



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL – PPGPS

MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DA REDUÇÃO DE DANOS (RD)
NO ÂMBITO FEDERAL (2005 A 2018)

EMY NAYANA PINTO

BRASÍLIA

2022

EMY NAYANA PINTO

**MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DA REDUÇÃO DE DANOS (RD)
NO ÂMBITO FEDERAL (2005 A 2018)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília – UnB, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Denise Bomtempo Birche de Carvalho

BRASÍLIA

2022

EMY NAYANA PINTO

Comissão Examinadora:

Professora Doutora Denise Bomtempo Birche de Carvalho
Doutora em Sciences Sociales/Sociologie – Université de Paris I – França
Programa de Pós-Graduação em Política Social – UnB
Orientadora

Professora Doutora Valéria Debórtoli, de Carvalho Queiroz – Membro Externo
Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD/
DAPS/SAPS/MS)

Professora Dra. Ana Lúcia de Oliveira Monteiro – Membro Externo
Doutora em Política Social – Universidade de Brasília
ONU/UNFPA

Professora Dra. Carolina Cássia Batista Santos
Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)
Membro Suplente – Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Aprovada em: 08 de julho de 2022.

Dedico este trabalho ao meu companheiro Luiz Carlos Godois, parceiro de todas as jornadas, a minha mãe, Maria do Carmo da Costa Silva, que sempre acreditou na educação, mesmo sem ter tido oportunidades de acessar a educação formal e aos meus filhos e filhas de estimação e de coração.

AGRADECIMENTOS

Á Deus por permitir-me seguir de pé.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES que financiou a pesquisa.

À Universidade de Brasília – UnB, ao Departamento de Serviço Social – SER e ao Programa de Pós-Graduação em Política Social – PPGPS, pelos anos de formação acadêmica e humana e por viabilizarem todos os meios para que este trabalho fosse concluído, incluindo as medidas tomadas no contexto de pandemia global de Covid-19.

Á orientadora desta pesquisa, Professora Doutora Denise Bomtempo Birche de Carvalho, pela paciência, dedicação e humanidade durante o árduo processo que foi construir, reconstruir e concluir este trabalho, tendo em conta, o contexto de pandemia global de Covid-19 e o distanciamento que afetou todas as relações.

RESUMO

A presente dissertação analisou os mecanismos e dispositivos que financiaram a Redução de Danos – RD no Brasil, no âmbito do governo federal, do Ministério da Saúde – MS, da Política Nacional de Saúde Mental – PNSM e do Sistema Único de Saúde – SUS, no período de 2005 e 2018. Para tal, usou-se o método Materialista Histórico-dialético no sentido de buscar ver mais que os dados concretos, que puderam ser coletados, e resgatar a essência dos processos analisados, explorando suas múltiplas determinações. Com este propósito foi realizado levantamento bibliográfico e documental que usou fontes primárias e secundárias de pesquisas bibliográficas. Como resultado, a pesquisa apresenta um panorama dos mecanismos e dispositivos de financiamento da Redução de Danos, no período de 2005 a 2018 e resgata a historicidade das suas fases de implementação, institucionalização e desmonte. Os mecanismos e dispositivos de financiamento da RD no SUS foram observados a partir da análise dos seguintes eixos: 1) implementação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas – CAPS AD; 2) ações específicas em RD executadas no interior dos CAPS AD; e 3) Outras ações em RD, voltadas sobretudo, para a formação, qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde. A pesquisa se deu num contexto de escassez e/ou inexistência de dados oficiais, detalhados ou não, fato que tornou o processo mais árduo e complexo. Os resultados demonstram que a RD, enquanto estratégia em saúde pública, foi subfinanciada durante o período analisado, por exemplo, em relação a abordagens que não tem evidências científicas e mostram que, mesmo a RD sendo citada em dezenas de documentos oficiais do Ministério da Saúde, não houve sua estruturação como estratégia, tampouco como política e que sua implantação se deu de modo não universal e sem garantias de mecanismos e dispositivos de financiamento sustentáveis.

Palavras chaves: redução de danos, mecanismos e dispositivos de financiamento, CAPS AD, governo federal.

ABSTRACT

This dissertation analyzed the mechanisms and devices that financed Harm Reduction – RD in Brazil, within the scope of the federal government, the Ministry of Health – MS, the National Mental Health Policy – PNSM and the Unified Health System – SUS, in period of 2005 and 2018. To this end, the Dialectical Historical Materialist method was used in order to seek to see more than the concrete data that could be collected, and to rescue the essence of the analyzed processes, exploring their multiple determinations. For this purpose, a bibliographic and documentary survey was carried out using primary and secondary sources of bibliographic research. As a result, the research presents an overview of Harm Reduction financing mechanisms and devices, from 2005 to 2018 and rescues the historicity of its implementation, institutionalization and dismantling phases. The mechanisms and mechanisms for financing HR in the SUS were observed from the analysis of the following axes: 1) implementation of Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs – CAPS AD; 2) specific actions in RD carried out within the CAPS AD; and 3) Other actions in HR, mainly aimed at the training, qualification and improvement of health professionals. The research took place in a context of scarcity and/or lack of official data, detailed or not, a fact that made the process more arduous and complex. The results show that HR, as a public health strategy, was underfunded during the analyzed period, for example, in relation to approaches that do not have scientific evidence and show that even HR is cited in dozens of official documents of the Ministry of Health, it was not structured as a strategy, nor as a policy and that its implementation took place in a non-universal way and without guarantees of sustainable financing mechanisms and devices.

Keywords: harm reduction, financing mechanisms and devices, CAPS AD, federal government.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução do investimento financeiro dos CAPS (2002-2012).....	122
Gráfico 2 - Série histórica expansão da rede CAPS (1998-2014).....	123
Gráfico 3 - Série histórica evolução do investimento federal na rede CAPS (2002-2014)	125

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Legislações e normativas (análise dos mecanismos de financiamento).....	27
Quadro 2 - Financiamento da Redução de Danos – HRI 2018.....	48
Quadro 3 - Investimento em RD por continente/região – HRI 2018.....	51
Quadro 4 - Número de PRDs e volume de recurso investido pelas três esferas de governo, no período de 1999-2006. Rio de Janeiro, Brasil, 2006.....	77
Quadro 5 - Projetos financiados pelo PRD/SES-DF 1999 a 2004.....	79
Quadro 6 - Composição de gastos da PNSM (1997-2004).....	87
Quadro 7 - Evolução dos recursos do FAEC de 1999 a 2002.....	95
Quadro 8 - Valores repassados como incentivos para implantação de serviços/programas.....	112
Quadro 9 - Série histórica: expansão da rede CAPS (1980-2006).....	113
Quadro 10 - Repasses em reais aos estados relativos ao custeio dos CAPS, de janeiro a outubro de 2006.....	113
Quadro 11 - Expansão da rede CAPS por tipo (2002-2010).....	117
Quadro 12 - Dispositivos e serviços implementados pelo PEAD (2009-2010).....	118
Quadro 13 - Impactos do PEAD na expansão da rede CAPS.....	120
Quadro 14 - Série histórica: CAPS por tipo e ano – Brasil – 2005–2018.....	126
Quadro 15 - Eixos de análise e seus respectivos mecanismos e dispositivos de financiamento.....	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dotação e execução orçamentária do CEPV, por órgão (2012-2016).....	100
Tabela 2 - Execução orçamentária por eixo CEPV (2012-2014).....	101
Tabela 3 - Investimento federal mensal por modalidade de CAPS a partir de 2009....	120
Tabela 4 - Interiorização da rede CAPS.....	124

LISTA DE SIGLAS

ABORDA – Associação Brasileira de Redutores de Danos

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária em Saúde

ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde

BIRD – Banco Mundial

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPSi – Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CAT – Casas de Acolhimento Transitório do SUS

CDN – Comissão de Narcóticos da ONU

CEPV – Programa Crack: é possível vencer

CETAD – Centro de Estudos e Tratamento em Atenção ao Uso de Drogas

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CGMAD – Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNM – Confederação Nacional dos Municípios

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CTs – Comunidades Terapêuticas

DRU – Desvinculação de Receitas da União

DSS – Determinantes Sociais em Saúde

EC – Emenda Constitucional

ERD – Escola de Redutores de Danos

ESF – Equipes de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

ECOSOC – Conselho Econômico e Social das Nações Unidas

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FGLATM – Fundo Global de Luta contra a AIDS, Tuberculose e Malária ou Fundo Global

FMI – Fundo Monetário Internacional

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas

GSI – Gabinete de Segurança Institucional

HRI – Harm Reduction International

IEPAS – Instituto de Estudo e Pesquisas em AIDS de Santos

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MC – Ministério da Cidadania

MJ – Ministério da Justiça

MPF – Ministério Público Federal

MPSP – Ministério Público do Estado de São Paulo

MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MS – Ministério da Saúde

NAPS – Núcleos de Apoio Psicossocial

NASF – Núcleos Ampliados de Saúde da Família

NRF – Novo Regime Fiscal

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONGs – Organizações Não Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

OSS – Orçamento da Seguridade Social

PAS – Programa de Agulhas de Seringas

PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no âmbito do SUS

PIB – Produto Interno Bruto

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PN-DST/AIDS – Programa Nacional de DST/AIDS

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

PRDs – Programas de Redução de Danos

PROAD – Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

REDUC – Rede Brasileira de Redução de Danos

RSMD – Relatório Saúde Mental em Dados

SENAD – Secretária Nacional sobre Drogas

SENAPRED – Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas

SES/DF – Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SIAFI – Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal

SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas

SNC – Sistema Nervoso Central

SRT – Serviços de Residências Terapêuticas

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TSO – Terapia de Substituição de Opiáceos

UA – Unidades de Acolhimento

UDIs – Usuários de Drogas Injetáveis

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UnB – Universidade de Brasília

UNDCP – Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas

UNODC – Escritório da ONU para Drogas e Crimes

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I - REDUÇÃO DE DANOS NA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA.....	32
1 DESAFIOS DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	32
1.1 REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL: O DEBATE TEÓRICO E A LEGITIMAÇÃO COMO ABORDAGEM EM SAÚDE PÚBLICA.....	37
1.2 O FINANCIAMENTO DA RD EM NÍVEL GLOBAL – ANÁLISES DOS ESTUDOS DA HRI.....	44
CAPÍTULO II - IMPLEMENTAÇÃO, INSTITUCIONALIZAÇÃO E DESMONTE DA REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL.....	57
2.1 O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA RD NO BRASIL.....	57
2.2 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA RD NO BRASIL E SUA INSERÇÃO NO SUS.....	61
2.3 FRAGILIZAÇÃO E DESMONTE DA RD NO BRASIL.....	68
CAPÍTULO III - O FINANCIAMENTO DA RD NO BRASIL.....	74
3.1 O FINANCIAMENTO DA RD NO BRASIL DURANTE O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO (1989 – 2005).....	76
CAPÍTULO IV - A RD NO BRASIL PÓS INSTITUCIONALIZAÇÃO (2005 – 2018).....	82
4.1 O REDIRECIONAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL (DÉCADA DE 90).....	84
4.2 RELAÇÃO ENTRE REDUÇÃO DE DANOS E A REDE CAPS.....	88
4.2.1 Eixo 1: Investimentos na qualificação, normatização, estruturação, ampliação e interiorização dos CAPS AD.....	90
4.3 CONTRIBUIÇÕES DO FAEC PARA ESTRUTURAÇÃO DOS CAPS AD (2002 A 2008).....	93
4.4 FINANCIAMENTO DA REDE CAPS A PARTIR DE 2009 E O “NOVO REDIRECIONAMENTO” DO FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL.....	96
4.4.1 Eixo 2: Ações específicas em RD executadas no interior dos CAPSAD.....	107
4.4.2 Eixo 3: Outras ações de RD.....	108
4.5 ANÁLISE DOS RELATÓRIOS SAÚDE MENTAL EM DADOS – RSMD (2006 A 2015) E DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO DA COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL ÁLCOOL E DROGAS (2003-2006) E (2007-2010).....	111
RESULTADOS E CONCLUSÕES.....	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	136

INTRODUÇÃO

O presente estudo analisa os mecanismos e dispositivos que viabilizaram o financiamento da Redução de Danos - RD no Brasil, no âmbito federal, no período de 2005 a 2018. A RD é descrita como política, paradigma, modelo, abordagem, estratégia, conjunto de serviços, ação, ou movimento em saúde pública que visa reduzir os danos decorrentes do uso prejudicial¹ de substâncias psicotrópicas/psicoativas² e vai além, busca inserir os consumidores destas substâncias nos processos de sociabilidade a partir da garantia de acesso a direitos, para além da saúde e sem a exigências. Para Ferreira (2018) o conceito de RD “não apresenta sentidos unívocos e estanques”. Neste trabalho adotar-se-á a definição da Harm Reduction International – HRI (2010):

Redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. (HRI, 2010, p.1).

Ressalva-se que no Brasil a RD não adquiriu caráter de política, devido a sua baixa estruturação no aspecto legal, ainda assim autores como Fonseca (2005), Andrade (2011), Inglez-Dias, Ribeiro e Bastos (2014), Ferreira (2018), Lopes e Gonçalves (2018), Antunes (2019) entre outros, referem a RD como política. Ferreira (2018), explica que a RD se consolidou no Brasil como “método clínico-político e paradigma orientador da atenção e do cuidado aos usuários de drogas” (FERREIRA, 2018, p.71). Segundo o Ministério da Saúde - MS (2002), a RD no Brasil é uma “estratégia em saúde pública” voltada a usuários de psicoativos que não se baseia apenas na abstinência e propõem “inclusão social e cidadania”

1Uso prejudicial: Será feito o esforço de tentar substituir o termo *abuso de drogas* por *uso prejudicial*, para manter a coerência com um dos objetivos específicos deste estudo que é promover alternativas ao modelo que trata os consumidores de substâncias ilícitas de forma estigmatizante. A proposta da substituição deste termo teve inspiração em Marlatt (1999) que aos expor as premissas da Redução de Danos problematiza o uso de determinados termos. “Por exemplo, deixa-se de falar de ‘abuso de drogas’ para falar de ‘uso prejudicial de drogas’, ou de dizer que alguém abusa de drogas para chamá-lo de consumidor que sofre consequências nocivas ou favoráveis”(MARLATT, 1999, p.52).

2 Psicotrópico/Psicoativo: Sempre que possível tentar-se-á substituir o termo ‘drogas’ pelos termos psicotrópico ou psicoativo, para manter coerência com o estudo e para seguir o que recomenda o Conselho Federal de Serviço Social - CFSS. Embora o termo droga seja o mais usado no cotidiano, os termos psicotrópico e psicoativo são mais adequados para designar as substâncias/produtos que agem preferencialmente no Sistema Nervoso Central - SNC, estimulando, deprimindo ou perturbando suas funções (propriedades que tornam os psicotrópicos/psicoativos substâncias passíveis de abuso e dependência). O termo droga tem sido usado de maneira inadvertida, contribuindo com visões mistificadoras sobre o uso e os/as usuários/as de psicoativos, bem como com a reprodução acrítica de juízos de valor estigmatizantes (CFSS, 2016, p.8).

(BRASIL, 2002a, p.1). O MS, reconhece que para aqueles que não podem ou não querem interromper o uso de substâncias psicoativas existem barreiras de acesso e que a RD é importante ferramenta para superar estas barreiras (BRASIL, 2002a). Dados epidemiológicos do Projeto Ajude-Brasil³ de 1998 divulgados pelo MS em 2002 e explorados por Andrade (2011) dão conta que 23% dos usuários atendidos em Programas de Redução de Danos – PRDs, buscaram tratamento para uso prejudicial de substâncias psicoativas e afirmam que em todos os lugares em que PRDs funcionavam naquele momento, havia aumento do acesso dos usuários de psicoativos a outros serviços e cuidados de saúde, enquanto houve “aumento do uso de preservativos e redução do compartilhamento de seringas e da prevalência de HIV”.

Os serviços mais difundidos na literatura nacional e internacional, sobre RD e entre os países que a adotaram são: o Programa de Agulhas de Seringas – PAS e a Terapia de Substituição de Opiáceos – TSO, conforme o estudo de Marlatt (1999) que analisou experiências de RD em países da Europa e da América do Norte e de acordo com os sucessivos estudos da HRI que coleta dados sobre a RD em todos os continentes desde 1996. As ações e serviços da RD podem dar acesso a uma gama de informações e ferramentas que contribuem com o aumento da qualidade de vida e saúde dos consumidores de psicoativos. Andrade (2011) e Ferreira (2018) ressaltam os bons resultados dos primeiros PRDs brasileiros, confirmados por pesquisas multicêntricas que revelaram aumento de acesso a serviços e cuidados de saúde entre os usuários de PRDs e ressaltaram que a experiência brasileira “alcançou reconhecimento internacional como importante estratégia do exitoso programa brasileiro de DST/AIDS” (FERREIRA, 2018, p.72). Outros serviços relacionados a RD são: terapias de manutenção com metadona; educação sobre o HIV/AIDS e outras doenças transmissíveis; disseminação de informações seguras sobre o uso e o efeito das substâncias; testagens; distribuição de preservativos e informações sobre sexo seguro; inserções em locais de uso e pontos de encontros de consumidores de psicoativos; distribuição de itens e instalação de equipamentos que garantam o consumo seguro, como água corrente, cloro ativo, piteiras, cachimbos, salas de uso, banheiros, e demais insumos, estruturas e ações. Estas e outras ações e serviços da RD são importantes para os usuários de substâncias psicoativas e suas famílias porque ampliam acessos a serviços e cuidados que progressivamente, extrapolaram o campo da saúde. A implementação e desenvolvimento das ferramentas e serviços devem considerar os padrões de uso das substâncias e os contextos social, econômico, cultural e político de cada lugar e a RD tem-se mostrado bastante

3 Ver BRASIL (2002) e ANDRADE (2011).

adaptável, pois está presente em todos os continentes em cenários progressistas e proibicionistas.

A RD já é reconhecida como estratégia em saúde pública cientificamente comprovada por sua eficácia, os dados coletados, sistematizados e publicados globalmente pela HRI, demonstram que nos países onde houve compromisso, investimento governamental sustentável e ampliação da cobertura dos serviços de RD, houve redução dos gastos com saúde pública e vidas salvas. A RD contribuiu com a redução dos índices de contaminação de doenças transmissíveis e com a redução no número de mortes por overdose e suicídio entre os consumidores de psicoativos e existem dados que associam a redução nos índices de violência relacionada ao mercado ilícito dos psicoativos a adoção das estratégias de RD. As evidências científicas que legitimam a RD são muitas e no decorrer deste trabalho lembraremos algumas.

Na pesquisa ‘Perspectiva de ruptura do paradigma internacional da política sobre drogas na saúde e no âmbito da Organização Mundial de Saúde – OMS’ de Carvalho e Pinto (2020), avaliou-se o papel da Organização Mundial da Saúde – OMS na superação, ou ao menos no questionamento, do *paradigma proibicionista*⁴. Neste trabalho, observou-se como os posicionamentos desta e de outras organizações internacionais são determinantes para os processos de eleição ou rejeição de políticas e estratégias em saúde pública, voltadas aos consumidores de substâncias ilícitas. Destacou-se ainda, que a RD vem ganhando espaço e destaque nos documentos e normativas em nível global no âmbito da Organização das Nações Unidas – ONU e dos países-membros e que já existiam críticas (inclusive no interior da ONU) às abordagens conservadoras, repressivas e punitivas como as internações compulsórias, a criminalização do uso, a abstinência como critério de elegibilidade e acesso, entre outros.

Para o estudo de Carvalho e Pinto (2020), a ONU e OMS foram eleitas como organizações centrais por serem responsáveis pelas principais convenções e tratados proibicionistas em nível global: a Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, a Convenção Sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 e a Convenção das Nações Unidas Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988. Suas agências,

4 Paradigma proibicionista: “Posicionamento ideológico, de fundo moral, que se traduz em ações políticas voltadas para a regulação de fenômenos, comportamentos ou produtos vistos como negativos, através de proibições estabelecidas notadamente com a intervenção do sistema penal e, assim, com a criminalização de condutas através da edição de leis penais sem deixar espaço para as escolhas individuais, para o âmbito de liberdade de cada um, ainda quando os comportamentos regulados não impliquem em um dano ou em um perigo concreto de dano para terceiros (KARAM, 2010, p.1). Ver mais em: Marlatt (1999), Rodrigues (2006), Fiore (2012) e Silva (2013).

escritórios e comissões como a Organização Mundial da Saúde – OMS, o Escritório da ONU para Drogas e Crimes – UNODC e a Comissão de Narcóticos – CDN são entidades estratégicas que norteiam e até definem a política sobre psicoativos em nível global nos sistemas públicos de saúde, de segurança e de justiça penal dos países-membros. A OMS, por exemplo, é responsável pela classificação internacional das substâncias psicoativas como lícitas ou ilícitas. Ressalta-se ainda o caráter contraditório da atuação da OMS e da ONU que fortaleceram o proibicionismo em suas convenções, mas veem, sobretudo a partir dos anos 2000, reconhecendo, recomendando e financiando a RD aos e nos países-membros.

No referido estudo, percebeu-se o quanto o Brasil era citado nos documentos internacionais. Às vezes, como um país que incentivava e investia em políticas e práticas progressistas como a RD e outras vezes como um país que permanecia fiel ao paradigma proibicionista, que tolerava a *internação compulsória*⁵, que encarcerava pessoas pelo uso de psicoativos e que financiava abordagens conservadoras como as Comunidades Terapêuticas – CTs. Estas contradições despertaram o interesse de querer investigar qual a real situação da Redução de Danos no Brasil e como ela foi financiada no período de 2005 a 2018.

A partir da pesquisa citada e do levantamento de literatura até então realizado, foi possível afirmar que o financiamento da Redução de Danos era o ponto mais crítico e urgente a ser estudado, pois existem muitas lacunas neste aspecto. Neste sentido, esta pesquisa tem o intuito de contribuir com o fortalecimento da RD e de contribuir, ainda que modestamente, para o avanço dos estudos sobre financiamento das políticas públicas no Brasil.

As motivações para eleição deste objeto de estudo são de cunho pessoal, acadêmico e profissional:

1. As *motivações pessoais* se relacionam com uma breve experiência pessoal com as substâncias psicoativas ilícitas. Esta experiência durou um ano e meio (entre 2012 e 2013) quando passei por um processo de uso prejudicial da substância ilícita *crack*. Isso me trouxe consequências contraproducentes em diversas dimensões de minha existência, felizmente todas superadas.
2. As *motivações acadêmicas* deram-se na graduação, quando em 2017 conheci a Redução de Danos a partir do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, sob a

5 Internação compulsória: Uma das três modalidades de internação psiquiátrica permitidas no Brasil previstas no art. 6º da Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. A saber: I – Internação Psiquiátrica Voluntária – IPV: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II – Internação Psiquiátrica Involuntária – IPI: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III – Internação Psiquiátrica Compulsória – IPC: aquela determinada pela Justiça resulta da decisão de um magistrado (BRASIL, 2002b).

orientação da Professora Doutora Denise Bomtempo Birche de Carvalho, abordando a política internacional sobre substâncias psicoativas ilícitas e a Redução de Danos – RD. O título da pesquisa foi *Perspectiva de ruptura do paradigma internacional da política sobre drogas no campo da saúde e no âmbito da Organização Mundial de Saúde – OMS*. Este trabalho compôs a pesquisa *A influência dos organismos internacionais nas políticas sobre drogas* do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, coordenada pela orientadora supracitada. Esta pesquisa ajudou a sistematizar e refletir a experiência pessoal por outros prismas e despertou indagações a respeito da RD no Brasil.

3. *As motivações profissionais* dizem respeito ao exercício profissional do Serviço Social. No campo teórico, o Serviço Social deve apropriar-se mais do debate sobre a Redução de Danos e no campo prático e técnico a atuação profissional com pessoas que fazem uso prejudicial de psicoativos lícitos e ilícitos pode se dar em diversos cenários de inserção profissional, como nas áreas de saúde, assistência social, educação, infância e juventude, sociojurídico etc. Neste sentido, a RD dialoga com o Código de Ética do(a) Assistente Social⁶ e com o Projeto Ético Político e Profissional do Serviço Social no que diz respeito a garantia da autonomia dos(as) usuários(as), ao respeito aos direitos humanos, a atuação profissional ética e crítica e a construção de uma projeto societário de garantia de direitos e dignidade, uma vez que na RD o uso prejudicial de substâncias psicoativas, os fatores de risco, o comportamento de risco e as vulnerabilidades são atenuados por ações pragmáticas e eficazes, baseadas em evidências científicas e em oposição a criminalização, a estigmatização, a tolerância zero, ao tratamento involuntário e compulsório e a toda e qualquer violação de direitos. Para Netto (2011), é de fundamental importância que o profissional do Serviço Social conheça o financiamento da política, programa e/ou projeto que estuda e/ou atua. Segundo o autor, “o conhecimento dessas políticas sociais (que implica, antes de tudo, o conhecimento das suas fontes e formas de financiamento) é indispensável para o profissional *contextualizar* a sua intervenção” (NETTO, 2009, p.32).

⁶ A política de RD ceia com boa parte do Código de Ética do/a Assistente Social e em especial com os artigos I, II e VI (CFESS, [2012]).

No campo do Serviço Social, poucos autores abordam a temática da RD na saúde pública, entre eles destacam-se: Brites (2006) e Carvalho, Rochet e Paulino (2008); Carvalho e Pinto (2020), e mesmo em outras áreas do conhecimento, onde a RD é um assunto mais recorrente, como a Psiquiatria, a Saúde Coletiva e a Psicologia poucos são os que debatem sobre os mecanismos e dispositivos de financiamento da RD⁷, o que representa uma lacuna teórica e prática nesta temática. Trata-se aqui de compreender como a RD está situada no sistema público de saúde brasileiro, no que se refere aos seus mecanismos de financiamento e investimento, uma vez que a disposição de recursos é condição primária para a materialização de qualquer política, programa ou projeto.

Fonseca et. al. (2007), avaliaram os mecanismos de financiamento da RD nas ações de enfrentamento do HIV/AIDS no estado do Rio de Janeiro – RJ no período de 2002 a 2006, após a descentralização político-administrativa e na fase de institucionalização da RD no SUS, e afirmam a necessidade e a urgência de estudos que visem tirar o véu do financiamento, ou melhor, dos mecanismos que financiam, as ações de RD no Brasil.

Estudos futuros deverão conhecer em maior detalhe a estrutura de financiamento em paralelo às transferências de recursos fundo-a-fundo, ou seja, os gastos diretos do PN-DST/AIDS, dos Estados e dos municípios com as ações de redução de danos. Entrevistas com gestores estaduais, municipais e com os executores das ações de redução de danos podem contribuir para uma melhor compreensão de como vem se dando a migração dos recursos para redução de danos do governo federal para as esferas estadual e municipal. É importante também analisar as diferenças regionais, os pontos de veto e de facilitação da política de redução de danos no Brasil. (FONSECA et. al., 2007, p.2142).

Para investigar o financiamento da RD, antes foi preciso relembrar e conhecer, a partir da revisão bibliográfica, os aspectos centrais do debate sobre o financiamento das políticas sociais no Brasil que compõem a Seguridade Social, em especial a política de saúde pública no Brasil e os resultados dos estudos sobre o financiamento da RD em nível global. Este mergulho na revisão de literatura sobre o tema permitiu conhecer os dados, a história, as dificuldades, as limitações, as contradições, as críticas e as alternativas que permeiam o debate sobre o financiamento da saúde pública no Brasil e sobre o financiamento da RD. Este processo foi necessário para entender como se deram os processos de implementação e institucionalização da RD, perpassados pelo processo de fragilização e desmonte.

7 Financiamento da RD: Pesquisou-se em português as palavras-chave Redução de Danos e Financiamento na rede mundial de computadores (Internet) através do buscador Google e também no Catálogo de Teses e Artigos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior – CAPES (<http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/>) e no banco de dados do Scientific Electronic Library Online – SciELO (<http://www.scielo.org/cgi-bin/wxis.exe/applications/scielo-org/iah/>). Foi encontrado apenas um artigo que tratava do financiamento da Redução de Danos no Brasil, veja Fonseca et al. (2007).

A partir destas prospecções foi formulada a questão de partida: ***Quais mecanismos e dispositivos financiaram a RD no Brasil de 2005 a 2018?***

Os objetivos da pesquisa são:

Objetivo geral:

- Analisar os mecanismos e dispositivos que custearam as ações de Redução de Danos – RD no âmbito do governo federal e relacionadas ao uso prejudicial de substâncias psicoativas ilícitas no Brasil no período de 2005 a 2018.

Objetivos específicos:

- Verificar se/e como o governo federal direcionou recursos para a RD; e
- Entender quais as ações de RD foram priorizadas no SUS.

A eleição do período a ser analisado (2005 a 2018), se justifica em virtude de 2005 ter sido um ano muito importante para a política sobre psicoativos e para RD no Brasil. Teixeira et. al. (2017), destacam que em 2005 a RD teve sua inserção oficial como estratégia e prática de enfrentamento ao uso prejudicial de drogas no âmbito da saúde pública a partir da Portaria nº 1.028/2005-MS. Desta forma, a Portaria anteriormente citada regulamentou as ações e serviços em RD e houve uma evolução conceitual no trato da política sobre psicoativos em nível governamental que substituiu o termo “antidrogas” por “sobre drogas” nos documentos oficiais e equipamentos do governo federal.

O estudo dos mecanismos e dispositivos de custeio, do investimento ou do financiamento das ações de RD em nível global, segundo os sucessivos estudos da HRI tem como principal desafio a coleta de dados seguros, pois os registros de dados sobre estes investimentos são caóticos ou inexistentes. No Brasil, os poucos estudos sobre Programas de Redução de Danos – PRDs em nível regional, foram realizados no período de mudanças importantes e algumas incertezas para RD que avançava para institucionalização e migrava no Ministério da Saúde da Coordenação Nacional de DST/AIDS para a Área de Saúde Mental, atualmente Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas – CGMAD. Destacam-se os trabalhos de Fonseca et. al. (2007) que observou os impactos da descentralização nos PRDs no Rio de Janeiro – RJ e de Studart (2007) que avaliou vários aspectos da implementação e do funcionamento do PRD da Secretária de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, ambos os estudos relatam dificuldades encontradas na fase coleta de

dados, sobretudo, no que dizia respeito as fontes de financiamento e a execução dos gastos e investimentos.

Esta pesquisa evidenciou a real impossibilidade de acessar dados concretos e específicos sobre financiamento e/ou investimentos com as ações de RD, os mecanismos e dispositivos financiamento da RD no SUS, porque nas fases de implementação e institucionalização a RD no Brasil, como na maioria dos países, não contou com orçamento próprio e nem com registros sistemáticos de receitas e despesas no âmbito dos PRDs financiados pelo PN DST/AIDS ou no âmbito dos equipamentos da PNSM. Por isso, os mecanismos e dispositivos de financiamento serão observados a partir da análise de três eixos: 1. Implementação, extensão e interiorização dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas – CAPS AD; 2. Ações específicas em RD executadas no interior dos CAPS AD; e 3. Outras ações em RD.

Eixo 1: Implementação, extensão e interiorização da modalidade CAPS AD: Considerada o principal investimento governamental em RD no nível federal pelas seguintes razões: **a)** A rede CAPS foi concebida como resposta governamental diante das recomendações internacionais e as pressões nacionais pela desinstitucionalização dos usuários da política de saúde mental de modo geral, pela extensão da saúde mental aos consumidores de substâncias psicoativas, principalmente as ilícitas, em processo de uso prejudicial e pela implementação de serviços de saúde mental de base comunitária. Gomes (2017, p.270), considera a criação dos CAPS em 2002 como um dos “marcos do processo de institucionalização da RD no Brasil”, pois a rede CAPS, especificamente o CAPS AD, viabilizariam a execução das demais ações e serviços em RD no âmbito do SUS. Para Santos e Pires (2020, p. 149), o CAPS AD é “a primeira tentativa brasileira de romper com a exigência de abstinência”; **b)** As premissas e princípios da RD, descritas e difundidas sobretudo, no trabalho de Marllat (1999), são perfeitamente compatíveis com a lógica de implementação, funcionamento e atendimento dos CAPS AD, por exemplo, na oferta de serviços de baixa exigência, na preservação e promoção da liberdade e autonomia, na ampliação de acessos a serviços da rede de atenção psicossocial e a sociabilidade da população usuária. Considera-se a modalidade CAPS AD um espaço/equipamento especializado e privilegiado na atenção em saúde mental dos usuários de substâncias ilícitas no âmbito do SUS, onde as ações de RD vinham sendo planejadas, implementadas, ofertadas, avaliadas e disseminadas entre a população usuária e os profissionais de saúde. Segundo o MS (2004), a adoção da “lógica da RD” é uma das principais características do CAPS AD

(BRASIL, 2004). Em 2011, o Ministério da Saúde, afirma ainda, que 78% dos CAPS AD oferta algum serviço ou ação em RD, dentre os serviços ofertados a RD só perdia para a farmacoterapia ofertada em 84% dos CAPS AD (BRASIL, 2011a).

A implementação da modalidade CAPS AD em 2002, está no escopo de conceitos como *Clínica Ampliada* (TEIXEIRA et. al., 2017, p.1456) e *Redução de Danos Ampliada* (CONTE et. al., 2004; GOMES, 2017). Estes conceitos dizem respeito a oferta de serviços que cada vez mais extrapolam o binômio saúde-doença e passam a observar as múltiplas variáveis e determinações que implicam no uso prejudicial de substâncias psicoativas e a trabalhar abordagens com características transversais, holísticas, intersetoriais e multidisciplinares. Os trabalhos de Conte et. al. (2004), Gomes (2017) e Castro (2018), dão conta de ações e serviços implementados no Brasil que, neste contexto, vão superar as chamadas ações clássicas em RD, como a distribuição de insumos e a substituição de substâncias e vão avançar rumo ao amplo e pleno acesso a direitos como, moradia, cidadania, assistência social, saúde, educação, trabalho, renda, etc. Por outro lado, Gomes (2017) argumenta e alerta que as fases de implementação e institucionalização da RD no Brasil foram marcadas, pelo que chamou de *reducionismo da RD*, processo em que ações de RD foram duplamente reduzidas: primeiro na atenção dos consumidores de apenas uma substância, o crack; e segundo, na focalização em ações de baixa complexidade. Para Gomes (2017), este processo reduz todo o potencial e dinamismo característicos da RD nas experiências internacionais e reduz a capacidade de captação de recursos e sustentabilidade financeira da RD.

Eixo 2: Ações específicas em RD executadas no interior dos CAPS: este eixo observa os mecanismos e dispositivos que viabilizaram repasses de incentivos financeiros específicos para o fomento de ações de redução de danos nos CAPS AD cadastrados e em funcionamento.

Eixo 3: Outras ações em RD: neste eixo foi possível identificar o financiamento de ações voltadas sobretudo, para a formação, qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde. O governo federal por diversos mecanismos e dispositivos financiou ações de RD no SUS e foram as seguintes: os Programas de Redução de Danos – PRDs em 2008, as Escolas de Redutores de Danos – ERDs de 2009 a 2015 e o Projeto Caminhos do Cuidado em 2014.

Este trabalho emprega o método Materialista Histórico-dialético de Karl Marx. Tal método, segundo Netto (2011), foi construído ao longo de quarenta anos, durante os estudos de Marx sobre a sociedade burguesa. Tais estudos renderam análises que subsidiam compreensões sobre a sociedade capitalista até nossos dias e também deixaram como legado um método e uma teoria para as ciências sociais. O método Materialista Histórico-dialético visa saturar o objeto de estudo por múltiplas determinações para assim superar a aparência deste objeto e conhecer a sua essência. Netto (2011, p.22), sobre o método de Marx:

Numa palavra: o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese [...].

O materialismo histórico-dialético foi eleito porque responde as necessidades da análise do objeto de estudo. A RD como totalidade não acontece isolada, ela está articulada e interligada com outras totalidades que tencionam e determinam seus rumos. Este trabalho pretende observar o financiamento da RD no Brasil de diversos ângulos, buscando contradições e determinantes além das aparências entre os dados e os contextos histórico, político, econômico e social do período analisado. O financiamento da Redução de Danos no Brasil será analisado a partir das categorias do método materialista dialético, pois é resultado de processos de *contradição e mediação* entre diferentes *totalidades*.

O objeto interage com o método à medida que se trata de um fenômeno social global multifacetado e contraditório, que está imbricado ao desenvolvimento da sociedade capitalista de consumo e controle. Para Castro (2018, p. 11), o materialismo histórico-dialético fornece elementos para compreender e explicar como o fenômeno do uso prejudicial das substâncias psicoativas relaciona-se intrinsecamente com o desenvolvimento do capital, “quando marcado pela precariedade nas condições de vida impostas pela sociabilidade capitalista” ou como este fenômeno que afeta todas as classes sociais vai impactar a classe trabalhadora com maiores agravos. Marllat (1999), aponta os aspectos do proibicionismo que alçou o mercado global de substâncias psicoativas a ilegalidade, como a violência crescente, presente neste mercado e a criminalização dos consumidores de substâncias psicoativas e os fatores negativos determinantes na oferta e acesso dos serviços de saúde. As categorias marxianas de análise como *relações sociais de produção, estrutura e superestrutura* e *classes sociais* são cruciais, pois os processos biológicos de saúde-doença também são determinados socialmente. As crises e reestruturações produtivas do capital também são destaques no trabalho de Castro (2018), pois as condições de existência da população em geral e, especialmente, as condições de existência da população usuária de substâncias psicoativas, tendem a piorar neste contexto,

sobretudo em relação a moradia, alimentação, renda, trabalho e saúde. É neste sentido que a RD se apresenta como *ponto de referência* não apenas como uma resposta social ao fenômeno do uso prejudicial de substâncias psicoativas que visa atender as reais necessidades sociais e de saúde, mas também como problematização do fenômeno, posto que atinge pessoas de todas as classes sociais, mas está fortemente relacionado a pobreza, miséria e a múltiplos processos de exclusão e exploração, como veremos a seguir.

De fato, a *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack*, da Fiocruz, organizada por Bastos e Bertoni (2014), também citada por Castro (2018), foi realizada nas cenas de uso de 27 capitais brasileiras, 9 regiões metropolitanas e um conjunto de municípios selecionados e trouxe a luz alguns dados que revelam que o uso prejudicial do crack no Brasil é um problema social: oito em cada dez usuários autodeclararam-se pretos ou pardos, apenas 16,49% dos usuários haviam concluído o ensino médio e 2,35% o ensino superior, 40% dos usuários estavam em situação de rua, 65% declarou o trabalho esporádico ou autônomo como principal fonte de renda para obtenção da substância. O perfil predominante dos usuários de crack no Brasil: homem, jovem, negro, com baixa escolaridade, vivendo em situação de rua e sem acesso a emprego e renda, constituindo-se um grupo extremamente e historicamente vulnerável. Para Castro (2018, p.66), os dados evidenciam “baixo acesso a bens materiais e culturais, expressos pela falta de moradia, pelas condições precárias de trabalho, pelo desemprego, pelas questões de etnia”.

O uso de substâncias psicoativas é um fenômeno que se insere na totalidade dialética e estruturada que é a realidade. Ressalta-se a *historicidade* como categoria de análise, empregada nesta pesquisa, que será abarcada pela captação das características das fases de implementação, institucionalização e desmonte da RD no Brasil.

O levantamento de dados, as análises das legislações e da produção acadêmica e científica apontam a RD como a maior resposta global no campo da saúde ao uso prejudicial de substâncias psicoativas, pautada em evidências científicas, que se contrapõe às abordagens conservadoras. A RD coexiste com práticas e ações totalmente opostos aos seus princípios e premissas e pode ser implantada inclusive num ambiente proibicionista. Vários países proibicionistas como os EUA e o Brasil implementaram a RD. No Brasil, a RD foi implementada ainda em pleno momento de avanço das políticas neoliberais, a partir dos anos 1990.

A disputa pelo fundo público que impacta no financiamento das políticas sociais e no financiamento da saúde pública vão certamente impactar nas decisões sobre as prioridades e carências das políticas e ações que serão ou não financiadas, nos atores e em seus distintos interesses. Para Castro (2018, p.78), a RD sob a forma de política social “tem inúmeros limites e desafios circunscritos a uma atuação no âmbito do Estado burguês, mas também oferece ganhos no que se refere ao tratamento humanizado dos usuários de drogas”. Os avanços e retrocessos configuram as categorias de *dialética* e *contradição* presentes nos processos de desenvolvimento da RD no Brasil.

O estudo dos mecanismos e dispositivos de financiamento da RD no Brasil carece de uma investigação que busque a partir da aparência desvendar a essência dos processos que o determinam. Estes processos são muitos, variados e multideterminados, incidem sobre o investimento, desinvestimento ou não investimento de determinadas ações e o método materialista histórico-dialético nos conduzirá a saturação destes processos. Para Netto (2011), a “investigação científica dos fenômenos sociais concebe o conhecimento do real” acessado nesta pesquisa pelas sucessivas análises e revisões do material coletado.

Ainda para atender as necessidades do objeto de estudo e buscar atingir os objetivos da pesquisa também usaremos como caminho a “análise do financiamento das políticas sociais na perspectiva da totalidade” apresentada em Salvador (2008) e Salvador e Teixeira (2014). Esta perspectiva de análise aponta caminhos para o estudo do fundo público, do financiamento e do orçamento das políticas sociais.

Nesta pesquisa buscaremos contemplar as três dimensões que Salvador (2008, p.35) utilizou no estudo sobre o fundo público e o financiamento da seguridade social no Brasil: 1. **O destino dos recursos:** permite saber quais as políticas, projetos e ações estão sendo privilegiadas; 2. **A grandeza dos gastos:** permite saber se os valores aportados correspondem com as necessidades reais e com a indicação das normativas e legislações; e 3. **A natureza das fontes:** permite saber quem de fato financia a política, se entes públicos ou privados, se nacionais ou internacionais, etc. A aplicação destas dimensões no estudo dos mecanismos e dispositivos de financiamento da Redução de Danos no Brasil e na análise crítica dos processos que o regem tornará possível à elaboração de tendências mais complexas na organização social.

Os dados têm seus determinantes, para desnudá-los estudaremos os mecanismos e dispositivos que financiaram a Redução de Danos na perspectiva de ver além do que os dados

concretos mostram. Tentaremos ver as construções humanas e societárias que culminaram nestes dados, como apontam Salvador e Teixeira (2014, p. 27-28):

Pois bem, os dados não falam por conta própria! Estes são cotejados por sujeitos ligados a projetos políticos marcados por antagonismos de classes (e suas frações) cujos porta-vozes anunciam e denunciam aspectos do orçamento público em consonância aos seus interesses, os quais podem ser puramente *econômico-corporativos* ou *ético-políticos*, em termos gramscianos.

A pesquisa pretende seguir o que Minayo et al. (2002, p.26) denominou “ciclo de pesquisa”, basicamente consiste em três fases: 1. **A fase exploratória da pesquisa** - refere-se à construção do objeto e escolha do método e dos procedimentos metodológicos; 2. **O trabalho de campo** - que diz respeito ao levantamento bibliográfico e documental, as entrevistas e a coleta de outros materiais pertinentes; e 3. **O tratamento do material** - que dá conta da organização, classificação e análise do material. Considera-se que a terceira fase é uma das mais importantes da pesquisa, pois nela ter-se-á a oportunidade de “confrontar a abordagem teórica a investigação de campo” (MINAYO et al., 2002, p.26).

O ciclo de pesquisa elaborado por Minayo (2002) será utilizado apenas como uma ferramenta de organização das fases e metas da pesquisa, sem perder de vista que pesquisar é movimento de idas e vindas, de perguntas e respostas constantes e que a pesquisa não se dá de modo tão linear e estático na prática.

Os procedimentos metodológicos a serem empregados são: **1. Revisão bibliográfica:** que servirá de base para conhecer o que os pesquisadores já escreveram sobre o objeto (financiamento da RD no Brasil), para realização das análises comparativas e servirá de subsídio para a inserção e construção de pontos de vista mais qualificados; e **2. Pesquisa documental:** será fundamental para conhecer o objeto em si, revelará as normativas e exporá em números como se deu o financiamento da RD no período investigado (2005 a 2018). Para esta investigação pretende-se consultar dados secundários que se referem à revisão bibliográfica, a leitura de legislações, o acesso às notícias, a coleta e a sistematização de dados e informações em banco de dados oficiais disponíveis na Internet.

Segundo Salvador (2008, p.35), “quantidade e qualidade são intrínsecas a todos os objetos e fenômenos sendo inter-relacionados”. Dessa forma, pretende se utilizar as abordagens quantitativas e qualitativas para investigar as contradições presentes na relação Estado-sociedade que incidem na política pública de saúde, na política sobre substâncias psicoativas ilícitas e nos mecanismos de financiamento da RD. É quantitativo, pois tratará da coleta e análise de dados concretos relacionados ao financiamento da RD, é qualitativo porque

esta análise se fará pautada em uma bibliografia crítica e se confrontará os dados com os aspectos históricos, políticos, sociais, econômicos, ideológicos e conjunturais. Apesar de os dados quantificáveis serem a alma desta pesquisa, os dados não quantificáveis terão uma grande importância, pois os números traduzem realidades com complexidades não quantificáveis.

Os dados centrais da pesquisa foram extraídos da análise de 14 relatórios da Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas – CGMAD do Ministério da Saúde – MS entre os anos de 2006 à 2015, e do Relatório Painel da Saúde Mental de 2021 da organização da sociedade civil sem fins lucrativos Desinstitute, que atua pela garantia de direitos humanos e pelo cuidado em liberdade no campo da saúde mental, no Brasil e na América Latina. Estes relatórios são oficiais e são considerados fontes de confiáveis, mesmo que utilizem fontes de bancos de dados diversos.

1. BRASIL. Ministério da Saúde. CGMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 1*. Ano I, nº 1, maio de 2006.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. CGMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 2*. Ano I, nº 2, janeiro-julho de 2006.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. CGMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 3*. Ano I, nº 3, dezembro de 2006.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. CGMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 4*. Ano II, nº 4, agosto de 2007.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. CGMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 5*. Ano III, nº 5, outubro de 2008.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. CGMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 6*. Ano IV, nº 6, junho de 2009.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. CGMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 7*. Ano V, nº 7, junho de 2010.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. CGMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 8*. Ano VI, nº 8, janeiro de 2011.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. CGMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 9*. Ano VI, nº 9, julho de 2011. Ano VII, nº 10, março de 2012.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. CGMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 10*. Ano VII, nº 10, março de 2012.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. CGMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 11*. Ano VII, nº 11, outubro de 2012.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. CGMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 12*. Ano X, nº 12, outubro de 2015.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. CGMAD. *Saúde Mental no SUS: acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, jan. 2007.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. CGMAD. *Saúde Mental no SUS: As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, jan. 2011.
15. DESINSTITUTE. WEBER, Renata (org.). *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216 de 2001*. 2021.

Foram analisadas 21 normativas do período de 2001 a 2018, entre portarias e decretos que se relacionam especificamente com os mecanismos e dispositivos de financiamento da RD analisados nos 3 eixos eleitos para a pesquisa, além de outras legislações e documentos listados na bibliografia.

Quadro 1 - Legislações e normativas (análise dos mecanismos de financiamento)

2001	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 627, de 26 de abril de 2001: Normatiza o FAEC. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0627_26_04_2001.html .
2002	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.336, de 19 de fevereiro de 2002: Cria rede CAPS, estabelece as modalidades, equipe mínima e normatiza seu funcionamento e financiamento. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html .
2003	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1455 de 31 de julho de 2003: Define incentivo financeiro para rede CAPS. Documento citado em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaudemental/13_2004.pdf e http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/portarias6.php .
2004	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html .
2005	BRASIL. Ministério da SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro par implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0245_17_02_2005.html . BRASIL. Ministério da SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria 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 – CAPS AD. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1059_04_07_2005.html . BRASIL. Ministério da SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.174, de 07 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o programa de qualificação dos centros de atenção psicossocial – CAPS e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_comp.html .
2007	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html .

2008	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.867, de 27 de novembro de 2008. Estabelece recursos a serem transferidos do fundo de ações estratégicas e compensação – FAEC para o teto financeiro anual da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade dos estados, distrito federal e municípios e redefine o rol de procedimentos da tabela de procedimentos, medicamentos e órteses e próteses e materiais especiais – OPM do sus financiados pelo FAEC. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2867_27_11_2008.html.</p>
2009	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias nº 1195, 1196, 1197 e 1198, de 4 de junho de 2009. Estabelecem novos recursos a serem incorporados ao teto financeiro anual do bloco de atenção de média e alta complexidade de 9 Estados e 111 Municípios para o custeio de Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011a, p.100). Citadas em MS, 2011, p. 100.</p>
2010	<p>BRASIL. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm#textoimpresso.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas – CAPS AD III. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010_comp.html.</p>
2011	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.099, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3099_23_12_2011.html.</p>
2012	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html.</p>
2013	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 615, 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e unidades de acolhimento, em conformidade com a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em:</p>

	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html .
2014	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.966, de 11 de setembro de 2013. Redefine financiamento dos CAPS III e CAPS AD III. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1966_10_09_2013.html .
2017	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Regulamenta os CAPS AD IV e seus respectivos incentivos financeiros. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html .
2018	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos – STR, Unidades de Acolhimento – UA e de leitos de saúde mental em hospital geral, integrantes da Rde de Atenção Psicossocial – RAPS, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do sus. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/es/legislacoes/portaria-gmms-no-3659-de-14-de-novembro-de-2018 . BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018. Torna pública a lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51521189/do1-2018-11-23-portaria-n-3-718-de-22-de-novembro-de-2018-51521040 .

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise das normativas evidencia as referências encontradas em relação a RD e a análise dos relatórios busca analisar se/e como as ações foram de fato implementadas, se condizem com o que dispõem as normativas e ainda com as demandas e anseios da sociedade e da população.

A **hipótese** elaborada é de que as análises sobre os mecanismos e dispositivos de financiamento da Redução de Danos no Brasil entre 2005 e 2018 vão apontar que a Redução de Danos, como estratégia em saúde pública no enfrentamento ao uso prejudicial de substâncias psicoativas ilícitas, é subfinanciada em relação a outras estratégias (conservadoras) e que sofre impactos negativos conforme os ditames do desenvolvimento do modo de produção e reprodução da sociabilidade capitalista. E estes impactos negativos repercutem em estagnação e/ou retrocessos na implementação da Redução de Danos no Brasil.

Para responder as questões levantadas e atender os objetivos propostos o presente trabalho se dividirá em quatro capítulos: 1. **O Brasil, o mundo e a Redução de Danos na política de saúde pública**: contextualiza o objeto de estudo a partir de uma revisão literária sobre o financiamento da saúde pública no Brasil elencando seus principais desafios; faz

exposições preliminares sobre a política de drogas e a Redução de Danos no Brasil com conceitos e autores chave; e expõem dados, conclusões e metodologias já utilizadas nos estudos sobre financiamento de Redução de Danos em nível global, realizados pela Harm Reduction International – HRI (2010, 2014, 2016 e 2018); 2. **Implementação, institucionalização e desmonte da Redução de Danos no Brasil**: contextualiza as características dos processos históricos de implementação, institucionalização da RD no Brasil e sua inserção no SUS e o processo de fragilização e desmonte, com ênfase nos aspectos do financiamento neste período; 3. **O financiamento da RD no Brasil (processo de implementação)**: revisa a literatura que investigou o financiamento em programas, projetos e ações de RD no Brasil no período de 1989 a 2005 (antes da normatização, institucionalização e implementação da RD na PNSM e no SUS); e 4. **Os mecanismos de financiamento da RD no Brasil pós institucionalização (2005 – 2018)**: analisa dados, documentos e literatura que contam a trajetória histórica e os mecanismos e dispositivos de financiamento adotados pela esfera federal para o custeio da RD no Brasil. Neste capítulo veremos: os determinantes que acarretaram as tomadas de decisões que definiram os mecanismos de financiamento e os direcionamentos dos investimentos no período analisado. Para tal, analisou-se dados, fatos e circunstâncias da relação Estado-sociedade que provocaram a coesão entre a Política Nacional de Saúde Mental – PNSM e a questão do uso prejudicial das substâncias psicoativas, que contribuiu para a criação e ampliação da cobertura de uma rede extra-hospitalar de base comunitária, com centralidade nos CAPS AD; a relação entre Redução de Danos e CAPS AD; os dados sobre investimentos na normatização, estruturação, ampliação e da rede CAPS, especialmente da modalidade CAPS AD; os mecanismos e dispositivos de financiamento adotados para garantir a estruturação da rede; o “novo redirecionamento” do financiamento PNSM, tendo o advento midiático do crack como vetor, a partir de 2010; e finalmente as análises dos Relatórios Saúde Mental em Dados – RSMD (2006 a 2015), dos Relatórios de Gestão da Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Drogas (2003 a 2010) e de outros documentos oficiais do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO I - REDUÇÃO DE DANOS NA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA

1 DESAFIOS DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

No Brasil, a política de saúde pública é um dos três pilares da Seguridade Social, ao lado da Previdência Social e da Assistência Social, que desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 – CF/88 passou a ser um “direito de todos e dever do Estado”. Silva e Rotta (2012, p.334), indicam os princípios basilares presentes na CF/88 e na Lei Orgânica do SUS de 1990, como universalidade, integralidade, participação, descentralização e equidade. Já Piola et. al. (2013, p.7), destacam que “mesmo compreendendo a saúde como um dever do Estado, a CF/88, no art.199, a declarou livre à iniciativa privada” e este já seria um indício das dificuldades e contradições que a política de saúde pública encontraria para efetivar-se de acordo com seus princípios.

Deste momento até os dias atuais, teoria e prática nos mostram que a materialização do texto constitucional ainda não foi possível e que as contradições das relações entre Estado e sociedade persistem, tendo como pano de fundo a disputa por recursos do fundo público para as políticas sociais. Salvador (2010, p. 608), destaca a importância do fundo público tanto para a “articulação de políticas sociais” quanto para a “reprodução do capital”. Estas disputas vêm dificultando a materialização das políticas sociais, principalmente da política de saúde pública, como avalia Mendes (2014, p. 93),

Sabe-se que não tem sido fácil, nos 25 anos de existência do SUS, a manutenção de recursos suficientes e definidos para toda a seguridade social e, especificamente, para o financiamento da política de saúde universal. Os embates têm proliferado.

Boschetti (2009, p.9), ao analisar as conquistas e limites relacionados à materialização dos direitos inerentes a seguridade social é categórica ao afirmar que “os direitos conquistados pela classe trabalhadora e inseridos na carta constitucional foram submetidos ao ajuste fiscal”. Esta afirmação também é a conclusão de autores como Elias, Marques e Mendes (2001), Cislighi, Teixeira e Souza (2011), Silva e Rotta (2012), Piola et. al. (2013), Alencar Júnior e Salvador (2015) e Salvador (2017).

Elias, Marques e Mendes (2001, p.25), concluem que as maiores tensões no campo do Orçamento da Seguridade Social – OSS e do financiamento da saúde pública estão na descentralização e no debate entre economia e política, onde “predomina o imperativo da racionalidade econômica de contenção de gastos”.

Os problemas, limitações e dilemas que se colocam quanto ao financiamento da política de saúde pública no Brasil são muitos e variados, os recursos são insuficientes tendo em vista os princípios e metas do Sistema Único de Saúde – SUS. Silva e Rotta (2012, p.333), avaliam “o dilema da universalização do SUS diante da dificuldade de financiamento público”. Em seu trabalho, os autores relembram o surgimento do SUS e seu caráter contra hegemônico, avaliam o financiamento do SUS antes e depois da CF/88 e discorrem sobre a situação até o ano de 2012.

Entre os principais dilemas do financiamento da saúde, apontados por Silva e Rotta (2012, p.339-343) estão: o subfinanciamento e seus impactos sob a população, os problemas com a implantação da Emenda Constitucional nº 29 de 2000 e a privatização e mercantilização dos serviços de saúde.

Os autores consideram que mesmo sendo rejeitada a proposta de destinar 10% do Produto Interno Bruto – PIB ao orçamento do SUS, a criação do Orçamento da Seguridade Social – OSS foi um avanço. Ainda assim, reconhecem Silva e Rotta (2012), que os recursos destinados ao SUS não foram suficientes para dar cabo de seus objetivos, pois, o OSS tornou-se um palco de disputas por recursos entre as políticas sociais que compunham a seguridade social, entre o setor público e o setor privado e entre o capital e o trabalho.

Alencar Júnior e Salvador (2015, p.240), afirmam que após os anos 1970, o capital buscou reconfigurar o papel do Estado com “forte impacto nas políticas sociais”. Para estes autores, a correlação de forças em disputa pelo fundo público e a carga tributária regressiva são as principais razões que justificam a dificuldade da materialização dos direitos da seguridade social, previstos na CF/88.

O avanço do neoliberalismo no Brasil a partir dos anos 1990, logo após a promulgação da CF/88, impediu que os avanços sociais conquistados no texto constitucional fossem implementados. Souza et. al. (2019), explicam que no Brasil, no âmbito da saúde pública, há uma disputa de projetos de sociedade. Este confronto de projetos impede a materialização plena do SUS. Pode-se dizer que parte das dificuldades e limitações que o SUS enfrenta deve-se as disputas pelos recursos públicos, por projetos societários antagônicos, como explica Souza et. al. (2019, p.2785):

Essa situação é o resultado (sempre provisório) das disputas entre diferentes projetos de sociedade que, no setor saúde, podem ser esquematicamente reunidos em dois blocos: o projeto democrático-popular do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o projeto liberal-conservador ao qual se vincula o setor privado na saúde.

Alencar Júnior e Salvador (2015), analisam os efeitos do neoliberalismo no orçamento da seguridade social no governo Lula (2003 a 2011), tido por alguns como um governo progressista, e constatam que neste período houve continuidade do caráter regressivo do financiamento das políticas de seguridade social que “onera a classe trabalhadora e privilegia a classe capitalista”.

Portanto, diante de um cenário de financeirização do capital e do ajuste neoliberal do Estado brasileiro, que se configurou antes e durante o governo Lula, o fundo público cumpriu seu papel histórico, na atual fase do capitalismo, de servir mais ao capital do que aos trabalhadores. (ALENCAR JÚNIOR; SALVADOR, 2015, p.247).

A CF/88 no art. 198, §1, por sua vez, propôs o financiamento triparte da saúde pública, onde União, Estados e os municípios compartilham a responsabilidade com o financiamento dos serviços de saúde (BRASIL, 1988). Esta responsabilidade compartilhada e a descentralização político-administrativa prevista no texto constitucional são à base de um pacto federativo. Mesmo com a vigência deste pacto entre os entes federados o financiamento da política de saúde pública no âmbito SUS historicamente vem apresentando problemas.

Entre os problemas, quanto ao financiamento da política de saúde pública no Brasil, apresentados por Elias, Marques e Mendes (2001), Cislighi, Teixeira e Souza (2011), Silva e Rotta (2012), Piola et. al. (2013) e Salvador (2017), estão:

1. O subfinanciamento da política de saúde: O fundo público e a seguridade social no Brasil são financiados em grande parte pelos próprios trabalhadores. Além do subfinanciamento, as políticas sociais ainda têm de disputar seus recursos com o capital que buscando expandir-se se volta ao Fundo Público. Cislighi, Teixeira e Souza (2011, p.8) afirmam que mesmo com o aumento da carga tributária e da arrecadação dos impostos pagos pela população, que em 1947 representavam 13,8% do PIB e em 2010 já chegava a 35,13% do PIB, o OSS não teve crescimento expressivo.

Com isso, o fundo público passou a ser direcionado para políticas que beneficiam o capital como o pagamento da dívida pública, cujos títulos estão na mão do grande capital como bancos e fundos de pensão. O Estado passou assim a ser uma espécie de “Robin Hood às avessas”, que tira a renda dos trabalhadores para repassá-la aos grandes capitalistas. (CISLAGHI; TEIXEIRA; SOUZA, 2011, p. 8).

Para Elias, Marques e Mendes (2001, p.18), o subfinanciamento também é causado pelas recomendações dos organismos financeiros internacionais como o Banco Mundial – BIRD e o Fundo Monetário Internacional – FMI que receitam a redução dos gastos públicos em nome do ajuste fiscal. Ressalva-se que estas recomendações podem ou não serem acatadas pelos países-membros que detém soberania sobre as decisões nacionais.

2. A perda das fontes de arrecadação: como a extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF que durou de 1997 a 2007 e foi criada para compor o Fundo Nacional de Saúde – FNS, que segundo Piola et al. (2013, p.10) não ampliou o orçamento da política pública de saúde, apenas garantia estabilidade dos recursos e como a Desvinculação de Receitas da União – DRU: mecanismo perverso criado em 1993 que prioriza o ajuste fiscal e concede ao governo direito de retirar até 20% da arrecadação do OSS para usar em outras áreas. Para Salvador (2017, p. 429), “o DRU cumpre historicamente um papel de uma perversa ‘alquimia’ de transformar os recursos destinados ao financiamento da seguridade social em recursos fiscais [...]”.

Outra grave perda sofrida pelo orçamento das políticas sociais e pela política de saúde pública e apontada por Salvador (2017), se refere ao Novo Regime Fiscal – NRF, que a partir da aprovação da EC. nº 95 de 2016 estabeleceu um teto de gastos primários do governo federal por 20 anos. O autor ressalta que em contrapartida não foi estabelecida nenhuma medida que contenha ou limite os gastos com o pagamento da dívida pública.

3. O federalismo e a descentralização: neste quesito os problemas expostos dizem respeito à demora de definição dos percentuais de participação de cada ente federado que não foram estabelecidos pela CF/88 (CISLAGHI; TEIXEIRA; SOUZA, 2011, p.2). Estes percentuais só foram instituídos pela EC. nº 29 de 2000, onde valores mínimos de contribuição foram estipulados a cada ente federado. Cislighi, Teixeira e Souza (2011, p.6), indicam que estes percentuais mínimos têm encontrado dificuldades para serem cumpridos, que o piso se tornou o teto das contribuições e que gastos diversos passaram a contar como gastos de saúde. Outro problema é a baixa autonomia dos municípios sobre os recursos repassados pela União, que muitas vezes já vêm direcionados a programas e projetos específicos do Ministério da Saúde.

[...] cada vez mais o governo federal repassava recursos “carimbados”, isto é, destinados a programas definidos previamente, que não podiam ser designados para outros fins, impedindo os municípios de discutirem localmente a melhor utilização dos recursos. (CISLAGHI; TEIXEIRA; SOUZA, 2011, p. 7).

A descentralização e a EC nº 29 de 2000 também são apontadas como problemáticas por Piola et. al. (2013 p.25 e 27). Quanto à descentralização os autores observam que após a CF/88 houve uma redução das aplicações diretas e aumento das transferências para estados e municípios. Segundo eles, o Ministério da Saúde realiza transferências mediante “fragmentação das parcelas e definição por portaria” e este tipo de transferência contraria os

princípios da descentralização e por isso são chamadas de “transferências tuteladas”. Quanto a EC nº 29 de 2000, os autores afirmam que ela falhou ao não definir claramente o que eram as Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS (PIOLA et. al. 2013, p.20). Esta falha que perdurou por doze anos fez com que serviços diversos fossem pagos com o já subfinanciado orçamento do SUS até a regulamentação das ASPS pela Lei Complementar nº 141 de 2012⁸ (PIOLA et. al. 2013 p.22).

Elias, Marques e Mendes (2001, p.23), entendem o financiamento como “fio condutor da política de saúde” e apontam algumas tensões neste aspecto. Dentre os problemas apresentados por estes autores a descentralização está em destaque, que “reduziu a participação da união no financiamento da saúde pública, mas não aumentou a autonomia dos municípios” (ELIAS; MARQUES; MENDES, 2001, p.19).

A descentralização no Brasil tem caráter contraditório, pois ao mesmo tempo que atendeu as demandas da sociedade que pautavam a democratização das tomadas de decisões nos níveis regional e local, também afetou negativamente a implementação de ações estratégicas como a RD. O presente estudo dos mecanismos e dispositivos do financiamento da RD no Brasil, revelou dificuldades relacionadas diretamente ao processo de descentralização, bem como as alternativas que o governo federal buscou para superar estas dificuldades.

4. A privatização dos serviços de saúde: Cislighi, Teixeira e Souza (2011, p.2) reafirmam o fundo público como “fruto de correlação de forças estabelecidas entre as classes sociais” e no âmbito do financiamento da política de saúde pública apontam a apropriação do capital financeiro sobre o fundo público com uso de variadas estratégias e mecanismos. Uma delas se dá pela contratação de serviços de saúde privados pelo SUS, uma prática que seria exceção tem virado regra e que segundo Cislighi, Teixeira e Souza (2011, p. 7) “tornou a saúde um negócio extremamente lucrativo, construindo uma lógica de privatização por dentro do SUS”.

Os debates sobre o fundo público, sobre o financiamento da seguridade social e sobre o financiamento da política de saúde pública estão na “ordem do dia”, pois são de extremo interesse da sociedade, tendo em vista a saúde como direito universal da população e tendo em vista a tendência atual de “flexibilização” de direitos instituídos. Algumas críticas sobre o tema podem ser vistas nos trabalhos de Elias, Marques e Mendes (2001), Boschetti (2009),

8 Ver Brasil, 2012.

Cislaghi, Teixeira e Souza (2011), Silva e Rotta (2012), Piola et al. (2013), Mendes (2014), Alencar Júnior e Salvador (2015), Salvador (2017) e Souza et al. (2019).

É neste palco de disputas entre o capital e as políticas sociais que se insere a Redução de Danos – RD, como estratégia em saúde pública, disputando não apenas uma parte do orçamento da política de saúde, mas ainda, o seu próprio reconhecimento como estratégia, inserida na política pública de saúde. Esta breve análise sobre o financiamento da política de saúde pública no Brasil serve para compreender como se dá o investimento governamental no Brasil na garantia da prestação dos serviços públicos. Os limites, as dificuldades, os dilemas e os problemas apresentados pela revisão bibliográfica acima já dão o tom sobre o terreno que a RD está se movendo no Brasil.

Os estudos que analisam legislações e normativas relacionadas à política de drogas e a RD no Brasil, como os de Machado e Boarini (2013) e Teixeira et al. (2017), serviram de base para as análises que visam observar se existe coerência entre o que preconizam os documentos e os valores aportados para o financiamento da RD no período analisado.

1.1 REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL: O DEBATE TEÓRICO E A LEGITIMAÇÃO COMO ABORDAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

O uso prejudicial de psicoativos ilícitos e seus desdobramentos na sociedade vem sendo objeto de atenção de Estados Nacionais e de organizações internacionais, que historicamente elencam e classificam as substâncias como lícitas ou ilícitas e que historicamente trataram o consumo de psicoativos no campo da segurança pública e da justiça penal. No entanto, a partir dos anos 1990 uma nova concepção vem sendo adotada no campo da saúde mental e a partir dos anos 2000 evidencia-se um deslocamento da política sobre psicoativos para o campo da saúde pública, com adoção de abordagens pautadas em evidências científicas. Estes avanços, que também vem sendo observados nos organismos internacionais norteadores da política sobre psicoativos, se devem a movimentos globais da sociedade com diligências de atores diversos como: a população usuária da política de saúde mental; gestores e profissionais que atuam com política sobre psicoativos nas áreas da saúde e da segurança pública; Organizações Não Governamentais – ONGs nacionais e internacionais; intelectuais e pesquisadores de diversas áreas do conhecimento e a comunidade científica. A construção de paradigmas progressistas, na saúde pública, para o enfrentamento do uso prejudicial das substâncias ilícitas coexiste e disputa espaços com o paradigma dominante, o proibicionista.

As análises de Santos, Soares e Campos (2010) sobre as concepções que orientam as práticas de RD no Brasil entre os anos de 1994 a 2006, apontaram que a produção científica sobre o tema estava distribuída nas seguintes áreas:

[...] 30% vinham da área da psiquiatria, 20% da saúde pública e epidemiologia, 20% da psicologia, 9% da saúde coletiva, 7 % das ciências sociais, 5% da antropologia, 2% do serviço social e 2% da criminologia crítica, sendo que não foi possível identificar a área do saber em 5% dos trabalhos. (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010, p.998).

Entre os autores que escrevem sobre RD, destacamos os trabalhos de Marlatt (1999), Carvalho (2004, 2005, 2016, 2017); Brites (2006), Carvalho, Rochet e Paulino (2008), Fonseca et al. (2007), Machado e Boarini (2013), Rosa (2014), Teixeira et. al. (2017) e Carvalho e Pinto (2020). As origens da RD no mundo e no Brasil são contadas e recontadas em diversos trabalhos acadêmicos por autores como Marlatt (1999), Carvalho, Rochet e Paulino (2008), Machado e Boarini (2013) e Rosa (2014). “Apesar de os estudos indicarem que já no ano 1926, no Colégio de Médicos Britânicos e no Comitê Rolleston, na Inglaterra, pensava-se na distribuição de seringas higienizadas para os usuários de heroína, foi só bem mais tarde, na década de 1980, inicialmente em Amsterdã, Holanda, que a estratégia de redução de danos começou a ganhar corpo. A partir da articulação do movimento social denominado Liga de Dependentes, ou *Junkiebond*, que reivindicava melhores condições de saúde e qualidade de vida para os usuários de drogas” (MACHADO; BOARINI, 2013, p.585). “No Brasil, é consenso entre os estudiosos que o uso das estratégias de redução de danos teve início em 1989, na cidade de Santos, no Estado de São Paulo, onde se concentrava grande parte dos casos de AIDS decorrentes do uso de drogas injetáveis. A iniciativa foi do médico sanitário David Capistrano, que implementou programas de distribuição de seringas aos UDIs” (SILVEIRA et. al., 2003; MESQUITA, 1991; PETUCO; MEDEIROS, 2009 *apud* MACHADO; BOARINI, 2013, p.585).

Considera-se a Redução de Danos – RD como uma alternativa progressista e pragmática no enfrentamento do uso prejudicial das substâncias psicoativas ilícitas e de seus desdobramentos na saúde e na sociedade, que está situada numa perspectiva de totalidade e que se opõem aos modelos genéricos, conservadores, repressivos e de tolerância zero. Alguns princípios e premissas da RD apresentados por Marlatt (1999, p. 45-51), são aqui sintetizados:

I) A Redução de Danos é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas; II) A Redução de Danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos; III) A Redução de Danos surgiu principalmente como abordagem de baixo para cima, baseada na defesa do consumidor de psicoativos, em vez de uma política de cima pra baixo, promovidas pelos formuladores das políticas de drogas;

IV) A Redução de Danos promove serviços de baixa exigência como uma alternativa as abordagens tradicionais de alta exigência; V) A Redução de Danos baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista; e VI) A Redução de Danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos.

A RD é caracterizada por Machado e Boarini (2013, p. 587) como: **1.** uma estratégia de “baixa exigência”, pois não exige a abstinência como condição ao acesso ao tratamento e aos serviços de saúde; **2.** uma estratégia formulada de “baixo para cima”, pois foi construída em conjunto e em defesa dos que usam psicoativos, que se baseia em evidências científicas sem desprezar os saberes populares; e **3.** é uma estratégia isenta de posicionamentos ideológicos, pois se baseia na “neutralidade moral” e não se posiciona contra ou a favor do uso.

Para Teixeira et. al. (2017, p.1456), existem paradigmas que tencionam a política sobre drogas no Brasil: **1)** Campo da segurança pública e da justiça penal: o paradigma do proibicionismo *versus* antiproibicionismo; e **2)** Campo da saúde e assistência social: o paradigma asilar *versus* paradigma psicossocial + Redução de Danos.

Sobre os paradigmas proibicionista e antiproibicionista, existe uma vasta literatura no campo das Ciências Sociais, da Sociologia, do Direito e do Serviço Social em que debatem autores como Rodrigues (2006, 2017), Karam (2010), Fiore (2012) e Silva (2013). Para Machado e Boarini (2013, p.582), o proibicionismo passa a ser questionado à medida que o consumo das substâncias ilícitas cresce a nível global e os consumidores destas substâncias, principalmente os que não querem ou não podem abster-se do consumo, são negligenciados e estigmatizados.

Na saúde, o paradigma asilar trata o uso e o uso prejudicial de psicoativos na perspectiva do processo saúde-doença com “ênfase no caráter orgânico” com foco nos medicamentos como instrumentos de cura.

O indivíduo ocupa um lugar passivo em seu tratamento, sendo considerado doente, justificando, com isso, seu isolamento do meio familiar e social mais amplo. A instituição típica desse paradigma é o hospital psiquiátrico que possui somente a internação como modelo (TEIXEIRA et. al., 2017, p.1456).

No paradigma psicossocial o “desenvolvimento das práticas é decorrente de movimentos da sociedade e de diversos campos teóricos” (TEIXEIRA et. al., 2017, p.1456). Neste modelo são considerados os “determinantes econômicos, sociais e políticos” que vão além da doença e do uso de medicamentos, como decisivos para o modo como as pessoas se relacionam com as substâncias (TEIXEIRA et. al., 2017, p.1456). Os autores explicam que as

abordagens não visam a “cura” ou abstinência, mas sim a redução de riscos e danos e a garantia do acesso aos serviços públicos e ao pleno exercício de direitos.

Esse modelo de cuidado centra-se no respeito às diferenças, à defesa da vida e ao direito à liberdade e à dignidade da pessoa, cujo objetivo é inclusão e reinserção social, e a toxicomania ou a dependência de drogas é vista como resultante do encontro de uma pessoa com uma droga em um dado momento sociocultural, numa tríade indivíduo-droga-contexto. Seus princípios são a desinstitucionalização; a liberdade; a autonomia e a cidadania, tendo a interdisciplinaridade e a intersetorialidade como práticas da clínica ampliada (TEIXEIRA et. al., 2017, p.1456).

Segundo Teixeira et. al. (2017), as referências destes paradigmas ocasionam disputas nos campos da saúde, da assistência social, da segurança e da justiça. Estas disputas se refletem na concepção de três modelos/abordagens. Machado e Boarini (2013) e Teixeira et. al. (2017) utilizam os modelos elaborados por Marlatt (1999): **1.** modelo moral criminal; **2.** modelo de doença; e **3.** modelo de Redução de Danos. Sendo que, “os dois primeiros modelos têm sintonia com o paradigma proibicionista e o terceiro se relaciona com o paradigma antiproibicionista” (Teixeira et. al., 2017, p.1457).

O modelo de RD para Teixeira et. al. (2017) “é entendido como uma estratégia norteadora do cuidado, um paradigma ético, clínico e político”. De acordo com Machado e Boarini (2013) a RD é uma estratégia em saúde pública que veio para preencher as lacunas deixadas pelos modelos proibicionistas no que se refere ao cuidado e ao acesso à saúde dos que seguem usando psicoativos.

A Redução de Danos por sua vez, teve bastante difusão no Brasil, chegando a conquistar espaço nos documentos e normativas oficiais da política sobre psicoativos e da política de saúde pública e nos textos acadêmicos. Neste cenário, é necessário e válido investigar se a RD recebeu investimentos suficientes para efetivar-se como estratégia de saúde e de enfrentamento ao uso prejudicial de psicoativos.

Teixeira et. al. (2017), elaboraram uma linha do tempo que mostra a evolução das normativas (entre os anos 2000 e 2016) no âmbito da política sobre psicoativos e nos campos da saúde, segurança pública e justiça penal no Brasil e indicam qual dos modelos - moral criminal, saúde e RD - prevalece em cada documento analisado. O resultado do estudo de Teixeira et. al. (2017) da conta de que o modelo de RD predominou sobre os demais modelos nos documentos oficiais que compõem a política sobre psicoativos no Brasil no período analisado. Os autores explicam que no Brasil, a partir de 2002, começou a ver um realinhamento na política sobre psicoativos, mas é em 2005 que o modelo/abordagem da RD ganha notoriedade, quando o Ministério da Saúde, reconhece a RD como estratégia em saúde

pública, por meio da Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005 (BRASIL, 2005a), mas coexiste com os modelos moral/criminal e de doença, como por exemplo, as Comunidades Terapêuticas – CTs, baseados na Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009).

Machado e Boarini (2013, p.582), também analisam as normativas sobre drogas no Brasil, e constatam que elas não existiam até a década de 1920, sendo o proibicionismo “relativamente recente no Brasil”. O primeiro decreto-lei nacional, Decreto-Lei n.º 891, que versou sobre as restrições e normatizações das substâncias ilícitas data de 1938 e a segunda lei data de 1976 que foi a Lei n.º 6.368 de 1976.

Essas primeiras décadas do século XX evidenciam que a problemática das drogas no Brasil esteve, em grande parte de sua história, mais conectada às questões de segurança do que às de saúde pública, tendo como enfoque a repressão em detrimento da prevenção (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008 *apud* MACHADO; BOARINI, 2013, p.583).

As principais normativas que inserem a RD na política pública de saúde no Brasil foram viabilizadas pelo entendimento de que o uso prejudicial de drogas é um problema de saúde pública, e são: **1.** a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que legitimou o movimento de Reforma Psiquiátrica na área de saúde mental (BRASIL, 2001). Para Machado e Boarini (2013), o principal avanço desta lei foi à prioridade dada à rede de atenção extra-hospitalar, com centralidade na rede CAPS; **2.** A Política de Atenção Integral Relativa ao Usuário de Álcool e Outras Drogas do MS de 2003, pois ela apresentou críticas ao ideal de abstinência e ao paradigma proibicionista e citou a RD pela primeira vez num documento da PNSM (BRASIL, 2003); **3.** A Política Nacional sobre Drogas de 2005, que marcou a substituição do termo “antidrogas” para “sobre drogas” nas instituições e nos documentos oficiais, o que resultou em um avanço conceitual significativo no trato da temática das substâncias ilícitas e também contribuiu para a redução dos estigmas sobre os consumidores de substâncias lícitas e ilícitas (CONAD, 2005); e **4.** a Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005: que regulamentou as ações e serviços em RD e sua inserção no SUS (BRASIL, 2005a).

Machado e Boarini (2013) e Rosa (2014), refletem sobre os limites, as possibilidades e as polêmicas e impasses que perpassam a implantação da estratégia de RD na saúde pública no Brasil.

Machado e Boarini (2013, p.596) afirmam que mesmo com o avanço, após 2005, das normativas sobre a política de psicoativos, o reconhecimento da validade da RD na saúde pública continua sendo objeto de conflitos. Estes conflitos refletem o debate, quase o duelo de saúde *versus* segurança pública e justiça penal, no trato da questão das substâncias psicoativas

ilícitas. Dentre os detratores mais contundentes da RD no Brasil estão a Igreja Católica, a Polícia Federal e agora as Comunidades Terapêuticas. Essas instituições têm como principal argumento o bordão “a RD incentiva o uso de drogas”.

Outras limitações e impasses que dificultam a implementação da RD na rede pública de saúde no Brasil, apontadas por (Machado e Boarini, 2013, p.593) dizem respeito ao conflito entre os consumidores de substâncias ilícitas e o sistema de segurança pública e justiça penal, a necessidade de ações intersetoriais que garantam o acesso aos direitos dos consumidores de drogas para além da política de saúde, e os preconceitos e estigmas frutos de informações equivocadas disseminadas pelos meios de comunicação e por autoridades públicas.

Machado e Boarini (2013, p.586) refletem o desenvolvimento conceitual e prático que a RD passou no Brasil. Por exemplo, a noção de “comportamento de risco” foi superada pela noção de “situação de vulnerabilidade”. Para as autoras, este deslocamento permitiu compreender que o uso e o uso prejudicial das substâncias ilícitas vão além da perspectiva individual e perpassa as esferas social, econômica e política. “Até então, a perspectiva das estratégias proibicionistas de *guerra às drogas* não abria espaço para essa reflexão e para a compreensão da droga como um fenômeno multideterminado”.

Já no âmbito prático no Brasil, a noção de RD foi ampliada e não é direcionada apenas a prevenção das doenças transmissíveis, até porque os padrões de uso das substâncias e suas consequências estão em movimento. Deste modo, Machado e Boarini (2013) defendem a necessidade de a RD seguir mudando e se adaptando as novas substâncias, as variadas formas de uso e as dinâmicas sociais. “Passou-se a perceber que as ações de redução de danos deveriam ser planejadas de acordo com o contexto sociocultural em que seriam aplicadas” (MACHADO; BOARINI, 2013, p.587).

O debate científico sobre a RD é dividido em três vertentes de acordo com Machado e Boarini (2013): **1. Recusa total a RD:** este posicionamento é pautado em valores morais que rejeitam as evidências científicas já consolidadas no plano nacional e internacional; **2. Aceitação parcial da RD:** este posicionamento é pautado no comportamento de risco e só aceita as ações e estratégias da RD com a finalidade de prevenir doenças; e **3. Aceitação total da RD:** Este posicionamento é pautado nas evidências científicas, pois reconhece a eficácia da RD no combate a doenças, mas vai além, busca ainda garantir e ampliar o acesso dos consumidores de psicoativos aos serviços públicos.

Neste sentido, ressalta-se que o posicionamento que mais se alinha com o presente trabalho é a terceira vertente do debate científico sobre a RD, pois acredita-se no potencial da RD em contribuir com a desconstrução dos estigmas e com a garantia do acesso aos direitos sociais dos consumidores de substâncias ilícitas.

Rosa (2014, p.8), analisou a Redução de Danos a partir das concepções de Foucault sobre biopolítica e considerou-a atuante na captura dos indivíduos por meios das “tecnologias de poder” circunscritas nos discursos da saúde e da segurança pública. O autor reconhece a RD como estratégia progressista pautada nos direitos humanos, mas, ainda assim, avalia o quanto ela pode ser funcional para reforçar “verdades criadas” e reproduzidas nos discursos da segurança pública e da saúde. Para ele a questão das drogas vem sendo governamentalizada nas sociedades contemporâneas (ROSA, 2014, p.5).

O autor constrói sua argumentação questionando as noções de “situação de risco”, “vulnerabilidade”, “tratamento”, “necessidade de cuidados” entre outros. Para Rosa (2014, p.8-9) estas noções presentes nos discursos da saúde e da RD também são incorporadas pelas organizações internacionais a partir dos direitos humanos, elas passam a ser adotadas pelos Estados, como justificativa para sua intervenção sobre grupos considerados fragilizados ou que apresentem comportamentos considerados de risco, “governamentalizando a população”.

A partir daí, Rosa (2014, p.9), explica a funcionalidade da RD para a racionalidade neoliberal, à medida que a RD captura os indivíduos, no caso, consumidores e ex-consumidores de substâncias psicoativas, e os devolvem como capital humano para a sociedade. No entanto, a governamentalização atinge os demais membros da sociedade, à medida que “todos se sujeitam ao monitoramento de todos” (ROSA, 2014, p.9).

As análises de Rosa (2014) são implacáveis, pois coloca a RD como uma ferramenta não apenas de acesso a direitos e de uma possível inserção ou reinserção nos processos de sociabilidade. Na perspectiva do autor, a RD é considerada também como uma ferramenta de captura dos sujeitos para sua inserção ou reinserção na lógica neoliberal e na sociabilidade capitalista.

Neste sentido, nos coube fazer algumas ressalvas quanto à compreensão de Rosa (2014). A RD não pode capturar os sujeitos e reinseri-los na racionalidade neoliberal e na sociedade capitalista, simplesmente, porque estes sujeitos jamais foram retirados da lógica capitalista que perpassa todos os aspectos da sociabilidade humana. Marlatt (1999), enfatiza que é mais plausível usar o termo “consumidor de substâncias” e não usuário, pois as

substâncias são mercadorias inseridas na lógica de mercado capitalista. Ter pessoas fazendo uso prejudicial de substâncias psicoativas ilícitas sendo totalmente marginalizadas, inseridas num mercado totalmente lucrativo, desregulamentado e violento também é funcional a racionalidade neoliberal. Lembremos ainda que o mercado ilícito de drogas é a atividade ilegal mais lucrativa do mundo (JUSTO, 2016).

Consideram-se as análises de Rosa (2014) como interessantes do ponto de vista que analisa e crítica às contradições da sociabilidade capitalista, mas consideramos a RD como imprescindível a sobrevivência e a garantias de condições dignas de existência daqueles que fazem uso de substâncias ilícitas. Mesmo com a institucionalização da RD e a inclusão do termo, dos conceitos e das práticas em normativas e legislações, a RD nasceu das demandas dos consumidores de psicoativos por acesso a direitos e é a única abordagem no mundo com eficácia comprovada cientificamente e que consegue fazer frente as abordagens convencionais, conservadoras, punitivas e estigmatizantes que historicamente vem sendo aplicadas em nível global no âmbito da política sobre substâncias ilícitas.

Aqueles que fazem uso prejudicial de substâncias ilícitas geralmente são pessoas estigmatizadas, discriminadas e marginalizadas com a chancela das legislações nacionais e internacionais. No Brasil, as categorias de raça e classe são ainda determinantes para estas situações, tendo em vista o racismo estrutural e as desigualdades sociais. Muitos perdem até a própria identidade, ficando num limbo, sem pertencimento social algum. Nesta situação é muito difícil para o sujeito fazer reflexões sobre os determinantes e as variáveis que o levaram ao uso prejudicial de substâncias. Só quando determinado nível de acolhimento, cuidado e informação é acessado o sujeito consegue refletir sobre sua condição e decidir por si só o quanto quer ou pode seguir se relacionando com as substâncias. Se a sociedade capitalista não é uma virtude, viver as suas margens também não pode ser.

1.2 O FINANCIAMENTO DA RD EM NÍVEL GLOBAL – ANÁLISES DOS ESTUDOS DA HRI

A Harm Reduction Internacional – HRI (tradução livre: Redução de Danos Internacional), é uma Organização Não Governamental – ONG, que atua em nível global, monitorando, avaliando, incentivando, fortalecendo e pautando a Redução de Danos. A HRI tem o reconhecimento da ONU e é “uma ONG com status consultivo especial junto ao Conselho Econômico e Social das Nações Unidas – ECOSOC”. A cada dois anos, a partir de

1990, a HRI promove uma conferência internacional sobre RD⁹ e, com início em 2008, passou a produzir o Global State of Harm Reduction Reports (Tradução: Relatório Situação Global da Redução de Danos). Esta ONG vem monitorando vários aspectos da implantação da RD em nível global desde 2006, mantém uma equipe de analistas e pesquisadores em financiamento da RD e tem uma série de publicações sobre o tema (2010, 2014, 2016, 2018 e 2019) que dão conta de dados muito significativos sobre o financiamento da RD no mundo. Só em 2019, foram três Declarações Conjuntas da HRI e demais signatários sobre o financiamento da RD em nível global.

HRI (2018, p.25), afirma que há uma dificuldade global em estudar o financiamento da Redução de Danos, pois “a RD é relativamente invisível nos orçamentos nacionais e internacionais”. Além disso, as ações de RD são financiadas em grande parte por fundos públicos ou privados, geralmente destinados às ações de enfrentamento ao HIV/AIDS e a outras doenças transmissíveis, de modo que o financiamento da RD não é especificado. No caso do Brasil, o financiamento da RD no sistema público de saúde será

Não existe uma única fonte confiável de informações sobre despesas internacionais de redução de danos [...]. Dada a disponibilidade limitada dos dados, e a qualidade variável dos dados acessíveis, não é possível chegar a um valor definitivo dos gastos com RD relacionados ao HIV em países de baixa e média renda entre 2007 e 2009, no entanto, é possível determinar uma estimativa plausível. (HRI, 2010, p.23, tradução nossa).

HRI (2010) alerta para a necessidade de haver mecanismos de monitoramento mais precisos e definidos para que se saiba de fato o quanto se gasta com RD em cada país e afirma que no mundo não há nenhuma organização da sociedade civil e nenhum grupo de estudos acadêmico que pautem o financiamento da RD como causa ou objeto de estudo. Nem mesmo os doadores internacionais sabem ao certo se e quanto dos recursos doados serão realmente investidos em RD. A grande dificuldade para IHR (2018, p.40) e para o estudo do financiamento da RD é que na maioria dos países que a adotou não há fundo ou orçamento específico para as ações em RD e o financiamento da RD não é isolado do financiamento do combate às doenças transmissíveis e/ou do financiamento do enfrentamento ao uso prejudicial de substâncias.

Com base nos dados do relatório HRI (2010) é possível afirmar que dentre os países-membros da ONU que adotaram a RD em seus sistemas de saúde o financiamento da RD se dá a partir de doações nacionais e internacionais (países doadores, grupos filantrópicos e organizações internacionais como o Banco Mundial) e dos orçamentos públicos de cada país.

⁹ Conferência HRI: <https://www.hri.global/international-conference>. Acesso em: 12 mar. 2019.

A maioria das ações em RD ainda estão focadas no combate as doenças transmissíveis como a AIDS e a hepatite e, portanto, nos Usuários de Drogas Injetáveis – UDIs. A maior parte dos recursos que financiam a RD no mundo vem do Fundo Global de Luta contra a AIDS, Tuberculose e Malária – FGLATM ou simplesmente Fundo Global, sendo dois terços de todo o financiamento de doadores em 2016 (HRI, 2019). Segundo a HRI (2010) muitos países se recusam em aportar recursos próprios para financiar a RD e acabam contando majoritariamente com os recursos dos fundos internacionais. Já HRI (2018, p.23) afirma que alguns doadores fazem questão que os recursos sejam empregados exclusivamente no combate ao HIV/AIDS e defendem que os programas que utilizam a RD não devem priorizar usuários de drogas não injetáveis.

O Fundo Global de Luta contra a AIDS, Tuberculose e Malária (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria). A ideia de criação do Fundo Global começou a ser discutida em uma cúpula do G8 (Estados Unidos, Japão, Alemanha, Reino Unido, França, Itália e o Canadá - antigo G7 -, mais a Rússia) em Okinawa, Japão, em 2000. Foi finalmente criado em janeiro de 2002 com propósito de angariar recursos para enfrentar o HIV/AIDS, a Tuberculose e a Malária, as três principais pandemias da época. Além dos líderes mundiais tomadores de decisões, a consolidação do Fundo Global contou com “parceria de governos, sociedade civil, agências técnicas, setor privado e pessoas afetadas pelas doenças” (GLOBAL FOUND, [2022]).

O Fundo Global mesmo sendo o maior financiador da RD no mundo, segundo HRI (2018, p.35), adotou “critérios rígidos” de elegibilidade, entre eles o status de renda e doenças de cada país. A HRI (2018, p.33) explica que existem países dependentes do Fundo Global e alguns deles com grande possibilidade de perderem o financiamento de seus programas de RD. Além disso, os critérios de elegibilidade excluem os países que mais necessitam de aporte financeiro para RD. Dados do HRI (2016) dão conta que em 2013 o Fundo Global ~~2013~~ implementou um Novo Modelo de Financiamento e deixou 24 dos 58 países em que financiava ações de RD. Situações semelhantes aconteceram com outros fundos e países doadores.

Depois do Fundo Global, o maior aporte financeiro a RD vem dos países doares. A HRI (2018) cita Austrália, Holanda e EUA como países doadores, que doam ao Fundo Global e/ou doam a ONU e suas entidades e/ou doam diretamente a outros países na forma de acordo bilaterais.

Segundo a HRI (2018), o estudo de caso da Indonésia é emblemático para ilustrar a dependência das doações internacionais e a real situação de insustentabilidade do financiamento da RD. Em 2001, a Indonésia implantou a RD com o objetivo de reduzir a contaminação por HIV/AIDS entre os UDIs, sendo que o financiamento dos programas e ações foi realizado pelos fundos internacionais (DFID, AUSAID e USAID) e mesmo quando os índices de contaminação dos UDIs pelo HIV/AIDS caiu de 52% para 41% o financiamento da RD não recebeu “apoio doméstico”, ou seja, o governo da Indonésia não assumiu o compromisso com a manutenção dos financiamento da RD. Então, quando os fundos internacionais retiraram seus investimentos, os programas e serviços já consolidados deixaram de existir abruptamente. Sobre a Indonésia, a HRI (2018) lembra que lá também não foi possível aferir os dados sobre o financiamento nacional da RD e critica o fato de o país investir muito em repressão e punição e negligenciar a RD.

Em um ambiente doméstico que prioriza o controle de drogas e prática a reabilitação obrigatória, US\$192 milhões foram investidos na Agência Nacional Antidrogas para prevenção de narcóticos e esforços de erradicação em 2016, enquanto a redução de danos parece continuar a depender excessivamente de fundos de doadores internacionais. (HRI, 2018, p.40-41, tradução nossa).

No entanto, a Indonésia não é o único país que prioriza mais o financiamento de políticas repressivas e punitivas em detrimento das políticas de prevenção, tratamento e reabilitação que utilizam a RD.

Os recursos necessários (a RD) são mínimos quando comparados com o nível de financiamento investido na aplicação da lei sobre drogas, aprisionando condenados por delitos menores relacionados às drogas e no tratamento de infecções por HIV e hepatite C que poderiam ser evitadas. (HRI, 2014, p.05, tradução nossa).

O estudo de caso no Vietnã trazido por HRI (2018) é parecido. Com população de 226.860 UDIs, em 2004, o Vietnã desenvolveu a primeira estratégia de combate ao HIV/AIDS incluindo abordagens em RD. Esta iniciativa, segundo a HRI (2018) foi totalmente financiada pelo Fundo Global, pelos EUA e pelo Banco Mundial, diante do compromisso do governo do Vietnã em gradativamente aportar seus próprios recursos e assumir o financiamento da estratégia (50% até 2015 e 75% até 2020). Em 2016 o financiamento em RD foi drasticamente reduzido tanto por parte do governo quanto dos fundos internacionais.

De acordo com a HRI (2010), a necessidade de aumentar o financiamento da RD é dramática e que é preocupante o fato de os Usuários de Drogas Injetáveis – UDIs serem beneficiados no acesso a RD pelas ações de combate ao HIV/AIDS, enquanto os usuários de drogas não injetáveis continuam negligenciados e com baixo acesso a RD. Além disso, a RD não foi implementada globalmente e onde foi implementada não atende nem mesmo as

demandas dos UDIs, que são considerados população-chave para o combate ao HIV/AIDS. Segundo a instituição, “a implementação global está atrasada: 76 países e territórios com UDIs não têm nenhuma intervenção de redução de danos” (HRI, 2010, p.14).

Um dos dados sobre o financiamento da RD e seu custo-benefício apresentados por HRI (2010, p.15), é o estudo de caso de Taiwan – China, onde em 2005 projetos de RD (distribuição de agulhas e seringas, terapias de manutenção com metadona e buprenorfina, educação sobre o HIV/AIDS, aconselhamento e testagem) foram financiados para conter o HIV/AIDS entre a população de UDIs. Em 2005, os gastos com a epidemia de HIV/AIDS “seriam de US\$ 1,6 bilhão até 2010”, havia uma população de UDIs de 10.709 pessoas e onde 80% dos casos recentes de HIV/AIDS estavam relacionados ao uso de substâncias injetáveis. O resultado do investimento foi uma redução no número de infecções pelo HIV/AIDS entre os UDIs, houve uma queda de 72% em 2005, 60% em 2006 e 22% em 2008. O Ministério da Saúde de Taiwan relaciona ainda a redução de 11% dos roubos e uma queda de 27% dos assaltos no condado de Tainan aos resultados da RD.

O relatório da HRI (2010) reflete sobre as dificuldades no financiamento das ações de RD e a sua baixa cobertura em nível global e aponta que existem fatores que se relacionam com o legado do proibicionismo como:

[...] a ignorância, apatia e antipatia pelos governos por ambientes penais onde a prevenção e o tratamento do HIV não estão disponíveis, o investimento excessivo na justiça criminal, abordagens aos usuários de drogas, barreiras legais para prejudicar intervenções da RD e estigmatização e marginalização dos usuários de drogas e daqueles que trabalham com eles. (HRI, 2010, p.18, tradução nossa).

Em 2018, a HRI fez uma estimativa dos investimentos em RD por país, ressaltando sempre a grande dificuldade em aferir os recursos investidos exclusivamente em RD. Neste caso, os dados mais detalhados sobre o financiamento da RD vieram da sociedade civil (HRI, 2018, p.50). Segundo a análise de HRI (2018), dos 19 países avaliados, a Ucrânia foi o país que tinha os dados recentes mais detalhados sobre as ações de RD, o Brasil apresentou dados incipientes e a China (cerca de 2,6 milhões usam drogas injetáveis na China) apresentou as maiores lacunas em relação a dados do financiamento da RD. O critério utilizado para seleção dos países para a pesquisa foi ter uma população de UDIs com mais de 100 mil pessoas e ter renda baixa ou média. Os dados foram colhidos de variadas fontes “planos de orçamento, relatórios, estudos individuais, relatórios de doadores, pedidos de financiamento, relatórios de ONGs, avaliações dos programas e informantes chaves” e podem ser imprecisos ou estimados diante da qualidade e da variedade das fontes (HRI, 2018, p.46).

Quadro 2 - Financiamento da Redução de Danos – HRI 2018

País	Investimento doméstico (em US \$ milhões)	Investimento doméstico em % no financiamento da RD	Informações de fontes documentais dos serviços financiados	Dados nacionais recentes do UNAIDS	Fontes e comentários
China	1.1	100%	Mais financiamento para PAS e menos para TSO	Não disponível	Sem dados disponíveis nos arquivos nacionais
Rússia	Não disponível	–	–	Não disponível	Cidade de São Petersburgo relata haver suporte em PAS
Índia	11.0	81%	Maioria das despesas com PAS e TSO	2013	Dados do financiamento da RD de pesquisa de 2016
Brasil	Não disponível	–	–	Não disponível	Indicações de investimento em RD em alguns locais relacionado ao uso do <i>crack</i> .
Ucrânia	1.1	14%	No documento não há informações sobre o que é coberto	2015	Dados UNAIDS 2015
Vietnã	10.2	41%	Nenhum financiamento governamental para PAS e TSO	2012	Dados do financiamento da RD de pesquisa de 2016
Irã	9.9	84%	Não há repartição de custos por tipo de serviço na fonte do documento	2012	Dados UNAIDS 2012
Malásia	5.4	95%	Não há repartição de custos para e RD e os programas PAS e TSO	Não disponível	Relatório Global Resposta e Progresso da AIDS 2016
México	Não disponível	–	–	2011	Sociedade civil relata pequeno investimento em RD no Programa Nacional de Combate ao HIV/AIDS
Cazaquistão	3.6	93%	Mais	2014	Financiamento

			financiamento para PAS e menos para TSO		planejado para RD em PAS e TSO
Paquistão	Não disponível	-	-	2013	-

Fonte: Traduzido e reproduzido de HRI (2018, p.48-49).

OBS: Programa de Agulhas e Seringas – PAS e Terapia de Substituição de Opiáceos – TSO

A Redução de Danos recebe maior financiamento quando relacionada a prevenção do HIV/AIDS, mas os UDIs não recebem atenção universal em nenhum dos países analisados por HRI (2014, 2018). A RD é a maior a resposta internacional tanto ao enfrentamento ao uso prejudicial de drogas ilícitas quanto no combate as doenças transmissíveis, no entanto, os estudos sobre financiamento de RD em nível global mostram que mesmo com a epidemia do HIV/AIDS sendo uma realidade em vários países e mesmo com todo o acúmulo científico sobre a eficácia e a relação custo-benefício da RD não houve um investimento capaz de suprir nem mesmo a demanda dos UDIs.

A RD foi apoiada ou tolerada como política ou prática em pelo menos 84 países e territórios em 2009. Os países em toda a Ásia, o Oriente Médio e Norte da África introduziram a RD nos últimos anos, e em alguns casos os programas foram rapidamente ampliados, evidência que as intervenções de RD podem ser trabalhadas em uma ampla gama de configurações sociais e culturais. No entanto, a implementação mundial está aquém da necessidade: países e territórios com UDIs não têm intervenções de RD qualquer. E em nenhum país de renda baixa ou média o Programa de Agulhas e Seringas – PAS e/ou de Terapia de Substituição de Opiáceos – TSO não estão disponíveis na escala necessária para combater a epidemia de HIV/AIDS e de outras doenças transmissíveis. (HRI, 2010, p.5, tradução nossa).

Em 2016, a HRI publicou o relatório *The Case for a Harm Reduction Decade: Progress, potential and paradigm shifts* (tradução: O argumento para uma década de redução de danos: Progresso, potencial e mudanças de paradigma) e lançou a *10% by 2020 Campaign* (tradução: Campanha 10% de 2020). O argumento central do documento é que uma década de RD vai salvar mais vidas a baixíssimo custo comparado ao secular e caro proibicionismo. A finalidade da campanha é promover a recomposição do Fundo Global e incentivar o chamado “financiamento doméstico” dos países que implantaram a RD em seus sistemas de saúde pública. Segundo a HRI (2016), são gastos anualmente US \$ 100 bilhões na guerra às drogas e, se apenas 10% deste valor for empregado em RD seria o suficiente para recompor o financiamento da RD até 2030, no que se refere ao trabalho com o enfrentamento do HIV/AIDS e as demais doenças transmissíveis entre os UDIs.

Como mostra este relatório, um redirecionamento de apenas 2,5% dos US\$ 100 bilhões gastos cada um ano no controle de drogas poderia garantir uma redução de 78% nas novas Infecções por HIV entre UDIs até 2030. Elevar o investimento a

7,5% dos gastos com controle de drogas maior, permitindo-nos cortar novas infecções por HIV entre as UDIs em 94%. (HRI, 2016, p.6, tradução nossa).

Em 2018, a HRI publicou o relatório *The global state of Harm Reduction* (Em português: O estado global da Redução de Danos). Neste relatório, vários aspectos da implantação e consolidação da RD são avaliados, como o financiamento, os tipos de programas implantados, a cobertura dos serviços, a capacitação de profissionais, a RD nos presídios, o desenvolvimento de políticas públicas, entre outros. Segundo HRI (2018b, p.26), o financiamento da RD em nível global está em crise, principalmente nos países de renda baixa e média, que necessitam dos aportes dos fundos e dos doadores (países e filantropia) e estes estão migrando seus investimentos para programas direcionados apenas ao HIV/AIDS ou estão aprimorando os seus critérios de elegibilidade. Os relatórios da HRI ano após ano trazem preocupações crescentes com as restrições impostas ao financiamento de RD em nível global, tanto no financiamento desde as doações quanto no financiamento doméstico desde os governos. Os relatórios da HRI defendem a criação de orçamentos ou fundos específicos para RD com mecanismos e dispositivos que garantam a sustentabilidade e de registros das receitas e investimentos destes recursos. No fim das contas, os dados do subfinanciamento da RD somente para os UDIs são extravagantes:

Em 2016, US\$ 188 milhões foram alocados em RD nos países de renda média e baixa, a mesma quantidade que em 2007 e apenas 13% dos US\$ 1,5 bilhão que as estimativas do UNAIDS indicam como necessárias anualmente até 2020 para uma resposta eficaz ao HIV/AIDS entre os UDIs. (HRI, 2018, p.26, tradução nossa).

O relatório da HRI (2018b), apresenta informações pertinentes sobre o financiamento da RD em nível global, por isso sistematizamos estas informações em um quadro para que possamos conhecer e relacionar a realidade do Brasil e da América Latina com a de outros países e regiões/continentes.

Quadro 3 - Investimento em RD por continente/região – HRI 2018

Região/Continte	Situação da RD	Financiamento	Disponibilidade de dados p/ estudos do financiamento
Ásia	PAS: em 15 dos 25 países;	Alta dependência dos fundos e doadores internacionais	Dados disponíveis para os recursos que provêm dos fundos e doadores internacionais e indisponíveis para os recursos governamentais.
	TSO: extinção em 4 países; e Aumento de políticas repressivas.	(Indonésia chega a 90%); Redução dos investimentos internacionais; e Financiamento doméstico escasso.	
Eurásia	Azerbaijão, Rússia e Turquemenistão	RD em crise: perda de doadores internacionais +	Não citado

Europa Ocidental	<p>nenhuma política nacional; PAS: em 27 dos 29 países; TSO: em 26 dos 29 países; e RD: mencionada nas normativas de 26 dos 29 países. Ampla gama de serviços; PAS: em todos os países; TSO: em todos os países (exceto Turquia); e RD: normativas em 17 dos 25 países.</p>	<p>austeridade + falta de apoio político a RD; e Financiamento doméstico mesclado aos fundos internacionais. 6 países tem os mais altos índices de financiamento governamental no mundo (90%); Redução dos gastos com RD em alguns países (até 30%); e Alguns países impõem resistência jurídica e financeira a RD.</p>	<p>Dados disponíveis, mas pouca transparência quanto ao detalhamento dos aportes. O financiamento da RD aparece dentro de orçamentos mais amplos. Algumas regiões da Itália já estão detalhando os gastos com RD em seus orçamentos.</p>
Caribe	<p>Poucos serviços de RD; PAS: em Porto Rico e República Dominicana; TSO: apenas em Porto Rico; Normativas sobre RD em debate; Não há associação entre doenças transmissíveis e uso prejudicial de drogas; e Apenas 6 dos 17 países tem normativas que mencionam pessoas que usam drogas.</p>	<p>PAS mantido por ONG's que dependem dos fundos e doadores internacionais; e TSO financiado com recursos nacionais e internacionais.</p>	<p>Neste caso a escassez de dados não se dá apenas quanto ao financiamento da RD, mas também quanto ao uso de substâncias ilícitas de modo geral. Muitos desafios, principalmente em Porto Rico que investe 0,04% de seu orçamento em RD.</p>
América Latina	<p>Baixo índice de UDI's, e altos índices de outras formas de uso (cocaína inalada e fumada). Ex: Brasil, maior população de consumidores de crack do mundo em 2014</p>	<p>Financiamento limitado dos fundos e doadores internacionais pelo baixo índice de UDI's; e Mescla de financiamento entre fundos e doadores internacionais e governos</p>	<p>Escassez de dados sobre uso de drogas ilícitas e sobre o financiamento da RD.</p>

América do Norte

(370.000 pessoas); PAS e TSO: em México e Colômbia; Algumas cidades e países retrocederam no entendimento político da RD como no Brasil a partir de 2016; e Ampliação de abordagens conservadoras como a internação compulsória e o tratamento religioso. PAS: ampliados nos EUA (cobertura de 8%) e no Canadá (atinge até 94% dos UDI's e aumentou 37% nos últimos anos); TSO: geridas no âmbito local no Canadá; RD no Canadá: incluída na política nacional sobre drogas em 2016 e governo comprometido com a RD; e RD nos EUA: adoção e apoio em alguns estados (Nova York, Seattle, Denver, Ithaca e Filadélfia). e rejeição em outros, principalmente os do Sul. EUA segue encabeçando Guerras às Drogas e adota as práticas mais conservadoras como a criminalização dos usuários e as internações compulsórias. Apoio da sociedade civil e negligência do governo.

nacionais, com prevalência dos recursos internacionais. Está havendo lenta transição entre os modelos de financiamento.

EUA: perspectiva de duplicar ou triplicar os investimentos em RD nos próximos 5 anos; e Canadá: Aumento do financiamento governamental (26,3 milhões de dólares por ano ao Programa de Uso e Dependência de Substâncias) e estabelecimento de um fundo específico para RD pelo governo federal.

Não citado

Oceania	PAS e NPS: em Austrália e Nova Zelândia são estáveis; e Serviços de RD extensos em Austrália e Nova Zelândia, mas ainda com restrições ao acesso de grupos mais vulneráveis como população indígena e homossexuais.	Na Austrália todo o dinheiro da RD vem dos governos nacional e estadual; São gastos 2,1% do orçamento da política de drogas em RD; e Na Nova Zelândia o financiamento não é governamental, mas sim da sociedade civil.	Disponibilidade variável dos dados e de sua qualidade, com exceção da Austrália onde os mecanismos de coleta de dados são de alta qualidade no quesito padrões de uso e respostas governamentais, já os dados sobre financiamento não são atualizados desde 2015.
Oriente Médio e Norte da África	Prevalência de UDI's (349,500-437,000 pessoas) e ainda assim o PAS tem baixa cobertura; Alguns países do Oriente Médio adotam políticas punitivas e não manifestam interesse político na RD;	Predominantemente a sociedade civil oferta os serviços de RD com determinada colaboração do governo, mas de modo geral falta comprometimento dos governos; Barreiras financeiras são o principal obstáculo para a ampliação do acesso da RD na África e Oriente Médio; Declínio do financiamento internacional;	Falta colaboração entre atores como grupos de pesquisa, ONG's, governo, clínicas particulares, etc. Esta falta de articulação é responsável pela escassez dos dados e pela limitação e má alocação dos recursos;
África Subsaariana	Evolução na adesão dos países a RD: de 7 em 2016 para 10 em 2018; PAS e TSO: ampliação lenta na oferta; O Quênia vem despontando como modelo de implantação e defesa da RD; e Forte atuação da sociedade civil nos países africanos.	Mescla de financiamento governamental e fundos internacionais com predominância dos fundos internacionais (90%); e Diálogos para criação de um fundo exclusivo para RD.	Não citado

Fonte: Elaboração própria com base em HRI (2018). Disponível em: <https://www.hri.global/harm-reduction-funding>. Acesso em: 13/12/2021 às 19:23h.

Esta sistematização expõem os pontos-chave do estudo da HRI (2018) sobre a RD e seu financiamento em nível global, com destaque para os dados e informações do Brasil e da América Latina. Sobre a América Latina é possível observar que existem baixos índices de

UDIs, o que inibi o financiamento internacional voltado ao enfrentamento do HIV/AIDS. Em contrapartida há um alto índice de consumo de substâncias não injetáveis, como o *crack*, o que exige mobilização de recursos governamentais para ações de enfrentamento ao uso prejudicial desta substância.

Tendo em vista que existe grande variedade de substâncias e de formas de uso disseminada em cada país, região e continente é que Machado e Boarini (2013) defendem que a RD não deve importar modelos. Mesmo reconhecendo o sucesso das experiências internacionais, as autoras defendem que a RD deve ser planejada e implementada *sui generis*.

Os destaques em relação aos dados e informações sobre o Brasil, nos estudos da HRI, são: os pontos positivos do Projeto Atitude em Pernambuco – PE (Brasil, [2007-2011]); a crítica à substituição do Programa de Braços Abertos (INSTITUTO ADESAF, [s.d]) - inclui RD - pelo Programa Recomeço – rejeita RD – (BRASIL, [s.d]); críticas as operações policiais contra consumidores de psicoativos nas chamadas *cracolândias*¹⁰ em São Paulo – SP; a guinada rumo ao retrocesso e ao desfinanciamento a partir das eleições municipais em 2016; e a dificuldade de levantar dados para subsidiar a implantação, o monitoramento e a avaliação da RD e para subsidiar as análises científicas sobre a eficácia e o custo benefício da RD.

Um elemento crítico ao estabelecimento da RD que é determinante para o seu financiamento, são os posicionamentos políticos e ideológicos dos grupos de poder, dos tomadores de decisão. A aceitação, tolerância ou rejeição da RD está intimamente condicionada à vontade política dos dirigentes e da sociedade. A HRI (2018) faz um apelo para que haja maior *advocacy* em torno do financiamento da RD nos Estados Nacionais. Assim, “a crise de financiamento para redução de danos permanece uma crise de apoio político à redução de danos em muitos países” (HRI, 2018, p.23, tradução nossa).

A dependência de apoio político dos gestores da política sobre drogas é chamada pela HRI (2018, p.106) de “política pêndulo” e é uma característica da América Latina, onde os programas e serviços de RD são implementados, ampliados, reduzidos ou encerrados conforme as decisões eleitorais e a vontade política dos eleitos. É o caso do Brasil, onde historicamente a política sobre drogas e a atenção aos consumidores de psicoativos são palcos de disputas polarizadas, que a partir de 2016 com os resultados das eleições municipais, vem redirecionando seu “entendimento político” sobre a RD e impondo-lhe restrições.

10 **Cracolândia:** Locais de cenas abertas de uso de substâncias psicoativas, que são classificadas de forma pejorativa como “cracolândia” (RODRIGUES, 2017, p.36).

A RD é financiada na América Latina por uma mescla de fundos e doadores internacionais e governos nacionais e segundo a HRI (2018, p.106) existe uma certa disputa pelos recursos dos fundos e doadores internacionais entre ONGs e governos.

Um dos argumentos mais repetidos nos relatórios da HRI e demonstrado por dados diversos é a relação custo-benefício da RD, ou seja, a relação entre a implementação da RD e a economia de recursos nos investimentos em saúde e segurança pública nos países que a adotaram. A HRI (2014), defende que estes argumentos são imprescindíveis em tempos de austeridades, de redução de doadores e de dificuldade de acesso aos fundos internacionais. Neste sentido, mostra como exemplo a Austrália:

[...] na Austrália, estima-se que o custo do PAS de 1988 a 2000 foi de US\$ 122 milhões. Esse investimento evitou 25.000 novas infecções por HIV/AIDS e 4.500 mortes relacionadas à AIDS em 2010, produzindo uma economia estimada em US\$ 2,4 bilhões. Um segundo estudo na Austrália estimou que, para cada dólar investido no PAS, quatro dólares foram devolvidos em economia de saúde (HRI, 2014, p.08, tradução nossa).

Os dados e estimativas da HRI (2016), afirmam que para cada 1 dólar investido em RD em países como Austrália e EUA tem-se um retorno de 4 dólares em forma de economia de gastos com os consumidores de drogas. China, Ucrânia e Canadá também são citados quando se trata de experiências positivas quanto ao custo-benefício da RD.

Marlatt (1999) também utiliza os dados do financiamento e do custo-benefício da implantação da RD em países como Canadá, Holanda, Reino Unido, Inglaterra e Estados Unidos para subsidiar suas análises sobre a implantação e desenvolvimento da RD nestes países. O trabalho de Marlatt e colaboradores (1999) tornou-se uma das mais importantes referências entre os que estudam os diversos aspectos da Redução de Danos. Desde antes da publicação de *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco* (1999) até os mais recentes relatórios da HRI (2018), a RD vem acumulando evidências científicas que se traduzem em vidas salvas, em melhor qualidade de vida, em mais acesso a serviços de saúde e a direitos sociais e em maior autonomia para os consumidores de substâncias psicoativas.

Nos próximos capítulos verificaremos se todo o acúmulo científico e prático e todo o impacto positivo que a RD causa nas condições de existência das pessoas vem sendo o bastante para garantir o financiamento sustentável da Redução de Danos no Brasil.

CAPÍTULO II - IMPLEMENTAÇÃO, INSTITUCIONALIZAÇÃO E DESMONTE DA REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL

Este capítulo remontará as origens da RD no Brasil e discorrerá brevemente sobre seu desenvolvimento e os contextos social, histórico e político, que facilitaram ou dificultaram os processos de sua implementação, institucionalização e desmonte. Cabe ressaltar que estes processos não ocorreram de forma linear na prática, estes momentos se imbricaram desde as primeiras concepções de RD no Brasil. As fases de implementação e institucionalização podem até serem mais bem delimitadas quando se considera o desenvolvimento normativo da RD. Já o processo de fragilização e desmonte da RD no Brasil pode-se observar continuamente.

2.1 O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA RD NO BRASIL

É consensual entre os pesquisadores, que no Brasil as primeiras ações de Redução de Danos, como estratégia em saúde pública no âmbito governamental tenham sido gestadas em 1989 na cidade de Santos – SP, quando a epidemia global de HIV/AIDS exigiu respostas mais dinâmicas para reduzir os índices de contaminação do vírus e a Secretária Municipal de Saúde de Santos, com inspiração nas experiências internacionais e nos ideais da Reforma Sanitária, buscou implementar um Programa de Agulhas e Seringas – PAS, direcionado aos Usuários de Drogas Injetáveis – UDIs. A transmissão do HIV/AIDS entre os UDIs crescia vertiginosamente na cidade de Santos, “em 1985 foram 11 registros e em 1995 foram 1.547” (ANTUNES, 2019, p.2). Elias e Bastos (2011, p.4727), contam que esta iniciativa foi embargada judicialmente pelo Ministério Público do Estado de São Paulo – MPSP por ser considerada uma estratégia que “estimularia o consumo de drogas”.

Fonseca (2005) e Antunes (2019), consideram que o primeiro programa voltado a troca e distribuição de seringas foi de fato implementado em Salvador – BA, no ano de 1995. Fonseca (2005, p.44), explica que “o Programa foi fundado por profissionais do Centro de Estudos e Tratamento em Atenção ao Uso de Drogas – CETAD, um serviço de extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, com o apoio do governo estadual e da prefeitura de Salvador”.

Antunes (2019), afirma que apesar da iniciativa de 1989 em Santos não ter sido implementada de fato, serviu para trazer ao Brasil o debate sobre os conceitos e as práticas da RD, que já vinham apresentando bons resultados no âmbito internacional, no enfrentamento ao HIV/AIDS entre os Usuários de Drogas Injetáveis – UDIs. Este debate possibilitou o

surgimento de articulações e instituições de diversas áreas e níveis que passaram a pleitear a implementação e institucionalização da RD no Brasil.

Fonseca (2005), Elias e Bastos (2011) e Lopes e Gonçalves (2018), descrevem algumas das articulações entre atores da sociedade civil, grupos de estudos, pesquisas e projetos de extensão vinculados a universidades públicas, organizações não governamentais, organizações internacionais e entes governamentais que passaram a realizar um movimento de *advocacy* em favor da implementação e da institucionalização da Redução de Danos nos anos seguintes. Entre estas articulações destacam-se: a ação da ONG Instituto de Estudo e Pesquisas em AIDS de Santos – IEPAS e do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes – PROAD, que em 1991 retomou o Programa de Troca de Seringas em Santos; a articulação entre a Coordenação Nacional de Saúde Mental, o Conselho Federal de Entorpecentes – CONFEN e as Secretárias do Ministério de Educação e do Desporto que em 1994 consideraram a Redução de Danos como estratégia na atenção aos usuários de álcool e outras drogas (LOPES; GONÇALVES, 2018, p.6); a parceria entre o Centro de Estudos e Tratamento em Atenção ao Uso de Drogas – CETAD, a Escola de Medicina e da Universidade Federal da Bahia, apoiados pelos governos estadual e municipal que em 1995 implantaram um Programa de Agulhas e Seringas – PAS em Salvador – BA (ELIAS; BASTOS, 2011, p.4727); a criação da Associação Brasileira de Redutores de Danos – ABORDA, no ano de 1997 (LOPES; GONÇALVES, 2018, p.6); e a realização da IX Conferência Internacional de Redução de Danos em 1998 em São Paulo – SP (FONSECA, 2005, p.45).

A articulação e o alinhamento destes e de outros grupos em prol da Redução de Danos neste momento, foram determinantes para a futura institucionalização e inclusão da RD no sistema de saúde pública do Brasil, como estratégia no enfrentamento do uso prejudicial de álcool e de outras substâncias psicoativas. Embora a RD no Brasil não tenha sido inicialmente pautada pelos consumidores de drogas (lícitas ou ilícitas), a exemplo do que houve na Holanda em 1984, ela foi compreendida por sanitaristas, pesquisadores, profissionais e gestores da saúde, inicialmente no enfrentamento ao HIV/AIDS e posteriormente na Saúde Mental. Inglez-Dias et. al. (2014, p.152) destacam a importância destes atores ao caracterizar o processo de implementação da RD no Brasil:

Uma característica importante da implementação dos PRDs no Brasil foi que ela se deu por meio de experiências-piloto, as quais, mediante divulgação de seu caráter exitoso, originaram um processo de mimetismo político que fez com que novos casos fossem reproduzidos em outras regiões.

Fonseca et. al. (2007, p.2134), consideram que ações de RD no Brasil “foram e são basicamente verticais”, uma vez que não contaram ou contam com a participação efetiva dos usuários da política (os consumidores de substâncias) em sua formulação, mas também reconhecem a importância dos diversos atores e movimentos da sociedade civil organizada no processo de implementação da RD no Brasil especialmente a partir de 1992.

Gomes (2014, p.268-269), conta que os processos de implementação da RD no Brasil foram “difíceis” e as primeiras ações foram fortemente marcadas pela adoção do trabalho voluntário e da atuação das Organizações Não Governamentais – ONGs com a temática da AIDS e do movimento de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis e, posteriormente, surgiram ONGs que trabalhavam especificamente com a RD. Esta dificuldade descrita por Gomes (2017) tem relação com a forma que a RD se consolidou no Brasil, a partir de projetos pilotos, que apesar de ser citada em dezenas de documentos oficiais do Ministério da Saúde desde os anos 2000, não alcançou o patamar de política pública. Para Inglez-Dias et. al. (2014, p.152), a implementação da RD no Brasil se deu assim, de forma não universal, com fragmentações e baixa sustentabilidade. Em síntese, “não se conseguiu uma implantação de caráter universal destas políticas, e sim um conjunto de programas esparsamente distribuídos pelo país, com baixa sustentabilidade”.

No capítulo III, recontar-se-á a trajetória do financiamento da RD no período de sua implementação (1989 a 2003), mas por agora é importante esclarecer que neste período o Estado brasileiro ainda não havia reconhecido a RD legalmente. Este reconhecimento legal, diz respeito a inclusão da RD como estratégia e boa prática de saúde pública pelo Ministério da Saúde, que passou a recomendar a RD como paradigma central na PNSM, especialmente em relação ao uso prejudicial de álcool e outras substâncias psicoativas. Ainda assim, foi-se construindo entre os profissionais e gestores da saúde um movimento de compreensão e aceitação da RD e a partir de 1994 os Programas de Redução de Danos – PRDs passaram a ser financiados pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de DST/AIDS que realizava seleção dos projetos inscritos pelas instituições executoras. Os recursos vinham do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes – UNODC e do Banco Mundial. Segundo Ferreira (2018, p.1), “entre 1995 e 2003, mais de duzentos PRDs foram abertos e os trabalhadores desse campo organizaram-se progressivamente em associações, como a Associação Brasileira de Redutores de Danos – ABORDA, fundada em 1997, e a Rede Brasileira de Redução de Danos – REDUC, criada em 1998”.

Em paralelo ao processo de implementação, deu-se também o processo de ampliação dos conceitos e práticas da RD. Este processo de ampliação é característico na RD, tendo em vista as transformações societárias que vão desde as mudanças dos padrões de consumo das substâncias até ao desenvolvimento de inovações e tecnologias de cuidado.

Sobre a ampliação teórica e prática da RD, Conte et. al. (2004) discutem a construção do conceito de “Redução de Danos Ampliada”, trazem diferentes concepções e o definem como um processo, um movimento que acompanha o dinamismo da sociedade e as constantes mudanças dos padrões de vida e de consumo de substâncias. As experiências relatadas por Conte et. al. (2004), dão conta da inserção de Programas de Redução de Danos no Programa Saúde da Família na Atenção Básica em Porto Alegre – RS, onde o público-alvo eram UDIs e revelam como a RD carece ser integral, transversal, multidisciplinar e intersetorial. As experiências analisadas pelos autores referidos incluíam ações como: a tradicional troca e distribuição de insumos para uso seguro das substâncias, atividades educativas em escolas, eventos culturais, criação de documentários, entre outras (CONTE et. al., 2004, p. 70-74).

Ao fazer uma reportagem sobre o desenvolvimento da RD no Brasil, Antunes (2019) avalia que a “ampliação do escopo da Redução de Danos” se deu na prática, nas relações entre os consumidores de drogas e os redutores de danos e já não se resumiam apenas aos Programas de Agulhas e Seringas – PAS, tendo em vista a versatilidade das ações que vinham sendo implementadas (orientações, oficinas, distribuição de insumos, acesso às infraestruturas, etc.) e tendo em vista ainda as transformações nos padrões de consumo de drogas no Brasil (de cocaína injetável à cocaína fumada/*crack*). Antunes (2019) exemplifica este cenário com as experiências em Salvador – BA e Porto Alegre – RS, onde havia programas de RD implementados e em funcionamento que registraram drásticas reduções na procura por seringas novas e aumento dos relatos e ocorrências do uso de *crack* entre os consumidores de drogas ilícitas, já na década de 1990. Para o autor está ressignificação do consumo exigiu novas respostas dos redutores de danos que logo identificaram as especificidades e novas necessidades: ações como a distribuição de protetores labiais, distribuição de piteiras, entre outras (ANTUNES, 2019, p.04).

Estes movimentos caracterizaram então a ampliação do escopo, dos conceitos e das práticas de RD. É importante não perder de vista que para realizar-se na prática a Redução de Danos, como qualquer outra política, programa ou projeto precisa de investimentos em recursos humanos e materiais. São estes investimentos que determinam a qualidade e abrangência das ações e logo, a ampliação teórica e prática da RD, também significava a

necessidade de ampliação do financiamento das mais diversas ações que eram elaboradas em resposta as mais diferentes demandas que surgiam. Ainda assim, ressaltam Gomes (2017) e Antunes (2019), os PRDs sofreram cortes drásticos em seu financiamento com o fenômeno da substituição do uso da cocaína injetável para cocaína fumada e passou a haver fortes questionamentos sobre a viabilidade da manutenção do financiamento público a estes programas.

[...] a falta de evidências, no caso do crack, de que o compartilhamento de equipamentos de uso pudesse ser um vetor para transmissão da AIDS e da hepatite alimentou questionamentos sobre a necessidade de o Ministério da Saúde continuar destinando recursos para a redução de danos (ANTUNES, 2019, p. 4).

Gomes (2017, p.270), explica que estas mudanças nos padrões de consumo foram dramáticas para implementação da RD, pois os grupos organizados da sociedade civil que executavam a RD eram financiados pela Coordenação Nacional de HIV/AIDS e houve uma significativa redução neste financiamento. A partir de então vários PRDs foram fechados ou tiveram que reduzir sua capacidade de atendimento e cobertura, principalmente aqueles que atuavam apenas com os consumidores de drogas lícitas e ilícitas e somente os programas mais estruturados conseguiram se manter. De acordo com o autor, “o fato é que enquanto se discutia e defendia o uso de seringas descartáveis, a necessidade foi passando a ser outra” (GOMES, 2014, p. 270).

A mudança no padrão de consumo da cocaína no Brasil, por um lado trouxe novas dificuldades a implementação já conturbada da RD, sobretudo quanto ao aspecto do financiamento, mas, por outro lado, trouxe novas possibilidades, pois a partir deste câmbio pode-se perceber como as ações de RD podiam ser ampliadas. Neste momento, já se debatia a institucionalização da RD no Brasil, marcada por sua inserção nos documentos, legislações e normativas oficiais do Ministério da Saúde e sua implementação no Sistema Único de Saúde – SUS, que teria início em 2003.

2.2 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA RD NO BRASIL E SUA INSERÇÃO NO SUS

A institucionalização da RD no Brasil é parte e consequência de todo um movimento de *advocacy* em prol da RD iniciado em 1989 e da conjuntura política de abertura democrática, parcialmente favorável ao desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. Conte et. al. (2004, p.60), lembram que neste contexto ocorreram momentos como a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS e relacionam a institucionalização da RD no Brasil também aos movimentos de Reforma

Sanitária que deu início na década de 1970 e a Reforma Psiquiátrica iniciada na década de 1990.

Os questionamentos da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária levaram a refletir sobre as maneiras de compreender, de abordar e de relacionar-se, não somente com o portador de sofrimento psíquico, mas também com o usuário de drogas, distanciando-se de uma visão moral e revisando os preconceitos em torno do assunto (CONTE et. al., 2004, p.60).

Gomes (2017), aponta a Lei da Reforma Psiquiátrica – Lei 10.216 de 2001 – e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, designados para atender pessoas com transtornos mentais, também decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas e, especialmente, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD implementado pela Portaria GM/MS nº 336 de 2002¹¹, concebido para atender especificamente os consumidores de AD, como marcos no processo de institucionalização da RD, pois viabilizariam a inserção legal e prática da RD na Política Nacional de Saúde Mental – PNSM do Ministério da Saúde (GOMES, 2017, p.270).

Em 2003, a Redução de Danos seria finalmente inserida nos documentos oficiais e reconhecida como boa prática em saúde pública, quando na instituição da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Elias e Bastos (2011), Machado e Boarini (2013), Lopes e Gonçalves (2018) são categóricos (as) ao reconhecer este momento como um importante marco legal para a RD no Brasil.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003 trouxe a concepção da emergência do atendimento psicossocial e integral, do reconhecimento dos Determinantes Sociais em Saúde – DSS e do reconhecimento dos usuários da política de saúde pública como sujeito de direitos. Neste sentido, a inserção da Redução de Danos aparecia como uma estratégia ampliada que já não se aplicava apenas a redução dos índices de contaminação do HIV/AIDS e de outras doenças, mas que se aplicava também no campo da saúde mental e socioassistencial. Para o MS, “políticas fragmentadas, sem capilaridade local e de pouca abrangência” estavam sendo conduzidas até então e a Redução de Danos, por sua vez vinha sendo reduzida apenas ao controle da epidemia de AIDS tendo suas possibilidades para a prevenção e a assistência pouco exploradas (BRASIL, 2013, p. 07).

A Redução de Danos é justificada na política com uma crítica as estratégias de redução da oferta (ação da justiça penal, segurança e defesa) e de redução da demanda

11. Ver (BRASIL, 2002c).

(abstinência e isolamento dos usuários) e é recomendada como uma alternativa pragmática por coexistir com as demais estratégias e por priorizar a qualidade de vida dos usuários. Para o MS, a Redução de Danos é método, que “não exclui outros” e que “está vinculado à direção do tratamento” que inclui liberdade, co-responsabilidades, e estabelecimento de vínculos entre profissionais, usuários e familiares (BRASIL, 2013, p. 10).

Gomes (2017, p.269), chama atenção para a evolução conceitual que a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas traz sobre a RD, reconhecendo sua aplicabilidade e efetividade em todas as áreas: prevenção, tratamento, reinserção social e até internações e não apenas no controle epidemiológico.

Para Lopes e Gonçalves (2018), a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003 possibilitou a futura regulamentação, institucionalização e ampliação do alcance teórico e prático da Redução de Danos no âmbito do SUS. Inglez-Dias et. al. (2014), Lopes e Gonçalves (2018) e Antunes (2019) afirmam que no ano de 2005 deu-se a “institucionalização de fato” da Redução de Danos no Brasil quando o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.028/MS, que regulamentou e ampliou as ações práticas da RD.

Esta portaria regulamenta e amplia o escopo das ações e práticas, da Redução de Danos, que já vinham sendo ampliados na prática pelos redutores de danos. Entre os avanços trazidos pela Portaria nº 1.028 de 2005 do MS estavam: 1. a extensão do público-alvo da RD que passou a incluir consumidores de álcool e de outras substâncias psicoativas e não apenas os consumidores de substâncias injetáveis (Art. 1); 2. reconhecimento da necessidade de acesso aos serviços de saúde, assistência social e demais direitos sociais sem a exigência de abstinência (Art. 2); e 3. definição das ações de redução de danos e das medidas de atenção integral que compreendem (Art. 3): “I – informação, educação e aconselhamento; II – assistência social e à saúde; e III – disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS e Hepatites” (BRASIL, 2005, p.1).

O marco da institucionalização da RD no Brasil a partir da Portaria nº 1.028 do MS de 2005 será o ponto de partida para o presente estudo sobre o financiamento da Redução de Danos no Brasil. A Portaria nº 1.028 que regulamenta as ações de redução de danos e riscos provenientes do uso de álcool e outras drogas é um comprometimento expresso do governo federal com estas ações, embora a portaria não cite absolutamente nada sobre: as fontes de financiamento; os mecanismos de monitoramento e avaliação das ações, programas e

projetos; e a participação e controle social. Inglez-Dias et. al. (2014, p.152), também fizeram observações semelhantes e apresentam algumas reflexões pertinentes, apesar de reconhecerem que esta Portaria é a única que “regulamenta as ações de RD de maneira concreta”, sustentam que a institucionalização da RD no Brasil deixou a desejar, quando as legislações não deram estrutura a política.

As portarias do Ministério da Saúde (MS) que normatizam as políticas de saúde mental, álcool e outras drogas (SMAD) não estruturam as políticas de RD, as publicações são basicamente propositivas ou descritivas, raramente contemplando o monitoramento e a avaliação de projetos e programas efetivamente implementados. Outras questões a serem enfrentadas incluem a validação dos procedimentos, a adesão e o acompanhamento clínico dos usuários de drogas, o monitoramento epidemiológico e a sustentabilidade financeira das organizações que conduzem serviços nesta área e a elevada dependência de recursos federais (INGLEZ-DIAS et. al., 2014, p.148).

Nos anos seguintes, as ações ampliadas da RD continuaram alcançando novos espaços no âmbito do SUS, agora no enfrentamento ao uso do crack. Gomes (2017), explica que “apesar do uso do crack estar presente no Brasil desde os anos 1990” é apenas no final dos anos 2000 que o governo federal, bastante pressionado pela explosão midiática do tema que evidenciava uma suposta “epidemia do crack”, constitui dispositivos para garantir atendimentos especializados aos usuários de crack e outras drogas. Segundo Gomes (2017, p. 271), “as matérias dos grandes meios de comunicação, periodicamente, mostravam como um ‘absurdo’, os espaços como a Cracolândia”, clamando por mais intervenção do poder público”.

Para Gomes (2017), a existência e exposição na mídia das chamadas “cracolândias” nas principais capitais e cidades do país, impulsionaram algumas respostas do Estado. Estas respostas se situaram ora no âmbito da repressão e emprego da violência e ora no âmbito do acesso a direitos, sobretudo nas áreas da saúde e da assistência social.

Em 2009, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.190 que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no âmbito do SUS – PEAD. Nesta Portaria a adoção da RD aparece como uma diretriz e é definida como “um norte ético de todo e qualquer serviço do SUS” (BRASIL, 2009b, p.3). A portaria se propõem as seguintes finalidades: 1. ampliação do acesso ao tratamento e prevenção no SUS; 2. ampliação e diversificações dos serviços voltados aos usuários de álcool e outras drogas; e 3. construção de respostas intersetoriais efetivas e reconhecimento dos Determinantes Sociais, entre elas as vulnerabilidades socioeconômicas (BRASIL, 2009b, p.2).

Nos anos subsequentes, o “problema do crack” ascenderia na agenda presidencial e governamental. Em 2010, foi instituído o Plano Integral de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas pelo Decreto nº 7.179 que preconizava ações intersetoriais que envolviam vários ministérios (BRASIL, 2010). Em 2011, foi lançado o Programa Crack: é possível vencer – CEPV, que também propunha ações intersetoriais, divididas em três eixos: cuidado, prevenção e autoridade. Os eixos do CEPV revelam claramente as perspectivas que vem norteando a política sobre substâncias ilícitas no Brasil: a da atenção em saúde pública e a da segurança pública. Santos (2018) e Antunes (2019), apontam o CEPV como primeiro instrumento legal no âmbito do governo federal que normatizou o financiamento as CTs. Para Santos (2020, p.81), “com o lançamento do plano Crack, é Possível Vencer, o governo federal passou efetivamente a transferir recursos às CTs, mediante chamamento público”.

Gomes (2017), esclarece que neste movimento houve uma ampliação dos serviços de abordagem de rua, com equipes multiprofissionais e consultórios móveis que buscavam estreitar os vínculos e apresentar a rede de atenção aos consumidores de drogas. Em 2011 os “consultórios de/na rua” passaram a ser vinculados a rede de Atenção Básica por meio da Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Gomes (2017, p.272) destaca que este período foi marcado pela substituição “da figura do redutor de danos pela do agente redutor de danos” e pela inserção da equipe multiprofissional.

No ano de 2011, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS a partir da Portaria nº 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde. Nesta normativa “o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos” aparece novamente como uma diretriz e tem sua inserção ratificada no âmbito do SUS e em todos os componentes da Rede de Atenção Psicossocial, a saber:

I – atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;
 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II – atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III – atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;

d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV – atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade de Recolhimento;

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V – atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) enfermaria especializada em Hospital Geral;

b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI – estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII – reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011b).

Este momento da institucionalização da RD, embora tardio, significou que a RD estava sendo acolhida pela Coordenação de Saúde Mental Álcool e outras Drogas e não poderia mais ser negligenciada no SUS, ser delegada apenas as universidades, aos pesquisadores, e as instituições não governamentais que sempre executaram a RD no Brasil e que dali em diante a adesão da RD pelos gestores e profissionais de saúde que atuassem na RAPS e no SUS não se daria apenas por opção ou simpatia, mas também por adoção de uma estratégia institucionalizada.

Sobre a inserção da RD no âmbito da Atenção Básica no SUS destaca-se o trabalho de Müller (2014), que analisou as principais publicações do Departamento de Atenção Básica do MS que se referem a RD, a saber: Política Nacional de Atenção Básica – PNAB de 2012, Manual Sobre o Cuidado a Saúde Junto a População em Situação de Rua de 2012 e o Caderno da atenção Básica número 34 de 2013.

O processo de institucionalização, chamado assim por autores como Gomes (2017) e Antunes (2019), é o processo em que o Ministério da Saúde passa a referir a RD nos documentos oficiais, que por um lado significou o reconhecimento do Estado brasileiro a RD como estratégia de saúde pública e a inserção da RD no SUS, por outro lado trouxe alguns dramas as instituições e organizações da sociedade civil pioneiras na execução da RD no Brasil. Para Gomes (2017, p.271), a institucionalização e o deslocamento da RD da política de enfrentamento ao HIV/AIDS para a saúde mental foram determinantes para a fragilização dos grupos e organizações, pois este deslocamento “focou unicamente em estruturar uma rede pública de serviços no interior do SUS” e negligenciou o trabalho que já vinha sendo realizado pelas ONGs. Outro ponto negativo da institucionalização aliada a descentralização,

segundo Gomes (2017) foi a redução da abrangência das ações, como por exemplo a redução da troca e/ou distribuição de insumos para o uso seguro das substâncias. Estas ações que sempre causaram grandes polêmicas e opiniões polarizadas, “vem sendo evitadas pelos governos municipais e estaduais para afastar quaisquer constrangimentos políticos junto a suas bases conservadoras” (GOMES, 2017, p. 272). Na visão de Gomes (2017, p. 269 e 271), a institucionalização da RD acarretou uma “quebra” tanto nos processos de adoção e desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado quanto nos movimentos sociais de RD no Brasil.

Andrade (2011), ressalta que a história da RD no Brasil se deu pautada em caráter não linear, repleta de “avanços e recuos”. A institucionalização aliada a descentralização representou a desarticulação dos PRDs que passaram de 279 em 1995 para 136 em 2003 (ANDRADE, 2011, p.4667). A descentralização, correta e necessária, vai atingir a RD somente a partir de 2003, quando a RD entra na PNSM e quando o financiamento internacional é reduzido. O autor explica que até então a RD só era debatida, compreendida e defendida no âmbito das universidades, das organizações da sociedade civil e do Ministério da Saúde e que a descentralização impôs dificuldades sobretudo ao financiamento dos PRDs. No entanto, foi a partir da institucionalização e da descentralização que a RD pode ampliar-se de fato como conceito e prática alcançando novos atores no âmbito do sistema público de saúde brasileiro (ANDRADE, 2011, p.4667).

A institucionalização da RD não representou o encerramento total do ciclo marcado pela atuação das organizações e movimentos da sociedade civil organizada, mas inaugurou um momento novo e único, agora no SUS. Gomes (2017), lamenta o enfraquecimento dos primeiros grupos e movimentos sociais que se engajaram pela implementação da RD no Brasil, mas faz reflexões positivas sobre a inserção da RD no SUS, que apesar de ter se dado de forma limitada “perdendo potência, efetividade e pragmatismo”, também promoveu a evolução teórica, conceitual e prática da RD junto aos profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS e do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, que passaram a reconhecer a RD não mais apenas como uma estratégia para evitar doenças, mas como uma perspectiva de olhar os usuários a partir do enfoque no “social” e de associarem a RD as questões relacionadas aos direitos humanos (GOMES, 2017, p. 274).

Para Antunes (2019), a partir de 2010 as ações da RD são redimensionadas, a medida que os consumidores de crack passam a ser o “novo público-alvo” da RD e estes estão

geralmente inseridos em contextos de vulnerabilidade social severa, onde carecem de acesso a direitos em diversas áreas, não apenas na saúde.

Apesar de seu caráter pragmático e científico a RD sempre teve de disputar espaços com as abordagens vinculadas aos modelos sanitaria e moral/penal, sobretudo no âmbito da disputa pelo fundo público com as Comunidades Terapêuticas – CTs. Veremos a seguir que em paralelo ao processo de implementação e institucionalização da RD também se davam os processos de fortalecimento das Comunidades Terapêuticas e de desmonte da RD e da saúde pública.

2.3 FRAGILIZAÇÃO E DESMONTE DA RD NO BRASIL

Durante toda a década de 1990, quando a RD ainda não tinha sido reconhecida pelo Estado brasileiro como uma estratégia em saúde pública, as ações aconteciam praticamente na clandestinidade, como já vimos anteriormente. Machado e Miranda (2007, p.811), afirmam que neste período a RD expôs uma “quase inexistência” de ações direcionadas ao uso prejudicial de substâncias psicoativas. Este “apagão” nas políticas públicas acarretou a expansão das Comunidades Terapêuticas – CTs – “serviços filantrópicos de orientação religiosa, destinados à recuperação de dependentes” (MACHADO; MIRANDA, 2007, p.811). Nesta década, os interessados e representantes das CTs também iniciaram uma espécie de *lobby* em favor da regulamentação e do recebimento de financiamento público.

Machado e Miranda (2007), explicam que os representantes das CTs se aproximaram da então Secretária Nacional Antidrogas – SENAD, criada em 1998. A SENAD junto ao Conselho Nacional Antidrogas – CONAD compunham o Sistema Nacional Antidrogas – SISNAD. Machado e Miranda (2007, p.811) destacam que embora o Ministério da Saúde também fizesse parte do SISNAD, nenhuma função lhe foi atribuída no âmbito da prevenção, tratamento e recuperação e não houve nenhuma articulação entre a SENAD e o MS até 2003.

O SISNAD, então constituído, tinha como função integrar as atividades de repressão ao uso indevido, ao tráfico ilícito e à produção de drogas e de prevenção tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes. O Ministério da Justiça passou a ser o órgão central e a Polícia Federal, o órgão executivo do primeiro grupo de atividades. A SENAD tornou-se o executivo do segundo grupo de atividades (MACHADO; MIRANDA, 2007, p.811).

A SENAD passou a apoiar a regulamentação das CTs e colaborou com Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA na elaboração das normas mínimas de funcionamento das CTs. A elaboração destas normas em 2001 deu maior visibilidade as suas

atividades. A adequação das CTs às normas estabelecidas pela Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 101, de 30 de maio de 2001, da ANVISA possibilitou a entrada das CTs na disputa pelo financiamento público.

O processo de normatização desses espaços de tratamento, [...] favoreceu a organização da demanda das comunidades terapêuticas por financiamento público, reforçando uma tendência histórica de manutenção dessa atenção fora do âmbito do setor público de saúde. (MACHADO; MIRANDA, 2007, p.815).

Machado e Miranda (2007), realizaram entrevistas com diversos atores inseridos no processo de elaboração, gestão e execução da Política sobre Drogas: ativistas da RD, representantes das comunidades terapêuticas, gestores do MS, entre outros. Estes atores contaram, a partir de suas perspectivas e interesses, como se deu o processo de normatização das CTs. Os entrevistados de Machado e Miranda (2007) relataram que a SENAD passou a oferecer determinando suporte as CTs: “realizou banco de dados, cursos, capacitações e fóruns”. No entanto, as CTs não conseguiram estabelecer articulações junto ao MS, apesar de terem exercido pressões políticas neste sentido. Para os representantes das CTs o MS desconhecia a eficácia das ações desenvolvidas e por isso agia com “discriminação” em relação as CTs, já os representantes do MS afirmavam que não se tratava de desconhecimento ou discriminação, mas sim de resistência, principalmente da área de Saúde Mental que por receber influências dos ideais da Reforma Sanitária, se opunha “à consolidação de uma concepção que não se pauta por aspectos técnicos e ideológicos, próprios ao campo da saúde” (MACHADO; MIRANDA, 2007, p.816). A partir de 2000, houve então um aumento na pressão política das CTs por financiamento público e já no interior do MS esta ideia ganhava adeptos de setores alheios aos ideais da Reforma Sanitária e da área de Saúde Mental. Embora tenha prevalecido na Política do Ministério da Saúde para Álcool e outras Drogas de 2003 o entendimento de que o uso prejudicial de drogas é um problema complexo que carece de abordagens integrais que extrapolam as noções reducionistas e os modelos saúde/doença e moral/criminal, as oposições e contradições persistiram, bem como a expansão das CTs e a disputa pelo financiamento público.

Apesar de a RD ter sofrido ataques desde sua concepção no Brasil, para Antunes (2019), a chamada “guinada conservadora” ou “processo de desmonte da RD” começa a se materializar a partir 2011 quando a ANVISA, revisou as normas de funcionamento das Comunidades Terapêuticas – CTs. Para Antunes (2019, p.7-8), este movimento facilitou a captação de recursos públicos para as CTs, pois as novas normas isentavam as CTs da exigência de contratar equipes multiprofissionais. Também em 2011, o Programa ‘Crack: É

possível vencer’ previu incentivos para os CAPS AD e para os Consultórios de Rua, mas também para as CTs.

Antunes (2019), explica que estes movimentos em favor das CTs têm relação direta com a configuração política da época em que o governo federal se esforçava em “acenar” para os grupos evangélicos que se fortaleciam no Congresso Nacional. Em 2015, foi criada a Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas que mantinha forte interlocução com o Ministério da Justiça. Esta articulação rendeu a inserção definitiva das CTs na Rede de Atenção Psicossocial, a partir da Resolução nº 1 de 19 de agosto de 2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD, que regulamentou a atuação e a prestação de serviços de acolhimento voluntário aos consumidores de drogas das CTs, no âmbito do enfrentamento ao uso prejudicial de drogas (BRASIL, 2015).

Ribeiro e Minayo (2020, p.19), realizaram uma análise das principais mudanças na Política Nacional de Saúde Mental no âmbito do enfrentamento ao uso prejudicial de psicoativos, no período de 2016 a 2019, e ressaltam que, historicamente na construção da política sobre drogas no Brasil houve uma disputa de concepções: Ministério da Saúde junto a área de Saúde Mental e ao Conselho Nacional de Saúde – CNS *versus* Ministério da Justiça – MJ, junto a SENAD e ao CONAD. Enquanto o MS e a área de Saúde Mental reivindicam para si a gestão da política sobre drogas, ao menos no que se referia a atenção integral aos consumidores de drogas, e a adoção de abordagens pautadas na autonomia, nos direitos humanos, no acesso aos serviços públicos e nas evidências científicas, o MJ e o CONAD sempre atuaram fortemente na temática pautando abordagens punitivas, proibicionistas e militarizadas e regulamentando a atuação das CTs. “A disputa na concepção de estratégias entre o MS e o MJ se relaciona diretamente com a polêmica acerca das Comunidades Terapêuticas – CTs como espaço de cuidado” (RIBEIRO; MINAYO, 2020, p. 20).

Em 2016, os processos de fragilização e desmonte da RD se intensificam após o processo eleitoral que empossou prefeitos e governadores com fortes bases conservadoras. Antunes (2019, p.7) destaca o caso de São Paulo – SP, onde o governador eleito João Dória – PSDB acabou com o ‘Programa de Braços Abertos’, que proporcionava moradia aos usuários de crack entre outros serviços e o substituiu por “internações em entidades conveniadas a prefeitura”.

Em 2017, as CTs conseguiram mais avanços quando a Comissão Intergestores Tripartite – CIT¹² incluiu as Comunidades Terapêuticas – CTs na Rede de Atenção Psicossocial. Para Antunes (2019, p.7), este momento significou praticamente a equiparação entre as CTs e os CAPS AD.

O Ministério da Cidadania – MC anunciou o aumento da contratação de vagas nas CT e consequente o aumento do volume de recursos públicos investidos, em 2019. “As vagas contratadas passariam de 6.6 mil para 10.8 mil ao custo de 153 milhões” (ANTUNES, 2019, p.7). Neste momento, já havia sido criada a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED, vinculada ao então recém-criado Ministério da Cidadania, que abarcou 24 diferentes áreas de competência, entre elas a Política sobre Drogas e confirmou a exclusão do MS como gestor ou protagonista no novo arranjo institucional. Mas, piores momentos do processo de desmonte da RD ainda estariam por vir com o Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019 e a Lei 13.840 de 05 de junho de 2019.

O Decreto nº 9.761/2019 intitulado ‘Política Nacional sobre Drogas’ instituiu a promoção da abstinência como uma de suas diretrizes centrais e não deixou de fora a garantia da atuação e a ampliação do financiamento público às CTs (BRASIL, 2019a). A respeito do Decreto, o Conselho Nacional de Saúde – CNS publicou a Recomendação nº18 de 12 de abril de 2019¹³ onde pedia ao Ministério Público Federal – MPF que tomasse providências no sentido de “contornar os retrocessos” que incidiriam sob a política sobre drogas. Entre as considerações feitas pelo CNS destacam-se: a referência as Comunidades Terapêuticas como “*locús* de tratamento”, o “fim da RD” e o financiamento público das CTs em detrimento aos equipamentos públicos.

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), avaliam o Decreto nº 9.761 e o consideram um retrocesso sob vários aspectos, entre eles: **1. O financiamento quase irrestrito das comunidades terapêuticas:** a nova política sobre drogas prevê o financiamento das CTs, “das entidades que as congreguem ou representem” e ainda o financiamento “do aprimoramento, do desenvolvimento e da estruturação física e funcional”; **2. Potencial ampliação de estigmas:** o Decreto prevê que haja uma “conscientização do indivíduo e da sociedade” de que o uso de drogas financia as organizações criminosas; **3. Questão da laicidade do Estado:** o Decreto despreza a laicidade “ao propor o reconhecimento da

12 Comissão Intergestores Tripartite – CIT: reúne representantes do Ministério da Saúde e dos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde – CONASS e de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS.

13 Recomendação nº18/2019: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco018.pdf>.

espiritualidade no tratamento e na prevenção” principalmente no que tange as CTs. O “desenvolvimento da espiritualidade” é citado por quatro vezes no texto e é preocupante, pois além de ferir o Estado laico, existe um choque com os princípios e premissas da RD que propõem a valorização do conhecimento e das evidências científicas; **4. Processo de avaliação permanente:** A nova política sobre drogas prevê a implantação de processos de avaliação das ações implementadas em todos os níveis (federal, estadual e municipal), mas segundo Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) este monitoramento tem cunho fiscalizatório, a fim de garantir a implementação das novas diretrizes; **5. Deslocamento da política sobre drogas:** O Decreto coloca a gestão dos recursos e a administração das ações como atribuição dos Ministérios da Cidadania e da Justiça e Segurança e Pública, excluindo o MS de qualquer protagonismo na nova configuração da Política Nacional Sobre Drogas; e **6. Prejuízo as pesquisas:** os autores observam que o Decreto “tem potencial de interferir em pesquisas, formação, prevenção e cuidado relacionados ao uso de drogas” pois prevê incentivos a estudos e pesquisas que priorizem a manutenção da abstinência e do confinamento (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p.12).

Ainda em 2019, foi publicada a Lei 13.840 que trata do “do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, defini as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e o financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências” (BRASIL, 2019b). Esta lei foi objeto de repúdio dos defensores da RD e de todos que trabalham pela construção de um novo paradigma para a Política de Drogas e considerada como outro retrocesso na política de saúde mental e na atenção aos usuários de álcool e outras drogas. O Conselho Federal de Psicologia – CFP e o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS divulgaram notas expressando preocupações a respeito de pontos da Lei 13.840/2019, como: o financiamento público as CTs; a consideração e aumento das possibilidades da internação involuntária; os vetos a RD; a retomada de abordagens punitivistas, sanitaristas e militarizadas; o distanciamento dos ideais da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica; entre outros (CFP, 2019; CFESS, 2019).

O Decreto nº 9.761 e a Lei 13.840, ambos de 2019, não fazem nenhuma menção a RD, ignorando os 30 anos dos processos de implementação e institucionalização, a inclusão da RD no SUS e ainda todo o debate e conquistas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Ao discutir sobre o redimensionamento e os retrocessos da política sobre drogas no Brasil, Ribeiro e Minayo (2020) chamam atenção para as pressões mercadológicas dos representantes das CTs

e das clínicas psiquiátricas sob as alas políticas e que estão assim conseguindo reinaugurar a lógica dos tratamentos baseados na abstinência.

Além da questão ideológica presente nas estratégias das CTs, existe também a busca por ocupação de uma fatia de mercado. O mesmo ocorre com o setor privado de saúde mental em geral, que não foi totalmente superado pela reforma psiquiátrica, e agora pressiona fortemente o governo, visando a uma reedição contemporânea da *indústria da loucura* ou da *indústria de leitos*. (RIBEIRO; MINAYO, 2020, p.21).

O processo de fragilização e desmonte da RD no Brasil não se dá de modo isolado, ele está inserido nos processos de fragilização e desmonte da Política Nacional de Saúde Mental e do próprio sistema público de saúde. No entanto, argumentam Ribeiro e Minayo (2020, p.21), a PNSM teve sua implementação comprometida “em função do escasso e incompleto financiamento” e as mudanças na política sobre drogas que estão em curso atualmente a confrontam sobremaneira.

Mesmo considerando que, em anos anteriores, tal disputa já existisse, a primazia do cuidado estava ainda de posse do Ministério da Saúde. Hoje, seguindo a orientação conservadora e pseudorreligiosa do atual governo, se observa um veloz desmonte da Lei nº 10.216/2001 e da Portaria nº 1.028/2005, a gosto dos saudosistas do sistema manicomial e da lógica das instituições totais. (RIBEIRO; MINAYO, 2020, p.20).

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 8-9, 11-12), discutem os retrocessos na PNSM a partir da análise de quinze documentos (portarias, resoluções, decretos e editais) que foram publicados pelo governo federal entre os anos de 2016 e 2019 e concluem que entre os principais retrocessos trazidos pelas normativas analisadas estão: a ampliação da capacidade de captação de recursos públicos pelas CTs em detrimento aos equipamentos públicos; e o incentivo as internações psiquiátricas (voluntárias e involuntárias) com aumento do tempo previsto para as internações e aumento do financiamento público para tal.

As mudanças implementadas a partir de 2019 na política sobre drogas são muito expressivas, principalmente porque redirecionam o enfrentamento ao uso prejudicial de drogas da área da saúde pública para a área da justiça penal e da segurança pública, reinauguram a concepção de cuidado baseada no moralismo e no conservadorismo e fortalecem a lógica do mercado e da abstinência que estão associadas as CTs e as clínicas psiquiátricas. Sobre as mudanças em curso na política sobre drogas destacam-se as análises de Ribeiro e Minayo (2020) e Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) que analisaram as novas legislações e normativas desde 2019 e apresentam de forma detalhada alguns dos impactos destas mudanças. Não avançaremos mais nesta análise no presente estudo, mas novos estudos darão conta de compreender e analisar estes impactos a médio e longo prazo.

A seguir veremos como se deu o financiamento da RD no Brasil, quais os mecanismos utilizados e ações que foram privilegiadas.

CAPÍTULO III - O FINANCIAMENTO DA RD NO BRASIL

A revisão da literatura para esta pesquisa tem revelado importantes lacunas na implantação e ampliação da RD no Brasil e no mundo. Estas lacunas referem-se a coleta e análise sistemáticas de dados em vários aspectos: percepção dos usuários, controle epidemiológico, eficácia e efetividade, cobertura e principalmente financiamento. A ONG Redução de Danos Internacional – HRI, faz inúmeros esforços para coletar dados sobre o financiamento da RD globalmente e vem relatando sérias dificuldades para tal.

Fonseca (2005), Studart (2007), Inglez-Dias et. al. (2014), fizeram revisões das políticas e programas internacionais de Redução de Danos em países como: Holanda, Inglaterra, Reino Unido, EUA, Canadá, Alemanha e alguns países da América Latina e avaliaram a implementação da RD no Brasil. Alguns aspectos do financiamento da RD nestes países estão destacados abaixo.

Na Holanda, o serviço municipal de saúde apoiou as primeiras experiências de troca de seringas, de iniciativas dos *Junkiebonders*¹⁴ (FONSECA, 2005, p.32). E desde 1985 com a revisão da política de drogas, o Estado vem assumindo o financiando da política de Redução de Danos. Primeiro o financiamento público era de responsabilidade do Serviço Municipal de Saúde e doravante 1988 passa a ser partilhado com o governo federal (FONSECA, 2005, p.33).

No Reino Unido, apesar de a RD ter sido citada ainda em 1926 no Relatório Rolleston, é apenas nos anos 1980 que ela passar a ser implementada em larga escala e com o financiamento público (FONSECA, 2005, p.33).

No Canadá, desde as primeiras experiências em RD em 1989 houve investimento governamental, principalmente do governo federal, que facilitou a ampliação da diversidade e da cobertura dos serviços ofertados. Studart (2007, p.27), destaca ainda a atuação de grupos e movimentos organizados de mobilização e *advocacy* com participação ativa dos consumidores de drogas lícitas e ilícitas.

Nos EUA, as iniciativas de sucesso no âmbito da RD eram de “comunidades e governos locais ou de universidades” e havia grande resistência ao financiamento público federal por parte da sociedade norte-americana. Ainda assim, em 1995 já havia 77 programas de trocas de seringas ativos no país, financiados com recursos privados e/ou estaduais

¹⁴ **Junkiebonders:** Em 1980, foi fundada, em Roterdã, a Junkiebonden (liga de usuários e ex-usuários de drogas). Buscavam eles fomentar uma abordagem mais humana e pragmática aos usuários e dependentes químicos e zelar pelos interesses e melhorar as condições de vida dessas pessoas (FONSECA, 2005, p.31).

(FONSECA, 2005, p.59-60). Inglez-Dias et. al. (2014), avaliam que nos estados norte-americanos mais progressistas foram implementados PDRs de sucesso, como nos casos da Califórnia e de São Francisco. Na análise dos autores, os PRDs mais exitosos foram aqueles que conseguiram estabelecer maior quantidade de parcerias e maior diversidade de fontes de financiamento (INGLEZ-DIAS et. al., 2014, p.151).

No Brasil, como já vimos, houve sérias resistências a implementação da Redução de Danos, por parte da sociedade, das forças de segurança pública e do aparato jurídico-penal que criminalizou duas tentativas de implementação da RD no estado de São Paulo nos anos de 1989 e 1995. Fonseca (2005), relata que a RD passou então a existir na clandestinidade em diversas cidades brasileiras. Ou seja, o Estado brasileiro além de não financiar as ações de RD, passou a inviabilizá-las.

Os programas passaram a funcionar na clandestinidade, assim como outros programas, em várias cidades brasileiras, sofrendo com isso diversas consequências negativas, como, por exemplo, a apreensão de material usado para prevenção e retaliação por parte dos policiais (FONSECA, 2005, p. 44-45).

Em comum, entre os países analisados por Fonseca (2005) e Inglez-Dias et. al. (2014), estão: **1.** o fato da epidemia de HIV/AIDS nos anos 1980 ter alavancado a emergência da implementação e da ampliação da RD nos conceitos e nas práticas; **2.** a resistência da sociedade em menor ou maior grau e; **3.** o conflito explícito entre as políticas de segurança pública e de saúde pública.

No Brasil, encontramos raros estudos sobre o financiamento da RD, entre eles destaca-se o trabalho de Fonseca et. al. (2007) e ainda as contribuições em Fonseca (2005), Studart (2007), Inglez-Dias et. al. (2014), Gomes (2014) e Antunes (2019). Os trabalhos destes autores, quando se trata do aspecto do financiamento estão focados, sobretudo, no período de implementação das primeiras ações de RD no Brasil (1989 a 2005).

Em coerência com a revisão bibliográfica e documental, considera-se que: a experiência gestada em Santos – SP em 1989 deu início ao *processo de implementação da RD* no Brasil, pois a partir daí a RD ganhou espaço nos debates e entrou na agenda política; e o *processo de institucionalização RD* teve início em 2003 com a menção da RD na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, mas só veio a se consolidar em 2005 com a publicação da Portaria nº 1.028/MS que regulamentou e ampliou o escopo conceitual e prático das ações de RD.

3.1 O FINANCIAMENTO DA RD NO BRASIL DURANTE O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO (1989 – 2005)

Os trabalhos de Fonseca (2005), Fonseca et. al. (2007), Gomes (2017) e Antunes (2019), trazem alguns elementos pertinentes ao estudo do financiamento da RD no Brasil: **1.** já nas primeiras ações de RD no Brasil destacaram-se os entraves, as resistências, as dificuldades e os questionamentos quanto ao financiamento público; **2.** houve forte ação das organizações internacionais como a ONU e o Banco Mundial no financiamento das primeiras ações; e **3.** o *advocacy* realizado por grupos diversos em prol da RD foi determinante para a materialização da Redução de Danos no Brasil.

Os resultados internacionais já consolidados da RD no enfrentamento a transmissão do HIV/AIDS entre os UDIs levaram os organismos internacionais a oferecerem linhas de financiamento a diversos países, incluído o Brasil. De acordo com Antunes (2019, p. 3), a Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde criou em 1992 um projeto de prevenção do HIV para usuários de drogas que incluiu a estratégia de troca de seringas. Este projeto obteve o apoio técnico e financeiro do Banco Mundial e do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas – UNDCP.

Fonseca (2005), ressalta que os recursos recebidos do Banco Mundial e da ONU foram cruciais para implementação e fortalecimento das primeiras ações de RD no Brasil. O Banco Mundial transferia recursos ao Programa Nacional de DST/AIDS e este por sua vez, transferia as instituições e organizações que executavam a RD e que disputavam os recursos em concorrências públicas. Fonseca et. al. (2007, p. 2134), explica que o Programa Nacional de DST/AIDS matinha convênios com 27 estados e 177 municípios estratégicos além de 976 projetos de organizações da sociedade civil, destes apenas 186 trabalham com prevenção de HIV/AIDS entre os UDIs.

Este modelo de financiamento que caracterizou as primeiras ações de RD no Brasil prevaleceu de 1993 a 2002. Segundo Fonseca et. al. (2007), o Banco Mundial chegou a investir 350 milhões de dólares em acordos de empréstimos com o governo brasileiro, que ficaram conhecidos como AIDS I e AIDS II. Fonseca et. al. (2007, p.2135), apontam duas razões para a superação deste modelo: **1.** A burocracia que envolvia os convênios e as regras e legislações do Banco Mundial e do governo brasileiro; e **2.** A própria legislação nacional de saúde pública que preconiza a descentralização.

Em 2002, o Banco Mundial ainda celebraria com o governo brasileiro o acordo AIDS III, que duraria três anos e onde o investimento seria de 100 milhões de dólares com igual contribuição do Brasil. Para Fonseca et. al. (2007), este acordo que veio com uma série de recomendações do Banco Mundial para a implementação da descentralização marcou esta transição. A partir de então, os gestores do SUS passaram a pleitear a descentralização para seus municípios e estados, cabendo a eles a responsabilidade de selecionar e financiar ações, programas e projetos no âmbito da saúde pública e conseqüentemente da RD.

Fonseca et. al. (2007), explicam que a disputa pelo financiamento ganhou novas arenas com a descentralização e os projetos e instituições que antes competiam no âmbito federal tiveram que pleitear recursos nos âmbitos municipal e estadual. Um estudo de caso realizado entre 1999 e 2006 nos PRDs do estado do Rio de Janeiro – RJ por Fonseca et. al. (2007, p. 2142) revelou que o volume de recursos transferidos e o número de PRDs que receberam transferências foram consideravelmente reduzidos ao longo do processo de descentralização.

Quadro 4 - Número de PRDs e volume de recurso investido pelas três esferas de governo, no período de 1999-2006. Rio de Janeiro, Brasil, 2006

Ano	Número de projetos	Fonte	Valor (milhões de Reais)
1999	4	PN-DST/AIDS	177
2000	7	PN-DST/AIDS	205
2001	4	PN-DST/AIDS	157
2002	22	PN-DST/AIDS	432
2003	17	PN-DST/AIDS	319
2004	15	PN-DST/AIDS	176
2005	10	PN-DST/AIDS	89
2006	2	Sec. Estadual de Saúde	32
2006	1	Sec. Municipal de Saúde	31
2006	1	PN-DST/AIDS	4

Fonte: FONSECA et. al., 2007, p.2134.

As limitações que os arranjos institucionais e a descentralização impuseram a Redução de Danos também refletem as conjunturas políticas e as disputas de interesse e poder e dos projetos societários conservador e progressista. Para Fonseca et. al. (2007, p.2142), a descentralização impactou negativamente no financiamento da RD sob dois aspectos fundamentais: **1.** A estrutura de vetos e constrangimentos é maior nos níveis municipal e estadual, onde pode haver forte atuação de grupos religiosos e conservadores contrários a RD; e **2.** A descentralização tirou a capacidade de mobilização dos grupos que atuavam e/ou tinham interesse em promover a RD, pois os deixou em situação de desfinanciamento ou subfinanciamento, diante do novo modelo de transferências de recursos.

Fonseca (2005), revela que em 2004 havia 134 PRDs ativos no país, destes conseguiu coletar dados mais concretos a respeito do funcionamento de 45. No aspecto do financiamento, a autora constatou que a maioria dos PRDs contavam com o financiamento público (governos municipal, estadual e federal) como principal fonte de recursos. Sendo que os repasses do Programa Nacional de DST/AIDS consistiam na fonte mais segura e regular e em alguns casos na única fonte de recursos dos PRDs.

Uma das conclusões de Fonseca (2005), é que apesar de a maioria dos PRDs no Brasil terem documentação e registros regulares para o recebimento de financiamento público, existe uma “quase absoluta ausência de relatórios abrangentes e sistêmicos sobre o que ocorre no dia a dia dos programas locais” (FONSECA, 2005, p.93). Esta também foi a conclusão do Banco Mundial, quando tentou realizar um monitoramento e avaliação dos projetos apoiados no Brasil, mas considerou os mecanismos como inadequados e recomendou a otimização destes mecanismos em um relatório de 1994 (FONSECA, 2005, p.14).

A ausência de bancos de dados oficiais abrangentes representa um desafio a qualquer avaliação sistemática, assim como as resistências por parte de diversos gestores a qualquer processo avaliativo. A fragmentação de registros, relatórios e documentação em geral impõe dificuldades adicionais ao potencial avaliador (FONSECA, 2005, p.96).

Neste aspecto, Fonseca (2005) e Inglez-Dias et. al. (2014), insistem que mudanças são urgentes quanto a otimização de nossos bancos de dados e de nossos mecanismos de financiamento, monitoramento e avaliação das ações, programas e projetos de RD. Esta lacuna de dados, de financiamento e de mecanismos eficazes e efetivos de monitoramento e avaliação dos PRDs, que tanto incomoda, reflete a importância dada a RD pelo poder público no Brasil. Para Gomes (2017), a falta de dados é generalizada quanto a avaliação de efetividade e eficácia da RD no Brasil, faltam dados tanto das organizações e instituições da sociedade civil quanto do Estado. A coleta sistêmica e a utilização dos dados são procedimentos caríssimos para RD, que tem o pragmatismo e as evidências científicas como diretrizes, esta lacuna reflete diretamente na capacidade de pleitear e captar recursos para materialização da RD. “Na falta de dados, as decisões políticas de investimento dos recursos públicos passam unicamente pela disputa política e por interesses eleitorais, que invariavelmente utilizam argumentações morais e ideológicas” (GOMES, 2017, p.273).

O trabalho de Studart (2007, p.17), é emblemático, pois ao “Estudar e avaliar o processo de implementação do Programa de Redução de Danos Relacionado ao Uso de Drogas do Distrito Federal”, algumas limitações foram surgindo. Por exemplo, Studart (2007, p.56), relata que não conseguiu acessar dados e estatísticas “dos insumos distribuídos pelo

Programa e do perfil da clientela acessada”, pois estas informações não constavam em atas, relatórios ou banco de dados abertos e estavam sob os cuidados de uma única servidora com a qual a pesquisadora não conseguiu estabelecer contato.

Studart (2007, p.57), revela que o processo de implantação do primeiro PRD no DF teve início em janeiro de 1998, quando dados da Vigilância Sanitária da Coordenação de DST/AIDS – DF apontavam que dos casos de infecção por HIV/AIDS “22% tinham relação direta com o uso de drogas injetáveis” e a partir do interesse e da participação de profissionais da saúde do DF na IX Conferência Internacional de Redução de Danos, realizada em março de 1998, na cidade de São Paulo. A partir deste ano, as articulações foram se fortalecendo entre atores como os profissionais de saúde, representantes do poder público e grupos de estudos e pesquisas. O PRD/DF foi aprovado pelo Programa Nacional de DST/AIDS em fevereiro de 1999 (STUDART, 2007, p.57).

Quanto ao aspecto do financiamento, o trabalho de Studart (2007, p.58) revela que a burocracia e os “entraves de ordem operacional” são alguns dos principais obstáculos para a efetividade das ações desenvolvidas pelo PRD/DF. Por exemplo, o primeiro financiamento do PRD/DF foi liberado em agosto de 1999, mas só foi possível acessá-lo em maio de 2000.

Studart (2007), constatou que entre 1999 e 2004 o PRD/DF recebia recursos federais e estaduais, sendo que o maior volume de recursos vinha do Ministério da Saúde em parceria com o Banco Mundial. Neste período foram quatro projetos financiados, todos direcionados aos Usuários de Drogas Injetáveis – UDIs.

Quadro 5 - Projetos financiados pelo PRD/SES-DF 1999 a 2004

Projeto	População-alvo	Recurso	Duração do Projeto
Redução de Danos em HIV/AIDS e outras DST	UDI	R\$ 70.177,00	07/1999 a 07/2000
Redução de Danos em HIV/AIDS e outras DST entre usuários de drogas no DF	UDI	R\$ 58.200,00	05/2002 a 12/2002
Institucionalização das ações de redução de danos na rede pública de saúde	UDI	R\$ 29.655,60	03/2003 a 06/2003
Redução de Danos em HIV/AIDS e outras DST entre usuários de drogas no DF	UDI	R\$ 46.316,00	03/2004 a 12/2004

Fonte: Adaptado de STUDART (2007, p.61).

Em 2005, os impactos da descentralização começaram a incidir sobre o financiamento do PRD/DF, mesmo sendo um programa institucionalizado e vinculado a uma secretaria de estado. Studart (2007, p.61) explica como passou a se dar todo o processo:

Desde 2005, porém, o financiamento do PRD-DF provém, basicamente, do Plano Anual de Metas (PAM) da Gerência de DST/AIDS, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Segundo as regras deste Plano, a verba é repassada do Ministério da Saúde para a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (financiamento fundo a fundo), sendo destinada a ações na área de tratamento e prevenção a DST/AIDS.

Dentre as contribuições de Studart (2007) ao debate sobre o financiamento da RD, destacam-se alguns aspectos analisados no PRD/DF, e tidos como os mais delicados, no período pós descentralização, a partir de 2005:

1. Excesso de burocracia: a autora entrevistou gestores e outros atores do PRD/DF que apontavam a burocracia como um dos maiores entraves a execução dos recursos. Após a descentralização, os recursos passavam pela Gerência de DST/AIDS e pela Subsecretaria de Apoio Operacional da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES/DF e se juntavam a outros recursos que financiavam vários projetos. Neste complexo e longo trajeto, por vezes os recursos retomavam aos cofres do MS quando o PRD/DF não conseguia dar celeridade na tramitação dos processos. Um caminho encontrado pelo PRD/DF para driblar a burocracia era acessar os recursos através de ONGs e não diretamente da SES/DF, ficando a ONG então encarregada de captar os recursos da SES/DF e repassar os recursos ao PRD/DF e prestar contas dos gastos (STUDART, 2007, p.60-62);

2.Gestão de pessoal: o excesso de burocracia refletia diretamente na “gestão de pessoal” e ocasionavam entraves na contratação e atrasos nos pagamentos dos redutores de danos e dos demais prestadores de serviço, levando os profissionais de saúde a arcarem com despesas do programa com recursos próprios, vaquinhas, vale-refeição, entre outros. (STUDART, 2007, p. 64-66);

3.Inexistência de registros: ao estudar o PRD/DF, Studart (2007) se deparou com a escassez de dados, balanços e registros detalhados ou não das receitas e despesas. A falta destes dados impossibilitou a pesquisadora levantar um valor preciso de investimentos no PRD/DF e estabelecer uma série de comparações e reflexões pertinentes. A ausência destes dados também dificulta a avaliação das ações, o controle social, o planejamento, o engajamento em prol de recursos entre outros; e

4. Compras de insumos e equipamentos: apesar de haver registros de descontinuidade na aquisição e distribuição de insumos (agulhas, seringas, preservativos, material educativo, etc.), os atores entrevistados por Studart (2007, p.66-67) avaliaram estas descontinuidades como pontuais. Com relação a aquisição de equipamentos (TV, videocassete, computador, máquina fotográfica, carros etc.) o fator da burocracia também pesava.

Em fevereiro de 2002, houve aprovação de um projeto que previa a compra de um carro para o programa. No entanto, segundo os registros de reunião, o carro só foi integralmente disponibilizado ao PRD em julho de 2005, ou seja, três anos depois. (STUDART, 2007, p.68).

As análises de Studart (2007) quanto ao financiamento do PRD/DF, junto as análises e conclusões de Fonseca (2005), Fonseca et. al. (2007), Inglez-Dias et. al. (2014) e Gomes (2017), demonstram na prática as principais limitações para o estudo do financiamento da RD no Brasil, bem como, revelam a importância da realização destes estudos.

CAPÍTULO IV - A RD NO BRASIL PÓS INSTITUCIONALIZAÇÃO (2005 – 2018)

O custeio das ações da RD no Brasil na esfera federal a partir dos anos 2000 é marcado por fatos e processos importantes que já vimos nos capítulos anteriores, como ~~per~~ exemplo: as mudanças nos padrões de consumo das substâncias, o avanço do processo de normatização e institucionalização da RD e sua implementação no SUS, o deslocamento da RD da Coordenação Nacional de DST/AIDS para a Área de Saúde Mental do MS, a descentralização político administrativa, as disputas entre os modelos de enfrentamento ao uso prejudicial de substâncias psicoativas (RD x Abordagens Conservadoras), os redirecionamentos políticos, ideológicos e governamentais, os arranjos institucionais, as disputas pelo fundo público, a mercantilização da saúde, entre outros.

É importante ressaltar que neste capítulo e neste estudo, desfez-se da intenção de detalhar os investimentos governamentais em RD, pelas seguintes razões: 1. os pesquisadores nacionais e internacionais que estudam o financiamento da RD já constataram que diante da escassez e fragilidade dos dados, só é possível estimar estes gastos; e 2. a pergunta de partida a que se submete esta pesquisa traz o seguinte questionamento: Quais mecanismos e dispositivos financiaram a RD no Brasil de 2005 a 2018? Deste modo, esta indagação será respondida a partir da investigação dos mecanismos de custeio da RD no âmbito da esfera federal, do Ministério da Saúde e do SUS.

Elegeu-se o ano de 2005 para dar início ao presente estudo sobre o financiamento da RD por duas razões: 1. A partir de 2005 que ações e serviços de RD foram regulamentadas pela Portaria GM/MS 1.028 de 1º de julho de 2005. Ao tratar das ações da RD a portaria cita a distribuição de insumos, a contratação de pessoal, a expansão da RD para além da saúde, a inclusão dos consumidores de álcool nas ações de RD, a extensão da RD até os presídios, entre outras ações. Porém, a Portaria 1.028 de 2005 não esclareceu quais seriam as fontes de financiamento das ações. Daí a necessidade de compreender como estas ações foram materializadas; e 2. Foi em 2005 que a descentralização passou a incidir sob o financiamento da RD à medida que as ONGs e mesmo os PRDs já institucionalizados que executavam a RD tiveram maiores dificuldades em acessar recursos que passaram a ser geridos por estados e municípios ao mesmo tempo em que a RD ganhava espaço na Política Nacional de Saúde Mental e no SUS.

A investigação sobre os mecanismos e dispositivos de financiamento da RD no âmbito do Ministério da Saúde e do governo federal será realizada a partir da análise de documentos

e dados que se referem ao financiamento da política sobre drogas na Área de Saúde Mental. Desta forma, pretende-se saturar o objeto com múltiplas determinações estabelecendo reflexões e análises que apontaram evidências sobre como vêm sendo construídos os mecanismos de financiamento da RD no período analisado. Desde a fase de institucionalização, a RD passa a ser financiada e executada no SUS no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, por isso as análises dos documentos do MS elucidarão como as ações em RD foram financiadas pelo governo federal no período analisado.

A partir de 2002, a RD também passa a ser reconhecida pelos gestores e profissionais de saúde do SUS como boa prática em saúde pública no âmbito da atenção integral aos que fazem uso prejudicial de psicoativos, dada a sua integralidade, versatilidade e as consolidadas evidências científicas. Vimos também, no capítulo I, que o aspecto do financiamento da saúde pública no Brasil representa um dos principais entraves para a materialização do SUS e consequentemente da Política Nacional de Saúde Mental – PNSM onde se situam a atenção aos consumidores de álcool e outras substâncias e a RD.

Neste capítulo, serão tratados os seguintes temas: **1. o redirecionamento da Política de Saúde Mental (década de 1990):** remonta os contextos e processos globais e locais que suscitaram recomendações e reivindicações das organizações internacionais e nacionais que foram determinantes para o processo de redirecionamento das concepções e do financiamento da Política de Saúde Mental e na atenção integral aos consumidores de álcool e outras substâncias psicoativas no Brasil; **2. Relação entre Redução de Danos e a rede CAPS:** revela, a partir da revisão bibliográfica e dos documentos oficiais do MS (portarias, decretos, planos, programas), a estreita relação entre a estruturação, implementação e interiorização da rede CAPS e a difusão da RD no SUS; a centralidade da rede CAPS na RAPS e na PNSM e as dimensões dadas a RD pelos profissionais de saúde dos CAPS; e o processo de qualificação e normatização do funcionamento da rede CAPS, entre outros aspectos; **3. Contribuições do FAEC para a estruturação da rede CAPS (2002 a 2008):** analisa o FAEC como principal mecanismo de custeio que garantiu a estruturação da rede extra-hospitalar e a difusão da RD nos CAPSAD; **4. Financiamento da rede CAPS a partir de 2009 e o “novo redirecionamento” do financiamento da assistência em saúde mental:** mostra quais os determinantes que influenciaram na eleição dos mecanismos e dispositivos de financiamento para o governo federal seguir com implementação da rede CAPS após extinção do FAEC; e **5. Análise dos Relatórios Saúde Mental em Dados – RSMD (2006 a 2015) e dos Relatórios de Gestão da Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Drogas (2003-2006) e (2007-**

2010): analisa relatórios oficiais da Coordenação de Saúde Mental Álcool e outras Drogas do MS produzidos entre os anos de 2006 a 2015 e uma série de portarias do MS que detalham o investimento federal na rede extra-hospitalar, na rede CAPS que permitem conhecer os mecanismos e dispositivos que contribuem com a estimativa de gastos e investimentos em ações de RD no interior do SUS.

4.1 O REDIRECIONAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL (DÉCADA DE 90)

Até 2001, a questão do uso prejudicial do álcool e de outras substâncias psicoativas e a saúde mental eram temáticas dissociadas no contexto das políticas públicas no Brasil. Para Guimarães e Rosa (2019, p.111-138), a integração foi construída a partir da participação social e da relação Estado-sociedade expressas em processos como: a luta do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1987; às quatro conferências de saúde mental (1987; 1992; 2001; 2010); e às mudanças legislativas.

No âmbito internacional, as normativas e recomendações das organizações internacionais também indicavam a conexão entre saúde mental e uso prejudicial de álcool e outras substâncias psicoativas e a necessidade e urgência da construção de novas concepções, legislações e estratégias dirigidas a assistência integral em saúde mental, voltadas à garantia de direitos dos usuários da política de saúde mental, incluindo pessoas com transtornos mentais e consumidores de substâncias psicoativas. Gonçalves, Vieira e Delgado (2012), contam que a maioria dos países da Europa Ocidental já vinham “reduzindo vigorosamente” seus leitos de internação psiquiátrica e investindo nos serviços de base comunitária desde 1980.

O governo brasileiro, por sua vez, buscou, ainda que em ritmo demasiadamente paulatino, seguir as recomendações internacionais e as reivindicações dos movimentos nacionais. A principal marca desta transição foi a estruturação, expansão e interiorização de uma rede de assistência em saúde mental de base comunitária: a rede CAPS. Alguns momentos foram determinantes neste processo.

Em 1990, o Brasil assinou a Declaração de Caracas, documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde – OPAS. A Declaração de Caracas reconhece a falência do modelo asilar/hospitalar e referencia as evidências de que as “intervenções psiquiátricas não permitem alcançar objetivos compatíveis

com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo” (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990, p.1).

A OMS, dedicou o ano de 2001 ao debate sobre as novas concepções em saúde mental na saúde pública, produziu e publicou o Relatório Mundial de Saúde “Nova Concepção, Nova Esperança”. De acordo com a OMS, há reconhecimento da histórica negligência sobre a política de saúde mental em nível global e construção de argumentações e recomendações baseadas em três princípios, aqui resumidos: **1.** recusa a qualquer tipo de discriminação; **2.** acesso a serviços de base comunitária presente em toda a atenção primária e demais níveis de complexidade; e **3.** tratamentos não restritivos e não intrusivos, em ambientes não limitados (OMS, 2002, p.12). Estes princípios desdobram-se em recomendações que vão impactar num redirecionamento na concepção e no investimento em saúde mental nos sistemas públicos de saúde dos países-membros.

No Brasil, a partir dos anos 2000, é possível observar que as recomendações das organizações internacionais, assimiladas pelos movimentos de reformas sanitária e psiquiátrica passam a ser implementadas, também se verifica câmbio no financiamento da saúde mental e expansão e qualificação da rede. A PNSM começa a ser normatizada a partir da Lei 10.216 de 2001, que apesar de manter as possibilidades das internações involuntárias e compulsórias, se propõem a “redimensionar o modelo assistencial em saúde mental”, além de outras portarias que davam sustentação a construção da Reforma Psiquiátrica. Para Gonçalves, Vieira e Delgado (2012, p.52), o principal avanço da Lei 10.216 de 2001 foi “a internação hospitalar como último recurso e a garantia do direito de tratamento em serviços de base comunitária”. Esta lei traz a concepção de saúde mental aberta, integral e de base territorial, onde a internação e as intervenções invasivas são as últimas opções e o tratamento asilar fora rechaçado.

Para Costa, Ronzani e Colugnati (2018, p.3234), a Lei nº 10.216 de 2001 é fruto do “processo de aprofundamento da Reforma Psiquiátrica brasileira e consequente expansão dos serviços e rede substitutivos ao hospital psiquiátrico e sua lógica asilar/hospitalocêntrica”. Na prática, significava que os usuários da política de saúde mental teriam acesso preferencialmente aos serviços de saúde pública de bases comunitárias e que as internações e o isolamento seriam exceção. No âmbito do financiamento significou a redução de investimento em leitos psiquiátricos públicos e privados e o aumento de investimento nos equipamentos públicos. Trapé e Campos (2017, p.2), destacam que “o aumento do

financiamento a destinação direta de serviços específicos de saúde mental foram elementos-chave para iniciar a transição do modelo, valendo como estratégia de indução”.

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 816 de 30 de abril de 2002 que instituiu, “no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios” (BRASIL, 2002a, art. 1). Os objetivos desta portaria atendem às recomendações internacionais e as reivindicações dos Movimentos de Reforma Sanitária, Psiquiátrica e de Luta Antimanicomial e versam sobre o reconhecimento da necessidade de substituição do modelo asilar pelo modelo psicossocial e para tal propõem: articulação intergovernamental; implantação da rede extra-hospitalar; aperfeiçoamento das ações preventivas; realização de ações de atenção/assistência; organização das demandas e fluxos; e a promoção da capacitação e supervisão de equipes (BRASIL, 2002a, art. 1). Esta portaria anuncia a qualificação e expansão da rede CAPS com a implementação de 250 unidades da modalidade CAPS AD em todas as unidades da federação entre os anos de 2002 e 2004 e para tal normatiza os mecanismos e dispositivos de financiamento que veremos em breve.

Em 2003, a Política do MS para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas do MS, traz a concepção de RD em seu marco teórico-político, mas não cita os mecanismos e fontes de financiamento que viabilizariam a materialização das ações. Relembrando, que a RD não alcançou status de política, devido a sua baixa estruturação legal, mas ressaltando que a criação de fundos e financiamento próprio para a RD, ainda que como estratégia, é uma reivindicação dos que estudam a RD (HRI, 2014, 2018) no mundo e uma ação fundamental para garantir a sustentabilidade e continuidade das ações.

No ano de 2004, é publicada a Portaria nº 2.197. Este documento visa atualizar a Política do MS para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003, dando ênfase na articulação e corresponsabilização intergovernamental e na definição dos componentes da política, a saber: I) atenção básica; II) atenção nos CAPS AD, ambulatorios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; III) atenção hospitalar de referência; e IV) rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS. A adoção da “lógica da Redução de Danos” é apontada como uma das “principais características” dos componentes I e II (BRASIL, 2004).

Em 2005, o Ministério da Saúde produziu o relatório “Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil” “apresentado na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde, que buscava avaliar se os compromissos assumidos na Carta de Caracas de 1990 estavam sendo implementados. Os compromissos assumidos exigiam sobremaneira, o redirecionamento do financiamento público no âmbito da saúde mental com vistas a substituição do modelo hospitalar-manicomial pela desinstitucionalização e por implementação de abordagens abertas, inclusivas, integradas, humanizadas e territorializadas. O relatório do MS reafirma os compromissos assumidos e avalia que os esforços governamentais e as pressões dos profissionais de saúde e de movimentos sociais, entre 1990 e 2005, e principalmente, a partir de 2001, foram responsáveis pela redução de gastos com a rede psiquiátrica e por um crescente aumento nos investimentos em equipamentos da rede extra-hospitalar, puxado pela expansão da rede CAPS (BRASIL, 2005b).

A OMS, em 2007, publicou o relatório *Who-aims report on mental health system in Brazil* (título em português: Relatório da OMS sobre o sistema de saúde mental no Brasil). Este documento, apesar de não fazer nenhuma referência específica sobre o investimento da implementação ou institucionalização da RD no Brasil, nos dá um panorama sobre como o MS buscou incorporar as demandas da sociedade e as recomendações da OMS quanto as novas concepções preconizadas pelos estudos científicos. Em relação ao financiamento da PNSM, o documento indica que apesar de o Brasil investir pouco e de modo desigual houve uma melhora significativa quanto ao direcionamento dos investimentos. A OMS recomenda que os países-membros invistam no mínimo 5% do orçamento da saúde pública em saúde mental. O Brasil investiu apenas 2,5% em 2005, melhor dizendo, dos \$15 bilhões destinados ao SUS naquele ano, \$358 milhões foram para a Saúde Mental (OMS; 2007, p.15). Trapé e Campos (2017, p.5), avaliam que “a saúde mental é subfinanciada dentro de um sistema subfinanciado”. O relatório da OMS (2007), a exemplo do relatório do MS (2005) também demonstrou que em uma década houve significativa redução na alocação de recursos públicos do orçamento da saúde mental para os hospitais psiquiátricos: de 95% para 49% e em paralelo houve um aumento do investimento na estruturação de uma rede de atenção primária de base comunitária de caráter extra-hospitalar.

Quadro 6 - Composição de gastos da PNSM (1997-2004)

Composição de Gastos	1997	2001	2004
% Gastos Hospitalares em Saúde Mental	79,54	93,14	63,84

% Gastos Extra-hospitalares em Saúde Mental	6,86	20,46	36,16
Total	100	100	100

Fonte: reproduzido de MS, 2005, p.9. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>

Observa-se que a partir de 2004 os gastos extra-hospitalares são constituídos de 18 componentes, entre eles: custeio da rede CAPS, dos Serviços de Residências Terapêuticas – SRT, gastos com os incentivos, gastos ambulatoriais, com medicamentos e gastos com o Programa de Volta para Casa. Segundo o MS, a série histórica que demonstra aumento dos gastos extra-hospitalares caracteriza “um dos principais indicadores macropolíticos do processo da Reforma Psiquiátrica” (MS, 2006, p.20).

Em 2009, o MS publicou a Portaria nº 1.190 de 4 de julho de 2009 -PEAD 2009-2010, e definiu suas diretrizes gerais, ações e metas. Este documento reconhece “a lacuna assistencial nas políticas de saúde para a questão da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo do álcool e de outras drogas” e propõem ações e metas intersetoriais e intergovernamentais. O art. 2 da Portaria descreve as prioridades do PEAD: I) 100 cidades com mais de 250 mil habitantes, Palmas e mais 7 municípios de fronteira, “por apresentarem fragilidades na rede assistencial e/ou problemas de maior magnitude, do ponto de vista epidemiológico”; e II) “Crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade ou risco”. A adoção da estratégia de Redução de Danos aparece como uma diretriz e norte ético do SUS no art. 3º da Portaria (BRASIL, 2009b).

Destaca-se ainda, a criação da Rede Atenção Psicossocial – RAPS e o lançamento do Programa Crack é Possível Vencer – CEPV, ambos em 2011. A RAPS e o CEPV convergem em muitos aspectos com as diretrizes do modelo de assistência que vinha se consolidando, mas também tem pontos controversos, pois a RAPS inclui equipamentos que funcionam às margens dos princípios do SUS e da PNSM, como às Comunidades Terapêuticas e o CEPV, que previa execução de um orçamento de R\$ 4 bilhões até 2014, garantiu financiamento público a abordagens e equipamentos iguais e/ou semelhantes em disputa com a rede de base comunitária e às abordagens como a RD. Desde 2019, as CTs, apesar de fazerem parte da – RAPS, não pertencem a estrutura do Ministério da Saúde, mas sim ao Ministério da Cidadania – MC.

A seguir, veremos como estas e outras respostas foram construídas e como o financiamento da PNSM e ações e serviços de RD foram impactados por estes processos.

4.2 RELAÇÃO ENTRE REDUÇÃO DE DANOS E A REDE CAPS

A fim de analisar os mecanismos e dispositivos que financiaram as ações de RD no Brasil no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS foram eleitos três eixos: **1.** implementação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas – CAPS AD; **2.** ações específicas em RD executadas no interior dos CAPS AD; e **3.** ações em RD externas ao CAPS AD.

O eixo 1 foi eleito, pois o CAPS AD tornou-se equipamento central na promoção da saúde e da atenção psicossocial aos usuários de substâncias psicoativas e *lócus da RD* na saúde pública. Para Costa, Rozani e Colugnati (2018), a rede CAPS e sobretudo os CAPS AD adquiriram: a) papel gerenciador da rede; b) responsabilidades pelo fluxo assistencial, através da referência, contra-referência e cuidado compartilhado; e c) matriciamento dos serviços não especializados. O Centro de CAPS AD é reconhecidamente o equipamento de referência no processo de redirecionamento da política de saúde mental no Brasil, especialmente se tratando do seu público-alvo: os consumidores de álcool e outras substâncias. Os autores, argumentam que os CAPS têm “papel fundamental por serem os principais dispositivos assistenciais especializados na temática da saúde mental” e destacam ainda a especificidade da atenção aos usuários de psicoativos nos CAPS AD. Segundo o MS, os CAPS:

[...] consolidaram-se como dispositivos estratégicos para a superação do modelo asilar no contexto da reforma psiquiátrica, e para a criação de um **novo lugar social** para as pessoas com a experiência de sofrimento, decorrentes de transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e de outras drogas (MS, 2015, p.10).

Pode-se dizer, que os CAPS AD são o *lócus* da RD no SUS, mesmo depois de 2011, com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial, que especificou e ampliou o rol de equipamentos de saúde dedicados a saúde mental e ao atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de psicoativos e mesmo considerando que a RD não é a única estratégia disponível e adotada pelos CAPS AD¹⁵. A relação entre RD e CAPS AD é estudada em diversos aspectos, como no trabalho de Costa, Ronzani, Colugnati (2018) que avaliou o papel e a centralidade do CAPS AD na rede de atenção aos consumidores de psicoativos, ou na pesquisa de Santos e Pires (2020) que aferiu os sentidos dados a RD nos CAPS AD do

15 Os CAPS AD adotam também as seguintes estratégias: Farmacoterapia (84% dos serviços), Entrevista Motivacional (presente em 74% dos CAPS AD), Prevenção de Recaída (realizada por 89% dos serviços), Terapia Cognitivo Comportamental (presente em 69% dos CAPS AD) e Psicoterapia de Orientação Psicanalítica (realizada em 67% dos CAPS AD). A terapia comunitária é relatada como estratégia por 20% dos CAPS AD, enquanto a abordagem dos Doze Passos é relatada por 18% dos serviços. Outras Abordagens Psicoterápicas são relatadas por 56% dos CAPS AD (MS, 2011, p.62).

Distrito Federal. Para Santos e Pires (2020, p.149), o CAPS AD é “a primeira tentativa brasileira de romper com a exigência de abstinência”. Os dois estudos discorrem também sobre algumas as dificuldades e entraves que a RD e os CAPS AD encontram ao materializassem no SUS: dificuldades de compreensão e adesão dos diversos atores (usuários(as), gestores, profissionais de saúde); baixa oferta de capacitação em RD aos profissionais de saúde (SANTOS; PIRES, p.149 e 154); a “direção de centralidade organizativa da rede e de gestão da clínica nos CAPS e CAPS AD” que reinaugura a lógica do serviço especializado; e o subfinanciamento, que é observado como um fator contraditório para um equipamento eleito como central na RAPS, mas que tem de disputar recursos, já defasados, com as CTs (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2018, p.3241-3242).

Em 2007, o MS reconhece o CAPS AD como a “principal estratégia de tratamento para o consumo de álcool e outras drogas e utilização das estratégias de redução de danos como ferramentas também nas ações de prevenção e promoção da saúde” e, em 2011, avaliou a adoção das ações de RD nos CAPS AD e destacou a integralidade das ações que possibilitam a participação efetiva de usuários (as) e familiares.

Quanto às estratégias utilizadas na atenção ao usuário, **78% dos CAPS AD relatam realizar ações de redução de danos** – [...]. É relevante a participação de familiares nas estratégias de redução de danos 64% dos CAPS AD relatam a participação dos familiares nessas estratégias (BRASIL, 2011a, p. 62).

As ações de RD podem ser realizadas em todas as modalidades de CAPS e podem ir desde as orientações preventivas e educação em saúde, passando pelas clássicas ações de distribuições de insumos e tratamento medicamentoso, que caracterizou as primeiras ações de RD e ainda pelas ações ampliadas com serviços, ações, projetos e programas que incluem acesso a rede de proteção social, moradia, emprego, renda entre outros. Santos, Soares e Campos (2010, p. 1008), avaliaram as concepções que orientam as práticas de RD no Brasil a partir da análise de 46 publicações de fontes como: universidades, governo e sociedade civil, de áreas conhecimento como: psiquiatria, psicologia, saúde coletiva, ciências sociais, antropologia e serviço social e chegaram à conclusão que existem “*várias RDs*” diante da diversidade de concepções, ações e práticas encontradas.

Serão apresentados a seguir, os aspectos centrais que conduziram a análise dos mecanismos e dispositivos de financiamento da RD nos 3 eixos de análise da pesquisa.

4.2.1 Eixo 1: Investimentos na qualificação, normatização, estruturação, ampliação e interiorização dos CAPS AD

Segundo o BRASIL, MS (2015), o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS foi fundado em São Paulo – SP em 1987, e em 1989 foram fundados os Núcleos de Apoio Psicossocial – NAPS na cidade de Santos – SP, com atenção 24 horas e que posteriormente, a partir de 2002, foram denominados de CAPS III (BRASIL, 2015, p.10).

Nos anos seguintes, houve a qualificação e expansão da rede CAPS a partir da Portaria nº 336 de 2002 do MS que definiu nos artigos 1º, 2º, 3º 4º, 5º e 8º:

1. Modalidades: As modalidades de CAPS são: CAPS I, II, III, CAPSi e CAPS AD II (criados em 2002), CAPS AD III (criado em 2010) e CAPS AD IV (criado em 2017). Todas as modalidades de CAPS estão aptas ao atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, incluindo o uso prejudicial de álcool e outras substâncias psicoativas, porém o Centro de Referência Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD, AD III e AD IV são os equipamentos especializados na temática, que oferecem serviços e abordagens específicos;

2. Funcionamento: o CAPS AD é indicado para municípios com população “entre 70 e 200 mil habitantes”, onde “a área de abrangência será definida pelo gestor local”, deve funcionar como “regulador da porta de entrada da rede”, “supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial”, deve “funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21:00 horas e manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso”. Posteriormente foram criadas as modalidades CAPS AD III (funcionamento 24 horas – 2011) e CAPS AD IV (funcionamento 24 horas em cenas de uso – 2017);

3. Composição das equipes: Para o CAPS AD coube a seguinte constituição: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão; e

4. Financiamento: estabelece, no artigo 8º, que “serão alocados no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos

financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do MS” (BRASIL, 2002c).

Ainda em 2002, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 816 que anuncia, no art. 3, a implantação de 250 unidades de CAPS AD nos anos de 2002, 2003 e 2004 no país. A implantação seria realizada em duas etapas: Etapa 1: implantação de 130 CAPS AD em cidades com mais de 200 mil habitantes; e Etapa II: implantação de 130 CAPS AD, sendo 80 em regiões metropolitanas 1 para cada 500 mil habitantes e 50 em cidades com menos de 200 mil habitantes (BRASIL, 2002a).

Quanto ao financiamento da expansão da rede CAPS, a Portaria nº 816 traz as seguintes orientações:

Art. 4º: alocação de “recursos financeiros adicionais na ordem de R\$18.000.000,00 (dezoito milhões de reais), previstos no Orçamento do Ministério da Saúde para o custeio, no exercício de 2002, das atividades previstas nesta Portaria, cujas despesas correrão à conta do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC”;

Art. 6º: alocação de R\$3.000.000,00 (três milhões de reais) para o pagamento de incentivo financeiro no valor de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais) os estados e municípios que implementarem ou promoverem adequações nas suas redes; e

Art. 7º: alocação de R\$ 1.890.000,00 (hum milhão, oitocentos e noventa mil reais) para a instituição e funcionamento da primeira etapa do Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos da rede SUS para os Serviços de Atenção aos Pacientes com Transtornos causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2002a).

A Portaria MS/GM nº 816 de 2002 normatiza a responsabilização de estados e municípios com a clara definição das atribuições do MS e das secretárias estaduais e municipais. Dentre as atribuições comuns de estados e municípios destaca-se a alocação complementar de recursos financeiros próprios e a garantia de espaços adequados e do quadro de profissionais de saúde exigidos.

A partir destas e de outras normativas, a rede CAPS passa por significativa expansão com ampliação da cobertura em todo o território nacional, como veremos adiante na análise dos Relatórios Saúde Mental em Dados – RSMD (2006 a 2015) e dos Relatórios de Gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental (2003 a 2010).

Os investimentos federais com a expansão da Rede CAPS (todas as modalidades) entre os anos de 2002 e 2008 foram provenientes do FAEC e são considerados “recursos carimbados”, pois são repassados a estados e municípios com finalidade específica, como apontam os estudos de Gonçalves, Vieira e Delgado (2012) que analisou os gastos federais com a Política Nacional de Saúde Mental entre 2001 e 2009 e de Souza (2003) que avaliou o impacto da criação do FAEC na redução das desigualdades regionais na alocação de recursos.

A partir de 2008, o financiamento federal da Rede CAPS mudou com a Portaria MS/GM nº 2.867 de 2008 que estabeleceu a incorporação do FAEC ao teto financeiro anual da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade dos estados, distrito federal e municípios (BRASIL, 2008). “Estes recursos foram então ‘incorporados aos tetos’ dos municípios e definidos com base na série histórica da produção dos serviços” (BRASIL, 2011a, p.22).

Alguns aspectos que contextualizam a criação do FAEC e como este fundo possibilitou a expansão da implementação da rede CAPS no Brasil até 2008, e os novos mecanismos de financiamentos adotados a partir de 2009 para manutenção da contrapartida federal no subsídio da rede CAPS, serão apresentados a seguir.

4.3 CONTRIBUIÇÕES DO FAEC PARA ESTRUTURAÇÃO DOS CAPS AD (2002 A 2008)

O Fundo de Ação Estratégicas e Compensação – FAEC foi criado pela Portaria nº 531 MS/GM de 30 de abril de 1999 com objetivo de “arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e dos decorrentes da execução de *ações consideradas estratégicas*” (BRASIL, 1999, art. 7).

Em 2001, o Ministério da Saúde lança a Portaria nº 627, que normatizou o FAEC e o subdividiu em duas categorias: Ações de Alta Complexidade e Ações Estratégicas. O FAEC é considerado uma “verba carimbada” à medida que o inciso 2º do 3º artigo da Portaria determina:

§ 2º Para que os gestores dos estados, Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena de Sistema realizem, aos prestadores de serviços, os pagamentos objeto deste Artigo, o Ministério da Saúde fará o repasse para conta específica, vinculada ao respectivo Fundo de Saúde, **sendo vedada a movimentação desta para outros fins** (BRASIL, 2001b).

Souza (2003), explica que a criação do FAEC foi importante para “reduzir as desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde” pois, segundo a problematização do autor, após a promulgação da Lei n. 8.080 de 1990, o SUS manteve os mecanismos de financiamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, que foi criado em 1977 com objetivo de prover assistência à saúde e a segmentos populacionais específicos. Para Souza (2003, p.450), a preservação dessa lógica de financiamento foi equivocada uma vez que o SUS se propunha a prestar assistência em saúde de forma universal e para tal precisava estabelecer mecanismos mais adequados.

Ou seja, o SUS não adotou uma lógica própria para financiar a assistência à saúde de toda a população, o que significaria um grande remanejamento da alocação de recursos entre os estados. Essa medida, sem dúvida, geraria uma forte reação política dos estados mais desenvolvidos e que contavam com uma maior proporção de recursos (SOUZA, 2003, p.450).

A implementação da descentralização financeira que atribuiu maior responsabilidade e autonomia aos gestores municipais e estaduais também produziu iniquidades na alocação dos recursos entre os estados e regiões, pois as ações financiadas dependiam das intenções e das ações políticas dos gestores locais e este processo causou lacunas no desenvolvimento de políticas e na oferta dos serviços de saúde, resultando na preocupação do MS em conceber um fundo como forma de garantir investimentos de forma compulsória há ações, programas e políticas estratégicas. O FAEC foi a ferramenta necessária para garantir o redirecionamento do financiamento da PNSM para ações extra-hospitalares.

Souza (2003, p.456), avalia que antes do FAEC “a totalidade dos recursos federais destinados ao custeio da assistência à saúde estava alocada nos tetos financeiros dos estados e do Distrito Federal” e que deste modo o MS não tinha como garantir instrumentos adequados para financiar e priorizar ações consideradas estratégicas. As ações estratégicas são eleitas a partir da identificação de necessidades de grupos prioritários, que por vezes, eram e ainda são negligenciados no âmbito das gestões locais.

Essas ações apresentavam uma **grande demanda reprimida**, em virtude da prioridade dada pelos gestores estaduais e municipais à utilização dos recursos financeiros dos seus tetos para outros procedimentos considerados mais urgentes (SOUZA, 2003, p.456).

Outro aspecto relevante sobre o FAEC destacado por Sousa (2003, p.457), é que “os recursos disponíveis para o pagamento dos procedimentos incluídos no FAEC não estão contidos nos tetos financeiros dos estados e municípios, funcionam, portanto, como *recursos extrateto*”. No âmbito político, o FAEC causou grandes preocupações para os gestores locais,

que segundo Souza (2003, p.457-458) temiam que o FAEC inauguraria um novo mecanismo de controle e “recentralização”.

No ano de 2001, o FAEC foi dividido nas seguintes categorias: a) Ações Assistenciais Estratégicas; b) Incentivos; c) Novas Ações Programáticas; e d) Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade. A rede CAPS foi financiada pela categoria Novas Ações Programáticas, que abarcavam à assistência ao portador de transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas.

O ano de 2002, marcou a implementação e expansão da rede CAPS a partir do aumento do financiamento federal provenientes da área de saúde mental do MS, com os recursos oriundos do FAEC. O estudo de Souza (2003) demonstra que paralelamente o FAEC recebeu incrementos, conforme quadro abaixo.

Quadro 7 - Evolução dos recursos do FAEC de 1999 a 2002

Ano	1999	2000	2001	2002
Milhões	R\$ 403,3	R\$ 648,0	R\$ 1,03	R\$ 2,19

Fonte: adaptada de Souza (2013, p.459).

Para o Ministério da Saúde, a utilização do FAEC para financiar os serviços da rede CAPS “foi crucial para a expansão, consolidação e fortalecimento da rede extra-hospitalar” e “favoreciam uma distribuição mais homogênea destes serviços no Brasil” (BRASIL, 2007a, p.13).

Em 2007, o financiamento do SUS passa por novas mudanças sendo dividido em seis blocos pela Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 que “regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle”. A saber: **1.** Bloco da Atenção Básica; **2.** Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; **3.** Bloco da Vigilância em Saúde; **4.** Bloco da Assistência Farmacêutica; **5.** Bloco de Gestão do SUS; e **6.** Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (BRASIL, 2007b). Neste contexto, o FAEC tornou-se um dos componentes do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Souza (2003, p.459), argumenta que o FAEC constitui um “importante instrumento de implementação de serviços que resultam na ampliação de acesso” e que vem sendo efetivo na redução das desigualdades regionais, pois o fundo remunera serviços “independente da

procedência do paciente” e com recursos que ultrapassam os tetos financeiros estabelecidos aos estados.

A percepção política dos gestores nos níveis estadual e municipal foi gradativamente sendo alterada. Souza (2003, p.459), pondera que atualmente os gestores dos três níveis de governo consideram o FAEC um “importante instrumento para implementação de políticas” e que inclusive existe demanda reprimida de estados e municípios que buscam ampliação do rol de serviços de saúde financiados pelo fundo.

O Ministério da Saúde entendia o FAEC como decisivo para a garantia de recursos na transição do modelo de assistência em saúde em todo o território nacional. Em 2008, os recursos do FAEC foram incorporados aos tetos dos estados, Distrito Federal e dos municípios.

“Se por um lado o financiamento dos CAPS através do FAEC foi uma estratégia decisiva para a mudança do modelo de atenção em saúde mental no país, com resultados evidentes na expansão da rede entre 2002 e 2008, a incorporação destes recursos aos tetos dos municípios ao final de 2008 revela a absorção do financiamento dos CAPS pelo financiamento comum do SUS, e mesmo a incorporação de forma mais decidida da rede CAPS nas redes de atenção à saúde”(BRASIL, 2011a, p.22).

Com a incorporação do FAEC ao teto dos municípios, estes passaram a arcar com os custos dos procedimentos da rede CAPS e o governo federal desenvolveu outros mecanismos de financiamento para continuar fomentando a implementação e expansão da rede.

4.4 FINANCIAMENTO DA REDE CAPS A PARTIR DE 2009 E O “NOVO REDIRECIONAMENTO” DO FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Desde 2009, novos mecanismos de financiamento federal da rede CAPS foram implementados, como: os incentivos financeiros transferidos fundo a fundo aos municípios, a publicação de uma série de portarias e ainda incentivos oriundos do PEAD (2009-2010), do Plano Crack e do CEPV. De modo, que a rede CAPS não teve e não tem um fundo específico que garanta a sustentabilidade de seu financiamento pelo governo federal. O MS reconhece esta fragilidade na contrapartida federal do financiamento da rede e afirma que estudava a implementação de novos mecanismos (BRASIL, 2011a).

Um novo modo de financiamento destes serviços, que leve em conta o tripé da produtividade, da qualidade da atenção e intervenção no território e da realização de ações intersetoriais, está sendo estudado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a, p. 23).

Para além do aspecto do financiamento, a Coordenação de Saúde Mental considera que “os CAPS são o coração e a alma da Reforma” e expressa sua preocupação com a sustentabilidade da rede como construção histórica e produto das lutas sociais, e por esta razão o cenário político de disputa por recursos e legitimação foi muitas vezes adverso, de “críticas ao dispositivo, em gerais oriundas de corporações profissionais” (BRASIL, 2011a, p.24). Guimarães e Rosa (2019, p.119-120), sintetizaram as principais críticas e argumentos usados pelos opositores da Reforma Psiquiátrica e da rede CAPS: **1.** significado da Lei nº 10.216; **2.** natureza “ideológica” do movimento; **3.** processo de trabalho, pelo entendimento de que os atos médicos foram subordinados à equipe multiprofissional e à Promotoria Pública; **4.** suposta exclusão do médico psiquiatra da equipe de saúde mental – o movimento seria “antimédico”; “antipsiquiátrico”; e **5.** centralidade da atenção nos CAPS.

O que se chama aqui de “novo redirecionamento” do financiamento da PNSM tem total relação com as críticas formuladas pelos opositores da transição do PNSM e também com as mudanças nos padrões de consumo da cocaína no Brasil, caracterizada pela drástica redução do uso da substância na forma injetável e o vertiginoso aumento do uso da substância na forma fumada (crack). Este câmbio, segundo Antunes (2019), já vinha sendo observado nos PRDs desde a década de 1990. Bastos e Bertoni (2014, p.13), afirmam que não há de fato um registro preciso do início da circulação e consumo da substância, mas contam que os primeiros artigos datam de 1996 e dão conta de relatos do uso do crack desde 1991 na cidade de São Paulo, afirmam ainda que não é possível dizer se houve ou se há uma epidemia de crack no Brasil, pois para isso seria necessário a coleta, análise e sistematização de uma série histórica de dados.

O uso do crack comumente se dá de forma coletiva, nas ruas e nos centros das cidades. Bastos e Beroni (2014, p.47), ressaltam estas características, que se distinguem de outras formas de uso da cocaína, e reafirmam a tendência de “cenas de uso abertas/públicas” nos centros das capitais brasileiras e também alertam para o processo de interiorização do uso da substância. Foi a partir dos anos 2000, que o uso prejudicial de crack entrou na agenda governamental, sendo pano de fundo do debate eleitoral presidencial. Os relatos, registros e publicações sobre o uso de crack no Brasil se multiplicam, bem como as cenas de uso e os apelos sensacionalistas da grande mídia nacional, que expunha o tema repetidamente e por vezes de forma superficial, descontextualizada, sensacionalista, discriminatória e leviana. Pesquisadores (as) da temática como Gomes (2017), Antunes (2019), Guimarães e Rosa

(2019) percebem o foco das ações e do financiamento da Saúde Mental no crack como fonte de distorções para a PNSM.

Estranhamente, apesar de os estudos epidemiológicos mostrarem o consumo abusivo de álcool como principal problema de drogas no país, é outra substância que, pela força midiática, ganha projeção e investimentos de recursos: a “epidemia do crack”. Desenha-se a perspectiva disjuntiva entre a saúde mental e a questão de álcool e outras drogas, girando em torno das disputas pelo orçamento público de diferentes setores e níveis governamentais. (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p.120).

A Coordenação de Saúde Mental no Relatório de Gestão (2007-2010), analisa que o uso prejudicial de crack ganhará proporções e notoriedade no governo e na presidência não apenas por questões de saúde pública, mas também por pressões diversas:

As questões ligadas ao crack mostraram-se crescentes neste período. Evidenciou-se uma nova configuração do consumo de crack no país, com aumento do consumo em diferentes regiões onde, até então, não havia sido registrado. Esta tendência foi observada por pesquisas epidemiológicas, pelo aumento da procura por tratamento, e também pela abordagem intensa, e por vezes alarmante e inadequada, da mídia. Diversas estratégias vêm sendo produzidas nos últimos anos e especialmente nos últimos 12 meses em função deste aumento presumido do consumo (BRASIL, 2011a, p.44).

O PEAD (2009-2010) foi um dos novos mecanismos de financiamento da rede CAPS no âmbito federal. O Eixo I de intervenção do PEAD é a “Ampliação do acesso ao tratamento” e para tal prevê entre outras ações a “expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS com a previsão de implantação de 97 dispositivos das seguintes modalidades: Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD; Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSi e Centros de Atenção Psicossocial 24 horas – CAPS III e com eleição de municípios prioritários e estratégicos (BRASIL, 2009b, art. 4º). O PEAD também foi responsável pelo financiamento de Projetos de Redução de Danos PRDs e pela implantação das Escolas de Redutores de Danos no SUS. O Ministério da Saúde afirma que em 2009 o PEAD atingiu os seguintes objetivos: 28 CAPS cadastrados em cidades do PEAD: 17 CAPSad, 6 CAPSi e 5 CAPS III (24 horas); Edital para projetos de redução de danos (Saúde Mental e DST/AIDS) - 24 projetos aprovados; e Escolas de Redutores de Danos - 10 projetos aprovados (BRASIL, 2011a, p.44)

Uma série de Portarias foram publicadas pelo MS como mecanismos de financiamento dos CAPS, são elas: Portarias 1195, 1196, 1197 e 1198, de 4 de junho de 2009, que estabeleciam novos recursos a serem incorporados ao teto financeiro anual do bloco de atenção de média e alta complexidade de 9 Estados e 111 Municípios para o custeio de Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011a).

Num contexto de disputa eleitoral e massiva midiaticização do uso do crack em maio de 2010, o governo federal a partir de uma ação intersetorial instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, ou apenas Plano Crack, pelo Decreto nº 7.179 com recursos financeiros definidos pela Medida Provisória n.498, de 29 de julho de 2010, no valor total de **R\$ 410 milhões de reais**, conforme a distribuição: Ministério da Saúde – R\$ 90 milhões; Ministério do Desenvolvimento Social – R\$ 100 milhões; Gabinete de Segurança Institucional – GSI/SENAD – R\$ 100 milhões; e Ministério da Justiça – R\$ 120 milhões (BRASIL, 2011a, p. 44). Além de financiar as ações voltadas ao enfrentamento do crack no âmbito do SUS, o Plano Crack também financiava ações de organizações não governamentais, muitas vezes alheias aos princípios do SUS. Guimarães e Rosa (2019, p.121) pontuam sobre esta disputa de recursos:

O orçamento ministerial da pasta da saúde e da justiça torna-se palco de disputas, sobretudo por forças contrárias à direção do Sistema Único de Saúde (SUS), que buscam reorientar os recursos para organizações não governamentais. Tal influência se capilariza, se expande e se materializa no Decreto 7.179 de 2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, implementado pelo programa “Crack: é possível vencer”.

Um estudo técnico da Confederação Nacional dos Municípios – CNM de 2014, ressalta críticas ao baixo investimento que o Plano Crack recebeu: “somente R\$ 410 milhões que seriam repassados para os 26 estados e Distrito Federal” (CNM, 2014, p.140). Cabe destacar que a CNM é uma organização que reúne prefeitos de todo país e exerce forte pressão no governo federal quanto à questão do crack, classificada como “catástrofe social” pelo grupo. “Em abril de 2011, a CNM lançou um observatório na Internet com informações sobre o que denominava os ‘impactos da epidemia do *crack*’ nas administrações municipais” (MATTOS, 2017, p.221).

Apesar das contradições e das críticas ao baixo investimento, o PEAD e o Plano Crack financiaram ações de redução danos pelo país, ainda que de modo incipiente, como a implantação das Escolas de Redutores de Danos – ERDs e Projetos de Redução de Danos – PRDs. Os Planos do governo federal também foram responsáveis pela criação de novos dispositivos como as Casas de Acolhimento Transitório do SUS – CAT, os Consultórios de Rua do SUS e uma nova modalidade de CAPS no SUS: os CAPS AD III que oferecem leitos de acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana (BRASIL, 2010c).

Em 2011, o crack continuaria sendo objeto das ações governamentais e interministeriais, então foi lançado o Programa Crack é Possível Vencer – CEPV. Mattos

(2017), avaliou diversos aspectos do CEPV, entre eles o financiamento. Abaixo tabela que mostra os a articulação interministerial e intersetorial invitadas pelo governo federal:

Tabela 1 - Dotação e execução orçamentária do CEPV, por órgão (2012-2016)

Órgão	Dotação (R\$)	Execução (R\$)
Ministério da Educação	390.260.917	486.216.471
Ministério da Justiça	-	-
Senad	750.182.643	127.924.011
Senasp	604.139.111	167.898.269
Polícia Federal	54.100.000	30.564.697
Ministério da Saúde	1.457.055.192	1.103.804.131
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	98.078.158	66.866.042
Total	3.353.816.021	1.983.273.621

Fonte: Siafi/Siop.

Obs.: Considera-se os valores de dotação após a aprovação da Lei Orçamentária Anual (LOA). Quanto à execução, são utilizados os valores efetivamente pagos, tanto no exercício quanto em restos a pagar. Os dados são referentes à consulta realizada em dezembro de 2016.

Fonte: Mattos (2017, p.214).

O CEPV tinha orçamento previsto de R\$ 4 bilhões de reais a serem transferidos a estados e municípios para o financiamento de ações nos seus 3 eixos temáticos: cuidado, autoridade e prevenção. O investimento nos dispositivos e serviços do SUS compunham o eixo do cuidado. A Confederação Nacional dos Municípios fez uma análise detalhada da execução orçamentária do CEPV de 2012 a 2014 com base nos dados do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI e traz as seguintes conclusões: O governo federal fez dotação inferior a previsão inicial, dos R\$ 4 bilhões anunciados foram dotados R\$3,5 bilhões e deste valor foram efetivamente pagos 53,5%, 12,5% a menos que o anunciado (CNM, 2014, p.142,149).

No período analisado pela CNM, os municípios foram os maiores executores do CEPV com 79,1%, os governos estaduais executaram mais de 58%, seguidos pelas instituições sem fins lucrativos com 34,5% e do governo federal, com apenas 24,9% das execuções. “O órgão que mais recebeu dotação e consecutivamente teve a maior execução foi o Ministério da Saúde (R\$ 1,5 bilhão no período)” (CNM, 2014, p.143). De acordo com as análises da CNM, 98% dos recursos gastos pelo MS foram com o aperfeiçoamento do SUS. “Com a ação de Atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta

complexidade foram gastos mais de R\$ 1,3 bilhão” (CNM, 2014, p.144). O estudo técnico da CNM, salienta que os gastos não são detalhados, sendo impossível saber quais ações foram de fato financiadas. O Eixo Cuidado foi o que mais recebeu investimentos com execução de 75,5%, ou seja, dos R\$ 2 bilhões previstos foram pagos R\$ 1,5 bilhão. Já os Eixos Autoridade e Prevenção tiveram apenas 25,4% e 19% respectivamente de execução (CNM, 2014, p.144).

Tabela 2 - Execução orçamentária por eixo CEPV (2012-2014)

Eixos	Dotação Atualizada	Despesas Empenhadas	Despesas Liquidadas	Despesas Pagas
Cuidado	2.069.152.018	1.632.248.803	1.529.981.132	1.562.549.529
Autoridade	755.524.666	390.500.351	81.612.221	191.758.244
Prevenção	699.897.256	273.567.681	39.239.504	132.973.015
Total	3.524.573.940	2.296.316.834	1.650.832.857	1.887.280.788

Fonte: CNM (2014, p.144).

Para a CNM (2014, p.145), os valores executados ficaram abaixo dos valores anunciados e isso impossibilitou a implementação de ações e serviços nos três eixos do CEPV e conclui que “a maioria das metas lançadas em 2011 não foi cumprida”. Como no caso dos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas – CAPS AD 24 horas, que o plano previa a implantação de 175 unidades e só implantou 59 – 34% da meta.

Analisando apenas os equipamentos e serviços que seriam ofertados para que a população tivesse acesso à redução de danos, tratamento, acompanhamento, atenção integral e continuada, os números são preocupantes, pois apenas 41% dos objetivos foram cumpridos (CNM, 2014, p.150).

A CNM elaborou críticas a respeito do CEPV que merecem reflexões, entre elas: a) falta de participação dos gestores municipais na fase de planejamento do programa; b) ausência de pesquisas prévias para subsidiar o planejamento do programa; e c) dificuldades e incoerências em relação a pactuação dos municípios (CNM, 2014, p.150).

Guimarães e Rosa (2019), avaliam que entre 1990 e 2010 a PNSM foi orientada pela “égide da redução de danos”, mas que a emergência em dar respostas ao crack precipitou uma nova orientação para PNSM, quando o PEAD, o Plano Crack e o CEPV realizaram investimentos em dispositivos alheios ao SUS. A crise instaurada se agrava com a Portaria MS/GM nº 131, de 26 de janeiro de 2012 que instituiu incentivo financeiro a estados e

municípios, especificamente para CTs. Para as autoras, as CTs entram na RAPS como “componente substitutivo que não atende às exigências para ser considerado um serviço de saúde, pois atua na perspectiva manicomial, com cunho religioso e sem uma equipe técnica para compor a rede de saúde mental” (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p.121).

Em 2012, outras portarias foram publicadas pelo MS para garantir os incentivos federais à rede CAPS como: a Portaria nº 130, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os seus respectivos incentivos financeiros, determinando em seu art. 12: I – R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD III Novo; e II – R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD III Adaptado (BRASIL, 2012a); e a Portaria nº 854, que altera a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do sistema único de saúde e qualificam as informações dos atendimentos realizados pelos CAPS. Esta portaria definiu e ampliou o rol de procedimentos realizados nos CAPS garantindo o financiamento pelo SUS (BRASIL, 2012b).

No ano de 2013, mais portarias seguiam redefinindo e normatizando o funcionamento dos CAPS, como a Portaria nº 615, que dispôs sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de CAPS determinando os seguintes incentivos: I – CAPS I, II, i e AD: R\$ 800.000,00 (oitocentos mil reais); II – CAPS AD III: R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais); e III – CAPS III: R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) (BRASIL, 2013a); e a Portaria GM/MS nº 1.966, que redefiniu os incentivos financeiros mensais para os CAPS: CAPS III – R\$ 84.134,00 (oitenta e quatro mil, cento e trinta e quatro reais) mensais; e CAPS AD III (24h) – R\$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais) mensais (BRASIL, 2013b). A análise destas duas portarias revela o direcionamento dos incentivos financeiros para municípios onde a cobertura era baixa e para construção e custeio de modalidades que encontravam dificuldade de expansão, evidenciando esforço em corrigir lacunas e desigualdades na cobertura e na oferta de serviços.

Os anos seguintes, seriam marcados por disputas intensas no campo do financiamento e uma espécie de desnormatização da PNSM. Tendo o enfrentamento da “epidemia do crack” como pano de fundo “a partir de 2015, propostas conservadoras e neoliberais provocam mudanças na gestão da PNSM” e, em 2016, os opositores e críticos da Reforma Sanitária chegam à Coordenação de Saúde Mental Álcool e outras Drogas em nome da “governabilidade” (GUIMARÃES; ROSA, p. 121). Neste contexto, as Comunidades Terapêuticas avançavam rumo a normatização e os maiores acessos ao financiamento público,

mas não rumo a adequações aos princípios e diretrizes do SUS e da PNSM. As CTs alcançaram o SUS com a Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016 que considera as Comunidades Terapêuticas elegíveis ao cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (BRASIL, 2016). Até 2008, o indicador de cobertura da saúde mental era a cobertura de CAPS/100 mil habitantes, mas a Resolução nº 08 de 24 de novembro de 2016 da Comissão Intergestores Tripartite promoveu mudanças neste indicador, que passou a ser as ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica. “Com isso, o financiamento de novos serviços é obstado” (GUIMARÃES; ROSA, p. 121).

Em 2017, ainda com o foco no enfrentamento do crack, uma nova portaria é publicada pelo MS com objetivo de uma vez mais redefinir o funcionamento da rede CAPS, Portaria MS/GM nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que regulamentou uma nova modalidade de CAPS AD, o CAPS AD IV que se diferencia das demais modalidades de CAPS AD nos seguintes aspectos: artigo 50, B – funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; poderá atender todas as faixas etárias; funcionará junto a cenas abertas de uso de drogas; e será criado em Municípios com população acima de 500.000 habitantes, bem como nas capitais estaduais. Os incentivos financeiros para apoio a implantação dos CAPS AD-IV definidos pela Portaria foram: I – 200.000,00 (duzentos mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV (Novo); e II – 125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV (Reestruturado). A Portaria presunsi um acréscimo de R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) no Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado ou do Distrito Federal. Ela prevê também um incentivo financeiro para custeio mensal das equipes multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental: I – Equipe tipo 1: R\$ 12.000,00 (doze mil reais) mensais; II – Equipe tipo 2: R\$ 21.000,00 (vinte e um mil reais) mensais; e III – Equipe tipo 3: R\$ 30.000,00 mensais (BRASIL, 2017).

Apesar dos investimentos na rede CAPS com a criação de uma nova modalidade, a Portaria 3.588 de 2017 traz grandes retrocessos a PNSM no sentido de reinaugurar a lógica manicomial. É possível entender isso, a partir dos pontos elencados por Guimarães e Rosa (2019): **1.** Ambulatorialização do cuidado com equipes especializadas – criação de equipes de assistência multiprofissional em saúde mental de média complexidade em oposição a lógica de cuidado no território; **2.** a remanicomialização da saúde mental; **3.** criação de alas psiquiátricas no interior dos hospitais gerais com utilização de até 20% da capacidade dos leitos,

quanto mais leitos mais investimentos, a ocupação destes leitos deveria permanecer em 80% para a garantia dos repasses. As condições estipuladas para a ampliação e utilização dos leitos e para o acesso aos repasses federais denotam incentivo às internações em detrimento aos investimentos em estratégias de reabilitação psicossocial; e 4. A ampliação de aporte financeiro das comunidades terapêuticas de 4.000 para 20.000 vagas (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p.123-124).

A portaria prevê enorme investimento financeiro com reajustes de 65% no valor das diárias dos manicômios. Guimarães e Rosa (2019, p.13), problematizam alegando que “não há aumento do repasse para os CAPS em suas diferentes modalidades desde 2011”. O subfinanciamento da rede expressa no congelamento de reajustes “intensifica a precarização do equipamento e gera dificuldades operacionais no cotidiano desses serviços”. Por outro prisma, os Hospitais Psiquiátricos que haviam perdido financiamento e não compunham a RAPS estavam de volta.

Para o Governo Federal, um usuário/mês em CAPS AD II, com porta aberta, ou seja, sem limites de atendimento, custa, em média, R\$ 43,00, enquanto o mesmo usuário/mês para uma Comunidade Terapêutica custa aproximadamente R\$ 1.100,00, para no máximo 50 pessoas (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p.123-124).

Bolonheis-Ramos e Boarini (2015), Antunes (2019), Guimarães e Rosa (2019), trazem reflexões sobre os rumos da PNSM no Brasil, que levam a ampliação sistemática do financiamento de equipamentos antirreformistas como às internações em comunidades terapêuticas e no modelo manicomial como “grande foco central do cuidado” (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p.123-124). O cadastramento das CTs no CNES se deu em 2016 e sua inclusão na RAPS em 2017, colocaram estas instituições no mesmo nível dos CAPS. Para Bolonheis-Ramos e Boarini (2015, p.1238), os investimentos governamentais nas CTs “sinalizam a ideia de que deve existir um local específico para atender aos usuários de drogas, isolados de sua comunidade, o que contribui ainda mais para sua estigmatização”.

2018, foi mais um ano de retrocessos para a PNSM com a publicação da Resolução MJ/GM nº 1, que realinhou a Política Nacional sobre Drogas – PNAD (BRASIL, 2018a). Embora esta resolução seja do Ministério da Justiça - MJ, ela afeta diretamente a política pública de saúde mental, pois as intervenções do MJ em questões de saúde aos usuários de substâncias psicoativas já eram notórias, especialmente após a absorção da SENAD em 2011. A nova PNAD trouxe pontos críticos para a PNSM, como apontados em Guimarães e Rosa (2019, grifo das autoras) e aqui sintetizados: I – Prioridade a **estudos técnicos**; II – deve **considerar a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto às**

iniciativas de legalização de drogas; III – promoção da abstinência, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes; IV – O fomento e incentivo aos programas devem ser direcionados exclusivamente às iniciativas cujos resultados de impacto sejam satisfatoriamente mensuráveis no cumprimento dos objetivos de proteção; e §2º – A União deve promover de forma contínua o fomento à rede de suporte social, composta por organizações da sociedade civil e de prevenção, inclusive em comunidades terapêuticas.

Ainda em 2018, o desfinanciamento da rede CAPS se dá em paralelo ao credenciamento massivo das CTs e ao aumento de suas fontes de financiamento. O MJ e a SENAD adquiriam maior protagonismo na condução da assistência aos usuários de drogas, inclusive no setor saúde e especialmente voltadas aos usuários de crack. Neste contexto, a SENAD lançou o Edital nº 01/2018 com previsão inicial de investimento de R\$ 37 milhões, para “acolhimento” e credenciamento de novas entidades. Segundo Guimarães e Rosa (2019, p.123-124), os valores deste edital teriam sofrido acréscimo de 100% devido a adesão dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e mais de R\$ 87 milhões foram assegurados para o CTs em todas as regiões do Brasil:

Tal investimento permitiu o aumento do valor do repasse mensal por vaga para as comunidades terapêuticas, reajustado para R\$ 1.172,88 por adulto; R\$ 1.596,44 por adolescente e R\$1.528, por mãe nutriz, acompanhada do lactente (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2018), sendo credenciadas 492 CTs em todo país que corresponde a 9.395 vagas, vale destacar que este edital previa inicialmente 6.000 vagas, sendo 46 na região Centro-Oeste, 98 no Nordeste, 21 no Norte, 168 no Sudeste e 159 no Sul.

Os hospitais psiquiátricos e manicômios também foram beneficiários do novo redirecionamento do financiamento da PNSM, outrossim pelo argumento do enfrentamento do crack por parte do governo federal, após a perda de 60% do financiamento federal durante a consolidação da rede extra-hospitalar. A Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018, reajustou o valor das diárias de internação nos hospitais psiquiátricos com mais de 90 dias (BRASIL, 2018b).

Para a rede CAPS e para os demais dispositivos da atenção extra-hospitalar a Portaria MS/GM nº 3.659, de 14 de novembro de 2018, anunciou a “suspensão dos repasses dos recursos financeiros destinados ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos – STR, Unidades de Acolhimento – UA e de leitos de saúde mental em hospital geral, integrantes da RAPS, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS (BRASIL, 2018c). A suspensão de R\$ 78 milhões atingiu 319 serviços em todo o país, 22 estados e o Distrito

Federal (72 Centros de Apoio Psicossocial – CAPS; 194 Serviços de Residências Terapêuticas – SRT; 31 Unidades de Acolhimento para adultos – UA e 22 hospitais gerais que ofertam leitos de saúde mental). A portaria enfatizava que a não regularização da situação junto aos registros de procedimentos do SUS no período de 6 meses acarretaria a suspensão definitiva dos repasses. Esta suspensão teve repercussão negativa em nível nacional e o MS alegou estar baseando-se na Resolução CIT nº 36, de 25 de janeiro de 2018, que definiu prazos para os gestores enviarem registros dos atendimentos e procedimentos realizados pelo SUS (BRASIL, 2018d). Cabe ressaltar que a suspensão dos repasses dos recursos não tem caráter educativo, no sentido de padronizar e incentivar os registros nos processos de trabalho, mas denota um caráter punitivo, não aos gestores locais, mas aos usuários da PNSM. Outra ação do governo federal em 2018, foi a Portaria nº 3.718, que publicou a lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes (BRASIL, 2018e). Os valores a serem devolvidos pelos municípios somavam R\$ 43.655.000,00.

A adesão dos estados e municípios à rede CAPS e o acesso aos repasses do governo federal em todas as portarias e planos lançados no período analisado se deu mediante a qualificação dos estados e municípios há uma série de requisitos, adequações, compromissos e contrapartidas. Por exemplo, aos municípios cabia a contratação e pagamento das equipes, a elaboração de planejamentos e avaliações, entre outras pactuações. As suspensões de repasses bem como a cobrança pública de recursos não executados, pode dificultar o acesso de estado e municípios aos recursos federais à medida que funcionam como um desestímulo a adesão. Neste sentido, outras medidas poderiam ser tomadas como a pactuação de acordos que não implicassem no comprometimento do funcionamento das unidades já implementadas.

Para aprofundar a crise da PNSM e o processo de “novo redirecionamento” do seu financiamento, em 2018 é lançada a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, movimento encabeçado por setores hospitalares, que na prática compunha um forte *advogacy* em favor do desfinanciamento dos CAPS e da ampliação dos mecanismos e dos recursos destinados a rede hospitalar.

Entre 2003 e 2018, foram encontrados dados e registros públicos que revelam o volume de investimentos do governo federal em saúde mental no Brasil, incluindo alguns dados de investimentos específicos em RD. A seguir, as análises dos relatórios elaborados

pela Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, que trazem a séries históricas do investimento federal na PNSM (2003-2015) entre outros dados e as análises documental e bibliográfica foram relevantes para a compreensão de como os mecanismos de financiamento, bem como as ações foram privilegiadas ou negligenciadas. Diante da escassez de fontes de dados governamentais oficiais, principalmente a partir de 2015, também se usou dados e informações do Painel da Saúde Mental (DESINSTITUTE; WEBER, 2021).

4.4.1 Eixo 2: Ações específicas em RD executadas no interior dos CAPSAD

Pode-se afirmar que as ações e serviços de RD, incluindo os CAPS AD como espaço privilegiado para a implementação, execução e disseminação da RD e a própria transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo extra-hospitalar aberto, participativo, comunitário, que funciona na lógica do território, que explora distintas e diversas estratégias e abordagens, que amplia e ultrapassa a assistência em saúde, tornando-se multidisciplinar e intersetorial, receberam investimento federal entre 2005 e 2018 de modo bastante fragmento e pouco sustentável. Os mecanismos e dispositivos que financiaram a RD no âmbito federal foram os fundos de recursos carimbados e uma série de portarias, decretos e editais do Ministério da Saúde e de ações interministeriais. Caracterizando assim baixo comprometimento com a sustentabilidade do financiamento da rede e dos serviços ofertados.

Ainda que o investimento federal em Saúde Mental tenha sido aquém do que a OMS recomenda em todo o período analisado por este estudo, percebe-se que houve esforço e investimento governamental para a materialização da transição dos modelos (hospitalar para extra-hospitalar), especialmente na implementação da rede de atenção de base comunitária no âmbito do SUS, e credita-se este esforço a dois fatores: **1.** O movimento global de transição do modelo de atenção em saúde mental, refletido em sucessivos estudos e nas recomendações das organizações internacionais que norteiam a política de saúde pública, como OMS a partir dos anos 1990; e **2.** Os movimentos brasileiros de luta política em defesa da saúde pública e da saúde mental como os Movimentos de Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e de Luta Antimanicominal. Segundo Guimarães e Rosa (2019, p.20), os mentores da Reforma Psiquiátrica assumiram postos na Coordenação Nacional de Saúde Mental nos anos 1990 e permaneceram lá até 2015. Este fator também foi importante para a consolidação da rede atenção extra-hospitalar e para o redirecionamento do fundo público.

A partir de 2005, a RD passa a experimentar seu período de institucionalização, normatização e implementação no âmbito do SUS e percebe-se que os conceitos, práticas,

estratégias, ações e abordagens da RD convergem com concepção de construção da Política Nacional de Saúde Mental – PNSM e com a lógica de concepção e implementação da rede CAPS. O MS em vários momentos buscou difundir e legitimar a RD no SUS tanto na rede CAPS, especialmente nos dispositivos específicos, quanto nos demais componentes da RAPS como a Atenção Primária, os Serviços de Residência Terapêuticas – SRT e os Consultórios de Rua e na articulação intersetorial. Entre as estratégias adotadas estavam o financiamento de projetos de redução de danos e a formação dos profissionais de saúde.

Ainda assim, os recursos investidos em RD na rede CAPS foram poucos e dispersos. No mesmo ano, houve a publicação da Portaria nº 1.059, de 04 de julho de 2005, responsável por destinar incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPS AD. Esta portaria equalizava ainda o interesse do governo federal e da Coordenação de Saúde Mental do MS em impulsionar a implementação da rede CAPS, especialmente na modalidade CAPS AD, que entre outras modalidades, encontravam dificuldades na expansão. A Portaria GM/MS 1.059/2005 regulamenta a destinação de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais) anuais para cada CAPS AD cadastrados e em funcionamento, especificamente para o financiamento das ações e serviços de RD (BRASIL, 2005c).

Cabe ressaltar que não foram encontrados registros e detalhamentos a despeito dos CAPS AD que acessaram os recursos previstos na Portaria nº 1.059 de 2005, nem tampouco das ações e serviços de RD que foram implementados.

4.4.2 Eixo 3: Outras ações de RD

Outras ações específicas de RD puderam ser analisadas e tiveram seus mecanismos e dispositivos de financiamento sinalizados pela pesquisa. São ações voltadas a população usuária e de caráter temporário como os PRDs e ações voltadas aos profissionais de saúde do SUS direcionadas para a formação e capacitação em RD. Foram encontrados registros das seguintes ações:

1. Financiamento de projetos: Em 2008, uma ação intersetorial da Coordenação de Saúde Mental, do Programa Nacional de DST/AIDS e do Programa Nacional de Hepatites Virais, resultou na publicação de um edital em 2009 no valor de R\$ 1.400.000,00 (um milhão e quatrocentos mil reais) para selecionar e financiar PRDs. O público-alvo: Secretarias Estaduais de Saúde (OG), Secretarias Municipais de Saúde (OG), Universidades Públicas (OG), Organizações Não-Governamentais (ONG), sem fins lucrativos. “Com o objetivo de

ampliar as ações de redução de danos em municípios e regiões brasileiras”(BRASIL, 2011a, p.53). O edital conjunto da Secretaria de Atenção à Saúde -SAS, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Área Técnica de Saúde Mental e da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS e do Programa Nacional de DST e AIDS – PN DST/AIDS, cita a cooperação técnica com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes – UNODC, que teria aportado R\$800.000 (oitocentos mil reais) do valor do edital. O nível de abrangência regional dos projetos definia os valores acessados: até R\$ 100 mil (cem mil reais) para projetos que abrangessem dois ou mais estados e até R\$ 60 mil (sessenta mil reais) para os que contemplassem três ou mais municípios (BRASIL, 2009c). Com prioridade para cidades com 250 mil ou mais habitantes. A linha exigida aos projetos era “ampliação e qualificação da atenção integral às pessoas que usam álcool e outras drogas, na perspectiva da redução de danos”. Segundo o MS, foram selecionados e executados 24 projetos, porém os relatórios não detalham quais projetos e regiões foram contemplados (BRASIL, 2011a).

2. Escolas de Redutores de Danos do SUS – ERD: Foram criadas pela Coordenação de Saúde Mental Álcool e outras Drogas em novembro de 2009 e implementadas no âmbito do PEAD (2009-2010) e do Programa Crack é Possível Vencer – CEPV. Encontrou-se registros sobre a implementação das ERD nos relatórios de Saúde Mental em Dados – SMD nos volumes: 7 (2010); 8 e 9 (2011); e 10 (2012) e no Relatório de Gestão (2007-2010) da Coordenação Geral de Saúde Mental do MS.

As Escolas de Redutores de Danos são dispositivos de formação permanente de profissionais para atuarem na rede de atenção substitutiva em saúde mental. Têm como público-alvo prioritário a atenção à população usuária de álcool e outras drogas, em especial o crack, formando profissionais para a oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários, intra ou extramuros, que superem a abordagem única de abstinência (BRASIL, 2011c, p.23).

Em 2010, foram 10 ERDs implementadas em todo território nacional (BRASIL, 2010b). Segundo MS, foram implementadas primeiramente em 13 municípios (Campinas, Niterói, São Bernardo do Campo, Recife, Aracaju, Uberlândia, Brasília, Rio de Janeiro, Itabaiana, Lagarto e N. S. do Socorro, estes três últimos, municípios de Sergipe). No final deste mesmo ano, com incentivo do CEPV eram 58 ERDs implementadas e/ou em processo de implementação (BRASIL, 2011c). De acordo com o Relatório de Gestão (2007-2010), “cada ERD concede bolsas de formação e programa de capacitação e tutoria para 18 futuros redutores de danos, preferencialmente recrutados entre voluntários residentes nas próprias comunidades onde atuarão” (BRASIL, 2011a, p.13). Para a implementação destas 58 ERDs foram investidos R\$ 5.700.000,00 (cinco milhões e setecentos mil reais).

Em 2011, o MS confirma a implementação das ERDs em 19 estados e no Distrito Federal, o estado de São Paulo destacava-se com o maior número de ERDs, onze (11) no total (BRASIL, 2011c, p.23). Os mesmos dados se repetem no RSMD8/2011, RSMD9/2012, RSMD10/2012 demonstrando baixa cobertura e baixa expansão desta ação.

De acordo com o MS, em 2011 “aconteceu a I Oficina das ERDs do SUS”, que visava apoiar, discutir e definir a diretrizes da execução dos projetos selecionados em 2010 e em 2012 haveria uma nova rodada de seleção de projetos. A dinâmica de funcionamento das ERDs tornou-se itinerante a partir de novembro de 2011 quando ganhou “liberdade de agir” nos territórios na “difusão de ações de redução de danos através da instrumentalização teórico-prática de segmentos profissionais e da comunidade, no âmbito da rede SUS e setores afins”, com foco na capacitação de atores para atuarem em cenários e em situações de consumo de álcool e outras drogas e em convívio com a população usuária (BRASIL, 2012c, p.25). “Essa nova ótica, objetiva perpetuar a lógica da Redução de Danos como filosofia e instrumento prático do SUS, superando a abordagem única da abstinência” (BRASIL, 2012c, p. 27).

3. Projeto Caminhos do Cuidado: trata-se de um curso de formação implementado no âmbito do Programa Crack, é Possível Vencer – CEPV no eixo do Cuidado. Consiste na formação e capacitação de atores da Atenção Primária em Saúde – APS nos paradigmas da Redução de Danos, com a meta de atingir a totalidade dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, e ao menos um auxiliar ou um técnico em enfermagem de cada Equipe de Saúde da Família – ESF. A ênfase do projeto era nas necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2015b, p.25)

Este projeto demonstra que, neste momento, houve esforço governamental para difundir o paradigma da RD na APS, corrigindo esta lacuna já apontada em relatórios anteriores e qualificando os componentes da RAPS. Como pano de fundo observa-se o “problema do crack” sendo vetor do planejamento de ações e estratégias e das tomadas de decisões na PNSM. Gomes (2017, p.272), avalia que as pressões da opinião pública, insufladas pelas grandes mídias, que tratavam a questão do uso do crack de forma leviana e superficial, reduziram a abrangência da RD, que era cada vez mais direcionada aos cuidados de um público-alvo específico: os consumidores de crack.

Em 2014, o Projeto Caminhos do Cuidado disponibilizava vagas para cursos de formação e capacitação em RD em todas as regiões e unidades da federação: Centro-Oeste (19.478); Nordeste (94.857); Norte (25.485); Sudeste (53.537); e Sul (32.964).

Estas foram as únicas referências diretas ao investimento governamental especificamente em Redução de Danos no âmbito do Ministério da Saúde e da Coordenação de Saúde Mental Álcool e Drogas no período analisado (2005 a 2018). Cabe registrar que os Relatórios Saúde Mental em Dados, elaborados e publicados pela CGMAD (2006-2015), foram retirados das páginas oficiais do Ministério da Saúde e só foram encontrados graças ao trabalho da ONG Desinstitute que disponibiliza os arquivos dos relatórios em seu sítio na Internet. A mesma ONG publicou o Relatório Painel da Saúde Mental em 2021 e denunciou o que chamou de “apagão de dados” no âmbito da PSNM.

4.5 ANÁLISE DOS RELATÓRIOS SAÚDE MENTAL EM DADOS – RSMD (2006 A 2015) E DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO DA COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL ÁLCOOL E DROGAS (2003-2006) E (2007-2010)

Até aqui, vimos que o modelo de atenção e assistência as pessoas com transtorno mental e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas passou por uma importante mudança na década de 2000, superando gradativamente o modelo asilar/hospitalocêntrico por serviços de base comunitária, em ambientes abertos, sem isolamento e garantindo a participação de usuários(as) e familiares e que para tal houve um redirecionamento do financiamento da Saúde Mental, com destaque para estruturação, ampliação e interiorização da rede CAPS. Observa-se também, que a partir de 2010 uma única substância (o crack) passa ter centralidade na agenda de formulação e implementação das políticas de saúde mental. O advento do consumo do crack, mas sobretudo o advento midiático do consumo do crack, foram fatores que impulsionaram o governo federal a reinaugurar a lógica do isolamento e do modelo asilar, com destaque para o “novo redirecionamento” do financiamento, que passa a contemplar amplamente as Comunidades Terapêuticas em detrimento dos CAPS. Outros fatores que impulsionaram as CTs rumo ao financiamento público foram: a organização política militante em favor das CTs e a chegada de forças conservadoras em espaços de poder e tomada de decisão, processo intensificado a partir de 2016.

Desde 2006, a Coordenação de Saúde Mental do MS começou a publicar o Relatório Saúde Mental em Dados – RSMD, que em sua primeira edição em 2006 se propôs a ser uma publicação trimestral e “reunir os principais dados da área e tomá-los como instrumentos de

gestão”. Os relatórios utilizam-se de fontes de dados diversas como: a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde; as Coordenações Estaduais e Municipais; a base de dados DATASUS; e o Banco de Dados Nacional SIA/SUS. Os relatórios são divididos em três blocos: 1. A rede de atenção psicossocial; 2. Assistência Psiquiátrica Hospitalar; e 3. Outros Dados. Para este estudo considera-se de maior relevância a análise do bloco 1.

Durante a pesquisa, os Relatórios de Saúde Mental em Dados foram os achados mais relevantes na perspectiva da sistematização e publicidade dos dados sobre o investimento na PNSM no âmbito do governo federal. Mesmo com fontes de dados diversas, considera-se os citados relatórios como fontes regulares e consistentes. Os relatórios foram produzidos e publicados entre os anos de 2006 a 2015 e a análise deste material poderá ilustrar em números as fases e redirecionamentos no modelo de atenção e assistência e no financiamento da saúde mental no Brasil.

A primeira publicação ocorreu em 2006, neste ano, foram 3 edições da série de relatórios. O Relatório Saúde Mental em Dados 1, traz os seguintes dados sobre o financiamento da rede CAPS:

1. Financiamento dos procedimentos realizados nos CAPS: os repasses do SUS aos estados e municípios nos três primeiros meses de 2006 alcançaram o montante de R\$ 32.981.621, destes foram 1.269.517 para a região Norte, 11.789.518 para a região Nordeste, 13.832.452 para o Sudeste, 5.221.133 para a região Sul e 869.001 para o Centro-oeste. Estes números revelam desigualdades de investimento por região, com destaque para expressivos investimentos nas regiões nordeste e sudeste (BRASIL, 2006a, p.3).

2. Financiamento da implantação de serviços e programas: o quadro abaixo ilustra o investimento do MS na rede CAPS nos três primeiros meses de 2006. Nota-se desigualdade de investimento por região, onde a Região Sudeste é a única que chega a receber financiamento para quatro modalidades de CAPS. Quanto a implantação do CAPS AD, apenas as regiões Norte, Sudeste e Sul receberam incentivos. Percebe-se também a ausência de repasse para a modalidade CAPS III, que deve funcionar 24h. A explicação para esta ausência para o MS decorre da “complexidade dos serviços ofertados” nesta modalidade e na baixa adesão dos estados e municípios ao modelo proposto (BRASIL, 2006a, p.10).

Quadro 8 - Valores repassados como incentivos para implantação de serviços/programas

Regiões	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS _i	CAPS AD
Norte	40.000,00	30.000,00	—	—	100.000,00
Nordeste	520.000,00	—	—	—	—
Sudeste	260.000,00	30.000,00	—	30.000,00	200.000,00
Centro-Oeste	40.000,00	—	—	—	—
Sul	360.000,00	140.000,00	—	—	100.000,00
Total	1.220.000,00	300.000,00	—	30.000,00	400.000,00

Fonte: BRASIL (2006a, p.10), com adaptações.

O Relatório Saúde Mental em Dados 2, mostra a cobertura da rede CAPS nos 26 estados e no Distrito Federal até julho de 2006. A rede então era composta por 882 CAPS, destes 109 eram CAPS AD e apenas 29 CAPS III. O estado de São Paulo destacava-se por concentrar o maior número de unidades de CAPS (158) e os estados de Roraima e Amazonas tinham apenas uma unidade cada. Comparando a quantidade de CAPS e o tamanho da população referenciada a maior cobertura foi de Sergipe com 0,76 (Boa cobertura) e a menor cobertura foi do Amazonas com apenas 0,2 (Cobertura insuficiente/crítica). Os números da expansão da rede CAPS são modestos e morosos e só vão ter uma espécie de guinada a partir dos anos 2000, como mostra o quadro abaixo (BRASIL, 2006b, p.5).

Quadro 9 - Série histórica: expansão da rede CAPS (1980-2006)

80-88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
6	10	12	15	23	34	51	63	92	112	148	179	208	295	424	500	605	738	882

Fonte: BRASIL (2006b).

O Relatório Saúde Mental em Dados 3 de dezembro de 2006 não traz mudanças quanto ao índice de cobertura dos CAPS nos 26 estados e no Distrito Federal, mantendo o estado de Sergipe com a maior cobertura (0,75 – 20 CAPS para 2.000.738 habitantes) e o estado do Amazonas com a mais baixa cobertura (0,3 – 3 CAPS para 3.311.026 habitantes) (BRASIL, 2006c, p.4). No final de 2006, o MS atinge a marca de 1.000 CAPS espalhados pelo Brasil, mas conforme seus próprios relatórios, a rede encontrava-se mal distribuída. Apenas dois estados (SE e RS) tinham cobertura muito boa (acima de 0,70), seis estados (AL, PB, MT, SC, CE, RN) com cobertura boa (entre 0,50 e 0,69), dez estados (PI, PR, BA, MG, MA, RO, MS, RJ, SP, ES) com cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), sete estados (AP, PE, AC, GO, PA, TO, RR) com cobertura baixa (de 0,20 a 0,34) e outros dois (DF e AM) com cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20) (BRASIL, 2006c, p.4). Até outubro de

2006, os repasses do MS para o custeio dos CAPS por região e UF mostravam investimento desigual. As regiões Sudeste e Nordeste destacam-se com os maiores aportes e as Regiões Centro-oeste e Norte com os mais baixos investimentos, onde os estados Amapá e Tocantins sequer receberam investimentos.

Quadro 10 - Repasses em reais aos estados relativos ao custeio dos CAPS, de janeiro a outubro de 2006

Região Norte	5.198.923,50
Acre	42.969,05
Amapá	_____
Amazonas	325.566,80
Pará	3.319.080,70
Rondônia	435.528,90
Roraima	1.075.778,05
Tocantins	_____
Região Nordeste	52.782.928,05
Alagoas	4.951.323,05
Bahia	14.177.754,65
Ceará	10.103.402,55
Maranhão	5.336.366,80
Paraíba	5.622.154,55
Pernambuco	3.792.196,30
Piauí	2.682.271,15
Rio Grande do Norte	2.437.790,25
Sergipe	3.679.668,75
Região Sudeste	52.813.916,10
Espírito Santo	1.381.682,55
Minas Gerais	17.453.659,95
Rio de Janeiro	10.491.708,70
São Paulo	23.486.864,90
Região Sul	21.565.092,90
Paraná	5.467.771,80
Rio Grande do Sul	11.127.012,30

Santa Catarina	4.970.308,80
Região Centro-Oeste	4.239.491,90
Distrito Federal	55.113,70
Goiás	1.354.900,45
Mato Grosso	1.925.573,70
Mato Grosso do Sul	903.904,05
Total	136.600.352,45

Fonte: Reproduzido de BRASIL (2006c).

Em janeiro de 2007, a Coordenação Geral de Saúde Mental publicou o Relatório de Gestão (2003-2006) ‘Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção’. O relatório destaca duas marcas importantes alcançadas no ano de 2006: 1. o número de 1000 CAPS cadastrados e em funcionamento no SUS; e 2. a superação, pela primeira vez, do montante de recursos financeiros da atenção extra-hospitalar em relação àquele destinado aos hospitais psiquiátricos. “Ambos os fatos autorizam a conclusão de que a mudança do modelo assistencial psiquiátrico no SUS tornou-se uma realidade” (BRASIL, 2007c, p.7-8).

Quanto a rede CAPS, o Relatório de Gestão (2003-2006) reconhece a expansão em ritmo desigual a depender do tipo de CAPS e considera que os principais desafios dizem respeito a implementação das modalidades CAPS AD, CAPSi e CAPS III, sendo que os CAPS III tiveram a menor expansão (BRASIL, 2007c, p.17). O menor ritmo na expansão destas modalidades, segundo os relatórios analisados do MS está relacionado a motivos como: poucos incentivos financeiros para que estados e municípios implementassem estas modalidades e as altas exigências seja no aspecto da estrutura física, da composição das equipes, da forma de atendimento e/ou dos serviços ofertados.

O Relatório Saúde Mental em Dados 4 publicado em agosto de 2007, foi o único neste ano. Entre outras informações, o relatório revela que no final de 2006 pela primeira vez os gastos extra-hospitalares superaram os gastos hospitalares marcando o declínio do modelo hospitalocêntrico e o redirecionamento do financiamento. O relatório aponta ainda os principais desafios para o avanço da desinstitucionalização e descentralização da rede: 1. saúde mental na atenção básica; 2. ampliação e qualificação de leitos em hospitais gerais; e 3. melhoria da articulação urgência/emergência/regulação de leitos em alguns municípios de

grande porte (BRASIL, 2007d, p. 4). Outro ponto de reflexão e ação proposto pelo relatório, diz respeito a sustentabilidade do financiamento da expansão e da manutenção da rede extra-hospitalar. Para o MS o governo federal deveria ampliar os investimentos e o financiamento global da rede de saúde mental dentro do orçamento da saúde (BRASIL, 2007d, p. 4-5).

Em agosto de 2007, eram 123 CAPS a mais que em dezembro de 2006, totalizando 1.123 CAPS no Brasil e 11 estados haviam alcançado a cobertura boa ou muito boa. Os CAPS AD totalizavam 153 unidades, sendo que os estados do Amazonas, Rondônia e Tocantins não tinham nenhuma unidade do equipamento. Neste ano, o MS repassou: R\$ 5.003.000,00 a estados municípios como incentivos a implantação da rede CAPS e 171.655.437,98 com o custeio de procedimentos realizados nos CAPS, destes foram 16.855.590,65 para o custeio dos procedimentos nos CAPS AD (BRASIL, 2007d, p. 4-5).

Em 2008, o Relatório Saúde Mental em Dados 5 foi publicado em outubro e trouxe dados para análise da rede atenção psicossocial nas grandes cidades e especial atenção para o indicador 1 CAPS para cada 100 mil habitantes (1CAPS/100), pois este indicador passaria a ser o principal indicador de Saúde Mental. Neste ano, 14 estados brasileiros atingiram o status de cobertura boa (8) ou muito boa (6) e apenas o estado do Amazonas permanecia com cobertura baixa/crítica. A cobertura nacional da rede CAPS foi de 23% em 2002 para 53% em 2008 (BRASIL, 2008b, p.5). Quando se avalia a série histórica (de 2002 a 2008) do indicador 1 CAPS/100 mil habitantes, percebe-se que apenas a Região Norte trouxe variação negativa, enquanto as outras regiões variaram positivamente para o alcance da meta que até 2008 ainda não havia sido atingida, pois entre os 266 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, 40 deles não tinham implementado nenhuma modalidade de CAPS.

Outra preocupação trazida pelo RSMD5 é a relação de intersetorialidade e matriciamento entre a rede CAPS e a Atenção Primária em Saúde. Segundo o MS quando há uma boa relação entre CAPS, Equipes de Saúde da Família – ESF e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família – NASF há também uma tendência de ampliação da cobertura e do acesso.

O Relatório Saúde Mental em Dados 6 publicado em junho de 2009, trouxe fortes referências ao Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-2010) que havia sido lançado também em junho de 2009 e tinha como finalidade “reduzir a lacuna no tratamento e ampliar as ações de prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas até 2010” (BRASIL, 2009d, p.4). Para tal, o PEAD

elegeu os 108 municípios como prioritários (os 100 maiores municípios, todas as capitais e 7 municípios da fronteira) e eles foram mapeados.

Neste mesmo ano, o Brasil atingia 57% da cobertura em saúde mental e contava com 1.394 CAPS, seguia reduzindo leitos em hospitais psiquiátricos, 6 estados apresentavam cobertura muito boa (acima de 0,70) e 11 estados tinham cobertura boa (acima de 0,70), 25 unidades da federação já tinham ao menos 1 CAPS AD e apenas dois estados da Região Norte (AM e RO) permaneciam sem o equipamento. As desigualdades regionais dos investimentos também persistiam, 5 estados da Região Norte e mais o Distrito Federal não chegavam a 0,34 CAPS para cada 100 mil habitantes, ou seja, a 34% de cobertura.

Em 2010, o Relatório Saúde Mental em Dados 7 foi publicado em junho, sendo uma edição especial e única do ano e fez referências a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Interestadual que seria realizada naquele mesmo mês e ano.

O RSMD 7, anuncia que em 2010 o Brasil chegaria a 67% de cobertura da rede com 1.541 unidades, destas 242 CAPS AD e apenas o estado do AM continuava sem nenhum CAPS AD (BRASIL, 2010b, p.4-5).

O redirecionamento do financiamento da PNSM continuava norteando os investimentos governamentais e os gastos com a rede extra-hospitalar chegavam a 67,7% dos investimentos federais (BRASIL, 2010b, p.4-5). Em 2002, eram 42 CAPS AD e 8 anos depois, em 2010 eram 242 equipamentos deste tipo. Apesar da lenta expansão diante da demanda crescente, os CAPS do tipo AD foram os que apresentaram o maior percentual de aumento, conforme quadro abaixo:

Quadro 11 - Expansão da rede CAPS por tipo (2002-2010)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS AD	Total
2002	145	186	19	32	42	424
2003	173	209	24	37	57	500
2004	217	237	29	44	78	605
2005	279	269	32	56	102	738
2006	437	322	38	75	138	1010
2007	526	346	39	84	160	1155
2008	618	382	39	101	186	1326
2009	686	400	46	112	223	1467
2010*	725	406	46	122	242	1541

%Crescimento 2002-2010 **400.00** **118.28** **142.11** **281.25** 476.19 **263.44**

Fonte: adaptada de BRASIL (2010b).

O RSMD 7 traz algumas informações sobre os equipamentos e estratégias implementadas no âmbito do Plano Emergencial de Ampliação do Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas – PEAD que fora lançado em junho de 2009. Conforme o RSMD 7, estas informações foram supridas pela Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e infaustamente não são detalhadas, pois elas dizem respeito a gastos específicos com ações de RD, além de equipamentos e estratégias que podem implementar RD em suas abordagens, como a rede CAPS e os Consultórios de Rua (BRASIL, 2010b).

Quadro 12 - Dispositivos e serviços implementados pelo PEAD (2009-2010)

Equipamento/Estratégia	Implantados
CAPS AD	26
CAPSi	11
CAPS III	5
Consultórios de Rua	34
Escola de Redutores de Danos	10
Projetos de Redução de Danos	24

Fonte: Reproduzido e adaptado de BRASIL (2010b).

O Relatório Saúde Mental em Dados 8 foi publicado em janeiro de 2011 e faz um balanço da PNSM no período de 2003 a 2010, basicamente repetindo os dados das edições anteriores do RSMD. O dado mais relevante trazido nesta edição diz respeito às Escolas de Redutores de Danos – ERD, que foram citadas no RSMD 7 como estratégias/equipamentos implementadas no âmbito do PEAD (2009-2010). Até o final de 2010, eram 58 ERD implementadas ou em processo de implementação em território nacional, financiadas pelo governo federal, destinadas a “formação permanente de profissionais para atuarem na rede de atenção substitutiva em saúde mental” e estavam assim distribuídas por Unidades da

Federação - UF: AP, MA, PI, RN, RO, RR, SC (0); AM, CE, ES, MT, PB, PR, TO (1); AC, AL, BA, DF, PA (2); MS, SE (3) RJ (4); GO, MG, PE, RS (5); e SP (11) (BRASIL, 2011c).

O Relatório Saúde Mental em Dados 9, também de 2011, e atualiza os números da expansão da rede CAPS que contava com 1.650 unidades do equipamento e uma cobertura nacional de 66%. Neste cenário, eram 262 CAPS AD e o Amazonas seguia sendo o único estado da federação sem nenhuma unidade deste equipamento e havia sido implementada uma unidade da modalidade CAPS AD III (RJ) criada no final de 2010 (BRASIL, 2011d).

Neste mesmo ano, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do MS publica o Relatório de Gestão (2007-2010): ‘As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica’. A introdução do relatório contextualiza acerca do debate sobre a implementação da rede extra-hospitalar no âmbito do SUS e principalmente as dificuldades da materialização desta rede. Como vimos nos capítulos anteriores, a implementação da RD no Brasil enfrentou resistências principalmente no campo moral e ideológico, estas resistências possivelmente contribuíram para os muitos recuos desta fase. Com a transição do modelo hospitalar para o extra-hospitalar não seria diferente, as resistências não tardaram a se manifestar.

Diferentemente dos 4 anos anteriores, a questão com entidades corporativas do campo da saúde mental – especialmente as médicas, mas não somente elas – e atores políticos relevantes no parlamento, tornou-se mais aguda, assumindo muitas vezes o aspecto de um contencioso onde as portas para o diálogo se tornaram estreitas (BRASIL, 2011a, p.6).

O Relatório de Gestão (2007-2010) pontua os principais pontos de tensão do debate acerca da implementação do modelo comunitário, colocados por atores e setores que se opunham na transição de modelos: 1. crítica à efetividade da rede de atenção comunitária; 2. presumida “ausência de diálogo” com as entidades corporativas; e 3. presumida “incapacidade” da PNSM, e do próprio Ministério da Saúde, de darem uma resposta efetiva ao “grave problema do crack”(BRASIL, 2011a). Estes tópicos do debate são importantes para estimar as dificuldades e entraves que perpassam a formulação e implementação das políticas sociais e que afetam o aspecto do financiamento.

Ao final de 2009, os gastos na rede de base comunitária (extra-hospitalar) “representava 67,71% dos gastos totais, ficando 32,19% para os gastos hospitalares – declínio de 40% entre 2002 e 2009” (BRASIL, 2011a, p.88). Este redirecionamento dos gastos que corresponde ao redirecionamento da própria política de saúde mental, corresponde ao declínio das fontes de receita de atores e setores ligados ao campo da psiquiatria entre outras especialidades médicas, que aliados a representantes das Comunidades Terapêuticas – CTs,

compunham a principal oposição a expansão da rede CAPS e atuavam de forma organizada e sistemática e contavam com acolhimento de setores do Congresso Nacional. Outra constatação é o relevo em torno do debate sobre o uso prejudicial do crack, sua interiorização e sua midiática que ganhavam notoriedade nacional. Como bem observado por Gonçalves, Vieira e Delgado (2012) e Guimarães e Rosa (2019), percebe-se que esta questão foi usada de pano de fundo para o redirecionamento da PNSM e do seu financiamento e para a inclusão definitiva das Comunidades Terapêuticas na RAPS. Para o MS, estas resistências e todo o debate e disputas em torno de distintos interesses tornaram-se “uma das marcas e o principal fato político para a PNSM, do período 2007-2010” (BRASIL, 2011a, p.6).

Quanto a implementação da rede CAPS, o Relatório de Gestão (2007-2010) atualiza os dados da expansão e da interiorização da rede, e destaca o desempenho da Região Nordeste que passou de 71 equipamentos em 2003 para 597 CAPS em 2010. Em 2011, a cobertura nacional da Rede de Atenção chegava a 66,00% (BRASIL, 2011d, p.18). Abaixo tabela que mostra o investimento federal mensal por modalidade de CAPS a partir de 2009:

Tabela 3 - Investimento federal mensal por modalidade de CAPS a partir de 2009.

Tipo CAPS	Recursos mensais (em reais)
CAPS I	21.804,00
CAPS II	32.000,00
CAPS III	50.000,00
CAPSi	32.000,00
CAPSad	32.000,00
CAPSad III	60.000,00

Fonte: Reproduzida de BRASIL, (2011a, p.23)

Em 2009, o PEAD (2009-2010) foi responsável por um incremento nos investimentos federais da rede CAPS, com foco nas modalidades especializadas na atenção aos consumidores de substâncias psicoativas como os CAPS AD e CAPS AD III 24 h. Abaixo o quadro que mostra os impactos do PEAD na expansão da rede extra-hospitalar.

Quadro 13 - Impactos do PEAD na expansão da rede CAPS

Tipo de incentivo	Modalidade	Quantidade	Valor do incentivo
Implantação (novo)	CAPS AD III 24 h	67	R\$ 7.850.000,00
	CAPS I, II, III,	112	R\$ 3.280.000,00

	CAPSi e CAPSad		
Cadastramento	CAPS I, II, III, CAPSi e CAPSad	55	R\$ 2.755.99,00

Fonte: Reproduzida de BRASIL (2011a, p.20).

O Relatório de Gestão (2007-2010) também faz análises críticas a respeito dos desafios do financiamento enfrentados para a materialização da PNSM, para a transição do modelo hospitalar para o modelo de assistência de base comunitária e para a expansão da rede CAPS. As principais observações reconhecem o avanço e o esforço do governo federal em estimular a transição, mas avalia que: 1. os investimentos ainda são muito modestos diante da demanda crescente. Em 2010, os gastos com Saúde Mental representavam apenas 2,5% dos gastos totais do MS evidenciando o subfinanciamento da saúde mental dentro de um contexto de subfinanciamento do SUS; 2. “os recursos carimbados” do FAEC foram imprescindíveis para garantir a expansão da rede CAPS, caso contrário, a expansão da rede poderia encontrar obstáculos nos níveis regionais e locais; e 3. existe necessidade de fixação de uma contrapartida federal para o custeio dos CAPS que se aproxime mais realisticamente das exigências de custeio desses serviços, especialmente nos municípios de maior porte, onde se apuraram custos mais elevados (BRASIL, 2011a, p.23).

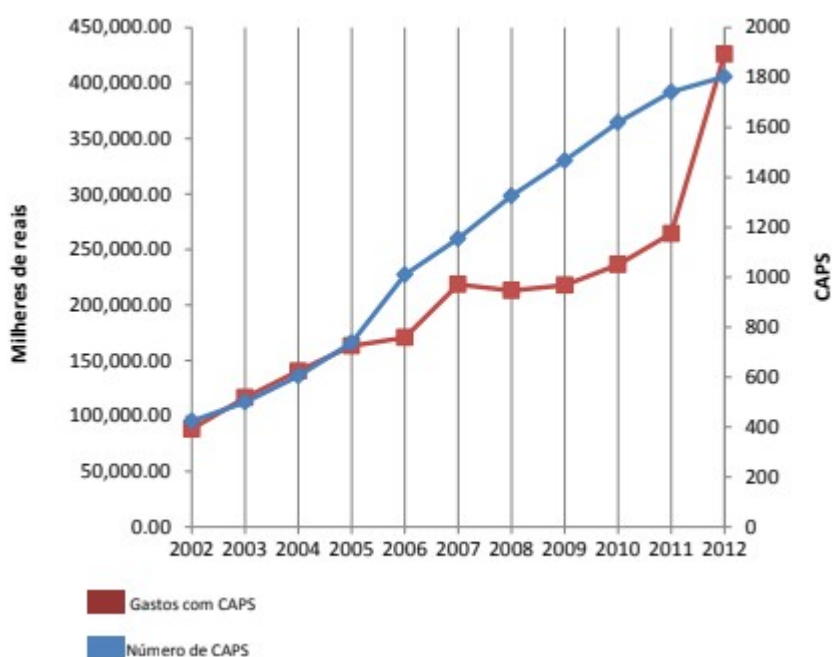
O Relatório Saúde Mental em Dados 10 publicado em março de 2012, segue o padrão dos demais relatórios mostrando a evolução da expansão da rede CAPS que contava até então com 1.742 unidades, com 122 CAPS habilitados em 211. Destes 275 eram CAPS AD e 5 CAPS AD III. O estado do AM continuava sem nenhuma unidade de CAPS AD e mais estados contavam com unidades da modalidade CAPS AD III (SP, RJ, RS e PE). As ERD eram 92 que haviam sido implementadas ou estavam em processo de implementação em todos os estados da união (BRASIL, 2012c).

Em outubro de 2012, foi publicado o Relatório Saúde Mental em Dados 11. Este RSMD atualiza os dados sobre a expansão da rede CAPS: até aquele momento eram 1.803, 61 novos CAPS, entre eles 281 CAPS AD e 12 CAPS AD III (24h) (BRASIL, 2012d).

A informação mais relevante, e até incomoda, do relatório está no gráfico que mostra a evolução da implantação da rede CAPS e do investimento financeiro federal de 2002 a 2012. O próprio MS reconhece que o investimento só acompanhou a expansão da rede até 2005 e que a partir deste ano o investimento foi aquém da quantidade de equipamentos e serviços que vinham sendo implementados, com “expressiva queda desde 2007” (BRASIL, 2012d, p.31).

O MS argumenta que a queda do financiamento da rede CAPS ocorreu em função de dois fatores: 1. a alteração dos códigos dos procedimentos dos CAPS na nova tabela unificada de procedimentos do SUS; e 2. o novo modelo de financiamento proposto pela Portaria GM nº 2.867, de 27 de novembro de 2008, que fixou o custeio dos CAPS com base na série histórica de procedimentos (BRASIL, 2012d, p.31). O reconhecido subfinanciamento da rede CAPS só mostra expectativa de recuperação em 2012, De acordo com o MS, em função da publicação das Portarias MS/GM nº 3.089 de 23 de dezembro de 2011 – que estabelece novos valores de financiamento para os CAPS – e nº 3.099, de 23 de dezembro de 2011 – que repassa novos recursos aos CAPS já existentes. Estas portarias que “socorrem” o financiamento da rede CAPS foram publicadas num momento em que o problema do uso prejudicial de substâncias psicoativas, em especial o crack, estava no centro do debate político no país. Ao final de 2011, o governo federal lançaria ainda o Programa Crack é Possível Vencer – PCPV.

Gráfico 1 - Evolução do investimento financeiro dos CAPS (2002-2012)

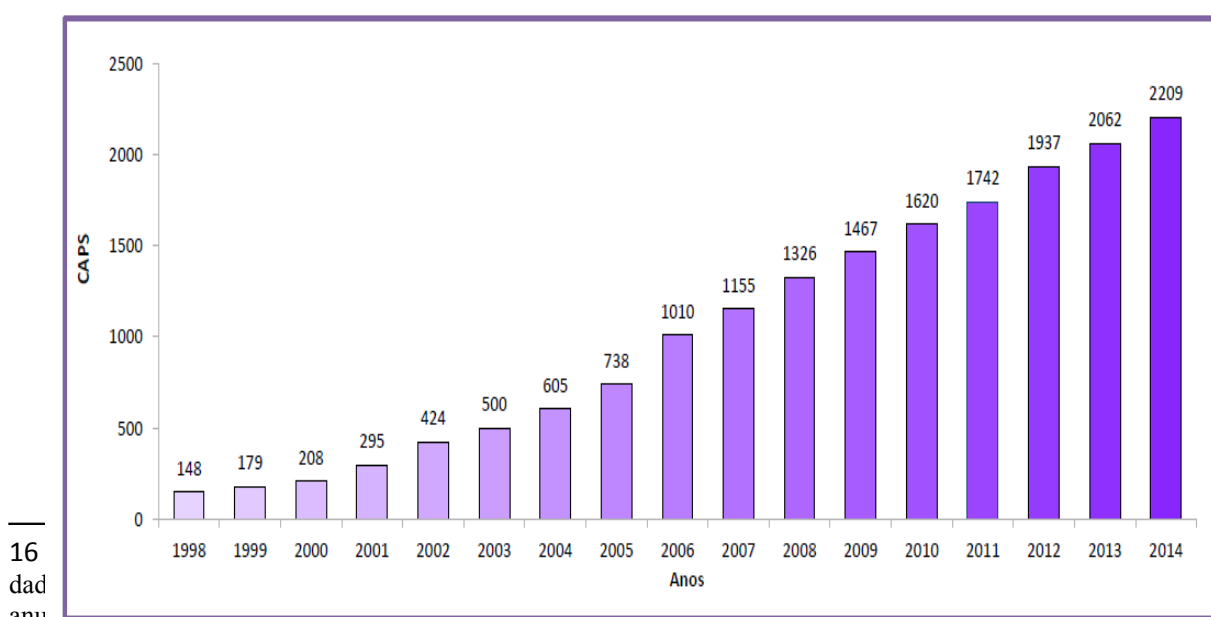


Fonte: BRASIL (2012d, p.31)

O Relatório Saúde Mental em Dados 12¹⁶ produzido pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGSMAD/DAPES/SAS/MS), cita a adesão e interesse dos gestores ao “processo de transição de modelo assistencial” focado no cuidado no território e no fortalecimento da temática dos direitos sociais e civis, e dos direitos humanos, e faz referências: 1. a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, instituída em 2011 e aos seus principais componentes, ressaltando o desafio de articulação com a Atenção Básica nos Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF e nos Consultórios de Rua. A RAPS é apresentada como “expressão da Reforma Psiquiátrica brasileira para o fortalecimento do SUS como política de Estado”; e 2. a interiorização do cuidado com a expansão da rede CAPS aos municípios com mais de 15 mil habitantes que chegavam a 60% de cobertura (BRASIL, 2015b, p.5).

O RSMD 12 traz seus tradicionais balanços das séries históricas de CAPS por ano, por tipo, por UF e por região, no período de 1998 a 2014. Até 2014, eram 2.209 CAPS, destes 309 eram CAPS AD e 69 eram CAPS AD III. A cobertura nacional da rede CAPS era de 0,86 CAPS/100 mil habitantes (em 2002, a cobertura nacional era 0,21), o estado da Paraíba tinha a maior cobertura nacional 1,57 e a menor cobertura era no estado do Amazonas com 0,39. A maior expansão da cobertura por UF é do estado do Piauí (de 0,3 em 2002 para 1,13 em 2014) e a maior expansão por região é no Nordeste (de 0,12 em 2002 para 1,00 em 2014). Além da região Nordeste apenas a região Sul chegava à cobertura CAPS/100 mil habitantes.

Gráfico 2 - Série histórica expansão da rede CAPS (1998-2014)



os relatórios passariam a ser semestrais. Mas, o que ocorreu foi um lapso e os anos de 2013 e 2014 não tiveram publicações. A última edição do RSMD só seria publicada em outubro de 2015.

Fonte: BRASIL (2015b, p.9).

Os dados que se referem ao processo de interiorização da rede CAPS são apresentados de forma mais detalhada no RSMD12/2015. Em 2014, o Brasil tinha 5.570 municípios, destes 2.259 eram considerados Municípios Elegíveis – ME (aqueles de mais de 15 mil habitantes) e destes 1.488 tinham CAPS habilitados (62,2%) cuja soma da população correspondia a 154 milhões de habitantes.

Tabela 4 - Interiorização da rede CAPS

Unidade Federativa		nº de Municípios	nº ME para CAPS*	% ME sem CAPS Habilitados	% ME com CAPS Habilitados	nº Municípios com CAPS Habilitados**
AC	Acre	22	14	71,4%	28,6%	4
AM	Amazonas	62	51	64,7%	35,3%	18
AP	Amapá	16	6	66,7%	33,3%	2
PA	Pará	144	119	51,3%	48,7%	58
RR	Roraima	15	6	33,3%	66,7%	6
RO	Rondônia	52	27	37,0%	63,0%	17
TO	Tocantins	139	14	28,6%	71,4%	11
REGIÃO NORTE		450	237	52,3%	47,7%	116
AL	Alagoas	102	57	17,5%	82,5%	49
BA	Bahia	417	254	34,3%	65,7%	172
CE	Ceará	184	132	34,1%	65,9%	89
MA	Maranhão	217	131	57,3%	42,7%	59
PB	Paraíba	223	56	12,5%	87,5%	56
PE	Pernambuco	185	127	46,5%	53,5%	68
PI	Piauí	224	36	0,0%	100,0%	45
RN	Rio Grande do Norte	167	31	16,1%	83,9%	29
SE	Sergipe	75	34	23,5%	76,5%	28
REGIÃO NORDESTE		1794	858	34,5%	65,5%	595
ES	Espírito Santo	78	46	63,0%	37,0%	18
MG	Minas Gerais	853	248	35,1%	64,9%	178
RJ	Rio de Janeiro	92	74	5,4%	94,6%	75
SP	São Paulo	645	305	47,9%	52,1%	162
REGIÃO SUDESTE		1668	673	39,5%	60,5%	433
PR	Paraná	399	125	41,6%	58,4%	76
RS	Rio Grande do Sul	497	124	18,5%	81,5%	108
SC	Santa Catarina	295	88	29,5%	70,5%	69
REGIÃO SUL		1191	337	30,0%	70,0%	253
GO	Goias	246	66	34,8%	65,2%	45
MS	Mato Grosso do Sul	79	39	59,0%	41,0%	17
MT	Mato Grosso	141	48	43,8%	56,3%	29
REGIÃO CENTRO OESTE***		467	154	43,5%	56,5%	92
BRASIL		5570	2259	37,8%	62,2%	1488

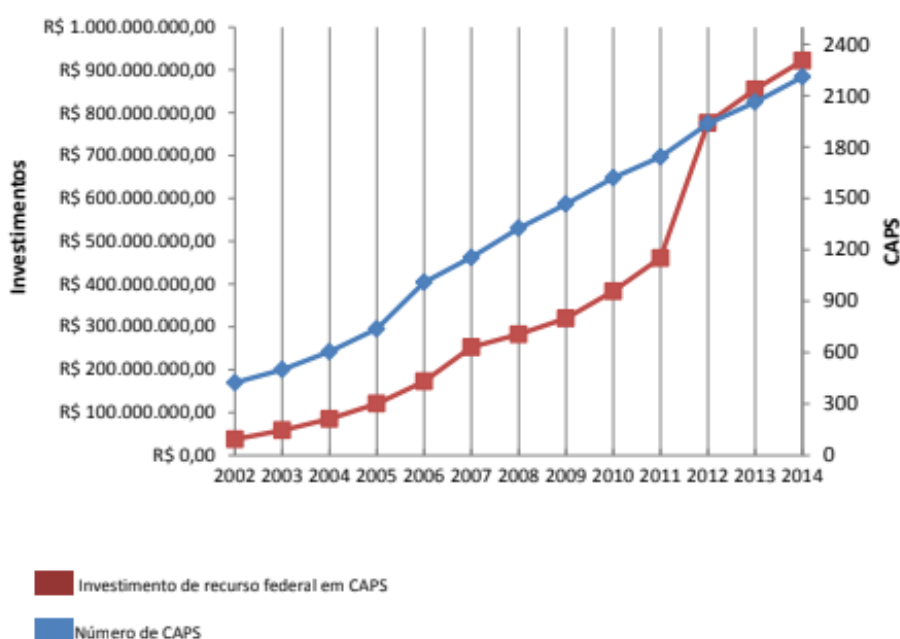
Fonte: BRASIL (2015b, p. 15).

A expansão e interiorização da rede CAPS eram então centrais no processo de transição do modelo hospitalar para a rede de atenção comunitária e territorial. Segundo dados do RSMD/12, em 2014 eram “116 municípios-sede de hospitais psiquiátricos e 1.488 municípios com CAPS em seu território”. Mesmo depois da criação da RAPS, ampliação e

definição de seus componentes, que incluíam toda a atenção básica, em especial os NASF e os Consultórios de Rua e até equipamentos externos ao SUS como as Comunidades Terapêuticas, a rede CAPS continuou sendo central para a legitimação e consolidação do novo modelo (BRASIL, 2015b).

A série histórica com a evolução do investimento federal na rede CAPS revela que mesmo havendo tendência crescente nos investimentos, eles estiveram aquém da ampliação e da expansão da rede e dos serviços desde o ano da criação dos CAPS (2002) até o ano de 2012, quando há um significativo salto no investimento, que se mantém em equilíbrio com a rede e os serviços até 2014. O RSMD12 de 2015, afirma que este acréscimo no financiamento da rede CAPS é devido a publicação das Portarias MS/GM nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011 e MS/GM nº 3.099, de 26 de dezembro de 2011 que regulamentaram o reajuste e os repasses aos blocos de financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (teto MAC) estaduais e municipais (BRASIL, 2015b). A Portaria MS/GM nº 3.099 de 2011 autorizou repasses de R\$ 213.743.577,80 (duzentos e treze milhões, setecentos e quarenta e três mil, quinhentos e setenta e sete reais e oitenta centavos) a estados e municípios brasileiros especificamente para o financiamento da rede CAPS (BRASIL, 2011e).

Gráfico 3 - Série histórica evolução do investimento federal na rede CAPS (2002-2014)



Fonte: BRASIL (2015b, p. 17).

Esta última edição do RSMD é a mais sortida de dados e informações, contendo referências sobre serviços e ações, como: o investimento em formação permanente, nos programas de residência psiquiátrica e multiprofissional, nos Serviços de Residências Terapêuticas, nos Consultórios de Rua, nos NASF, na Reabilitação Psicossocial, nas Estratégias de Desinstitucionalização, entre outros, que no futuro merecem ter seu financiamento estudado para compor a estimativa de investimentos no Programa Nacional de Saúde Mental, na RAPS e nas ações de RD.

Após a publicação do último RSMD, o Ministério da Saúde vem apresentando um “apagão de dados” (DESINSTITUTE; WEBER, 2021, p.70). Segundo os autores, desde 2016, o MS não publica mais os Relatórios Saúde Mental em Dados e o governo federal não vem tratando com transparência os dados da PNSM. Na falta de dados oficiais, o Painel de Saúde Mental ajudará a compor o panorama dos investimentos governamentais da rede extra-hospitalar e da Redução de Danos no período analisado (DESINSTITUTE; WEBER, 2021).

O relatório Painel de Saúde Mental 2021 apresenta dados e faz análises acerca dos 20 anos da Lei 10.216 de 2001 e traz dados e informações que confirmam o desfinanciamento das ações de Redução de Danos e do principal dispositivo da RAPS, a rede CAPS. Entre outros aspectos analisados destacam-se: a) o congelamento do financiamento e desqualificação da rede CAPS (DESINSTITUTE; WEBER, 2021, p.67); b) a interrupção das Escolas de Redutores de Danos, a partir de 2015 (DESINSTITUTE; WEBER, 2021, p.71), c) a ampliação dos mecanismos de financiamento público das CTs, principalmente pelo Ministério da Justiça e pela SENADT, com recursos do Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD e a partir da contratação de vagas por editais (DESINSTITUTE; WEBER, 2021, p.68); e d) o investimento em estratégias que impulsionam a institucionalização, as longas internações e o isolamento, como as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental e o próprio CAPS AD IV, por se tratarem de dispositivos novos, implementados sem estudos e planejamento, onde a lógica de funcionamento de ambos desconsideram os demais dispositivos da RAPS e ensejam em ações desarticuladas da rede territorializada (DESINSTITUTE; WEBER, 2021, p.12).

Quanto a rede CAPS, foi possível, a partir dos dados do Painel de Saúde Mental (2021), compor o quadro 14 com a série histórica de implementação da rede, especificamente no período em que a pesquisa se propõe analisar (2005 – 2018). Os dados e análises do Painel de Saúde Mental (2021), revelam que a partir de 2017 há drástica redução no ritmo de implementação dos CAPS em todas as modalidades, que se dá em paralelo com o aumento

dos investimentos em outras estratégias. O ano de 2018, foi o que apresentou o menor número de CAPS novos cadastrados no período analisado e o ano de 2006 se destaca com o melhor desempenho na implementação de novos dispositivos (DESINSTITUTE; WEBER, 2021).

Quadro 14 - Série histórica: CAPS por tipo e ano – Brasil – 2005–2018

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total	Nº de CAPS por ano
2005	278	269	32	57	102	0	738	133
2006	436	322	38	76	138	0	1.010	272
2007	525	346	39	85	160	0	1.155	145
2008	617	382	39	102	186	0	1.326	171
2009	1.467	685	400	46	113	0	1.467	141
2010	761	418	55	128	258	0	1.620	153
2011	822	431	63	149	272	5	1.742	122
2012	917	458	68	174	303	18	1.938	196
2013	993	467	75	190	319	35	2.079	141
2014	1.085	473	81	202	330	51	2.222	143
2015	1.154	486	86	211	345	68	2.350	128
2016	1.216	505	91	231	356	85	2.484	134
2017	1.270	515	97	244	367	90	2.583	99
2018	1.286	520	98	252	366	91	2.613	30

Fonte: DESINSTITUTE; WEBER, (2021, p. 30) com adaptações.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

As análises deste estudo foram pautadas na revisão bibliográfica e documental no período de 2005 a 2018, e naturalmente se estendeu por períodos anteriores e posteriores, para revelar um melhor panorama do objeto de estudo. Como resultado, apresenta-se uma pesquisa que remonta os 30 anos da Redução de Danos no Brasil, tendo o aspecto do financiamento como seu fio condutor, mas não se atendo apenas a ele, estabelecendo correlações com as transformações societárias. Os dados concretos revelam dentro do período analisado, distintas fases e redirecionamentos da PNSM e de seu financiamento, enquanto a RD entrava em sua fase de normatização, institucionalização e implementação no SUS e mesmo durante seus melhores momentos foi subfinanciada ou ainda mal subestimada.

Foi possível verificar que houve financiamento público, centralizado na esfera federal, desde as primeiras ações de RD no Brasil. Nos primeiros 10 anos (1995 a 2005), os Programas de Redução de Danos – PRDs, executados por ONGs e outras organizações da sociedade civil e do Terceiro Setor, foram financiados pelo MS e por pactos com organizações internacionais como o UNODC/ONU e o Banco Mundial por meio da Coordenação Nacional de DST/AIDS. A partir de 2005, aconteceu o desfinanciamento dos PRDs até então existentes, sobretudo em razão das mudanças relacionadas aos mecanismos de financiamento destes PRDs que tiveram que se voltar a disputa de recursos nos âmbitos dos estados e municípios em face da descentralização político-administrativa no âmbito do SUS, que deu “autonomia financeira a estados e municípios”. Como vimos, ao logo do estudo outros determinantes também contribuíram para o enfraquecimento dos primeiros PRDs como: as mudanças nos padrões de consumo da cocaína; a normatização, institucionalização e implementação da RD no SUS; a ampliação do escopo da RD; o deslocamento da RD da Coordenação Nacional de DST/AIDS para a Coordenação de Saúde Mental Álcool e outras Drogas do MS; a ampliação da rede CAPS; entre outros.

O redirecionamento da PNSM (modelo asilar/hospitalar para modelo de atenção psicossocial), sob forte apelo das instituições internacionais como a OPAS e a OMS e dos movimentos nacionais, observou lacunas e desigualdades na oferta dos serviços de saúde

voltados aos consumidores de substâncias psicoativas, investiu em equipamentos de base territorial e elegeu a RD como um paradigma na RAPS. Para estimar estes investimentos, verificou-se os mecanismos de financiamento do processo de extensão da rede CAPS a partir de análises de legislações, relatórios do MS e outros documentos.

Verificou-se ainda que o financiamento da RD e da Saúde Mental no Brasil pode ser dividido em duas fases: 1ª fase - 2002 a 2009: quando o governo federal investe na ampliação da rede CAPS buscando a qualificação, ampliação e interiorização; e 2ª fase - 2010 a 2018: marcada pelo advento midiático do consumo do crack, que reduziu a RD à ações focadas no enfrentamento de uma única substância e pelo “novo redirecionamento” do financiamento da PNSM, que voltando-se para o modelo asilar/hospitalar, credencia as Comunidades Terapêuticas e outras estratégias, como componente da RAPS e passa a financiá-las (em detrimento dos CAPS e das ações e serviços em RD). Este processo é intensificando a partir de 2016, quando o resultado das disputas eleitorais em estados e municípios demonstram adesão da população brasileira a propostas conservadoras.

O governo federal, durante o período analisado, utilizou mecanismos e dispositivos de financiamento diversos para implementar equipamentos e executar ações de RD nos 3 eixos de análises eleitos e justificados para a pesquisa: **1.** Implementação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas – CAPSAD: Fundos, portarias, decretos, programas; **2.** Ações específicas em RD executadas no interior dos CAPSAD: Portaria nº1.059 de 2005; e **3.** Outras ações em RD: Edital, Ações interministeriais, programas e projetos. A pesquisa revelou continuamente as dificuldades de acesso a dados concretos, oficiais e detalhados e as análises apresentadas por diversos autores nacionais e internacionais sobre a insuficiência e a insustentabilidade dos mecanismos e do financiamento da RD no Brasil, agravada pela constante e, cada vez mais, desigual disputa do fundo público entre os equipamentos públicos de saúde mental que executam RD e equipamentos privados que não executam RD e não observam diretrizes e princípios do próprio SUS.

É importante ressaltar que a disputa entre os equipamentos do SUS, como os CAPS e equipamentos do Terceiro Setor, como as CTs não configuram apenas uma disputa pelo fundo público entre o público e o privado, escamoteado de sociedade civil, mas é sobretudo e mais seriamente, uma disputa entre concepções de sociedade e entre modelos de assistência em saúde e em saúde mental. Onde, de um lado busca-se o acesso amplo e irrestrito a direitos num cenário que preserve autonomia e liberdade e noutro pratica-se a restrição de direitos e de acesso, num cenário de alta exigência e baixa autonomia. De um lado busca-se a

implementação de práticas baseadas em evidências científicas como a RD, enquanto do outro lado, são empregadas práticas não apenas anticientíficas, mas também estigmatizantes e desumanas.

O volume dos recursos federais investidos nos CAPS AD, nas ações e serviços de RD que potencialmente são neles ofertadas e noutras ações ofertadas e executadas para além do CAPS AD, revelam baixo investimento diante do potencial que a RD pode ter, especialmente quando se tem em vista o conceito de “RD ampliada” elaborado por Conte et. al. (2004) ou de “várias RDs” de Santos, Soares e Campos (2010) e presente em Machado e Boarini (2013), Gomes (2017) e Antunes (2019).

As três dimensões da análise do financiamento e do orçamento público, propostas por Salvador (2008) guiaram as análises da pesquisa e possibilitaram estabelecer algumas conclusões:

1. o destino dos recursos: *permite saber quais as políticas, projetos e ações estão sendo privilegiadas* – no caso da análise dos mecanismos de financiamento no período de 2005 a 2018, onde as principais fontes de dados foram os relatórios da Coordenação de Saúde Mental Álcool e Drogas do MS (2003-2015) e análises de dezenas de portarias que regulamentaram o financiamento destas ações, observou-se que apesar de não ser possível detalhar os gastos (destino dos recursos) específicos em ações e serviços de Redução de Danos no SUS ou mesmo na PNSM, na RAPS ou na rede CAPS, foi possível observar que os investimentos federais em RD privilegiaram as ações de formação e capacitação de profissionais e equipes de saúde, como as Escolas de Redutores de Danos – ERD e o Projeto Caminhos do Cuidado. A partir de 2010, o uso prejudicial do crack passa a figurar como eixo central no planejamento das ações.

2. a grandeza dos gastos: *permite saber se os valores aportados correspondem com as necessidades reais e com a indicação das normativas e legislações* – como vimos, a partir de 2005, a RD passa a ser citada na maioria das legislações que normatizaram a PNSM no período analisado e é apontada em documentos oficiais do SUS como diretriz, norte ético, paradigma, lógica, entre outros adjetivos. No entanto, não foi criado um fundo específico para garantir a sustentabilidade dos recursos a serem aportados em ações e serviços de RD. Estas ações foram financiadas pela esfera federal por “recursos carimbados” e portarias, principalmente do Ministério da Saúde. É possível afirmar, que mesmo nos momentos históricos e políticos mais favoráveis a implementação da RD no SUS (após a promulgação

da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) e da Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005) os investimentos em RD foram aquém das reais necessidades da população usuária. Esta afirmação pauta-se nos seguintes fatos: 1. durante todo o período analisado os investimentos do governo federal em saúde mental não ultrapassaram 2,5% dos gastos do orçamento total da saúde, quando o recomendado pela OMS (2001) é de 5,0%. A análise dos relatórios da CGMAD entre 2003 e 2015, apresentadas no capítulo IV, também demonstram que os investimentos federais foram inferiores às necessidades da expansão da rede CAPS e dos serviços ofertados. Este descompasso só é corrigido a partir de 2011 sob influência do advento midiático do crack; 2. as ações em RD financiadas pelo governo federal foram pontuais e subfinanciadas diante da ênfase da RD dada nos documentos oficiais e diante do princípio de universalidade do SUS; 3. a pesquisa mostrou que em todos os momentos ou fases, a RD encontrou resistências de diversos setores e atores. As resistências políticas, por razões eleitorais e mercadológicas, por vezes disfarçadas de resistência ideológica, principalmente nos níveis regionais e locais, foram obstáculos à ampliação do financiamento das ações e serviços; e 4. as mudanças nos padrões de consumo da cocaína no Brasil e a multiplicação das cenas abertas de uso do crack nas principais cidades brasileiras, levaram a questionamentos quanto à efetividade das ações e serviços ofertados na rede extra-hospitalar do SUS, onde a lógica da RD era incentivada. Estes questionamentos ensejaram respostas imediatas do governo federal, respostas que funestamente e em descompasso com a construção da PNSM, que até então levava em consideração os ideais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e com os princípios do SUS. As respostas do MS neste contexto, foi o reconhecimento das Comunidades Terapêuticas como componentes da RAPS e a ampliação do financiamento público a estas instituições em detrimento dos dispositivos públicos. Outra reflexão, é quanto à ausência de sistematização e publicidade de registros, a respeito de quais ações e serviços no escopo da RD foram de fato financiadas, ofertadas e executadas, como foram planejadas e avaliadas por usuários, familiares, profissionais de saúde, entre outros processos próprios e comuns à implementação de serviços, políticas, programas, planos, projetos entre outros.

3. a natureza das fontes: *permite saber quem de fato financia a política, se entes públicos ou privados, se nacionais ou internacionais ou outros* – a análise de 14 anos dos mecanismos e dispositivos de financiamento da RD, especialmente a partir da análise dos investimentos federais no principal dispositivo da rede extra-hospitalar de atenção em saúde

mental álcool e outras drogas – o CAPS AD, revelou que os recursos investidos pelo governo federal nestas ações tiveram origens diversificadas: entre 2002 e 2008 um único fundo, o FAEC, foi responsável pelos primeiros incentivos financeiros na estruturação da rede CAPS. A partir de 2008/09, o FAEC foi incorporado ao teto dos estados e municípios e uma série de portarias do Ministério da Saúde foram publicadas para a garantia dos incentivos a implementação, qualificação e custeio mensal federal para cada modalidade de CAPS, para cadastrar procedimentos e serviços da rede no custeio do SUS e para pactuar e estabelecer as responsabilidades dos estados e municípios na manutenção da prestação dos serviços da rede. Desde 2010, a rede CAPS continua em expansão, especialmente os CAPS AD, agora com foco no enfrentamento ao uso prejudicial do crack e com relevo das ações interministeriais. Neste período, são lançados o PEAD (2009-2010), o Plano Crack (2010) e o CEPV (2011-2018) que financiaram ações de todos os tipos em diversos eixos (saúde, segurança pública, prevenção/educação entre outros), especialmente na saúde. Neste momento houve diversificação de fontes de financiamento com engajamento do orçamento de outros ministérios em ações comuns ao setor saúde. A intersectorialidade destas ações também retirou a centralidade das ações do Ministério da Saúde e fragilizou sua posição na condução nos processos decisórios. A retirada do protagonismo do MS se intensificou a partir de então e a efetividade da rede extra-hospitalar passa a ser questionada com maior afã. Também foi encontrado registro de contribuições de fundos estrangeiros no financiamento das ações, mesmo durante a implementação da RD o SUS, a exemplo de PRDs em 2009, financiados pela CGMAD/MS, pela CN-DST/AIDS e pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes – UNODC. Abaixo, o quadro que identifica os principais mecanismos e dispositivos de financiamento da RD no Brasil de 2005 a 2018, conforme os eixos de análise propostos nesta pesquisa.

Quadro 15 - Eixos de análise e seus respectivos mecanismos e dispositivos de financiamento

Ano	Eixo 1: CAPSAD (unidades)	Mecanismos e dispositivos	Eixo 2: RD no CAPSA D	Mecanismos e dispositivos	Eixo 3: Outras ações de RD	Mecanismos e dispositivos
2005	102	FAEC	RD nos CAPS AD	Portaria nº 1.059/2005: R\$ 50.000,00 anuais p/ RD nos CAPS AD		

2006	138	FAEC				
2007	160	FAEC				
2008	186	FAEC				
2009	213	Portarias, PEAD (interministerial)			24 PRDs (implementados)	Edital Conjunto: MS + CN-DST/ AIDS + UNODC
2010	268	Portarias, PEAD (interministerial)			58 ERDs (implementados)	CEPV (interministerial)
2011	272	Portarias, CEPV (interministerial)			Projeto Caminhos do Cuidado	CEPV (interministerial)
2012	303	Portarias, CEPV (interministerial)				
2013	319	Novas Portarias e CEPV (interministerial)				
2014	330	Portarias				
2015	345	Portarias				
2016	356	Portarias				
2017	367	Portaria cria nova modalidade (CAPS AD IV)				
2018	366					

Fonte: Elaboração própria.

A **hipótese** elaborada: as análises sobre o financiamento da Redução de Danos no Brasil entre 2005 e 2018 vão apontar que a Redução de Danos, como estratégia de saúde pública no enfrentamento ao uso prejudicial de drogas ilícitas, é subfinanciada em relação a outras estratégias (conservadoras) e que sofre impactos negativos conforme o receituário neoliberal e o neoconservadorismo avançam. E estes impactos negativos repercutem em um retrocesso do financiamento da Redução de Danos no Brasil, foi corroborada pelas análises

dos dados e circunstâncias e/ou conjunturas, mas também pela ausência dos dados, presente em diversos momentos da pesquisa.

Considera-se que o emprego do método Materialista Histórico-dialético de Karl Marx foi bem-sucedido, pois com base nos dados coletados, partiu-se para análise das múltiplas determinações que os implicaram, onde as categorias: mediação, contradição, historicidade, estrutura e classes sociais estão explícitas. Para além dos dados, buscou-se compreender as conformações e determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais, as relações institucionais e a correlação de forças e poderes entre as visões de mundo e de projetos e entre Estado e sociedade.

Quanto aos objetivos (geral e específicos) propostos, pode-se dizer, que foram alcançados, pois a pesquisa responde como a RD foi financiada pelo governo federal no SUS no período analisado, estima a grandeza dos recursos, as ações priorizadas, os determinantes que levaram a eleição de determinados mecanismos e dispositivos de financiamento em detrimento de outros, verificou e analisou como os recursos públicos foram empregados em RD na rede extra-hospitalar de atenção em saúde mental do SUS e fez as devidas correlações com a literatura, as análises de conjuntura, os momentos políticos, a relação estado-sociedade, entre outras.

O presente estudo ainda se mostra aquém de retratar o real investimento governamental em RD, dentre outras razões por que no Brasil, bem como na maioria dos países (segundo sucessivos estudos da HRI) não há orçamento específico para a saúde mental, muito menos para a RD, os gastos não são detalhados e os PRDs não registram seus fluxos de receitas e despesas. Neste estudo, optou-se por estimar o investimento governamental em RD a partir do investimento feito nos CAPS AD e noutras ações que se relacionam diretamente a RD e que foram verdadeiros “achados” dentre os dados coletados.

Os **limites da pesquisa** ocorreram em face de fatores como: a escassez de fontes de dados, que se dá pela não existência de financiamento específico para RD no Brasil e pela não incorporação do registro e da sistematização de dados e informações nos processos de trabalho e nos equipamentos que executam a RD no SUS; a migração e/ou desativação de páginas e sítios oficiais também comprometeu algumas buscas e dificultou, por vezes, inviabilizou a localização de documentos e outros registros. Outra limitação se dá em face do alcance da pesquisa que só levantou dados acerca do financiamento da RD na esfera federal. Outras pesquisas devem ser realizadas para investigar os mecanismos e dispositivos de

financiamento e/ou até mesmo o detalhamento dos gastos em RD nas esferas estadual e municipal, entre outras razões para analisar, entre outros aspectos, o quanto as conjunturas eleitoral e política, dentre outros fatores interferem ou não na adesão e implementação da RD como estratégia em saúde pública nos estados e municípios ou se e como são realizados ou não os registros e sistematizações dos dados.

A portaria federal nº 1.028 de 2005 que regulamentou as ações de Redução de Danos em território nacional e especialmente no SUS foi totalmente revogada em 2017, confirmando o que a bibliografia indicou: a intensificação da escalada conservadora e anticientífica sob a política sobre drogas a partir de 2016. Porém, ainda existem normativas (leis e decretos) estaduais que citam, recomendam ou instituem programas e até políticas de RD. Dentre as 26 unidades da federação e o Distrito Federal, 12 tem normativas vigentes que recomendam ou ao menos citam a RD como estratégia em saúde pública no enfrentamento ao uso prejudicial de substâncias psicoativas. Destacam-se os estados de: Minas Gerais – MG com a Lei 16.276 de 2006, que dispõe sobre a atuação do estado na prevenção, no tratamento e na redução de danos causados à saúde pelo uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2006d); Sergipe – SE com a Lei 8.479 de 2020, que estabelece a política estadual de redução de danos e riscos para atenção e tratamento aos usuários de drogas (BRASIL, 2020a); e o Distrito Federal – DF com a Lei 6.643 de 2020, que estabelece diretrizes para a instituição do Programa de Redução de Danos no Distrito Federal (BRASIL, 2020b). As legislações estaduais que incluem a RD em seus programas de saúde mental em atenção aos consumidores de substâncias psicoativas podem indicar um movimento em que a RD, não encontrando mais legitimação e incentivos na esfera federal, volta-se a estados e municípios.

O momento atual da PNSM, e principalmente da RD no Brasil ainda é bastante controverso, onde persistem o apagão de dados e o investimento massivo e crescente nas estratégias focadas na abstinência, internações prolongadas e/ou compulsórias e isolamento, enquanto a rede CAPS tem financiamento congelado, suspensões de repasses e desde 2017 amarga os menores índices de expansão. A RD por sua vez, vem sendo propositalmente amputada dos documentos da PNSM e a abstinência como único caminho vem sendo normatizada. A RD, sobrevive no SUS, no exercício das relações entre os profissionais de saúde e a população usuária, mesmo agora num momento político e institucional tão limitado. Neste cenário, o presente estudo pretende, ainda que modestamente, servir de horizonte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCAR JUNIOR, Osmar Gomes; SALVADOR, Evilasio da Silva. Finanças, fundo público e financiamento da Seguridade Social no Brasil. *Rev. Katálysis (online)*, v.18, n.2, p.239-248, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802015000200239&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 de abril de 2019.
- ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.12, p. 4665-4674, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQXcRPcyZTrjtZ4NZ3D4THJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 de abril de 2019.
- ANTUNES, André. *Redução de danos no fio da navalha*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV, FioCruz, nov. 2019. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/reducao-de-danos-no-fio-da-navalha>. Acesso em: 02 de maio de 2019.
- BASTOS, Francisco Inácio P. M.; BERTONI, Neilane. (Orgs.). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?* Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>. Acesso em: 04 de maio de 2019.
- BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS. ABEPSS. (Org.). *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília, DF: CEAD: Ed. UnB, 2009. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_co_nquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf. Acesso em: 04 de maio de 2019.
- BRASIL. Governo do Estado de Sergipe. Lei Ordinária nº 8.749, de 16 de setembro de 2020. Estabelece, no âmbito do Estado de Sergipe, a política estadual de redução de danos e riscos para atenção e tratamento aos usuários de drogas, e dá providências correlatas. *Leis Estaduais*, 2020a. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/se/lei-ordinaria-n-8749-2020-sergipe-estabelece-no-ambito-do-estado-de-sergipe-a-politica-estadual-de-reducao-de-danos-e-riscos-para-atencao-e-tratamento-aos-usuarios-de-drogas-e-da-providencias-correlatas?q=redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20danos>. Acesso em: 06 de maio de 2019.
- BRASIL. Governo do Distrito Federal. Lei Ordinária nº 6643, de 21 de julho de 2020. Estabelece diretrizes para a instituição do Programa de Redução de Danos no Distrito Federal. *Leis Estaduais*, 2020b. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/df/lei-ordinaria-n-6643-2020-distrito-federal-estabelece-diretrizes-para-a-instituicao-do-programa-de-reducao-de-danos-no-distrito-federal>. Acesso em: 06 de maio de 2019.
- BRASIL. Presidência da República. Secretária-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União*, abr. 2019a. Edição extra. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em:

06 de maio de 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019b. 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. 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm. Acesso em: 06 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução GM/MJ nº 1, de 9 de março de 2018. Aprovar as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas – PNAD, programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da união federal. *Diário Oficial da União*, Edição:49,Seção 1, p.79, mar. 2018a.

Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018*. Reajusta o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do incentivo para internação nos hospitais psiquiátricos. 2018b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em: 23 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018*. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos – STR, Unidades de Acolhimento – UA e de leitos de saúde mental em hospital geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. 2018c. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/es/legislacoes/portaria-gmms-no-3659-de-14-de-novembro-de-2018>. Acesso em: 23 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018*. Torna pública a lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes. *Diário Oficial da União*, Edição 225, Seção 1, p. 257, 2018 e. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51521189/do1-2018-11-23-portaria-n-3-718-de-22-de-novembro-de-2018-51521040. Acesso em: 23 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete de Ministro. *Resolução CIT nº 36, de 25 de janeiro de 2018*. Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde e define a suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde considerando as políticas de atenção à saúde. 2018d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0036_06_02_2018.html#:~:text=Define%20o%20prazo%20para%20os,a%20produ%C3%A7%C3%A3o%20assistencial%20registrada%20nos. Acesso em 17 de janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro*

de 2017. Regulamenta os CAPS AD IV e seus respectivos incentivos financeiros. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 29 de janeiro de 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016*. Inclui na tabela de tipos de saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – polo de prevenção de doenças e agravos de promoção da saúde. 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24485085/do1-2016-10-27-portaria-n-1-482-de-25-de-outubro-de-2016-24485014. Acesso em: 28 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. *Resolução nº 01, 19 de agosto de 2015*. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. 2015. Disponível em: https://in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32425953/do1-2015-08-28-resolucao-n-1-de-19-de-agosto-de-2015-32425806#:~:text=1%C2%BA%20As%20entidades%20que%20realizam,-%20Sisnad%2C%20por%20esta%20Resolu%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 06 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental - CGSMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 12, ano X, n. 12, out. 2015b*. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>. Acesso em: 28 de novembro de 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 615, 15 de abril de 2013*. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e unidades de acolhimento, em conformidade com a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html. Acesso em: 24 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.966, de 11 de setembro de 2013*. Redefine financiamento dos CAPS III e CAPS AD III. 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1966_10_09_2013.html. Acesso em: 24 de janeiro de 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo. *Diário Oficial da União*, jan. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 02 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012*. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 24 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012*. Alteram a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do sistema único de saúde e qualificam as informações dos atendimentos realizados pelos CAPS. 2012b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em: 24 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental - CGSMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 10*, ano VII, n. 10, mar. 2012c. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental - CGSMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 11*, ano VII, n. 11, out. 2012d. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>. Acesso em: 25 de novembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. CGSMAD. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica*. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, jan. 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 24 de abril de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental - CGSMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 8*, ano VI, n. 8, jan. 2011c. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>. Acesso em: 11 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental - CGSMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 9*, ano VI, n. 9, jul. 2011d. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.099, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. 2011e. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3099_23_12_2011.html. Acesso em: 19 de junho de 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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. *Diário Oficial da União*, maio 2010a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm#textoimpresso. Acesso em: 12 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental - CGSMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 7*, ano V, n. 7, jun. 2010b. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas – CAPS AD III. 2010c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010_comp.html. Acesso em: 21 de janeiro de 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social. *Diário Oficial da União*, nov. 2009a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12101.htm. Acesso em: 28 fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009*. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. 2009b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS. Programa Nacional de DST e AIDS – PN DST/AIDS. *Edital conjunto SAS/SVS nº 01, de 16 de abril de 2009*. Concurso para seleção de projetos de redução de danos. 2009c. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/ProjetosReducaoDanos.pdf. Acesso em: 26 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental - CGSMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 6*,

ano IV, n. 6, jun. 2009d. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>. Acesso em: 11 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.867, de 27 de novembro de 2008*. Estabelece recursos a serem transferidos do fundo de ações estratégicas e compensação – FAEC para o teto financeiro anual da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade dos estados, distrito federal e municípios e redefine o rol de procedimentos da tabela de procedimentos, medicamentos e órteses e próteses e materiais especiais – OPM do sus financiados pelo FAEC. 2008a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2867_27_11_2008.html. Acesso em: 12 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental - CGSMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 5, ano III, n. 5, out. 2008b*. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>. Acesso em: 11 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007*. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. 2007b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. CGSMAD. *Saúde Mental no SUS: acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília, jan. 2007c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. Acesso em: 13 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental - CGSMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 4, ano II, n. 4, ago. 2007d*. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental - CGSMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 1, ano I, n. 1, maio 2006a*. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental - CGSMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 2, ano I, n. 2, jan./jul. 2006b*. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>. Acesso em: 10 de janeiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental - CGSMAD. *Relatório Saúde Mental em Dados 3,*

ano I, n. 3, dez. 2006c. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>. Acesso em: 13 de janeiro de 2019.

BRASIL. Governo do estado de Minas Gerais. Lei Ordinária nº 16.276, de 19 de julho de 2006. Dispõe sobre a atuação do estado na prevenção, no tratamento e na redução de danos causados à saúde pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. *Leis Estaduais*, 2006d. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-16276-2006-minas-gerais-dispoe-sobre-a-atuacao-do-estado-na-prevencao-no-tratamento-e-na-reducao-de-danos-causados-a-saude-pelo-uso-abusivo-de-alcool-e-outras-drogas-e-altera-o-art-3-da-lei-n-12296-de-13-de-setembro-de-1996>. Acesso em: 13 de janeiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005*. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta portaria. 2005a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html. Acesso em: 28 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 14 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria 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. 2005c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1059_04_07_2005.html. Acesso em: 18 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004*. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html. Acesso em: 24 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Política de Atenção Integral Relativa ao Usuário de Álcool e Outras Drogas 2003: Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 02/03/2019. Acesso em: 19 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. 2002a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html. Acesso em:

19 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Legislação em saúde mental 1990-2002*. 3. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 166 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/legislacaosaudemental2002completa.pdf>.

Acesso em 12 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Cria rede CAPS, estabelece as modalidades, equipe mínima e normatiza seu funcionamento e financiamento. 2002c. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 20 de junho de 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001*. Lei da Reforma Psiquiátrica: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001a. Disponível em: <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>. Acesso em: 02 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 627, de 26 de abril de 2001*. Normatiza o FAEC. 2001b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0627_26_04_2001.html. Acesso em 20 de junho de 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm. Acesso em: 24 de janeiro de 2019.

BRASIL. Governo do Estado do Pernambuco. Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude – SDSCJ. *Projeto Atitude*. [2007-2011].

<http://www.portais.pe.gov.br/web/sedsdh/programa-atitude1#nogo>. Acesso em: 17 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. *Portaria nº 531 GM/MS, de 30 de abril de 1999*. Não encontrada em buscas na rede mundial (internet) com uso do buscador Google.

BRASIL. Governo do Estado de São Paulo. *Programa Recomeço*. [s.d].

<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/recomeco>. Acesso em: 17 de março de 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – CF/88. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 20 de junho de 2019.

BRITES, Cristina Maria. *Ética e uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos*. 2006. 148 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17822>. Acesso em 20 de junho de 2019.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina. BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1231-1248. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/3sMBcMnM5JvLMjYJsTd6xTn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

CARVALHO, Denise Bomtempo B. de.; ROCHET, Juliana; PAULINO, Fernando Oliveira. Política pública de redução de danos e uso de drogas no Brasil: contradições do processo de construção de uma política nacional. In: BOSCHETTI, Ivanete. BEHRING, Elaine Rossetti. Elaine Rossetti. SANTOS, Silvana Mara de Moraes do. MIOTO, Regina Célia Tamaso (Orgs). *Política Social no Capitalismo. Tendências Contemporâneas*. São Paulo. Cortez Editora. 2008.

CARVALHO, Denise BomTempo B. de.; PINTO, Emy Nayana. Do proibicionismo à redução de danos no campo das políticas sobre drogas ilícitas: contribuições da Organização Mundial da Saúde. In: CARVALHO, Denise BomTempo B. de. et al. (Orgs.). *Pesquisa em Serviço Social e temas contemporâneos*. 1. ed. Editora Cortez, 2020.

CASTRO, Laís. *A Redução de Danos à luz do materialismo histórico*. Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maringá, 2018. Disponível em: <https://doceru.com/doc/c8ccev8>. Acesso em 12 de junho de 2022.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012]. 60 páginas. Atualizado em 13.3.1993, com alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n.290/94, 293/94, 333/96 e 594/11. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 12 de agosto de 2021.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. CFESS divulga nota sobre lei que autoriza a internação compulsória de pessoas em uso de álcool e outras drogas. jun. 2019. Disponível em: (<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1579>). Acesso em: 29 de maio de 2021.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. O estigma do uso de drogas. Série: Assistentes Sociais contra o preconceito. Caderno 2. Brasília – DF (2016). Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OestigmaDrogas-Site.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2021.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. Nova lei sobre drogas amplia internação involuntária e deverá prejudicar pessoas em situação de vulnerabilidade social. jun. 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/nova-lei-sobre-drogas-amplia-internacao-involuntaria-e-devera-prejudicar-pessoas-em-situacao-de-vulnerabilidade-social/#:~:text=A%20perspectiva%20da%20redu%C3%A7%C3%A3o%20de,condicionar%20o%20fato%20%C3%A0%20abstin%C3%Aancia>. Acesso em: 29 maio 2021.

CISLAGHI, Juliana Fiúza; TEIXEIRA, Sandra Oliveira; SOUZA, Tainá. O Financiamento do SUS: principais dilemas. *In: IPEA. Circuito de Debates Acadêmicos, I., Code, 2011. Anais [...]*. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>. Acesso em: 05 de agosto de 2021.

CNM - Confederação Nacional de Municípios. *Avaliação do Programa Crack, é Possível Vencer*. Estudo Técnico. 2014. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/2167>. Acesso em: 12 de agosto de 2021.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. *Recomendação nº18 de 12 de abril de 2019. 316ª R.O. do CNS*. Ao Ministério Público Federal. Que atue no sentido de contornar os retrocessos no campo da Política Nacional sobre Drogas, pleiteando a revogação do Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, promovendo amplo debate com a sociedade civil organizada em torno da reconstrução da Política Nacional sobre Drogas conforme previa o Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco018.pdf>. Acesso em: 06 de outubro de 2021.

CONAD - Conselho Nacional Antidrogas. Resolução nº03/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. *Política Nacional Sobre Drogas*. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/politicas-sobre-drogas>. Acesso em: 02 de março de 2019.

CONTE, Marta; *et al.* Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan./jun., 2004. Disponível em: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_513_reducao_danos_ab.pdf. Acesso em: 02 de março de 2019.

COSTA, Pedro Henrique A. da; ROZANI, Telmo Mota; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile. No meio do caminho tinha um CAPS AD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. 2018. *Ciênc. saúde colet.* v. 23, n. 10. out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.12572018>. Acesso em: 09 de março de 2019.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285. Acesso em: 12 de março de 2019.

DECLARAÇÃO DE CARACAS, 14 de novembro de 1990. Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 23 de outubro de 2021.

DESINSTITUTE; WEBER, Renata (Org.). *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01*. Brasília: [s.n.], 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 10 de março de 2019.

ELIAS, Lucília de Almeida; BASTOS, Francisco Inácio Bastos. Saúde Pública, Redução de Danos e a Prevenção das Infecções de Transmissão Sexual e Sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p.4721-4730, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300021&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 de março de 2019.

ELIAS, Paulo Eduardo; MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. O financiamento e a política de saúde. As tensões presentes no financiamento da saúde. *REVISTA USP*, São Paulo, n.51, p. 16-27, set./nov. 2001. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35094>. Acesso em: 12 de março de 2019.

FERREIRA, Iara Flor Richwin. O Paradigma da Redução de Danos na Clínica com Usuários de Drogas: inflexões, deslocamentos e possibilidades de escuta e posicionamento clínico. *Boletim de Análise Político-Institucional*, n. 18, dez. 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8882>. Acesso em: 12 de março de 2019.

IORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos*, CEBRAP, n. 92, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002. Acesso em: 11 de março de 2019.

FONSECA, Elize Massard da et al. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2134-2144, set. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900021. Acesso em: 12 jan. 2019. Acesso em: 12 de março de 2019.

FONSECA, Elize Massard da. *Políticas de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros*. 2005. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4604>. Acesso em: 12 de maio de 2020.

GLOBAL FUND (The). History of the Global Fund. Disponível: <https://www.theglobalfund.org/en/about-the-global-fund/history-of-the-global-fund/>. Acesso em: 30 jun. 2022.

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev. Saúde Pública*, v. 46, n.1, p. 51-8, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dHkQc4vB6RS7Cn53VLg59B/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 de março de 2019.

GOMES, Bruno Ramos. Pequena Trajetória das Práticas de Redução de Danos e suas Possibilidades no Brasil. In: ADORNO, Rubens; FEFFERMANN, Marisa; FIGUEIREDO, Regina. *Drogas & Sociedade Contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo*. Temas em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde. São Paulo. 2017. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/drogas_sociedade_perspectivas_livro_completo.pdf. Acesso em: 03 de março de 2019.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, ano XXII, n. 44, Maio/ ago. 2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf. Acesso em: 12 de março de 2019.

HRI - Harm Reduction International. HR19 call to action on harm reduction funding and Global Fund replenishment. 2019. Disponível em: <https://www.hri.global/hr19-call-to-action-harm-reduction-funding>. Acesso em: 14 de março de 2019.

HRI - Harm Reduction International. Redução de Danos Internacional. Disponível em: <https://www.hri.global/>. Acesso em: 06 de março de 2019.

HRI - Harm Reduction International. COOK, Catherine. DAVIES, Charlotte. The lost decade: Neglect for harm reduction funding and the health crisis among people who use drugs = A década perdida: negligência no financiamento da redução de danos e crise de saúde entre as pessoas que usam drogas. Harm Reduction International, 2018a. Disponível em: <https://www.hri.global/sustainable-financing>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2020.

HRI - Harm Reduction International. The global state of Harm Reduction = O estado global da Redução de Danos. 2018b. Disponível em: <https://www.hri.global/sustainable-financing>. Acesso em: 21 de outubro de 2021.

HRI - Harm Reduction International; *et al.* *The Case for a Harm Reduction Decade: Progress, potential and paradigm shifts* = O argumento para uma década de redução de danos: Progresso, potencial e mudanças de paradigma. 2016. Disponível em: <https://www.hri.global/sustainable-financing>. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

HRI - Harm Reduction International; *et al.* *The funding crisis for harm reduction: Donor retreat, government neglect and the way forward* = A crise do financiamento da Redução de Danos: Saída de doadores, negligência do governo e os caminhos a seguir. 2014. Disponível em: <https://www.hri.global/sustainable-financing>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

HRI - Harm Reduction International; *et al.* *Three cents a day is not enough*. Resourcing HIV-related Harm Reduction on a Global Basis. 2010. Disponível em: <https://www.hri.global/sustainable-financing>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2020.

HRI - Harm Reduction International. *Promover a Redução de Danos em uma base global. O que é redução de danos?* Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (HRI) = *Promoting harm reduction on a global basis. What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. London, United Kingdom, April 2010. Disponível em: https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf. Acesso em: 12 de fevereiro de 2020.

INGLEZ-DIAS, Aline *et al.* Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p.147-157, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6pVn96fF4WHzTkktfZTVWfC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2021.

INSTITUTO ADESAF. *Programa de Braços Abertos*. [s.d]. Disponível em: <http://adesaf.org.br/novo/sao-paulo-de-bracos-abertos/>. Acesso em: 17 mar. 2021.

JUSTO, Marcelo. As cinco atividades do crime organizado que rendem mais dinheiro no mundo. *BBC News Brasil*, abr. 2016. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/04/160331_atividades_crime_organizado_fn. Acesso em: 08 mar. 2019.

KARAM, Maria Lúcia. *Proibição às Drogas e Violação a Direitos Fundamentais*. Curso de extensão promovido pelo Núcleo de Estudos Drogas/AIDS e Direitos Humanos, Laboratório de Políticas Públicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – abril de 2010. Disponível em: http://www.leapbrasil.com.br/media/uploads/texto/72_Proibi%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0s%20drogas%20e%20viola%C3%A7%C3%A3o%20a%20direitos%20fundamentais%20-%20Piau%C3%AD.pdf?1376532185. Acesso em: 25 de novembro de 2020.

LOPES, Helenice Pereira; GONÇALVES, Aline Moreira. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del Rei, v. 13, n. 1, jan./abr. 2018. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2858. Acesso em: 27 de novembro de 2020.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. 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. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702007000300007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 de novembro de 2020.

MACHADO, Letícia Viera; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006. Acesso em: 27 de novembro de 2020.

MARLATT, G. Alan. *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1999. Tradução: Daniel Bueno.

MATTOS, Márcio Júlio da Silva. *Crack e políticas públicas: análise sobre a formação da agenda do programa “crack, é possível vencer”*. Planejamento e Políticas Públicas – PPP, n. 49, jul./dez. 2017. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3577127. Acesso em: 27 de novembro de 2020.

MENDES, Áquilas. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 23, n.4, p.1183-1197, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2014.v23n4/1183-1197/>. Acesso em: 27 de novembro de 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; et al (Org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. Disponível em:

<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 23 de dezembro de 2020.

MÜLLER, Guilherme de Souza. *A Redução de Danos na perspectiva da Atenção Básica: uma análise a partir das publicações do departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde. Faculdade de Educação, Núcleo de educação, avaliação e produção pedagógica em saúde. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/114804/000954269.pdf?sequence=1>. Acesso em: 05 de dezembro de 2020.*

OMS - Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 1. ed. Lisboa, abr. 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1217.pdf>. Acesso em: 02 de dezembro de 2020.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Relatório da OMS sobre o sistema de saúde mental no Brasil. Brasília, DF, 2007. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf?ua=1#:~:text=EXECUTIVE%20SUMMARY-,The%20World%20Health%20Organization%20Assessment%20Instrument%20for%20Mental%20Health%20Systems,baseline%20for%20monitoring%20the%20change. Acesso em: 23 de dezembro de 2020.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método em Marx. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2011.

NETTO, J. P. Introdução ao método na teoria Social. *In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/Abepss, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000150&pid=S0101-6628201100030000500027&lng=pt. Acesso em: 26 de dezembro de 2020.

PIOLA, Sérgio F., *et al.* *Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo*. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. (Texto para discussão; n. 1846). Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf. Acesso em: 04 de janeiro de 2021.

POLTRINI, Adalisa Martins M.; SANTOS, Irenilda Ângela dos. *Neoliberalismo, políticas sociais e a política pública sobre drogas no Brasil*. Humanidades em Contexto: Saberes e Interpretações, 11 a 14 de novembro de 2014. Universidade Federal do Mato Grosso, Instituto de Ciências Humanas e Sociais – ICHS. Cuiabá – MT. Disponível em: <http://eventosacademicos.ufmt.br/index.php/seminarioichs/seminarioichs2014/paper/view/1176>. Acesso em: 14 de dezembro de 2021.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. As mudanças na política brasileira de drogas: o avanço da lógica da justiça sobre a saúde. *Revista Cultura y Droga*, v. 25, n. 29, p.17-39, 2020. DOI: 10.17151/culdr.2020.25.29.2. Acesso em: 02 de janeiro de 2021.

RODRIGUES, L. B. F. Modelos de Controle de Drogas: mapeando as estratégias de política de drogas em busca de alternativas ao modelo repressivo. *In: ADORNO, Rubens;*

FEFFERMANN, Marisa; FIGUEIREDO, Regina. *Drogas & Sociedade Contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo*. Temas em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde. São Paulo, 2017. Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/drogas_sociedade_perspectivas_livro_completo.pdf. Acesso em: 06 de abril de 2020.

RODRIGUES, L. B. F. *Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade*. 2006. 273 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo. Disponível em:

<http://comunidadesegura.org.br/files/controlepenalsobredrogasilicitas.pdf>. Acesso em: 06 de março de 2020.

ROSA, Pablo Ornelas. *Redução de Danos e empreendedorismo de Si: Reflexões sobre a militância e a governamentalidade neoliberal*. 2014. Disponível em:

http://www.29rba.abant.org.br/resources/anais/1/1401739521_ARQUIVO_ABA-2014.pdf. Acesso em: 03 de janeiro de 2021.

SALVADOR, Evilásio da S. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 130, p. 426-446, set./dez. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n130/0101-6628-sssoc-130-0426.pdf>. Acesso em: 14 de março de 2021.

SALVADOR, Evilásio da S. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo.

Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 104, p. 605-631, out./dez. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000400002. Acesso em: 05 de fevereiro de 2021.

SALVADOR, Evilásio da S. *Fundo Público: financiamento e recursos da seguridade social (2000 a 2007)*. 2008. 395 f. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade de Brasília – UnB, Brasília, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/3893>. Acesso em: 06 de março de 2021.

SALVADOR, Evilásio; TEIXEIRA, Sandra O. Orçamento e políticas sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. *Pol. Públ.*, São Luís, v. 18, n. 1, p. 15-32, jan./jun. 2014.

Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/2681/700>.

Acesso em: 03 de janeiro de 2021.

SANTOS, Maria Paula; PIRES, Roberto Rocha Coelho. Sentidos da “Redução de Danos” nos CAPS AD do Distrito Federal: entre o “escopo ampliado” e traduções conservadoras. *Teoria e Cultura: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – UFJF*, v. 15, n. 2 jul. 2020 ISSN 2318-101x (on-line). Disponível em: DOI:

<https://doi.org/10.34019/2318-101X.2020.v15.29229>. Acesso em: 13 de dezembro de 2020.

SANTOS, Vilmar Ezequiel dos; SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a16.pdf>. Acesso em: 06 de janeiro de 2021.

SILVA, Christian Luiz da; ROTTA, Cristiano Vieira. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 333-345, ago./dez. 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/12126/8642>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2021.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, ago. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000802783&script=sci_arttext. Acesso em: 11 de fevereiro de 2020.

SILVA, Luiza Lopes da. A questão das drogas nas relações internacionais: uma perspectiva brasileira. Fundação Alexandre de Gusmão – FUNAG. Brasília, 2013. Disponível em: http://funag.gov.br/loja/download/1028-Questao_das_Drogas_nas_Relacoes_Internacionais_A.pdf. Acesso em: 21 de abril de 2020.

SOUZA, Renilson Rehem de. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n. 2, p. 449-460, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RFcCxtTr3Yk9wJqGHMPrvdq/?lang=pt>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2021.

STUDART, Vivian Ferraz. *Um estudo da experiência de implementação do Programa de Redução de Danos ao Uso de Drogas do Distrito Federal*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, FIOCRUZ. Brasília, , 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5285>. Acesso em: 19 de janeiro de 2022.

TEIXEIRA, Mirna Barros; *et. al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501455&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 de janeiro de 2022

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev. Saúde Pública*, v. , n. 0, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/3sXhdXkTM7m47WTDHBLFPyS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 de janeiro de 2022.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Pm Pinto, Emy Nayana
MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DA REDUÇÃO DE DANOS (RD) NO
ÂMBITO FEDERAL (2005 A 2018) / Emy Nayana Pinto; orientador
Denise Bomtempo Birche de Carvalho. -- Brasília, 2022.
152 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Política Social) --
Universidade de Brasília, 2022.

1. Redução de Danos. 2. Mecanismos e dispositivos de
financiamento. 3. CAPS AD. 4. governo federal.. I. Bomtempo
Birche de Carvalho, Denise, orient. II. Título.