



Política Sobre Drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos

Drugs Policy in the State of Espírito Santo: consolidating setbacks

FABIOLA XAVIER LEAL*

CAROLINE CHRISTINE MOREIRA DOS SANTOS**

RENATA SANTOS DE JESUS***



RESUMO – Este artigo tem como objetivo apresentar os dados da pesquisa Políticas de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Espírito Santo (ES), efetuada entre os anos de 2012 a 2014, na qual realizou-se um diagnóstico sobre as instituições de tratamento, prevenção, redução de danos e ensino/pesquisa na área de drogas no ES. Realizaram-se entrevistas com os dirigentes das entidades com a aplicação de instrumento de coleta de dados. Observou-se um cenário que aponta para o crescimento de Comunidades Terapêuticas Religiosas, a reafirmação da lógica manicomial expressa nos encaminhamentos recorrentes da quase totalidade dos municípios capixabas para instituições com regime de internação e, sobretudo, a ausência de instituições qualificadas para atender as demandas para tratamento na área de drogas. Assim, nossas reflexões acompanham as reflexões da Luta Antimanicomial e demais movimentos em defesa do SUS no sentido de nos posicionamos contra a implantação de uma “rede paralela” à rede pública de saúde.

Palavras-chave – Política da Saúde. Política de Drogas. Rede de Serviços.

ABSTRACT – This article presents the results of the study Policies attention to issues related to alcohol and other drugs in Espírito Santo (ES)", conducted between the years 2012-2014, which realized a diagnosis of the institutions of treatment, prevention, harm reduction and education / research on drugs in ES. Interviews were conducted with the leaders of institutions with the application of survey. There has been a scenario that points to the growth of therapeutic Religious Communities, the reaffirmation of asylum Express Logic in recurrent referrals of almost all of the ES cities for institutions with hospitalization regime and especially, inexistence of qualified institutions to receive demands for drug treatment. Our reflections follow the reflections of mental health and other movements in defense of the Brazilian Health System (SUS) against the implementation of a "parallel network" to public health.

Keywords – Health policy. Drug policy. Network institutions.

* Assistente Social. Doutoranda em Política Social, Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES/Brasil; CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4767058956645536>. E-mail: fabiola.leal@ufes.br.

** Assistente Social, Vitória, ES/Brasil; CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1606293770443206>. E-mail: carolmoreira.sso@gmail.com.

*** Assistente Social, Vitória, ES/Brasil; CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6365012209985688>. E-mail: renata.sjesus@gmail.com.

Submetido em: agosto/2015. Aprovado em: maio/2016.

Esse artigo tem como objetivo apresentar os resultados da pesquisa “Políticas de Atenção às Questões Relacionadas ao Consumo de Álcool e outras Drogas no estado do Espírito Santo (ES)”¹ e discutir esses dados segundo o cenário nacional referente aos rumos das Políticas de Drogas Brasileiras. A pesquisa foi concebida a partir de uma demanda da realidade, no que se refere às ações existentes na área de drogas na sociedade capixaba, principalmente diante da urgência em elaborar análise da implementação da assistência às pessoas que consomem drogas e que demandam intervenções, seja na área de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, seja na área da produção de conhecimentos sobre a temática (ensino/pesquisa).

Os estudos anteriores, conforme mencionado, propuseram realizar um levantamento sobre as instituições para tratar a dependência química no território capixaba, com o intuito de mapear a rede de serviços e manter um banco de dados atualizado. E, neste estudo, após sete anos de divulgação dos últimos dados, o interesse em retornar à realidade diz respeito à necessidade de uma nova análise do processo de implementação da Política estadual sobre drogas. O cenário apontava para: o enfoque em ações direcionadas ao consumo de crack; o aumento de Comunidades Terapêuticas (CTs) de cunho religioso ofertando serviços; a aprovação de novas legislações na área de drogas tanto em âmbito federal como estadual; a judicialização do tratamento pela via das internações compulsórias; a permanência de um Estado proibicionista quando se trata de políticas sobre drogas; entre outros aspectos.

Assim, o estudo teve como objetivo geral realizar diagnóstico das Instituições públicas e privadas (com e sem fins lucrativos), atuantes nas Políticas de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no ES, com base na legislação vigente. E como objetivos específicos: identificar se as instituições atuam de acordo com o estabelecido pela Política de Saúde Mental (PSM) e legislação aplicável; analisar a atuação das instituições governamentais e não governamentais em relação aos seguintes aspectos: objetivos, atividades, rotinas de atendimento, composição e qualificação dos recursos humanos e infraestrutura física/financeira; fomentar as atividades das respectivas Vigilâncias Sanitárias e do Ministério Público do Espírito Santo (MP/ES) para que exerçam a fiscalização destas instituições; constituir e manter atualizado anualmente um banco de dados com informações sobre as instituições que atuam na área.

Como Procedimentos Metodológicos, a pesquisa envolveu as Instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de drogas que desenvolviam ações de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e saúde, ensino e pesquisa e que se encontravam em funcionamento no estado nos anos de 2012 a 2014.

a) **Etapa 1** - Levantamento Prévio: consistiu em levantamento de dados das instituições. Para isso foram utilizadas como fontes: as instituições já cadastradas no Conselho Estadual sobre Drogas (COESAD) e nas diversas instâncias de governo estadual e municipal; os levantamentos realizados pelas pesquisas já realizadas; e informações obtidas através de diversos profissionais, indicação das próprias instituições, entre outras fontes. Nesse sentido, utilizou-se a técnica da bola de neve, a qual consiste em obter informações a partir de contatos e conhecimentos durante a pesquisa (COLEMAN, 1958). Nessa etapa, chegou-se a um número de 352 instituições listadas, sendo que dessas: 43 não foram localizadas (contatos e endereços inexistentes); 14 não se enquadravam nos objetivos da pesquisa; 5 haviam fechado, 4 se negaram a participar; e 39 não foram visitadas (devido à dificuldade de acesso e agendamento para visita; desmarcação da entrevista; tempo para finalização da pesquisa). Assim, para fins de análise, havia um total de 290 instituições aptas, sendo entrevistadas 247 (o que corresponde a 85,2% do total de instituições aptas para essa pesquisa).

b) **Etapa 2** – Coleta de Dados: consistiu na aplicação do questionário ampliado através da realização de entrevistas com os dirigentes. Essa coleta se deu *in loco* após agendamento prévio. Esse instrumento de coleta foi desenvolvido por Carvalho e Duarte (2006), para a pesquisa

realizada pela Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) em 2007 - *Mapeamento das Instituições Governamentais e Não-governamentais de Atenção às Questões Relacionadas ao Consumo de Alcool e Outras Drogas no Brasil*. Esse instrumento está dividido em 5 Eixos: Perfil da Instituição (35 perguntas); Prevenção (08 perguntas); Tratamento (22 perguntas); Redução de Danos (10 perguntas); Ensino e Pesquisa (09 perguntas).

Cabe destacar que, nessa pesquisa nacional, os Grupos de Mútua Ajuda (GMA) não fizeram parte da coleta. Entretanto, neste trabalho optou-se por incluí-los considerando que, em muitos municípios do ES esse é o único recurso existente na área. Para isso, optou-se por entrevistar um grupo de cada encontrado (Alcoólicos Anônimos – AA, Narcóticos Anônimos – NA, Amor Exigente – AE, Grupo Esperança Viva – GEV e Pastoral da Sobriedade – PS). Essa opção se deu pela característica desses grupos: os grupos *de mesma natureza possuem as mesmas características*, ou seja, conforme as diretrizes normativas desses grupos, há um mesmo padrão de funcionamento, organização e estrutura. O que varia é a localização, o horário de funcionamento e o número de participantes. A partir da análise documental, que estabelece tanto as concepções dos grupos como as normativas para funcionamento, e também a partir da entrevista inicial com os dirigentes estaduais de cada GMA, optou-se por replicar os dados.

c) **Etapa 3** - Análise dos dados: para a análise quantitativa utilizou-se a análise estatística descritiva. E para as perguntas abertas foi realizada análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Essa análise apresenta-se como uma proposta metodológica dinâmica, sem, contudo, modificar os próprios termos da comunicação. A escolha dessa análise se deu pela flexibilidade dos seus procedimentos, que permitem que as técnicas sejam elaboradas em conformidade com o objeto (LAKATOS; MARCONI, 1990). Visa à simplificação dos conteúdos e comporta uma parte da interpretação (BARDIN, 1977).

A análise qualitativa se deu também com informações obtidas a partir da observação participante das pesquisadoras. Essa técnica de pesquisa permite "chegar", na prática, a sinceridade de certas respostas que, às vezes, são dadas só para causar boa impressão (...)" (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2004, p.164). Como procedimentos éticos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da UFES; foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Dirigentes; e foram suprimidos os dados de identificação dos entrevistados, como forma de assegurar o anonimato.

Para contextualizar esse cenário, cabe ressaltar que o estado do ES possui 78 municípios, com uma população de 3,515 milhões de pessoas, com uma concentração de 83,4% da população na zona urbana e 16,6% na zona rural. A região metropolitana é a mais populosa, seguida pelas regiões Sul, Central e Norte (IBGE, 2010). No que se refere ao planejamento da Política de Saúde, o estado está dividido em quatro regiões de saúde: Região Metropolitana (20 municípios), Região Central (18 municípios), Região Sul (26 municípios) e Região Norte (14 municípios) (SESA, 2011).

Nessa trajetória de aproximação com essa realidade há alguns anos, conhecendo as instituições que desenvolvem atividades na área e as ações desenvolvidas ou planejadas nas secretarias municipais de saúde e de assistência social, bem como nos conselhos municipais sobre drogas e grupos de mútua ajuda, defrontamos com um cenário que aponta para o crescimento de CTs Religiosas (CTRs), a reafirmação da lógica manicomial expressa nos encaminhamentos recorrentes da quase totalidade dos municípios capixabas para instituições com regime de internação e, sobretudo, ausência de instituições qualificadas para atender as demandas para tratamento na área de drogas. Nesse contexto, deparou-se também com uma realidade em que a comunidade em geral e/ou o gestor municipal e/ou os órgãos judiciais pressionam toda a rede de serviços para "resolver o problema" relativo à demanda para tratamento na área (LEAL; GARCIA, 2003).

Torna-se necessária, portanto, a contextualização e análise da política sobre drogas como parte integrante da PSM e, além dela, as ações, programas e projetos que perpassam também a Política de Assistência Social, a Política de Segurança Pública, entre outras. Algumas perguntas que pretendemos problematizar: em que medida avançamos para recuar? Como ocorreu e vem ocorrendo a implementação dessa Política? O que mudou ao longo desse percurso de análise?

Política sobre drogas: do “quase” avanço ao retrocesso

O caminho proposto requer situar a perspectiva aqui adotada de análise de Política Social Pública. Para isso, é preciso entender que há mediações complexas no cenário dessas Políticas Sociais envolvendo questões socioeconômicas, políticas, culturais, e atores, forças sociais/classes sociais, que se movimentam e disputam hegemonia nas esferas estatal, pública e privada (BEHRING, 2000).

Na conjuntura atual, em que o tema aparece quase sempre vinculado à Política de Segurança e ao aspecto legal (geralmente sobre a proibição), a reflexão procura mudar e ampliar o foco e situá-lo no contexto da saúde pública. Procuramos situar a discussão no contexto da PSM, sendo essa escolha intencional à medida que identifica e localiza o fenômeno como um problema de saúde pública, cujo responsável por sua execução deve ser o Estado brasileiro.

No que se refere à PSM brasileira, o país está atravessando um momento de mudanças significativas nessa área. Há na saúde mental, avanços e retrocessos, pois, embora a Política Nacional preconize a redução gradual dos leitos psiquiátricos, com atendimento ambulatorial por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e vivência em residências terapêuticas, em contrapartida, o direcionamento no campo da Política de Álcool e outras Drogas está na contramão deste processo. Dentre os vários discursos que disputam espaço na arena pública, lamentavelmente, tem se destacado o discurso da internação compulsória, da internação involuntária e a compra de leitos com fundo público em CTRs e clínicas psiquiátricas.

Sobre o panorama da saúde mental no mundo, a OMS ressaltou em 2010 que a maioria das políticas sociais não chega até as pessoas com transtornos mentais. Destacou que faltam investimentos na área de saúde mental, principalmente atendimentos focados nas pessoas que convivem com problemas de depressão, psicose, ideias suicidas e também usuários de álcool e outras drogas (WHO, 2010).

A proposta de reestruturação da PSM² é de que as pessoas que possuem transtornos mentais tenham acesso a uma rede completa de serviços, com os dispositivos necessários para o seu tratamento e reabilitação social, em cujo interior deve conter mais dispositivos como esses apontados que atenda toda população, serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, funcionalidade do Programa de Volta para Casa, além de ações contínuas de saúde mental na atenção básica (atendimento individual e em grupo, ao indivíduo e à família, oficinas terapêuticas e métodos de prevenção à doença mental). Todas estas ações devem ser articuladas entre equipes mínimas de saúde mental e Estratégia Saúde da Família (GARCIA; LEAL, 2012). Além disso, a saúde mental deve ser trabalhada e integrada não somente à saúde de forma geral, mas também conjuntamente a toda rede de assistência social, previdência e demais políticas.

Um grande desafio, nesse ínterim, é a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos do Sistema Único de Saúde (SUS) ou conveniados. Segundo Duarte (2013), entre o ano de 2002 e 2011 ocorreu uma redução considerada dos leitos psiquiátricos no país, o que corresponde a 37,2%. Isso demonstra que a redução aconteceu justamente após o ano de implantação da lei 10.216/01, fato este que pode ser entendido como avanço legislativo na saúde mental. Porém, apesar destes avanços legislativos na PSM, e até mesmo no que se refere aos direitos referidos na Constituição Federal (CF), a política de saúde, como parte da Seguridade Social brasileira, vem sofrendo paulatinamente com o sucateamento dos serviços públicos. Segundo Behring e Boschetti (2011), essas transformações são explicitadas com o advento da instauração do neoliberalismo no Brasil, logo após a dura batalha pela abertura da democracia e a elaboração da CF de 1988. Dentre as principais propostas sobre as quais a ideologia neoliberal está assentada, destacam-se a de que o Estado deve agir de forma a transferir responsabilidades sociais para a sociedade civil, a não interferência na economia até o momento de crise do capital, o investimento em políticas públicas de maneira a garantir minimamente a reprodução da força de trabalho e manutenção do exército de reserva. Nesse debate amplo, este é um dos pontos cruciais – analisar a Política sobre Drogas e PSM segundo o sistema capitalista e suas implicações para o tema. Somente a partir dessa mediação é possível desvendar e visibilizar as influências das políticas externas (que direcionam as políticas nacionais

de acordo com os interesses do capital internacional) no cotidiano das pessoas que consomem drogas (LEAL, 2006).

No campo das políticas públicas, não se pode deixar de mencionar as relações entre o Estado brasileiro e os interesses do capital internacional, política e financeiramente operacionalizadas pelos organismos internacionais (GRANEMANN, 2008), em destaque, aqui, para as políticas e ações na área de drogas. Para Rizzotto (2000), não se trata somente de implantar determinados programas/ações considerados estratégicos, mas, sobretudo, entender como as agências de ‘cooperação’ internacional têm exercido um papel central no desmonte do SUS. Como exemplo, pode-se verificar essa interferência no cotidiano das pessoas que consomem drogas e familiares e que demandam tratamento quando se fala da privatização do setor saúde e na abertura deste rentável ‘mercado’ para o capital transnacional (seja através das empresas/hospitais privados ou de organizações não governamentais cada vez mais presentes nessa área).

Assim, numa outra perspectiva, o fenômeno *consumo de drogas* deve ser pensado de maneira planejada e articulada a outras políticas públicas e que seu foco principal não deva ser a abstinência total, e sim o desenvolvimento de estratégias de prevenção, tratamento e redução de danos, capazes de minimizar os índices das questões relacionadas ao álcool e outras drogas (CFESS, 2013).

Portanto, para entender os rumos das Políticas sobre drogas brasileiras, uma contextualização a partir de dois grandes cenários tensos e contraditórios deve ser feita minuciosamente. De um lado, há os debates e normativas da SENAD, ou seja, vinculados ao Ministério da Justiça e à Casa Civil da Presidência da República e, do outro, de forma paralela, os debates oriundos do Ministério da Saúde. Essas são as duas principais linhas de atuação do governo brasileiro e que estão em constante disputa. Debruçar-se, então, sobre as políticas voltadas para o consumo de álcool e outras drogas é tarefa que exige entender a real dimensão do problema, ou seja, na atualidade o centro das atenções tem sido o crack, assim como em períodos anteriores já estiveram em evidência outras substâncias. Desvia-se o tempo todo o foco e, com isso, as ações ficam na aparência dos fenômenos. Conforme se pode observar, o Brasil destaca-se pelo uso abusivo de álcool. Dados da OMS (2014) informam que o consumo total estimado de álcool no Brasil é equivalente a 8,7 litros por pessoa, quantidade superior à média mundial (WHO, 2014).

A vigente Política Nacional sobre Drogas não traz, portanto, elementos inovadores no que concerne às questões de álcool e outras drogas, e a Lei 11.343/06 vem mostrar a opção do legislativo brasileiro pela repressão e proibição, ignorando o exemplo da história da lei seca nos EUA, onde comprovou-se na prática que prevenir e educar é mais barato que proibir e trancar (MARRONA, 2006).

E, nesse cenário, quando estabelecido o desafio de entender o que está sendo colocado atualmente no que se refere às Políticas sobre drogas e como as instituições/serviços/ações governamentais e não governamentais se apresentam no contexto estadual em específico, percebe-se que, embora muitos avanços tenham sido conquistados com a criação da RAPS e seus dispositivos, se vê os recuos drásticos que estão colocados em disputa. Como o poder de destruição é atribuído à droga em si, o governo federal, na era Dilma Roussef, por meio da SENAD, lançou, no ano de 2013, o edital de chamamento público nº 01/2013 SENAD/MJ, que credenciou CTs em todo o Brasil para receber verba pública na prestação de atendimentos. O tratamento em CTs basicamente se resume ao isolamento do indivíduo da sociedade, laborterapia e forte vinculação religiosa. Essa proposta de tratamento fere o que foi pactuado nas: IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Inter-setorial, VIII Conferência Nacional de Assistência Social e 14ª Conferência Nacional de Saúde, que recomenda o não repasse de recursos públicos para as CT's. Além disso, corroborando com essa linha de debate sobre o que são essas instituições, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) divulgou em 2011 o “4º Relatório de Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de Internação para Usuário de Drogas”, no qual relata que nestes espaços ocorrem todo tipo de violação de direitos (CFP, 2011).

É a partir dessa conjuntura de uma Política feita a partir de regulamentações, ordens e proibições que se procura analisar a realidade capixaba, problematizando-a numa conjuntura nacional e, sobretudo,

procurando estabelecer as mediações críticas necessárias para desvendar as reais intencionalidades que estão postas na disputa por regulamentar essa Política.

O Espírito Santo e sua Política sobre Drogas – entre *abraços* e discursos

O estado do ES tem uma regulamentação na área de drogas desde a década de 1980, quando cria formalmente o Sistema Estadual de Entorpecentes, como era denominado à época. Com o passar dos anos ocorreram mudanças nessas regulamentações, acompanhando o cenário nacional e o que há recentemente é a reformulação do Sistema Estadual com algumas mudanças significativas na Lei. Entre essas alterações, que ocorreram em 2012, houve a inclusão formal de representantes da sociedade civil organizada na composição do Conselho Estadual sobre Drogas. Porém, antes da mudança no Sistema, houve a criação da Coordenação Estadual sobre Drogas (CESD), através da Lei Complementar nº 605/dezembro de 2011, criada em nível de Gerência e passou a integrar o Sistema Estadual, devendo ser o órgão articulador das políticas setoriais, cabendo aos órgãos afins a execução das atividades em suas áreas de competências (ESPÍRITO SANTO, 2011).

É possível perceber, a partir da natureza e competências dessa Coordenação, que não cabe a execução de serviços, mas sim a articulação entre eles. Para tanto, é necessário um diagnóstico do que ocorre nos municípios do estado, o que de fato é problema nesses municípios, quais ações existem e se estão fragmentadas, quais são as lacunas existentes, enfim, para que a elaboração da Política Estadual esteja em consonância com as especificidades locais. Entretanto, essa Coordenação, no uso daquilo que *não é* sua atribuição, propõe ao Conselho Estadual (o qual aprova a proposta) o Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas no ES, por meio de Resolução do COESAD (nº 01, de 02 de abril de 2013). O Programa visa ofertar serviços de modo a ampliar as oportunidades de recuperação de dependentes químicos e apoio às famílias. Foi estruturado em 4 frentes de ações: Prevenção; Tratamento e Reinserção Social; Governança; Pesquisa, Capacitação e Informação (ESPÍRITO SANTO, 2013). Porém, a referida Resolução trata somente da frente *Prevenção; Tratamento e Reinserção Social* ao propor um *Serviço de Acolhimento* definido como *Serviço de Cuidado e Acolhimento para Pessoas com Dependência Química e Apoio às Famílias*, dotado de uma estrutura física própria, com intenção de ser um suporte de assistência e triagem. Essa proposta foi batizada como **Rede Abraço** e entra no cenário com a proposta de financiar instituições filantrópicas e privadas, majoritariamente de caráter confessional, as já conhecidas CTRs. O Edital de Credenciamento inicial (nº 001/2013 - SEG/CESC) previu um auxílio de até R\$1.500 por pessoa internada nas CT"s cadastradas. Com essa medida, contraria-se o longo processo de luta pela Reforma Psiquiátrica, a qual tem buscado incessantemente um tratamento diferenciado baseado na Política de Redução de Danos.

O que se percebe é que uma proposta como essa tem fortes características eleitoreiras, e utiliza-se do sofrimento das famílias em torno da dependência química como uma estratégia para reforçar o lobby político. Além disso, muitos proprietários de CT"s estão vinculados ao poder público (seja em âmbito federal, estadual ou municipal), principalmente representando as bancadas evangélicas que ganham força no cenário político. Dessa forma, descaracteriza-se os RAPS e a porta de entrada deixa de ser o CAPS, em uma ação totalmente paralela ao que já está previsto.

É importante frisar que o contrato entre o Governo, à época, e as Instituições foi assinado por tempo indeterminado, o que causou preocupação e indignação por parte dos defensores da Reforma Psiquiátrica diante da possibilidade de que pessoas fossem forçadas ou "convencidas" a permanecer internadas por longo tempo. Embora o discurso oficial do Governo afirmasse que as internações seriam voluntárias, diariamente a Justiça capixaba expediu e, ainda expede, pedidos para a internação compulsória nesses locais.

Após as eleições de 2014 houve a mudança do Governo Estadual, porém até o momento nenhuma mudança ocorreu para que esse cenário fosse revertido, pelo contrário, houve a ampliação dos pedidos de

internação compulsória e repasse de verbas para essas ações paralelas e altamente dissonantes com a PSM e todas as suas diretrizes. O que ocorre no ES não está descolado do que ocorre em outros estados do país, no que se refere à essa prevalência de instituições de longa permanência e confinamento para tratamento. Pode-se confirmar que isso vem se consolidando a partir do recurso empregado nas internações por cumprimento de medida judicial, pago pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA) por meio do SUS: em 2011 foram gastos R\$102.459,74; em 2012 o valor reduziu para R\$76.410,00, saltando para R\$9.667.947,00 em 2013 – sendo 29,3% desse valor pago a CTs religiosas que registraram algumas internações de mais de 240 dias (GARCIA, 2014) e absurdamente se elevando para R\$23 milhões em 2014³.

A partir desses dados alarmantes dos rumos das políticas capixabas, o levantamento realizado por essa pesquisa veio corroborar com informações importantes para a compreensão dessa realidade caótica. Conforme já mencionado, a partir das regiões de saúde foi feito o levantamento e análise dos serviços na área de drogas no ES.

O que os dados revelam

Dos 78 municípios, identificou-se a existência de algum tipo de serviço em 46 municípios. Portanto, 32 municípios não possuem acesso a nenhuma atenção específica na área de drogas⁴. E ainda, 23 municípios possuem somente Grupos de Mútua Ajuda como opção para aqueles que procuram algum tipo de atenção na área.

Sobre a **natureza das instituições**, prevalecem as instituições de cunho não governamental (94%) em detrimento aos serviços governamentais – somente 16 serviços, sendo que a maioria está vinculada à esfera municipal (09 instituições), seguidas por 04 instituições vinculadas à esfera federal e 03 à esfera estadual. Das instituições municipais, 08 são Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad)⁵ (SANTOS; JESUS, 2014).

Torna-se fundamental nesse contexto questionar para além do dado quantitativo de serviços, mas, sobretudo, como esses serviços estão funcionando. Pitta (2012) apresenta que os mais de 1500 CAPS em todo o país, como os únicos suportes do sistema de atenção à saúde mental/droga, estão fragilizados por vínculos de trabalho precários e pelas sazonalidades eleitorais. Devido a isso, estão vulneráveis às críticas de ineficácia e ineficiência de respostas terapêuticas. Estão muitas vezes sós e frágeis, como recursos únicos da rede em vastas regiões. E, dessa forma, como será possível torná-los eficazes, efetivos e eficientes, com funcionamento diuturno, gerenciando o cuidado da rede comunitária e suplementar?

Quanto à **distribuição dos serviços por região de saúde**, há: Região Metropolitana com 65,3% das instituições (175 serviços); Região Sul com 23,5% (63 serviços); Região Central com 7,1% (19 serviços); Região Norte com 4,1% (11 serviços). O que mostra a desproporcionalidade da distribuição dos serviços com a concentração na Região Metropolitana do estado. Há, portanto, um esvaziamento da oferta de ações no interior e na região serrana do estado, o que acaba por direcionar a população para os municípios em que há alguma possibilidade de atendimento. Isso acarreta, para os serviços públicos e da rede conveniada com o SUS, principalmente, um inchaço na demanda e a incapacidade muitas vezes da prestação do atendimento.

Um sério problema também encontrado nessa oferta de serviços é a inexistência de uma rede descentralizada de leitos de atenção integral em hospitais gerais ou nos CAPS III (que funcionam 24 horas e com leitos para o cuidado de situações que demandem acolhimento noturno), que permitam o cuidado nos momentos em que ações mais intensivas se fazem necessárias. Além disso, o ES é carente na oferta de serviços de urgência para casos de sofrimento ligado à saúde mental e ao consumo de drogas, pois há insuficiência e inconsistência na atuação do SAMU 192 para estes casos, além de não haver serviços de Pronto Socorro adequados para tais situações. Outro dado é que não há leitos para atenção às crianças e adolescentes que demandam atendimento na área de drogas.

Quanto às **atividades realizadas**, a maioria das instituições respondeu realizar mais de uma atividade, sendo que em primeiro lugar estão as que afirmam realizar Prevenção e Tratamento (66,4%), seguidas por aquelas que realizam somente Tratamento (28,3%) ou somente Prevenção (4%). Quanto à **localização**, a maioria (83,6%) está localizada na zona urbana. Quanto às localizadas em zona rural, os locais são, na maioria dos casos, de difícil acesso, distante da comunidade em geral e dos familiares. Geralmente estão localizadas onde não há iluminação e nem transporte públicos e muito menos acesso aos serviços públicos, principalmente os de saúde.

Em relação ao **meio de acesso do público à instituição**, aqueles que mais encaminham são os familiares e/ou amigos; entidades religiosas, justiça e através de atividades realizadas pela Instituição junto à comunidade. Com relação ao **ano de início das atividades**, observa-se que a maioria (60%) delas surge a partir dos anos 2000. Quanto à **abrangência dos serviços ofertados**, 78,1% das instituições atendem pessoas de todo o Brasil (SANTOS; JESUS, 2014).

Referente à **classificação das instituições de tratamento**, prevalecem as instituições não governamentais (245 serviços – 95,7%), com destaque para os GMA (63,7%), seguidos pelas instituições com o regime de internação (31,6%). As demais prestam atendimentos ambulatoriais (4,7%). No tocante à internação, prevalecem as CTs (79%), as quais possuem predominantemente o vínculo religioso, sendo a prevalência de cunho evangélico (62 CTs). Sobre as instituições não governamentais, 97% delas relataram não possuir fins lucrativos. Sobre os GMA, há a seguinte distribuição: AA (46%), NA (22%), AE (7%), GEV (5%) e PS (20%)⁶ (SANTOS; JESUS, 2014).

Um dado que também se destaca é em relação ao **número de leitos** noturnos, ou seja, para internação de longa permanência. Foram encontrados 2385 leitos disponíveis para esse tipo de atendimento. Esse número de leitos varia de 04 até 360 (em uma única instituição classificada como CT). A distribuição se dá de duas formas: a maioria com dormitórios coletivos com camas e/ou colchonetes espalhados pelo espaço disponível, e apenas 04 instituições com dormitórios individuais/ou coletivos, mas que possuem banheiro próprio (alguns com televisão e frigobar no quarto) (SANTOS; JESUS, 2014).

No que se refere à **idade do público atendido**, há uma predominância nas faixas etárias de adultos jovens, adultos e idosos, ou seja, pessoas acima de 18 anos. Sobre as **demandas que levaram os indivíduos a procurar o tratamento**, a maioria (24%) procura tratamento pelos transtornos causados pelo consumo do álcool. Sobre os transtornos causados por outras drogas, referiram que o crack é a droga que no momento tem demandado intervenções em maior frequência. Em relação aos **requisitos para admissão do paciente**, 46% afirmam que a única exigência para admissão do paciente seria a concordância deste em “se tratar”. Em segundo lugar, é necessária a indicação de outros profissionais de outras instituições (19%) (SANTOS; JESUS, 2014).

Quanto à **estrutura das instituições**, o que foi possível perceber é a ausência, na maioria dos casos, de estrutura adequada para os atendimentos prestados, ou seja, os locais não possuem acessibilidade, não há condições sanitárias e de higiene mínimas que possibilitem às pessoas com transtornos mentais, por exemplo, um cuidado diferenciado, bem como não há profissionais capacitados para esse público específico. Também não há articulação com a rede de serviços de saúde e assistência para encaminhamentos e acompanhamentos das demandas, há permanência de pessoas com transtornos diversos e diferenciados no mesmo espaço; há casos em que essas pessoas com transtornos mentais e/ou físicos não têm histórico de consumo de drogas, mas estão nesses espaços devido ao abandono familiar entre outras questões (SANTOS; JESUS, 2014).

No que se refere ao **quadro de funcionários**, foram encontrados um total de 1354 profissionais distribuídos em diversas profissões e funções. As profissões predominantes de nível superior são: Psicólogo, Assistente Social, Advogado, Enfermeiro e Médico, principalmente. Destaca-se aqui a figura do advogado, que, apesar de não ser um profissional da saúde, se mantém entre as profissões mais presentes. Já as profissões de ensino médio e fundamental encontradas foram: Auxiliar Administrativo, Auxiliar de Serviços Gerais e Educador Social, principalmente. Outros profissionais encontrados foram: pastores, monitores, obreiros, conselheiro espiritual, conselheiro em dependência química, etc. Sendo esse o dado

de maior número, visto que a maioria das instituições trabalha somente com a presença dessas pessoas que, muitas vezes, são consideradas “ex-dependentes químicos” ou que se envolveram com a temática de alguma forma.

Sobre o **vínculo desses profissionais**, é quase equivalente o número de contratados e de voluntários. O número alto de voluntários se deve ao fato de que as instituições não governamentais, por não possuírem recursos financeiros suficientes para remunerar o profissional, contam somente com essa opção. Assim, há uma rotatividade dos profissionais o que acaba influenciando na precariedade do serviço. Notou-se que muitas instituições visitadas não possuem nenhum profissional de nível superior, contrariando o que está disposto no artigo 5º da RDC nº 29 (SANTOS; JESUS, 2014).

Quanto à **fonte de recursos financeiros**, a maioria relata manter a instituição com recursos oriundos de doações de pessoas físicas, mantenedoras e/ou venda de produtos fabricados pela própria instituição. Essas fontes de recursos dizem respeito, em sua maioria, às CTs. As que referiram manter-se com recursos públicos são os próprios serviços governamentais. Já os GMA contam com espaços cedidos por instituições religiosas e associações comunitárias, com isso não possuem custo financeiro para utilização do espaço físico. Quanto ao **recebimento de doações**, 77,3% relataram receber algum tipo, sendo as doações em dinheiro as que prevalecem para a maioria (SANTOS; JESUS, 2014).

Sobre os **Dirigentes**, a maioria dos entrevistados (71%) é do sexo masculino, com idade entre 30 a 49 anos (61%). No tocante à escolaridade, 47% possuem Ensino Superior completo, sendo que a maioria (21%) possui o curso superior em Teologia. Em relação ao tempo na função, 30% estão na instituição de 1 a 3 anos e 46% se dedicam até 44 horas/semanais para exercer suas atribuições. Quanto à remuneração pelo serviço prestado, 61% afirmaram não receber nenhuma remuneração pelo trabalho feito. Porém, ao serem perguntados se exercem alguma atividade remunerada fora da instituição, 57% responderam que não. Dado esse que remete à indagação de como é a sobrevivência desses dirigentes e seus familiares, ou seja, se não há remuneração pelo serviço prestado e também não há nenhuma fonte de renda fora daquele espaço, como entender essa informação e ser coerente na análise? Fica, então, a questão. Sobre as motivações para o trabalho na instituição, a motivação humanitária aparece em primeiro lugar (30%), seguida da motivação pessoal (26%) e motivação religiosa (23%). Concernente ao tempo de dedicação, 33% possuem dedicação exclusiva (SANTOS; JESUS, 2014).

No que tange às **instituições que afirmam realizar ações de prevenção**, 92% responderam que realizam os três tipos de prevenção – seletiva, indicada e universal. E sobre os modelos de prevenção mais aplicados são: o Modelo de Educação Afetiva (15%), Modelo de treinamento de habilidades pessoais e sociais (14,5%), Modelo de amedrontamento (12,2%), entre outros. Sobre as atividades de prevenção mais realizadas: palestras sobre drogas, realização de eventos em datas festivas, eventos de mobilização comunitária, dinâmicas de grupo, entre outras (SANTOS; JESUS, 2014). A partir disso, Carlini-Cotrim (1998) ressalta que é necessário fazer-se um estranhamento diante das inúmeras práticas de prevenção realizadas a esmo, com o risco de não fomentar práticas preconceituosas e de segregação baseadas no discurso da saúde pública. O discurso da guerra às drogas alinha-se uniformemente aos interesses do neoliberalismo, que demanda controle das classes populares insurgentes. “(...) Os indivíduos com problemas são reconceituados como indivíduos que causam problemas” (CARLINI-COTRIM, 1998, p.5).

Dentre o universo de instituições entrevistadas, apenas 02 responderam realizar **redução de danos sociais e à saúde**. Uma é uma organização não governamental e a outra é um CAPSad que possui a equipe de Consultório de Rua. E quanto às **instituições de ensino e pesquisa**, foram encontrados dois serviços na área, sendo que ambos são Núcleos de pesquisa pertencentes à Universidade Federal do Espírito Santo (SANTOS; JESUS, 2014).

Sobre as **Comunidades Terapêuticas**, como houve um destaque dessas instituições no levantamento cabe ressaltar alguns pontos. A proposição desses serviços, principalmente as de cunho religioso, vai na contramão do que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica. Em relação aos objetivos institucionais relatados pelas CTs, destacam-se os relacionados com o aspecto religioso (“Tratar a partir da base cristã e do caráter de Cristo”; “Ministrar estudos bíblicos com os internos”; “Conhecer a Deus”;

“Acolher, oferecer tratamento psicossocial e espiritual”; etc); e os que dizem respeito à questão moral (“Resgatar o indivíduo para a possibilidade de uma nova vida, construindo esperança, autoestima e resgatando o caráter”; “Conscientizar crianças, adolescentes e adultos sobre o uso indevido de drogas, valorizando o ser humano através da vida saudável e promovendo princípios morais e éticos”) (SANTOS; JESUS, 2014). Isso, conforme Andrade (2011), encontra eco no imaginário popular que sonha com soluções mágicas e rápidas, e não incomum é o desejo do afastamento do convívio social destes usuários que algumas vezes possuem comorbidades, estão em situações ilegais e, em muitos casos, em situação de marginalidade social. A internação nesses espaços dificulta, portanto, a possibilidade de um novo percurso por linhas mais qualificadas e produtivas. E a partir da concepção religiosa que possuem a respeito do consumo de drogas pelo indivíduo, conforme mencionado, a proposta de tratamento é direcionada para a **abstinência total. Não se discute outra abordagem e a perspectiva de redução de danos é, geralmente, rechaçada por seus dirigentes.**

Embora essas instituições estejam previstas na RAPS, cabe ressaltar que compõem a Atenção Residencial de Caráter Transitório e devem seguir as regulamentações previstas na Resolução nº 29/2011 da ANVISA. No que se refere à estrutura das CTs visitadas, em sua maioria, não cumprem todas as normas estabelecidas por essa Resolução. **Lima e Tavares (2012) colocam algumas questões para se refletir sobre esse aspecto. Perguntam:** como tornar essas CTs uma rede complementar no SUS, quando não temos uma rede territorial pública implantada? Como incluí-las como complementar se sua concepção de cuidado é distinta da redução de danos? Ressaltam que é preciso pensar sobre a pressão pela inclusão dessas comunidades como dispositivos na RAPS, e qual o impacto disso na liderança do SUS na área das drogas. Essas instituições crescem num vazio de alternativas oficiais de redes de atenção com serviços públicos em período integral. Os serviços de excelência e referência, como os CAPS e Consultórios de Rua, por exemplo, oferecem seus serviços quase que exclusivamente em horários diurnos. E, para quem usa prejudicialmente alguma droga, ao procurar algo à noite não encontra. São raras as experiências que oferecem acolhimento 24 horas para pessoas que vivem nas ruas (PITTA, 2012).

Torna-se, assim, fundamental compreender esses dados a partir de questões de fundo como, por exemplo, as definições e práticas relacionadas às demandas oriundas do consumo de drogas, as quais são produtos históricos e culturais que remetem a modos particulares de compreensão. Nas sociedades contemporâneas, o uso de drogas assumiu as proporções de uma preocupação central no debate público, principalmente por sua representação unilateral como perigo para a saúde pessoal e coletiva e por sua associação imediata com a criminalidade e a violência urbana. Esse viés da ameaça à saúde, à juventude, à família e à ordem pública, que ainda organiza em grande parte a discussão do tema, promove uma distorção decisiva, já que tende a atribuir à existência de “drogas” o sentido universal de encarnação do mal e a tratá-lo como um problema conjuntural, que poderia ser definitivamente eliminado por meio da proibição e da repressão (SIMÕES, 2008).

E, nesse contexto, ainda cumpre problematizar o processo de judicialização das internações de pessoas que consomem drogas. Trata-se de um processo ambíguo e contraditório, à medida que a “corrida” ao Poder Judiciário pode significar tanto o aumento da pressão social por serviços como tende a colocar em risco a autoridade da justiça, caso suas decisões não venham a ser acatadas. Alguns outros pontos também devem ser problematizados: seria o Judiciário a única possibilidade de ser o vocalizador das demandas?; estão sendo marginalizadas as demais instâncias de controle, execução, instituições de mediação?; a justiça seria o último refúgio?; a judicialização na saúde contribuiria tanto para a incorporação de grupos marginais no sistema político como para a intensificação da assimetria de direitos?; e sobre a influência dos diversos profissionais junto aos operadores do Direito: controle social ou defesa de direitos?; os recursos públicos da saúde estão sendo alocados na rede privada por meio de convênio, compra de serviços, repasse das gestões de serviços. Qual o impacto disso? Enfim, essas questões como outras não se esgotarão aqui, mas são apontadas como merecedoras de uma análise mais aprofundada a partir de mediações importantes.

O que se assiste no estado do ES é, portanto, uma Política direcionada para encarceramentos, seja através das internações compulsórias em instituições de “tratamento”, seja através dos presídios e/ou medidas socioeducativas (entre 2005 e 2014, a população prisional no ES aumentou 130%, segundo Ministério da Justiça - 2014). Há o reforço na lógica atual do controle da população e suas práticas. Por um lado, o fortalecimento, do modelo biomédico, como denominado o paradigma científico ideológico da Medicina ocidental que orienta o modelo de atenção à saúde. Enquanto corpo de conhecimentos científicos, elaborado a partir de determinada concepção de corpo – corpo-máquina, biológico, individual, universal e atemporal – este modelo é concomitante e funcional à emergência e ao desenvolvimento do capitalismo.

Também no plano da subjetividade e das representações simbólicas, há que se considerar a persistência, e mesmo o fortalecimento, de uma ideologia médica que destitui o corpo de seus determinantes sociais, culturais, raciais e de gênero, assim como destitui a população de direitos historicamente conquistados (SIMÕES BARBOSA, 2001). E, por outro lado, numa outra dimensão, que também é perpassada pelo controle e modos de executar isso sobre a população trabalhadora, diariamente pessoas são assassinadas em nome do combate ao tráfico de drogas, mortes estas que, habitualmente, não deixam marcas, exceto naqueles que perderam seus familiares e amigos.

A mídia fortalece a associação drogas e morte. Nas comunidades de maior prevalência de tráfico e consumo de drogas, muitos jovens são assassinados antes dos 25 anos de idade (ANDRADE, 2011). No Brasil, as principais vítimas da guerra ao tráfico são os usuários pobres, negros e vivendo nos bairros mais desfavorecidos das grandes cidades (SOARES, 2009). Vive-se em um estado de guerra permanente, cuja natureza se exprime menos no encarceramento massivo do que no extermínio executado ou não em nome da lei. Entre 1979 e 2008, morreram no Brasil, violentamente, quase 1 milhão de pessoas (número que pode ser comparado ao de países em guerra, como Angola, que demorou 27 anos para chegar à cifra parecida) (NETTO, 2012).

Dados do Mapa da Violência 2013 mostram que o ES ocupa o segundo lugar em mortes violentas, com 108 mortes violentas por grupo de 100 mil habitantes, perdendo somente para o estado de Alagoas. O estudo também demonstrou que o estado possui 05 municípios que estão entre as 50 cidades mais violentas do país. E ainda é o segundo estado do país em taxa de homicídios de negros e o primeiro envolvendo a população feminina jovem (WAISELFSZ, 2013).

Essa violência demonstrada pelos dados oficiais também está associada à Política de Drogas Brasileira. A Lei sobre Drogas vigente no Brasil (11.343/2006) sustenta e oficializa essa seletividade punitiva inerente à Política Proibicionista, e no ES não é diferente. A população carcerária brasileira aumentou muito desde 2007 devido, em grande parte, ao aprisionamento de jovens pobres, negros e pardos por crimes relacionados ao tráfico de drogas. Os mais atingidos pela repressão são, e sempre serão, os mais vulneráveis econômica e socialmente, os desprovidos de riquezas, os desprovidos de poder (KARAM, 2010).

Verifica-se que o nosso estado já ocupava a segunda colocação no ranking de violência do país em 2000, ocupando nada menos que 103 das 900 páginas do relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Narcotráfico, que descreve a situação dessa modalidade criminal em todos os estados brasileiros (ARBEX; TOGNOLLI, 2004).

Assim, o que se constata é que a lógica Proibicionista, que ratifica a ilegalidade de algumas substâncias, tem servido ao controle de práticas e comportamentos de segmentos sociais historicamente discriminados e que são cotidianamente impelidos à marginalidade pela fragilidade de nossa democracia, pela reprodução ampliada da desigualdade, pelo caráter conservador das respostas operadas no âmbito do Estado, em face do consumo de drogas e de outras práticas que confrontam a moralidade dominante (CFESS, 2011).

E as nossas legislações sobre drogas, seja em âmbito nacional ou local, se apresentam como operadoras de uma guerra, funcionando como instrumentos governamentais para justificar a identificação, a perseguição e a reclusão das pessoas dissonantes com relação às ordens social e moral estabelecidas.

Consumidores de drogas são rastreados pelo seu “desvio moral e pelo perigo sanitário” que representam, enquanto os fornecedores ilegais das substâncias proibidas, indivíduos recrutados junto às tradicionais classes perigosas (pobres, negros, minorias estrangeiras), são capturados pelas engrenagens do sistema penal (ADIALA, 2011). Os estigmas produzidos em torno das drogas ilícitas servem como ordenadores morais e servem para localizar “bodes expiatórios” para a identificação das causas da violência, do medo e das inquietações mais paranóicas, confundindo propositamente as consequências com as causas do problema (RODRIGUES, 2003).

Diante desse quadro, as principais preocupações governamentais e da sociedade em geral têm centrado o foco a partir de duas políticas públicas – saúde e segurança, ainda que ambas sejam incipientes frente ao problema. Na saúde há o enfoque maior no tratamento do indivíduo que usa/abusa alguma droga e na família. A prevenção e reinserção social ficam em segundo plano. Numa outra direção, há o enfoque repressivo, cujo alvo é a rede planetária de abastecimento de drogas. E nessas perspectivas, o ES reflete o cenário nacional demonstrando uma incapacidade de lidar com a complexidade do fenômeno. Faz a opção por um tratamento unilateral, a partir de uma influência de mão dupla que é o campo político (ora influencia, ora é influenciado), no qual se percebe o empobrecimento das análises e a ausência dos aspectos socioculturais e econômicos na concepção das políticas públicas na área de drogas.

Algumas considerações...

Mediante a constatação de que o tratamento de pessoas que consomem drogas e que necessitam de intervenções nessa área, assim como seus familiares, está sendo feito prioritariamente pela via da reclusão em instituições privadas (clínicas ou CTs) é que nossas reflexões acompanham as reflexões da Luta Antimanicomial e demais movimentos em defesa do SUS, no sentido de nos posicionamos contra a implantação de uma “rede paralela” à rede pública de saúde. Defendemos e apoiamos o fortalecimento e investimento público no SUS. O que vem ocorrendo no estado do ES viola os princípios defendidos nas Conferências de Saúde, além disso, as instituições não são alvo de fiscalização, monitoramento e avaliação dos processos desenvolvidos.

Essa constatação ocorre a partir, principalmente, dos indicativos do financiamento público com repasse de verbas seja através de compra de leitos, seja através das internações compulsórias pelo processo da judicialização. E também os dados demonstram um aumento significativo, nos últimos anos, de intuições que prestam serviços nos moldes de internação de longa permanência. Relacionando esses dados da realidade, percebemos que a lógica presente contraria os princípios do SUS no que se refere ao atendimento em Saúde Mental. A prioridade do investimento na rede privada inviabiliza a criação e o fortalecimento dos serviços, como os CAPS e demais serviços da RAPS. Esses serviços, conforme definidos pela Política de Saúde Mental, deveriam ser a porta de entrada para o tratamento, mas, conforme visto, são minoria no cenário.

Num contexto em que a universalidade é pelo lucro e a equidade é pela distribuição entre os empresários do setor, o que fica é a seguinte reflexão - como podemos reverter esse modelo e fortalecer as redes municipais e estadual, no sentido de propor o desenvolvimento de estratégias para a construção de tecnologias capazes de afirmar a vida. E como pensar e efetivar um Sistema que potencialize a reflexão *nos* e *dos* processos de trabalho em saúde e, conseqüentemente, no dia a dia da construção efetiva de uma Rede de Atenção Psicossocial.

Portanto, a tarefa é: engajar-se nesse cenário assumindo uma postura libertária, que se distancia tanto dos paladinos da repressão como do reformismo descriminalizador, recusar a banalização dos lugares-comuns e instigar a desconfiança a partir de uma atitude crítica sistemática, que desmonta desde os conceitos aparentemente consensuais até as ideias reformistas supostamente de cunho progressista (CFESS, 2011).

Referências

- ADIALA, J. C. **Drogas, medicina e civilização na primeira república**. 2011. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2011.
- ALCOÓLICOS ANÔNIMOS – AA. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.alcoolicosanonimos.org.br/a-irmandade.html>. Acesso em: 23 fev. 2014.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 2004.
- AMOR EXIGENTE. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.amorexigente.org.br/conteudo.asp?sayfalD=5>. Acesso em: 23 fev. 2014.
- ANDRADE, T. M. de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011001300015>
- ARBEX, Jr. J.; TOGNOLLI, C. J. **O século do crime**. 2.ed. São Paulo: Boitempo, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1977.
- BEHRING, E. R. Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania. In: CFESS. **Política Social – Módulo 03**. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Brasília, CFESS/ABEPSS/CEAD-UnB, 2000.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. B. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CARLINI-COTRIM, Beatriz. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: AQUINO, J. R. G. (Org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998.
- CARVALHO, D. B. B. de; DUARTE, P. do C. A. V (Orgs). **Mapeamento das Instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília, 2006.
- COLEMAN, J. **Relational analysis: the study of social organization with survey methods** Human Organization (Spring), n. 17, p. 28-36, 1958.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. 200p.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **CFESS manifesta: dia internacional de combate às drogas**. Brasília, 26 de junho de 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **CFESS manifesta: proibir e trancar não resolve**. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2013_diainternacionalcontraabusode drogas.pdf. Acesso em: 5 ago. 2013.
- DUARTE, S. L. O Processo de redução de leitos psiquiátricos no Brasil. 2013. 93 f. **Monografia**. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.
- ESPÍRITO SANTO. **Lei Complementar nº 605**. Cria a Coordenação Estadual sobre Drogas e dá outras providências. Diário Oficial dos Poderes do Estado. Publicada em 05 de dezembro de 2011.
- ESPÍRITO SANTO. **Resolução nº 01**, de 02 de abril de 2013. Diário Oficial dos Poderes do Estado. Publicada em 18 de novembro de 2013.
- FAZENDA DA ESPERANÇA. São Paulo, 2014. Disponível em: http://www.fazenda.org.br/esperanca_viva/. Acesso em: 23 fev. 2014.
- GARCIA, M. L. T. Financiamento das Comunidades Terapêuticas Religiosas no ES. **Relatório de Pesquisa**. Vitória, 2014 (no prelo).
- GARCIA, M. L. T.; LEAL, Fabíola Xavier (Orgs.). **Análise de políticas públicas: temas, agenda, processo e produtos**. São Paulo: Annablume; Vitória: Facitec, 2012.
- GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.
- INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Centro Demográfico Brasileiro**. 2010.
- KARAM, M. L. Legislações proibicionistas em matéria de drogas e danos aos direitos fundamentais. In: SEIBEL, S. D. (Org.). **Dependência de drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.
- LAKATOS, E.M; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1990.
- LEAL, F. X.; GARCIA, M. L. T. **Os grupos de mútua ajuda: uma análise histórica de sua trajetória no estado do Espírito Santo**. Relatório parcial/FACITEC-PIBIC, Vitória, 2003.
- LEAL, F. X; **Conselhos Municipais Antidrogas: entre o sonho e a realidade**. 2006. 272 f; il.
- LIMA, R. C. C; TAVARES, P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 4, n.2, p. 6-23, jul./dez.2012.
- MARONNA, Cristiano Ávila. Nova lei de drogas: retrocesso travestido de avanço. **Boletim IBCCRIM**, São Paulo, v.14, n.167, p. 4, out. 2006.
- MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias**. INFOPEN – junho de 2014. Departamento Penitenciário Nacional. 2014. 148 p.
- NARCÓTICOS ANÔNIMOS - NA. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.na.org.br/>. Acesso em: 23 fev. 2014.

- NETTO, J. P. Capitalismo e barbárie contemporânea. **Revista Argumentum**, Vitória (ES), v. 4, n.1, p. 202-222, jan./jun. 2012.
- PITTA, A. M. F. Perigo do retrocesso às etapas primitivas da política social. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 4, n.2, p. 34-39, jul/dez. 2012.
- RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, 2000.
- RODRIGUES, T. **Narcotráfico e repressão estatal no Brasil**: um panorama do tráfico de drogas brasileiro. 2003. Disponível em <http://www.neip.info/>.
- SANTOS, C. C. M.; JESUS, R. S. de. Políticas de Atenção às questões relacionadas ao uso indevido de álcool e outras drogas no Espírito Santo. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2014.
- SESA. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de regionalização da Saúde (PDR – 2011)**. Espírito Santo, 2011.
- SIMÕES BARBOSA, R. H. **Mulheres, reprodução e Aids**: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
- SIMÕES, J. A. Prefácio. In: LABATE, B. C. et al (Orgs.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.
- SOARES, L. E. **Por trás de uma arma apontada para alguém está uma mão estendida para alguém**: entrevista concedida a Ana Cristina Pereira. Público 2009. 20 jul. (Caderno P2:06-07).
- WASELFSZ, J. J. **Mapa da Violência 2013 - Mortes matadas por armas de fogo**. CEBELA, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health and development**: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group / Michelle Funk [et al]. 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health** – 2014 ed.

¹ Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES/ES). Ressalta-se que esse trabalho teve uma perspectiva de continuidade de pesquisas realizadas anteriormente, em 2004 e 2006, nos grupos de estudos da Universidade vinculados ao Departamento de Serviço Social da UFES. No período de 2000 a 2006, diferentes estudos surgiram a partir da linha de pesquisa Política de Atenção à Dependência Química no Espírito Santo (LEAL; GARCIA, 2002; LEAL; GARCIA, 2003; LEAL; GARCIA, 2004).

² Ver legislações na área: Lei 10.216/2001; Portaria 106/2000 que cria o Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Portaria 336/GM/2002 que regulamenta os CAPS; Portaria 816/GM/MS/2002 que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas; Lei 10.708/2003 que cria o Programa de Volta para Casa (PVC); Lei nº 10.708/2003 (institui o auxílio-reabilitação para pacientes egressos de internações - mais de 02 anos ininterruptos); Portaria 3088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Portaria 2481/2010 que institui o CAPS ad III; Decreto 7179/2010 que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; Portarias 122 e 123/2012 sobre os Consultórios na Rua; entre outras legislações.

³ Segundo informações da própria Secretaria Estadual de Saúde (SESA), em matéria veiculada no Jornal local A GAZETA, em 22 de abril de 2015.

⁴ Cabe ressaltar que, para fins dessa pesquisa, não são incluídos os serviços de saúde mental. Portanto, não se pode afirmar se serviços como CAPS (exceto os CAPSad) e as equipes mínimas de saúde mental acabam atendendo as demandas relacionadas às drogas.

⁵ Os CAPSad são serviços com atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (municípios com população acima de 100.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas) (BRASIL, 2004). Para fins desta pesquisa foi considerada somente essa modalidade de CAPS existente em 07 municípios do ES.

⁶ Os AA são uma irmandade de homens e mulheres adictos que tem um objetivo: parar de beber e ajudar outros a fazê-lo. Se baseiam nos “12 passos” (AA, 2014). Os NA também são uma irmandade que se disponibiliza a ajudar outros. Propõe a abstinência total de todas as drogas e também segue uma lista de princípios (NA, 2014). O AE é um grupo direcionado para os familiares de pessoas em situação de dependência química, aplicando os “12 Princípios Básicos e Éticos”. Atua também na prevenção (AMOR EXIGENTE, 2014). A PS é uma entidade vinculada à Igreja Católica e busca a abstinência total de todas as drogas, manias, compulsões, pecados, etc. Utiliza como um dos métodos os “12 passos da sobriedade” (PASTORAL DA SOBRIEDADE, 2014). E o GEV é vinculado à Igreja Católica e às instituições “Fazenda da Esperança”. Após 12 meses de internação, a pessoa retorna para o grupo a fim de partilhar o que viveu por lá e fortalecer outros (FAZENDA DA ESPERANÇA, 2014).