KELMER S/N	<b>CEP:</b> 36.036-900
<b>Bairro:</b> SAO PEDRO	
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> JUIZ DE FORA
<b>Telefone:</b> (32)2102-3788	<b>Fax:</b> (32)1102-3788
	<b>E-mail:</b> cep.propesq@ufjf.edu.br





Continuação do Parecer: 4.688.779

**\*Objetivo Primário:** Analisar a emergência e o processo histórico de construção da Política Municipal de Drogas da cidade de Juiz de Fora-MG.

**Objetivo Secundário:** • Tratar conceitual e historicamente o tema das drogas na formação social brasileira; • Problematicar a lógica proibicionista que estrutura as políticas nacionais de drogas; • Compreender a construção da política de drogas no Brasil e particularmente em Juiz de Fora/MG, tomando a existência da rede de cuidados aos usuários e o lugar das comunidades terapêuticas; • Buscar identificar, através de pessoas protagonistas da construção da política de drogas em Juiz de Fora, os marcos e acontecimentos históricos que moldaram o cenário político e assistencial para a implantação do JF+Vidas\*.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

**\*Riscos:** Em relação aos riscos à participação na pesquisa, entretanto, as entrevistas podem, por exemplo, causar algum cansaço pelo tempo de duração ou indisposição e incômodo ao tratar do tema, assim como há o pequeno risco de instabilidade da conexão da internet. Em qualquer destes casos, a entrevista poderá ser suspensa e, se o/a participante concordar, será reagendada para outro momento. Os/as entrevistados/as poderão também desistir de continuar a participar, sendo que, em quaisquer destas situações, nenhum prejuízo ou ônus terão os/as participantes em relação à pesquisadora e à UFJF. Em síntese, caso ocorra qualquer indisposição e/ou incômodo na participação, a entrevista poderá ser suspensa e retomada em momento posterior de acordo com a disponibilidade e concordância ou mesmo cancelada a participação e os já dados recolhidos do desistente serão descartados. As respostas dos/as entrevistados/as poderão ser abordadas de forma não anônima ou anônima e confidencial, caso a pessoa desejar. No entanto, caso o/a entrevistado/a desejar o anonimato será resguardado o risco da identificação pessoal no ato da transcrição da entrevista, será utilizada identificação numérica da entrevista caso seja necessário, como: E1, E2, E3. Em nenhum momento será divulgado o nome da pessoa entrevistada que desejou o anonimato em qualquer fase do estudo.

**Benefícios:** Ressalta-se que a pesquisa não traz nenhum benefício imediato as/aos participantes, sendo que estes contribuirão com o processo de conhecimento acadêmico-científico sobre a história de construção da Política Integrada de drogas no município de Juiz de Fora/MG. Os benefícios são indiretos, na medida em que o processo de conhecimento acadêmico-científico proporcionado pela pesquisa poderá vir a contribuir com a construção analítica para se pensar a política municipal integrada de drogas\*.

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.688.779

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Em acolhimento às medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) e a m de priorizar a saúde da comunidade com o distanciamento social, (medida considerada a mais eficiente para frear a propagação do coronavírus e a disseminação da pandemia de Covid19), apresentará a(s) declaração(ões)de concordância e infraestrutura e a Folha de Rosto posteriormente, comprometendo-se em declaração de próprio punho a encaminhar ao CEP, por NOTIFICAÇÃO, o(s) documento(s) com as devidas assinaturas assim que a presente situação voltar à normalidade. Conforme autoriza a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em caráter excepcional, a dispensa de assinaturas nos documentos necessários à submissão de protocolos de pesquisa junto a Plataforma Brasil durante esse período. Vale ressaltar que aprovação está sendo realizada mediante as recomendações da CONEP, que cada instituição têm autonomia de consentir ou não na realização da pesquisa.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br





Continuação do Parecer: 4.688.779

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 30/07/2021.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1692939.pdf	28/04/2021 09:38:27		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_anonimato_28_04.pdf	28/04/2021 09:36:40	MARCILEA TOMAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ao_anonimato_28_04.pdf	28/04/2021 09:36:00	MARCILEA TOMAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_Politica_de_drogas_JF_28_04_Compilado.pdf	28/04/2021 09:35:34	MARCILEA TOMAZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	COMPID_CEP_UFJF.pdf	05/03/2021 10:35:53	MARCILEA TOMAZ	Aceito
Outros	declaracaodafolhaderosto.pdf	29/01/2021 14:58:19	MARCILEA TOMAZ	Aceito
Outros	RoteirodeEntrevistaa.pdf	28/01/2021 16:06:15	MARCILEA TOMAZ	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	28/01/2021 15:42:12	MARCILEA TOMAZ	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br





Continuação do Parecer: 4.688.779

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 04 de Maio de 2021

---

**Assinado por:**  
**Jubel Barreto**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br