

INTRODUÇÃO

O uso excessivo de álcool e o abuso de outras drogas têm se constituído problemática acentuadamente complexa na sociedade atual. Existem evidências de que o consumo destas substâncias psicoativas é prevalente em todo o mundo e está associado a problemas de saúde pública. Tais substâncias constituem fator de risco para uma grande variedade de problemas de saúde, sociais, financeiros e de relacionamento para os indivíduos e suas famílias (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

Dados indicam que álcool, tabaco e drogas ilícitas estão entre os 20 maiores fatores de risco de problemas de saúde identificados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O tabaco é responsável por 9% de todas as mortes, enquanto o álcool é apontado como responsável por 3,2% e as drogas ilícitas, por 0,4% de todas as mortes (HUMENIUK; POZNYAK, 2004). A prevalência do alcoolismo na população brasileira é 12,3%, a da dependência de tabaco é 10,1% e de outras drogas é 2,2% (CARLINI; GALDUROZ, 2005). Além da dependência, a maior parte dos danos relacionados ao álcool e às drogas afeta um grupo de usuários mais amplo, constituído pelos usuários de risco¹ e usuários nocivos² (ANDERSON, 1991; HUMENIUK; POZNYAK, 2004). Uma variedade de danos à saúde pode estar relacionada ao uso de álcool e de outras drogas, tais como a diminuição da imunidade às infecções, a ansiedade, a depressão, os problemas com o sono e os problemas físicos específicos (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

O impacto do consumo de substâncias psicoativas associados a crimes e violências também tem sido cada vez mais discutido em todo o mundo (UNO, 2004; WHO, 2004). Em um estudo sobre a ocorrência de violência doméstica contra crianças e adolescentes, 32% das famílias afirmaram que o álcool é um fator desencadeante da violência e 9% afirmaram que a ocorrência de violência está associada às drogas ilícitas (BRITO et al., 2005). Diversos estudos constataram a alta proporção de atos violentos quando o álcool ou as drogas ilícitas estão presentes entre agressores, suas vítimas ou em ambos (CHALUB; TELLES, 2006; MOREIRA et al., 2008).

¹ A denominação usuários de risco se refere a um padrão de consumo de álcool que aumenta o risco de consequências perigosas para os usuários e para quem os cercam, porém ainda não pressupõe danos ao indivíduo (BABOR et al., 2001).

² Os usuários nocivos possuem um padrão de consumo de álcool que resulta em danos físicos e mentais para a saúde do indivíduo, além de consequências em nível social (BABOR et al., 2001).

Outro problema fortemente correlacionado ao uso de álcool e outras drogas, segundo estudos realizados em diversos países, são os acidentes de trânsito. Em um estudo brasileiro sobre as causas dos acidentes de trânsito, 23,6% das vítimas de um hospital declararam ter consumido álcool e outras drogas, e destes 94,6% haviam feito uso de bebidas alcoólicas. (DESLANDES; SILVA, 2000). Pesquisa realizada em 2007 intitulada “Beber e Dirigir no Município de São Paulo” entrevistou 2.520 motoristas e constatou que 20% destes dirigiam com índice de alcoolemia acima do permitido pelo Código Nacional de Trânsito (que é de 0,06% grama por decilitro de sangue, de acordo com a legislação brasileira em vigor naquele ano). Dos motoristas abordados, 7,8% apresentaram níveis de álcool no sangue que variaram de 0,01 a 0,05 dl/l e 72,17% apresentaram negatividade no teste do bafômetro (DUA LIBI; PINSKY; LARANJEIRA, 2007). No Brasil, o acidente de trânsito é a segunda principal causa de morte por fatores externos, atrás apenas de homicídios (BRASIL, 2005).

Embora estudos, conforme os apontados anteriormente, certifiquem que o uso abusivo de álcool e outras drogas está associado a uma multiplicidade de danos, gerando fortes repercussões na saúde pública, a argumentação apresentada por dados epidemiológicos, embora fundamental, não se traduz diretamente na formulação de uma política. A formulação de políticas³ de saúde se configura como processos complexos, que envolvem um confronto de representações e atores sobre o que vem a ser as necessidades de saúde e demandas das populações (CONH, 2006).

Ainda que atualmente o Brasil conte com duas políticas nacionais que abordam a temática do uso de álcool e outras drogas no âmbito da saúde, sabe-se que também não existe uma linearidade entre a formulação e a implementação de políticas (HOWLETT; RAMESH, 1995). Por isso, este estudo questiona quais as possibilidades e as restrições para a abordagem do uso indevido de álcool e outras drogas enquanto uma questão de saúde na realidade de três municípios.

No capítulo 1, são abordadas as políticas públicas nacionais sobre o uso de álcool e outras drogas. Em um caráter mais descritivo do que analítico, este capítulo busca proporcionar ao leitor informações sobre as concepções ético-valorativas e as finalidades enunciadas nos documentos que oficializam tais políticas. Inicialmente há uma

³ Na ciência política, adotam-se os conceitos em inglês de 'polity' para denominar as instituições políticas, 'politics' para os processos políticos eleitorais e, por fim, 'policy' para os conteúdos da política. Portanto, a dimensão 'policy' refere-se aos conteúdos concretos, isto é, à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas (FREY, 1999). Neste capítulo será discutido especificamente o termo policy.

problematização sobre as principais influências na construção deste tema como uma questão de saúde; o capítulo é finalizado por uma visão geral dos atores e instituições nesta área.

No capítulo 2, são esquadrinhadas considerações sobre o macroprocesso político em que estas políticas estão inseridas e acerca da autonomia dos governos locais. Buscou-se também apontar uma perspectiva de avaliação de políticas públicas, utilizada neste estudo para a compreensão da implementação das políticas de álcool e drogas da SENAD e do Ministério da Saúde em nível municipal.

Nos capítulos que se seguem, após a seção de especificação dos objetivos e metodologia que embasou o percurso empreendido neste trabalho, são apresentados os resultados e discussão dos municípios investigados. Tais resultados foram delineados sob um mesmo enquadre de análise, a fim de se viabilizarem a sistematização e a síntese dos achados. Esta última, por sua vez, foi esboçada nas considerações finais.

Apesar da complexidade do tema, espera-se que, ao suscitar dados empíricos sobre a dinâmica dos municípios investigados, este estudo possa contribuir para que o debate sobre políticas públicas nesta área ocorra de uma maneira mais contextualizada.

CAPÍTULO 1: POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

1.1 Abordagens políticas em relação aos usuários de álcool e outras drogas

No início do século XX, ocorreram as primeiras intervenções do governo brasileiro na área de álcool e drogas, sendo criado um aparato jurídico-institucional, constituído por uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas no país (MACHADO; MIRANDA, 2007). Neste momento, a opção brasileira pela abordagem proibicionista foi influenciada por convenções internacionais que reafirmavam a adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007). Identificavam-se os EUA como o lócus fundamental de preconização da política de “Guerra às Drogas”, com a abordagem punitiva de “tolerância zero” aos usuários (MARLLAT, 1999; GORMAN, 1993). A ênfase dos sucessivos governos norte-americanos nesta política repressiva em relação às drogas se expressava no orçamento do país, o qual tinha destinado a maior parte dos recursos financeiros voltados para álcool e drogas com aplicação de leis e interdições, em detrimento da implementação de políticas de prevenção e tratamento (GORMAN, 1993). Considerando o alto consumo de substâncias psicoativas dos norte-americanos, a política de “Guerra às Drogas” revelou-se ineficaz para reduzir os danos associados ao uso de álcool e outras drogas (MANCHIKANTI, 2007).

A partir da década de 70, a legislação brasileira sobre o tema foi influenciada também pela medicina, que passou a legitimar o controle e a repressão do uso de drogas. Foram propostos diferentes dispositivos assistenciais, como hospitais psiquiátricos e centros especializados de tratamento. Observa-se que tais medidas assistenciais foram voltadas para as drogas ilícitas, excluindo o uso de álcool. Esta tendência reafirma que o Brasil estabeleceu suas ações governamentais, haja vista os compromissos assumidos no plano internacional, para controlar e reprimir o uso de drogas ilícitas, e não para orientar as necessidades de atenção ao usuário surgidas com o consumo de substâncias psicoativas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Portanto, as políticas públicas para o uso de álcool e outras drogas são norteadas por filosofias que justificam determinadas formas de abordagem em relação a este problema (NASCIMENTO, 2006). Em uma concepção sintética das abordagens para os usuários de álcool e outras drogas, Nascimento (2006) destaca o princípio da punição como sendo o

embasamento ideológico das abordagens de “usuário criminoso” e de “usuário doente”. Na redução do consumo de drogas através de uma política pública cuja filosofia seja a de criminalizar a conduta do usuário, as ações são direcionadas a prevenir a sociedade dos problemas sociais derivados do consumo de drogas unicamente pela via da penalização. Na segunda abordagem, têm-se políticas que descriminalizam a conduta de usar drogas, mas patologizam o usuário. As ações, segundo os termos desta última, visam rotular o usuário como alguém que requer cuidados, geralmente de ordem médica ou psicológica, e esta patologização é vista como uma medida de segurança ao indivíduo e à sociedade (BUCHER; OLIVEIRA, 1994; NASCIMENTO, 2006).

A concepção do “combate às drogas”, que restringe a questão ao campo da segurança pública, contrasta com a concepção do “problema das drogas”, que a situa no âmbito da saúde pública. Nesta última, tanto as drogas lícitas quanto as ilícitas são tidas como uma ameaça não à ordem social, mas sim à saúde da população no sentido amplo, visando em particular os danos associados ao uso de tais substâncias (BUCHER; OLIVEIRA, 1994).

As ações em saúde pública têm um grande efeito no que concerne à qualidade de vida das populações, em decorrência do acesso e disponibilização de serviços e tecnologias em saúde. De um modo geral, as políticas, as práticas, as técnicas e os instrumentos constituem as pautas de ação que são objeto de intervenção da saúde pública (PAIM, 1998). Quando se trata do uso de álcool e outras drogas, devem-se considerar os múltiplos determinantes relacionadas ao consumo de tais substâncias e os diferentes níveis de intervenção. Um dos desafios da saúde pública na área de álcool e outras drogas é o de implementar políticas que promovam e fortaleçam ações de prevenção quanto aos danos associados e de tratamento quanto ao desenvolvimento do quadro de dependência.

No Brasil, a abordagem dos problemas ocasionados pelo consumo de álcool e drogas como uma questão de saúde são relativamente recentes. Na década de 90, a viabilização dos projetos de redução de danos⁴ no Brasil influenciou a política sanitária, uma vez que conferiu maior visibilidade à realidade da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no setor público de saúde, evidenciando a quase inexistência de ações destinadas ao enfrentamento deste problema (MACHADO; MIRANDA, 2007). A redução de danos proporciona uma alternativa prática para os modelos moral/criminal e de doença, pois desvia a atenção do uso de drogas

⁴ A redução de danos é um movimento internacional que surgiu em resposta à crescente crise da AIDS na década de 80, em decorrência a alta transmissão de HIV na população usuária de drogas injetáveis. Visa a redução de consequências prejudiciais ao comportamento do dependente e reconhece a abstinência como sendo um resultado ideal. Contudo, aceita alternativas que minimizem os danos para aqueles que permanecem usando drogas (DIAS, et al., 2003).

em si para as consequências ou para os efeitos do comportamento aditivo, os quais são avaliados em termos de serem prejudiciais ao usuário e à sociedade, e não de serem julgados como moralmente incorretos (SILVEIRA et al., 2003). Outra influência à política brasileira foi participação do Brasil na XX Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas em 1998, que refletiu, como produto, o consenso de que todos os países envolvidos deveriam formular uma política nacional sobre drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007; DUARTE; BRANCO, 2006).

1.2 A política da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Na década de 1980, surgiram os Conselhos Antidrogas, chamados Conselhos de Entorpecentes (Conselho Federal – CONFEN, Conselhos Estaduais – CONENS e Conselhos Municipais – COMENS). Inicialmente estes conselhos dedicaram-se principalmente ao campo das ações de repressão ao uso e ao de tráfico de drogas, e foi a partir do fim da década de 1980 que passaram a incentivar práticas de prevenção, de tratamento e de pesquisa, com ênfase na redução de danos (MACHADO; MIRANDA, 2007; GARCIA; LEAL; ABREU, 2008). Em 1998, este sistema foi substituído pelo Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), cuja estrutura é apresentada na figura 1:

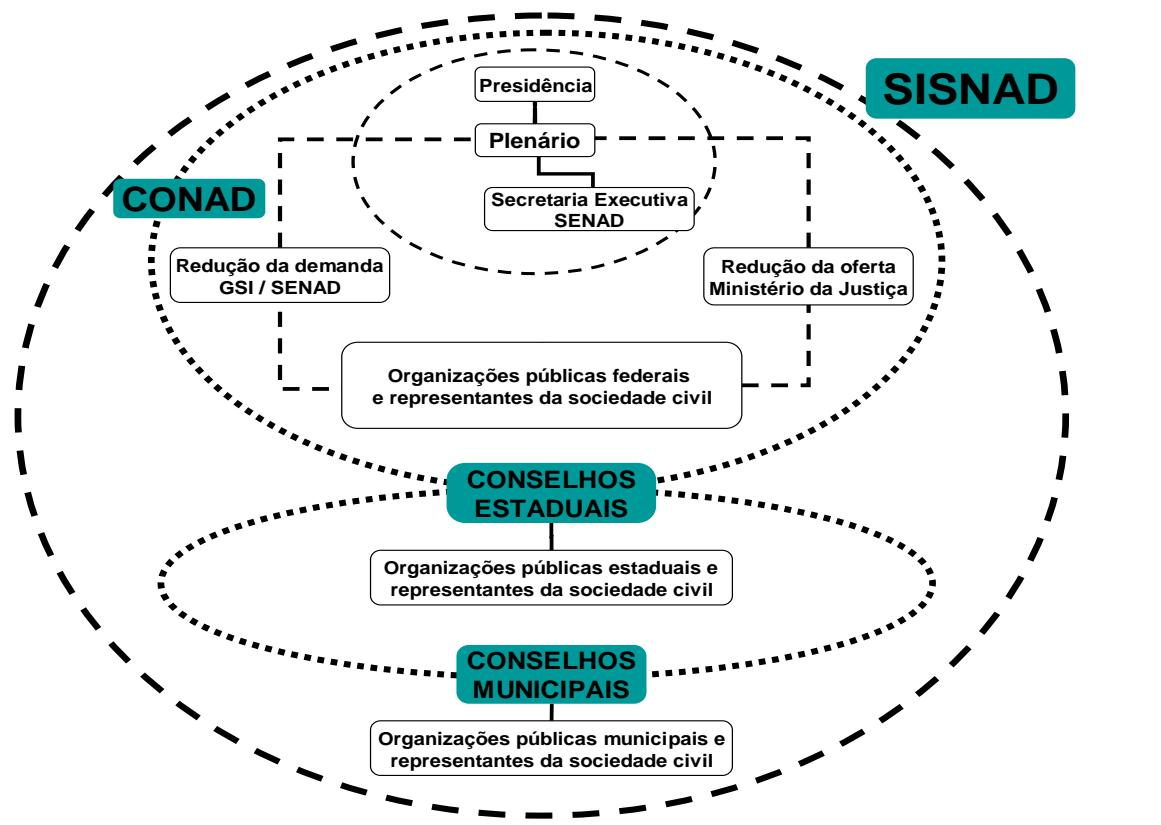


Figura 1: Sistema Nacional Antidrogas

Fonte: SENAD

A criação do SISNAD em 1998 foi decorrência da participação brasileira na mencionada XX Assembléia Geral da ONU, e da adesão aos "Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas", os quais foram estabelecidos pelos estados membros. Conforme demonstrado na Figura 1, o SISNAD foi composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)⁵ e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), para desenvolver atividades antidrogas no país. Os dois novos órgãos foram alocados, não no Ministério da Justiça, mas no Gabinete Militar da Presidência da República, atualmente denominado Gabinete de Segurança Institucional (MACHADO; MIRANDA, 2007; GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Segundo Garcia, Leal e Abreu (2008), a criação da SENAD expressou uma estratégia política do governo brasileiro para se coadunar com a perspectiva de combate às drogas da

⁵ Com a publicação da Lei 11.754, de 23 de julho de 2008, a Secretaria Nacional Antidrogas passa a se chamar Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). A lei também altera o nome do Conselho Nacional Antidrogas para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). As siglas das instituições permanecem as mesmas. A ideia para essa mudança surgiu após o processo de realinhamento da Política Nacional sobre Drogas, em 2004. Na ocasião, entendeu-se que o termo "Antidrogas" não era adequado para abranger as drogas lícitas como tabaco, álcool e medicamentos, as quais estão incluídas no universo de competência da SENAD (BRASIL, 2008).

comunidade internacional. A SENAD foi estabelecida como “órgão responsável por articular, coordenar e integrar as ações intersetoriais do governo na área de redução das demandas de drogas, além de implementar, acompanhar e fortalecer a Política de Drogas no país”. A fim de elaborar a Política Nacional Antidrogas (PNAD), em dezembro de 1998 foi realizado o I Fórum Nacional Antidrogas (DUARTE; BRANCO, 2006). Participaram deste fórum os segmentos mais organizados que atuavam na área, tais como policiais, comunidades terapêuticas, profissionais ligados à área científica e pessoas ligadas aos projetos de redução de danos. Neste primeiro momento, não houve uma articulação entre a área especificamente ligada ao problema das drogas e o setor público de saúde. Destaca-se que os profissionais ligados à redução de danos reivindicaram a inclusão de um capítulo sobre o tema na PNAD (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Paralelamente à Conferência de Saúde Mental, em 2001 ocorreu o II Fórum Nacional Antidrogas (MACHADO; MIRANDA, 2007). Com a realização deste fórum, a PNAD foi instituída em 2002. Em 2004, considerando a necessidade de garantir maior intersetorialidade e a centralidade do papel da sociedade para se discutir o tema, realizou-se o realinhamento da Política vigente através da realização de fóruns regionais e nacional. Buscando o envolvimento da comunidade científica e de segmentos da sociedade civil, foram realizados oito eventos: o Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, o Fórum Nacional sobre Drogas e seis fóruns regionais. Como resultados dos trabalhos realizados nestes fóruns, 92% dos itens da PNAD foram realinhados (DUARTE; BRANCO, 2006).

Entre os pressupostos da Política Nacional sobre Drogas, instituída em 2005, destacam-se: o reconhecimento das diferenças entre os padrões de uso indevido e dependente e o traficante de drogas; a garantia do direito de receber tratamento a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de droga ; a priorização da prevenção, colocada como sendo a mais eficaz e de menor custo; a adoção das estratégias de redução de danos; o Conselho Nacional Antidrogas – CONAD, como o articulador de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, relacionados às drogas.

Em relação à prevenção, a política assinala que ela deve ser descentralizada nos municípios, os quais devem ser incentivados a instituir o seu Conselho Municipal sobre Drogas. No que se refere ao tratamento, é garantido o acesso à recuperação, à reinserção social e ocupacional, direcionadas aos usuários, aos dependentes e a seus familiares. As diretrizes do tratamento visam promover a integração em rede nacional dos dispositivos assistenciais para intervenção. Aponta-se ainda que a promoção de estratégias e ações de

redução de danos deve ser realizada de forma intersetorial, visando à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002b).

No que concerne à redução da oferta, deve-se proporcionar melhoria nas condições de segurança para a redução substancial dos crimes relacionados ao tráfico de drogas ilícitas e ao uso abusivo de substâncias nocivas à saúde, responsáveis pelo alto índice de violência no país. A política enfatiza a necessidade de se desenvolverem estudos que possam aprofundar o conhecimento sobre drogas e sobre as estratégias de prevenção, tratamento e repressão (BRASIL, 2002b).

A Política Nacional sobre o Álcool, instituída em 2007, além de se coadunar com os pressupostos da Política Nacional sobre Drogas, destaca medidas de regulamentação e fiscalização de bebidas alcoólicas, o que será discutido a seguir (Brasil, 2007).

1.2.1 Políticas Públicas de Regulamentação voltadas para o álcool

Conforme mencionado na introdução, as evidências disponíveis quanto aos danos associados ao consumo de álcool demonstram que o uso inadequado do mesmo constitui um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo uma das substâncias psicoativas mais utilizadas.

Dentro das especificidades de trabalho e definição de políticas públicas sobre o álcool, a moralização e estigmatização do uso são vistas como um aspecto que pode influenciar diretamente a forma como o tema é visto ou tratado pelos profissionais da área e até mesmo como algumas políticas públicas são definidas e conduzidas. A importância do tema decorre do fato de que o uso de álcool e outras drogas é uma das condições que mais apresentam uma conotação moralizante do mundo (CORRIGAN, 2005; FORTNEY et al., 2004; PALM, 2006; ROOM, 2006). Existe ainda uma percepção de que os usuários de álcool estão polarizados entre aqueles que fazem o “uso social” e os que são “dependentes”; essa é uma visão simplista da questão. Por um lado, o consumo de álcool é aceito e até mesmo estimulado, por outro, a dependência é carregada de conotações morais, vinculadas à idéia de “fraqueza de caráter” e à consequente resistência da sociedade e até mesmo de profissionais de saúde de lidar com o problema de forma realista (NEVES, 2004; RONZANI et al., 2005).

No que se refere às políticas públicas nesta área, Babor (2003) aponta que as políticas são influenciadas por diversos fatores como as concepções em relação ao uso de álcool e o contexto socioeconômico. No início do século XX, por exemplo, o alcoolismo era

considerado incomum e predominava o enfoque no abuso de álcool, o qual era visto como uma ameaça à sociedade industrializada. As políticas públicas voltavam-se para a redução do abuso de álcool a partir da perspectiva de controle individual do consumo. Posteriormente, houve maior ênfase nas medidas restritivas que limitavam a disponibilidade e o consumo de álcool, embasadas pela concepção de que reduzir o uso de álcool de uma população significa reduzir o nível de problemas ou danos associados a ele. Intimamente relacionadas com a redução do estado de bem-estar social, a partir dos anos 90 ocorreram mudanças no sentido de políticas que propunham uma liberação do uso. A partir deste período, destacam-se, por exemplo, as campanhas informativas em detrimento de estratégias como a redução da disponibilidade do álcool e das medidas relacionadas à taxação do preço (PALM, 2006).

Há uma ampla variedade de estratégias efetivas, cientificamente avaliadas, que podem ser utilizadas nas políticas do álcool. Tais estratégias apresentam custos e efetividades diferenciados (BABOR, 2003). No caso brasileiro, destaca-se a lei 11.705 de 19 de junho de 2008, a qual institui como crime dirigir sob a influência de álcool (BRASIL, 2008). A literatura revela uma forte correlação entre dirigir embriagado e a ocorrência de acidentes, uma vez que os prejuízos no desempenho do motorista que dirige alcoolizado tornam-se marcantes. Em decorrência, muitos países têm estabelecido legislações que especificam o nível de álcool no sangue (usualmente entre 0,05 ou 0,08%, mas variando entre 0,00 e 0,15%), acima do qual o motorista pode ser detido. Tem-se demonstrado que o cumprimento de leis que dispõem da punição de motoristas que dirigem alcoolizados de fato persuade os mesmos a evitarem beber e dirigir. Porém, não é a severidade da punição que está associada à efetividade desta estratégia, mas a atribuição de certeza quanto à ocorrência da punição caso o motorista de fato cometa esta infração (BABOR, 2003).

A lei 11.705 dispõe também da proibição, na faixa de domínio de rodovia federal ou em terrenos contíguos à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, da venda ou do oferecimento de bebidas alcoólicas para consumo no local (BRASIL, 2008). Esta lei restringe ainda a propaganda de produtos fumígeros, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, e passa a obrigar os estabelecimentos comerciais em que se vendem ou se oferecem bebidas alcoólicas a estampar, no recinto, aviso de que constitui crime dirigir sob a influência de álcool (BRASIL, 2008).

Além das políticas sobre álcool e outras drogas instituídas pela SENAD, o Brasil possui a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, vinculada ao Ministério da Saúde.

1.3 A Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde

Segundo Machado e Miranda (2007) “*ainda que o fenômeno do uso de álcool e drogas tenha sido objeto das intervenções governamentais durante o século XX, foi apenas em 2003 que o Ministério da Saúde afirmou seu compromisso de enfrentar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas*”. Em 2003 foi publicada no Brasil a “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas”, a qual tem como valores o rompimento com abordagens reducionistas em relação ao uso destas substâncias (BRASIL, 2003B). Dessa forma, o Ministério da Saúde introduziu a possibilidade do desenvolvimento de uma política menos centrada no controle e na repressão. Comprometeu-se a enfrentar os diferentes problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas como uma questão de saúde pública, em consonância com os princípios e orientações do SUS, buscando a universalidade do acesso e do direito à assistência aos usuários (BRASIL, 2003b; MACHADO; MIRANDA, 2007).

O Ministério da Saúde formulou os princípios da política de enfrentamento às questões relativas aos usuários de drogas e a expansão da rede assistencial de acordo com os desígnios do movimento de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2003b). Neste sentido, a principal estratégia do Ministério da Saúde é a implementação, em larga escala, dos CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas), regulamentados através de portarias GM / MS nº 816, de 30 de abril de 2002, e a Portaria SAS / MS nº 305, de 03 de maio de 2002 (BRASIL, 2003). Definiu-se também a Política de Redução de Danos, tendo em vista o rompimento com as metas de abstinência. Assim, a oferta de cuidados é fundamentada nos dispositivos extra-hospitalares e na lógica da redução de danos (BRASIL, 2003b).

A política propõe ainda o estabelecimento de uma rede de atenção integral, preconizando que a assistência deve pautar-se por ações de prevenção, de tratamento e de reinserção social. Na década de 1990, a atenção psiquiátrica passou a ser vinculada à atenção primária à saúde e os serviços comunitários se tornaram o principal dispositivo assistencial para a saúde mental (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008). Além da regulamentação dos CAPS ad, o Ministério da Saúde também instituiu, através da Portaria GM nº 816/2002, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Este objetiva: aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas; organizar / regular as demandas e os fluxos assistenciais; promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental

locais. Com ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas está voltado para o desenvolvimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde destaca também o objetivo de que a política de álcool e drogas seja articulada com áreas afins (SILVEIRA et al., 2003). A política está voltada para o estabelecimento de ações intersetoriais, e tais ações devem-se constituir na interface do Ministério da Saúde com outros ministérios e com o envolvimento da sociedade no debate, formulação e acompanhamento do processo (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008). Revela-se um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Em síntese, Silveira et. al. (2003) apontam os compromissos que se colocam hoje para a saúde, segundo esta política do Ministério da Saúde:

- (1) Alocar a questão do álcool e outras drogas como um problema de saúde pública;
- (2) Indicar o paradigma da redução de danos nas ações de prevenção e de tratamento;
- (3) Formular políticas que possam rever e discutir o senso comum de que todo usuário de drogas é doente e requer internação ou prisão;
- (4) Mobilizar a sociedade civil para participar das práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais, para o fortalecimento de parcerias estaduais e municipais.

1.4 Considerações Finais

Conforme apresentado nesta seção, as políticas da SENAD e do Ministério da Saúde constituem os marcos organizacionais que dão sustentabilidade às ações propostas na área de álcool e drogas. Sinalizando a mudança de perspectivas em relação ao álcool e outras drogas, os principais pontos convergentes entre as políticas nacionais apontam para a garantia do direito a ações assistenciais de prevenção, tratamento e reinserção social e para a adoção da lógica de redução de danos.

É importante sublinhar que outras políticas setoriais específicas também tangenciam o tema álcool e drogas. É o caso da Política Nacional de Promoção de Saúde, que, ao ter como finalidade promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde

relacionados aos seus determinantes e condicionantes, tem como objetivos específicos reduzir a morbi-mortalidade associada ao abuso de substâncias (BRASIL, 2006). A Política Nacional de Assistência Social, que tem na implantação dos CRAS - Centros de Referência da Assistência Social - a principal estratégia de descentralização das ações, destaca o uso indevido de álcool e outras drogas como um dos fatores que podem estar correlacionados à vulnerabilidade das famílias (BRASIL, 2005).

A Política da SENAD, em decorrência da sua atribuição de órgão que deve coordenar intersetorialmente as ações governamentais na área de álcool e drogas, apresenta uma estruturação maior no que tange às ações que não estão diretamente associadas ao setor de saúde. O caráter intersetorial da política de álcool e outras drogas, também identificado na política do Ministério da Saúde, é justificado por este tema ser transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, social e de desenvolvimento (BRASIL, 2003). Salienta-se que a intersetorialidade tem sido considerada como um fator relevante para uma implementação bem sucedida das políticas públicas, apontando uma visão integrada dos problemas e de suas soluções, já que a complexidade da realidade exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política (COMERLATTO, 2003). Visando a uma articulação intersetorial e sobretudo ao estímulo do controle social, a SENAD vem induzindo a implantação de Conselhos Municipais sobre Drogas nas três esferas de poder. Segundo o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID, 2010), há 291 COMAD no Brasil, sendo que 48 se encontram no estado de Minas Gerais.

A SENAD está voltada também para pontos como estabelecimento de medidas de segurança, regulamentação e fiscalização das substâncias lícitas. Do ponto de vista legislativo, destacam-se as mudanças constitucionais relacionados às drogas ilícitas, propostas pela SENAD. Estas foram expressas através da lei nº 11.343 / 2006, a qual faz a distinção entre usuários / dependentes de drogas e traficantes. Embora o porte continue sendo caracterizado como crime, usuários e dependentes não estarão mais sujeitos à pena restritiva de liberdade, mas a medidas socioeducativas. Destaca-se ainda o aumento da pena para traficantes de três a quinze para cinco a quinze anos, e a tipificação do crime de financiador do tráfico, com pena de 8 a 20 anos. Esta proposta de despenalização do consumo de drogas pode ser considerada um avanço para o enfrentamento deste problema no âmbito da saúde.

Quanto ao Ministério da Saúde, a política proposta está voltada para articular a atenção aos usuários de álcool e outras drogas de acordo com a Política de Saúde Mental, e, conforme mencionado, tem nos CAPS o aparato organizativo para direcionar modelo assistencial na reforma psiquiátrica. Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas

(CAPS ad) e Infanto-juvenil (CAPS i) e a implantação destes serviços é definida de acordo com o município⁶. No caso dos municípios que não tiverem CAPS ad, está prevista a atenção aos usuários de álcool e outras drogas na modalidade CAPS que estiver disponível. (Brasil, 2002). Segundo dados do DATASUS (2010), atualmente há 242 CAPS ad implantados no Brasil, sendo que 18 se encontram no estado de Minas Gerais.

Em situações de urgência decorrente do consumo indevido de álcool e outras drogas, para as quais os recursos extra-hospitalares disponíveis não tenham obtido resolutividade, está previsto o suporte hospitalar à demanda assistencial, por meio de internações de curta duração, em hospitais gerais (Portaria Nº. 2.629 de 28 de outubro de 2009) evitando a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos. Estão previstas as implementações de Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas (SHRad) para municípios acima de 200.000 habitantes. Estas objetivam a redução de internações de alcoolistas e dependentes de outras drogas em hospitais psiquiátricos, criando novos procedimentos localizados em hospitais gerais, que poderão contar com, no máximo, 14 leitos.

Como durante muito tempo as propostas na área de álcool e drogas não foram voltadas para a construção de uma cobertura assistencial, houve uma disseminação de diferentes modalidades de intervenção externas ao aparato estatal, que responderam e ainda respondem por uma parte significativa dos serviços disponibilizados em nosso país. Segundo dados de um mapeamento⁷ realizado pela SENAD (2007), há 850 instituições não governamentais atuando na área de tratamento para usuários de álcool e outras drogas no Brasil, e as instituições governamentais perfazem um total de 389. Ou seja, cerca de 67% das instituições voltadas para tratamento não são governamentais. A maior atuação de instituições não governamentais nesta área também se verifica em relação a outras práticas, observando-se que do total de dispositivos que declararam realizar práticas preventivas, cerca de 63% não são governamentais; nas ações de redução de danos verifica-se que tais instituições totalizam 55 %.

Dentre tais instituições não governamentais, destacam-se as comunidades terapêuticas. Estas surgiram em um contexto de oposição ao hospital psiquiátrico e a sua estrutura rígida

⁶ É especificada a seguinte alocação dos CAPS: municípios até 20.000 habitantes - rede básica com ações de saúde mental; municípios entre 20 a 70.000 habitantes - CAPS I e rede básica com ações de saúde mental; municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS ad e rede básica com ações de saúde mental; municípios com mais de 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPSi, e rede básica (Brasil, 2002).

⁷ Embora este mapeamento ofereça um panorama das instituições brasileiras para usuários de álcool e outras drogas, é importante sublinhar que o presente trabalho não assegura que os dados disponibilizados refletem a totalidade e a diversidade das instituições existentes.

(VASCONCELOS, 2010), apresentando uma abordagem de ajuda mútua na qual almeja-se a participação ativa dos usuários no processo terapêutico (FRACASSO, 2006). No Brasil, a regulamentação destes serviços ocorreu em 2001, através da resolução nº 101 publicada pela ANVISA, conjuntamente com a SENAD, sendo este um relevante instrumento técnico sobre as exigências para o funcionamento das comunidades terapêuticas. Destaca-se ainda a atuação de duas federações de comunidades terapêuticas criadas na década de 90, que são a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), e a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB), que surgiram a partir de parcerias entre grupos científicos e as comunidades terapêuticas para garantir maior qualidade no trabalho realizado (MACHADO, 2006 apud MONT SERRAT, 2002). Sugere-se que a articulação entre estes atores também está associada à busca por uma atuação política nesta área.

Assim, este é um panorama geral dos principais aspectos institucionais e valorativos das políticas nacionais voltadas para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, e das estratégias adotadas para organizar a ação proposta.

2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Embora o uso indevido de álcool e outras drogas esteja associado a um ampla diversidade de danos (HUMENIUK; POZNYAK, 2004), esta área não tinha, até no início do século XXI, uma política de atenção aos usuários, posto que a constatação da necessidade de atenção não necessariamente se traduz na produção de respostas (CONH, 2006). As ações estatais anteriores se caracterizavam por uma conotação moralizante em relação aos usuários de álcool e outras drogas, mais pertinentes ao campo da segurança pública do que ao da saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Fatores, como a influência de organismos internacionais, os avanços técnicos e ideológicos do SUS, a política de reestruturação em saúde mental, as políticas de prevenção da AIDS (redução de danos) e também o crescimento dos impactos financeiros do uso de álcool e outras drogas e dos problemas vivenciados pela sociedade, tornaram propícias as formulações das políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas no âmbito da saúde pública (SILVEIRA et al. 2003; MACHADO; MIRANDA, 2007). Conforme foi apontado anteriormente, foram formuladas a Política da SENAD, que teve o seu realinhamento completo em 2004, e a política do Ministério da Saúde, que é de 2003.

A duplicidade destas políticas refletia a posição de ambas em pontos distintos do aparato estatal. A política da SENAD sustentava uma posição hierárquica supraministerial⁸, devendo garantir o desenvolvimento de estratégias voltadas para álcool e drogas entre os diversos setores, e realizando inclusive o aperfeiçoamento legislativo para a implementação das políticas de regulamentação voltadas para as substâncias lícitas (BRASIL, 2005; DUARTE; BRANCO, 2006). No caso do Ministério da Saúde, a política de álcool e drogas está acoplada à política de saúde mental, estando voltada para ações que visam a consolidar o processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2003).

Tal duplicidade reflete ainda os atores que protagonizaram os diferentes *policy making* das mesmas, repercutindo na identificação e na participação de determinados atores também no processo de implementação (VIANA; BAPTISTA, 2010). Vetores importantes que as

⁸ Segundo Diário Oficial da União, publicado em 10 de janeiro de 2011, a SENAD, que era comandada pelo Gabinete de Segurança Institucional, foi transferida para o Ministério da Justiça, a pedido da presidente Dilma Rousseff. Destaca-se que o presente estudo irá considerar a configuração institucional da SENAD vigente até o ano de 2010.

distinguem são a indução da formação de instâncias de participação social específicas para a área de álcool e drogas, no caso da política proposta pela SENAD, e a inclusão da temática álcool e drogas nas rotinas decisórias previstas para a saúde mental, como, por exemplo, na realização das Conferência de Saúde Mental, no caso da política do Ministério da Saúde.

Ainda que divergentes no que concerne ao arranjo organizacional e decisório em que estão inseridas, do ponto de vista dos referenciais valorativos, estas políticas têm fortes semelhanças, posto que apresentam como marco teórico-prático a redução de danos e visam à priorização da prevenção, à garantia de tratamento e à reinserção social a todos os usuários. Observa-se que os pressupostos destas políticas apresentam forte intersetorialidade com a saúde, e decorre-se disso que para a implementação das mesmas é importante que elas sejam operacionalizadas de acordo com as diretrizes da política de saúde em geral (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2003).

Com isso, as principais diretrizes da implementação das políticas nacionais sobre álcool e outras drogas enfocam a descentralização das ações e autonomia dos governos locais, com processos decisórios participativos, convergindo para as diretrizes que passaram a embasar as políticas sociais em geral a partir da Constituição de 1988. Assim, para se analisar a implementação das políticas públicas sobre álcool e outras drogas considera-se importante compreender o contexto político em que elas foram introduzidas.

2.1 Considerações sobre a autonomia dos governos locais

Nos estados democráticos federativos, ganham importância as relações participativas nos processos de tomada de decisão e produção de políticas públicas (SILVA, 1999). Os atores locais podem compartilhar projetos políticos para influenciar a implementação de políticas públicas também no nível municipal, representando os seus interesses. Além disso, soluções não encontradas no plano nacional podem ser pensadas criativamente e desenvolvidas localmente (MILANI, 2008). Conforme apontado nas análises preliminares de uma revisão sistemática que foi procedida, nas políticas públicas sobre álcool e outras drogas, tais atores ganham relevo ao se pensar estrategicamente a formulação de políticas públicas nesta área, uma vez que o engajamento dos mesmos se associa à efetividade das ações empreendidas (MOTA; RONZANI, no prelo).

Há diferentes padrões de relacionamento entre os atores que atuam no nível local, como, por exemplo, a formação de redes mais densas, tal qual nas *policy communities*, em que

há um espaço mais constante e institucionalizado para a relação entre os atores, e nas *policy networks*, em que comparativamente a relação entre os atores adquire um caráter mais difuso. Através destas redes, os atores podem compartilhar recursos para a consecução dos interesses em comum, demandando visibilidade para os seus projetos políticos (HOWLETT; RAMESH, 1995). O que não implica em dizer que estas configurações políticas necessariamente influenciam o processo decisório local (TEIXEIRA, 2002); no entanto, as formas de vínculos entre atores em uma área específica pode repercutir no tipo de política implantada (HOWLETT; RAMESH, 1995). Os governos locais podem desempenhar a função nodal no processo de articulação das redes de política pública, ou podem também ter uma vinculação de distanciamento com os atores, a depender dos interesses envolvidos (MILANI, 2008; TEIXEIRA, 2002).

Contudo, esta possibilidade de protagonismo dos atores locais, em tese viabilizada pelos arranjos federativos democráticos, não deve ser atomizada enquanto fator explicativo da consolidação de políticas públicas em nível municipal. Se com a descentralização as garantias constitucionais permitem que os governos locais estabeleçam sua própria agenda na área social, a autonomia dos governos locais não garante, por si só, maior eficiência na implementação das políticas públicas (ARRETCHÉ, 2003; SOUZA, 2004; MILANI, 2008). Estudos têm demonstrado que os municípios podem ficar em uma situação ambígua, pois, embora autônomos, são dependentes do nível federal, sobretudo, financeiramente, ficando por isso com uma frágil capacidade de gerir as políticas públicas (ALMEIDA; CARNEIRO, 2003; ARRETCHÉ, 2004; MARQUES; MENDES, 2001). Destaca-se inclusive a importância do governo federal não somente como financiador, mas também como normatizador e coordenador das relações intergovernamentais (ARRETCHÉ, 2003; FONSECA et al., 2007).

Assim, para que a implementação de políticas em nível municipal seja bem sucedida, é necessário que os governos locais tenham os recursos orçamentários e os meios políticos e institucionais necessários (ARRETCHÉ, 2003; MILANI, 2008). Por isso é importante pensar-se na complementaridade entre as esferas de governo. A governabilidade dos municípios é limitada por razões diversas. Há uma forte heterogeneidade entre as gestões municipais, em que contam não só as ações dos atores locais envolvidos na execução das políticas, mas também o papel dos demais níveis governamentais (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004). Tem-se demonstrado que o comportamento dos governos locais depende, em grande medida, dos incentivos a que estão submetidos e das regras do processo decisório, como mecanismos de controle e punição, arenas institucionalizadas de participação (ARRETCHÉ, 2003; ARRETCHÉ, 2004).

Portanto, a operacionalização das políticas públicas pode ser legitimada pelas redes de atores que moldam a sua implementação, mas também ser limitada por restrições diversas. Na avaliação das políticas públicas é fundamental um aporte teórico-metodológico que contemple diferentes angulações e que possa articular o conjunto de fatores que atravessa a construção das políticas públicas no Brasil (FARIA, 2003; SOUZA, 2003).

2.2 Avaliação da Implementação de Políticas Públicas

A pesquisa em políticas públicas enfatiza a importância da investigação de aspectos dinâmicos do processo de produção de tais políticas, o contexto e os diversos fatores e atores envolvidos (FARIA, 2003; FREY, 2000). Todavia, é comum que os estudos de avaliação enfoquem somente os fracassos das políticas, nos quais há o pressuposto de que a implementação das mesmas é um processo linear, desvinculado de processos políticos (SOUZA, 2003; FARIA, 2003). Há uma profusão de metodologias analíticas no campo das políticas públicas, as quais frequentemente falham ao oferecerem uma perspectiva pouco abrangente de aspectos relevantes que compõem a implementação (GIOVANNI, 2009).

Nesta direção, a visão tradicional proposta pelo “*policy cycle*”, ao compreender a implementação enquanto reflexo de determinações de uma autoridade central, tem como uma de suas principais limitações negligenciar a pluralidade de atores que podem operar nas políticas e influenciar os processos (HOWLETT; RAMESH, 1995; SILVA; MELO, 2000). Nesta perspectiva clássica, as políticas públicas são compostas por etapas subsequentes (formulação, implementação e avaliação), sendo a implementação fundamentalmente uma etapa de execução linear das atividades previstas na formulação (FREY, 2000; SILVA, 1999).

No entanto, o estudo de situações concretas revelou contradições em relação a esta perspectiva tradicional, uma vez que as políticas públicas podem conter em sua formulação restrições diversas, como ambiguidade de objetivos, problemas de coordenação intergovernamental, recursos escassos (GIOVANNI, 2000). Deste modo, torna-se um equívoco caracterizar a formulação como sendo uma etapa racional e a implementação como um “desvio de rota”, sendo os implementadores meros elementos passivos nesse processo. Do ponto de vista avaliativo, não se deve atribuir uma primazia à formulação como sendo a etapa “correta”; o que se tem nesta etapa é um “modelo causal”, expresso no desenho de uma política (HOWLETT; RAMESH, 1995; SILVA, 1999).

Uma vez que a formulação não prevê as contingências que podem afetar as políticas públicas, a implementação é mais bem representada como um jogo entre atores, em que recursos são negociados, decisões importantes são tomadas. Em decorrência, o “*policy cycle*” é melhor compreendido por redes complexas de atores que dão sustentação às políticas, sendo os ciclos mais referentes a processo de aprendizagem do que sequências lógico-lineares. Com efeito, a avaliação de políticas públicas, concebida como uma parte constitutiva do “*policy cycle*”, objetiva não uma “correção de rota” mas a promoção do “*policy learning*” (HOWLETT; RAMESH, 1995; SILVA, 1999). Enfatiza-se, deste modo, o dinamismo do processo de implementação, o qual, com a realização da avaliação, pode revelar os “ciclos de aprendizagem”, conduzindo à constante reformulação da política proposta (FREY, 1999; SILVA; MELO, 2000).

Compreendendo a implementação como um momento de intensa negociação, cabe reiterar variáveis relevantes do contexto brasileiro, apontadas na seção anterior (GIOVANNI, 2000). No Brasil as políticas e programas públicos tendem a ser operacionalizados através da integração de vários níveis de governo, pressupondo a relação entre os atores situados em posições distintas – os formuladores e os atores encarregados da execução. Assim, uma estrutura de incentivos que promova arranjos cooperativos entre os atores se torna uma tarefa relevante para a sustentação de uma política. Esta, por sua vez, reflete o desenho das políticas públicas, podendo gerar incentivos, condicionar a participação de atores na implementação e impactar os processos decisórios (ARRETCHÉ, 2003; ARRETCHÉ, 2004; GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Estudos de casos brasileiros têm sido elucidativos de que a descentralização e a centralização decisória podem emergir como alternativas articuladas e conjugadas para o alcance de maior efetividade das intervenções. Há políticas e programas com implementações bem sucedidas que têm combinado mecanismos de indução advindos dos órgãos centrais com a autonomia e responsabilidade dos órgãos descentralizados (NEVES; HELAL, 2007; SILVA, 1999). Isto se expressa na relevância dos atores locais para se garantir a capilaridade e a legitimidade de políticas públicas, bem como na importância dos demais níveis governamentais enquanto indutores da ação no nível local.

Entre as implicações disso para a análise de políticas públicas, destaca-se a opção por modelos multicausais, que não avaliam a implementação das políticas a partir de uma única instância decisória. Tais modelos não enfocam somente a rede de relações e a autorregulação, como no modelo “*bottom-up*”, nem exclusivamente os acontecimentos do nível central e o controle estatal, como no modelo “*top-down*” (SILVA, 1999; VIANA; BAPTISTA, 2010).

Com isso, torna-se empiricamente mais consistente não só compreender as redes de implementação que operam em uma política, entendendo quais são os atores e como interagem, mas também elucidar o impacto do desenho das políticas nacionais na implementação da política em nível municipal (SILVA; MELO, 2000; VIANA; BAPTISTA, 2010).

As considerações apontadas neste capítulo, primeiramente acerca da autonomia dos governos locais nas políticas brasileiras e posteriormente sobre a perspectiva de avaliação das políticas públicas, parecem-nos relevantes para abordar a questão da implementação das políticas de álcool e drogas da SENAD e do Ministério da Saúde em nível municipal. Visou-se a fazer menção, respectivamente, ao macroprocesso político em que elas estão inseridas e à adoção de uma perspectiva de análise que entenda não exclusivamente o “local” ou o “global”, mas a relação entre eles (HOWLETT; RAMESH, 1995).

3 OBJETIVOS DA PESQUISA

3.1 Objetivo Geral

Este estudo objetivou avaliar a implementação das políticas da SENAD e do Ministério da Saúde em nível municipal.

3.2 Objetivos Específicos

- Compreender as concepções dos atores locais sobre o uso de álcool e outras drogas.
- Identificar as ações implantadas em relação ao uso de álcool e outras drogas.
- Identificar os atores envolvidos e quais as formas de interação entre eles.
- Avaliar o impacto das políticas nacionais sobre o uso de álcool e outras drogas na implementação das políticas no âmbito municipal.

4. METODOLOGIA

4.1 Enfoque teórico-metodológico

O enfoque teórico adotado utiliza-se do modelo do “*policy cycle*”, sublinhando o caráter deste modelo como instrumento para se compreender que o “*policy learning*” encontra-se em todas as fases de uma política, e não no sentido de se conceber a implementação como passos subsequentes e ideais (SILVA; MELO, 2000). Busca-se compreender os atores envolvidos na construção prática das políticas, levando-se também em consideração os mecanismos de indução das políticas nacionais sobre álcool e outras drogas. Portanto, a perspectiva adotada é a de que as abordagens “*bottom-up*” e “*top-down*” podem ser conjugadas para se ter uma compreensão mais ampla do objeto de estudo (HOWLETT; RAMESH, 1995).

É realizada uma descrição das ações implementadas nos municípios em relação ao uso de álcool e outras drogas, com proposições explicativas que podem ser sintetizadas em dois pontos principais:

- (1) Analisa a implementação das políticas de álcool e outras drogas em nível municipal a partir da ação de seus “implementadores”, identificando quais atores atuam e as formas de relação entre eles.
- (2) Analisa a implementação das políticas de álcool e outras drogas em nível municipal a partir o impacto das políticas nacionais nas ações empreendidas, examinando os resultados alcançados e as possíveis causas associadas.

Um dos desdobramentos da opção teórico-metodológica utilizada é não dicotomizar a avaliação da implementação como uma análise dos sucessos e fracassos. Dito de outra forma, a concepção de implementação e de avaliação adotada busca compreender variáveis diversas que causam impacto na operacionalização das políticas públicas sobre álcool e outras drogas (DYE, 2007; SOUZA, 2003).

Salienta-se que as hipóteses explicativas e a perspectiva teórico-metodológica sinteticamente esquadinhadas foram gradativamente desenvolvidas através do processo de realização da pesquisa.

4.2 Contextualização acerca dos projetos de pesquisa relacionados

A execução deste estudo está associada a duas pesquisas desenvolvidas pelo Polo de Pesquisas em Psicologia Social e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora (POPSS / UFJF).

Uma destas pesquisas se refere à “*Disseminação de práticas de prevenção ao uso de álcool, outras drogas e violência doméstica em serviços de Atenção Primária à Saúde*”. Desde 2003, Ronzani et al. têm realizado estudos sobre a implementação de estratégias de prevenção ao uso de álcool e outras drogas em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), buscando promover o fortalecimento de políticas públicas locais. O cenário privilegiado desta linha de pesquisa são os municípios de pequeno porte, tendo sido realizada parceria com nove municípios nos anos anteriores.

O outro projeto de pesquisa trata-se dos “*Estudos Avaliativos das Conferências de Saúde*”, o qual procura investigar as demandas expressas nos relatórios finais das Conferências Municipais de Saúde e a sua inserção no processo de formulação e implementação das políticas locais de saúde (STRALEN, 2009). Este é um estudo multicêntrico que envolve dez estados brasileiros, desenvolvido pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. No estado de Minas Gerais, esta pesquisa é coordenada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCON) e pelo Núcleo de Psicologia Política (NPP), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sendo realizada em 12 municípios; a avaliação de quatro desses municípios foi desenvolvida em parceria com o POPSS.

Enquanto estratégia de inserção no campo de pesquisa, este estudo foi articulado com as pesquisas brevemente apresentadas, englobando o total de sete municípios.

4.3 Delineamento do Estudo

A presente pesquisa teve como delineamento o estudo de campo, tendo como enfoque a análise da implementação das políticas públicas sobre álcool e outras drogas em nível municipal. Com este delineamento, buscou-se explorar e comparar os fatores que podem impactar a implementação nas políticas públicas na área de álcool e drogas nos municípios.

O percurso desta pesquisa contemplou três desenhos investigativos (o desenho projetado, o desenho emergente e o desenho final), os quais podem ser discriminados nas

diferentes fases da pesquisa. Deste modo, buscou-se sistematizar o processo de formulação de hipóteses, que seguiram sendo reelaboradas durante todo o percurso.

A primeira fase da pesquisa consistiu na elaboração de um desenho inicial ou projetado em que havia a hipótese de que a implementação das políticas sobre álcool e outras drogas poderia ser compreendida a partir da inserção deste tema na agenda municipal de saúde, priorizando a ação dos atores governamentais. Assim, o estudo de campo poderia ser procedido nos sete municípios das pesquisas relacionadas, sendo constituído de análise documental e entrevista de atores governamentais. Quanto às entrevistas, objetivava-se entrevistar três atores da área da saúde (secretário de saúde, coordenadora do ESF⁹ e presidente do Conselho Municipal de Saúde). Foram elencados para a análise documentos da política municipal de saúde, como atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e instrumentos do planejamento municipal de saúde, viabilizados pelas pesquisas mencionadas.

Na segunda fase, depreendeu-se a necessidade de escolher entre estes municípios um estudo de campo preliminar para ser utilizado como parâmetro para o esboço da proposta investigativa, e verificar qual seria o desenho emergente a partir da realidade empírica dos municípios. Como indicado por Frey (2000), a pesquisa na área de políticas públicas aponta a relevância de que sejam realizados estudos empíricos preliminares a fim de que se possa ter uma representação modelar da realidade e com isso estabelecerem-se possíveis conjecturas explicativas.

Com isso, foi escolhido entre os municípios de pequeno porte das pesquisas mencionadas, um município para se realizar a exploração dos documentos e as entrevistas com os atores-chave definidos por amostra intencional. Verificou-se que a temática álcool e drogas não adquire visibilidade nos registros dos documentos, sobretudo nas atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, as quais foram excluídas da amostra, permanecendo somente os instrumentos de gestão. Quanto às entrevistas, foram entrevistados o secretário municipal de saúde, o coordenador da ESF e o Presidente do Conselho Municipal de Saúde, os quais, em linhas gerais, apontaram a ausência de ações implementadas ou referiram à importância de se ter acesso a atores voluntários para se compreenderem as ações desenvolvidas no âmbito local. Com relação aos atores voluntários, os entrevistados se referiam a informantes ligados a organizações não governamentais (como no caso das comunidades terapêuticas, que em geral possuem vinculação religiosa) ou atores

⁹ Estratégia de Saúde da Família.

ligados a instituições religiosas e que voluntariamente atendem os usuários em ambulatórios localizados nas próprias igrejas.

O estudo de campo preliminar possibilitou a redefinição do plano amostral tanto no que tange às entrevistas como em relação aos documentos. Reformulou-se a hipótese, destacando a investigação das políticas sobre álcool e drogas a partir de diferentes perspectivas. Baseou-se não só na política oficial e dos atores governamentais indicados no desenho projetado na primeira fase, mas também na identificação das possíveis redes de atores locais e ações voluntárias. O desenho emergente repercutiu na ampliação da variedade de atores sociais entrevistados, uma vez que o delineamento adquiriu maior flexibilidade para a inclusão de outros atores-chave. Por conseguinte, levando em consideração a exequibilidade da pesquisa, optou-se por reduzir o número de municípios estudados. Esta pesquisa passou a objetivar o estudo de campo de três municípios sobre a implementação das políticas públicas nacionais sobre álcool e outras drogas.

Para a escolha dos municípios participantes, foi composta uma amostra intencional entre as seis possibilidades de municípios das pesquisas relacionadas. O município “A¹⁰” foi elencado por ser um município de grande porte e com maior complexidade da rede assistencial, tendo inclusive um CAPS ad implantado. Já o município “B” foi escolhido por ser o único que tem COMAD efetivado, sendo um município de pequeno porte e que possui um CAPS para atendimento a pacientes com transtornos mentais e abusadores de substâncias. E o município “C”, também de pequeno porte, foi escolhido por não atender às duas características aparentemente mais peculiares dos municípios anteriores: não possuem rede de atenção pública especializada para usuários de álcool e outras drogas, nem arenas institucionalizadas nesta temática.

Buscou-se reforçar as diferenças entre os estudos de campo analisados mediante a escolha de municípios com características heterogêneas no que tangem às ações na área de álcool e outras drogas. Tais características representam diferentes possibilidades de configuração da rede assistencial nesta área e da abertura de canais de gestão participativa nesta temática. Tomadas em conjunto, as distinções entre estes municípios refletem condicionantes comuns à implementação das políticas públicas sobre álcool e drogas em outros municípios brasileiros. Por isso, ainda que não se possam gerar dados universais, ao

¹⁰ Por razões éticas, optou-se por não identificar o nome dos municípios, o que comprometeria o sigilo pactuado com os atores-chave participantes do presente estudo.

se investigarem estes estudos de campo múltiplos visou-se à obtenção de uma diversidade de achados que possam subsidiar a discussão da implementação das políticas públicas sobre álcool e drogas também em outros municípios.

Finalmente, na terceira fase da pesquisa, executou-se o desenho emergente a partir do estudo de campo preliminar. Esta fase fez a complementação da coleta de dados dos municípios elencados e a análise dos mesmos. Embora esta etapa tenha consistido em uma investigação sistemática e planejada, cabe destacar que o desenho esboçado foi flexível às peculiaridades dos estudos de campo, conforme poderá ser verificado na apresentação do desenho final de cada município na seção de resultados. A título de exemplificação da flexibilidade deste desenho, salienta-se a inclusão na agenda de pesquisa de observações de duas reuniões do COMAD, no município B.

Reitera-se ainda a interdependência entre o enfoque teórico e o delineamento da pesquisa, uma vez que este foi construído a partir de estratégias consideradas adequadas para o modelo teórico em que se baseia; e simultaneamente a pesquisa de campo contribuiu para o processo de redefinição da principal perspectiva teórica vinculada a este estudo. A seguir, foram explicitadas especificidades das técnicas empregadas, e as atividades que possibilitaram o conhecimento do objeto estudado.

4.4 Plano Amostral

O primeiro critério utilizado para compor o plano amostral foi a seleção dos participantes por amostragem intencional, que foram propositalmente escolhidos com base na qualidade das informações que poderiam ser obtidas deles (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Devido à forte intersetorialidade das políticas nacionais sobre álcool e outras drogas com o setor de saúde, participaram da amostra intencional o secretário municipal de saúde, o coordenador da ESF e o presidente do Conselho Municipal de Saúde.

Posteriormente, tendo como marco a realização de entrevista com estes atores, os demais atores-chave em cada município foram identificados por meio da técnica de bola-de-neve (*snowball*), em que os primeiros entrevistados indicam outros (NAVARRETE et al., 2009). O critério de inclusão-exclusão da análise das entrevistas dos atores foi a institucionalização das ações desenvolvidas na área de álcool e outras drogas como em comunidades terapêuticas e ambulatórios vinculados a instituições religiosas. Foram

excluídos aqueles atores que participam de atividades voluntárias mais pontuais, como, por exemplo, os programas de voluntariado educativo em escolas e grupos de ajuda mútua.

No total foram realizadas 25 entrevistas; dessas três fizeram parte do estudo de campo preliminar e três não corresponderam ao critério de inclusão. Portanto, analisaram-se 19 entrevistas nas quais foram entrevistados cinco atores não governamentais, três gestores, três coordenadores da ESF, três presidentes do Conselho Municipal de Saúde, duas coordenadoras de CAPS, duas assistentes sociais e o presidente do COMAD. As especificidades da cadeia de indicação das entrevistas em cada município foram abordadas na seção dos resultados.

O plano amostral para a análise dos documentos também seguiu a mesma lógica da estratégia de amostragem das entrevistas. Por amostra intencional, buscou-se ter acesso aos instrumentos de gestão mais recentes (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Gestão e Relatório Anual de Gestão). Através da indicação dos atores entrevistados, foram acrescentados documentos específicos em cada estudo de campo, como o relatório da Conferência de Saúde Mental (Município A) e a lei de criação do COMAD (Município B).

Vale destacar, contudo, que parte dos documentos inicialmente solicitados não foram encontrados nos municípios, refletindo o baixo grau de institucionalização dos instrumentos de gestão, também verificado em outros municípios (VILASBOAS; PAIM, 2008).

4.5 Instrumentos

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, e sendo assim, um dos instrumentos utilizados para a coleta de dados foi o roteiro de entrevista. O roteiro inicial foi testado no estudo de campo preliminar; sendo ele reformulado, originou-se o roteiro apresentado no anexo 01.

Em linhas gerais, é possível dividir o roteiro em quatro eixos ou domínios, que posteriormente se tornaram as unidades de análise para a avaliação dos resultados. Tendo em vista os objetivos deste estudo, os domínios foram identificados como sendo: (1) Concepções sobre o uso de álcool e outras drogas; (2) Ações desenvolvidas no município; (3) Interação entre os atores locais; (4) Políticas públicas sobre álcool e outras drogas. Além disso, foram levantados os dados sociodemográficos de todos os atores. No caso de atores que ocupavam a função de coordenadores de serviços especializados, foram levantadas também informações sobre essas instituições para atendimentos aos usuários de álcool e outras drogas.

Destaca-se que os domínios acima referidos constituem os macrotemas que se objetivaram investigar com os entrevistados; as perguntas que compuseram cada domínio foram flexibilizadas com o decorrer das entrevistas.

Um segundo instrumento utilizado para coletar dados foi o registro de campo. Neste, foram registradas observações acerca das entrevistas e do processo do desenvolvimento da pesquisa, as quais geraram relatórios sobre as impressões preliminares de cada município.

4.6 Análise de Dados

Primeiramente, foi realizada uma exploração preliminar dos documentos e dos relatórios para se facilitar a compreensão do contexto de cada município. Todas as entrevistas foram gravadas em mídia eletrônica para posterior transcrição e organização dos dados. A análise das entrevistas foi baseada na técnica análise de conteúdo, do tipo estrutural e temática, seguindo as etapas e procedimentos propostos por Bardin (1977).

Na primeira etapa, a de organização dos dados, todas as entrevistas foram lidas e foram formuladas as primeiras proposições sobre cada estudo de campo, bem como identificados possíveis pontos de convergência entre os atores em geral. Após leitura exaustiva das entrevistas, estabeleceram-se diferentes conjuntos de amostra a serem analisadas, os quais corresponderam aos quatro domínios do roteiro. Entre as principais implicações desta etapa no que concerne à estruturação da análise, está a observação de que as respostas do primeiro domínio, quanto às concepções dos entrevistados sobre o uso de álcool e drogas, não divergiam entre os estudos de campo.

A partir deste processo de exploração do material, foram definidas temáticas para aprofundamento de estudo, consideradas relevantes tendo em vista os achados que pareciam reincidir nos dados. Além de temas transversais a todos os estudos de campo, podem-se exemplificar temas específicos como os CAPS ad, no município A, os COMAD no município B, e a relação entre o setor de saúde e o setor de assistência social, no que se refere ao município C. Com isso, estabeleceram-se os primeiros esquemas explicativos, para que pudessem ser refutados e aprimorados no decorrer do processo.

Na segunda etapa, iniciou-se a codificação do material. A unidade de registro definida para a codificação foi o tema, que, conforme apontado por Bardin (1977), é uma unidade que corresponde a uma “*regra de recorte de sentido e não da forma*”. Como unidade de contexto para os referidos temas, foram definidos os domínios do roteiro. Já em relação às regras de

enumeração das unidades de registro, optou-se pela medida frequencial simples, sendo a regularidade quantitativa da aparição dos temas aquilo que se considerou como mais significativo.

Inicialmente, este trabalho de codificação foi realizado somente com metade das entrevistas, para que pudesse ser realizado um primeiro esforço de categorização. Com esta primeira versão preliminar da análise, foi possível reavaliar as codificações e possíveis categorias que englobariam as mesmas, providenciando as modificações necessárias na construção das unidades de registro. Após esta versão de teste das categorias, retornou-se à codificação para completar o trabalho.

Na terceira etapa, a categorização foi procedida com base em critério semântico, coadunando com o critério que embasa a opção pela análise temática, sendo os elementos agrupados em função de compartilharem significados semelhantes. Ressalta-se que as categorias mais frequentes nas falas dos atores receberam subcategorias. Além disso, nesta etapa final da análise de dados, foi utilizado software para dar suporte à organização dos dados (Atlas.ti). Ainda nesta etapa recorreu-se novamente aos documentos, verificando a possibilidade de reafirmar a confiabilidade dos dados analisados nas entrevistas. Destaca-se que os documentos foram consultados enquanto fonte complementar de dados, para compreender os principais achados das entrevistas. Embora relevantes, os documentos cumprem uma função secundária neste estudo.

Na quarta etapa, os resultados foram interpretados e os dados foram narrados. De um modo geral, a organização dos resultados foi embasada pelo sistema de categorias construído ao longo da análise. A despeito da riqueza das fontes de dados, como se trata de uma análise com contagem frequencial, o norteamento da apresentação dos resultados privilegiou as categorias mais constantemente identificadas nas entrevistas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Concepções sobre o uso de álcool e outras drogas

Considerando todas as dezenove entrevistas, a substância mais frequentemente discutida pelos entrevistados foi o álcool, exemplificado com maior frequência nas entrevistas dos atores não governamentais, sendo o crack a segunda substância mais enfatizada. Quanto ao padrão de uso, a maior parte dos entrevistados enfocou a dependência e, em menor frequência, foram identificados alusões a padrões de consumo que podem ser classificados como uso abusivo.

Cabe sublinhar a forte ênfase dos entrevistados no crack. Embora ainda não se tenham disponíveis estudos sobre a prevalência de dependentes de crack no Brasil, estudos revelaram as novas formas de comercialização desta substância, o que tem levado ao menor preço e à maior oferta da droga, possivelmente repercutindo no aumento do uso (KESSLER; PECHANSKY, 2008; OLIVEIRA; NAPPO, 2008). Além disso, hipoteticamente considera-se que dois outros fatores podem contribuir para a maior visibilidade de danos causados pelo crack: a constatação da dificuldade de a rede pública oferecer a estrutura de atendimento que os usuários desta substância necessitam (CARVALHO, 2008; KESSLER; PECHANSKY, 2008) e a abordagem alarmista que a mídia tradicionalmente confere às drogas ilícitas (FRASER; MOOREB, 2007; JONES; HALL; COLLIN, 2008).

Como forma de se identificar qual a concepção dos atores-chave em relação ao uso de álcool e outras drogas, nas tabelas a seguir foram apresentadas as principais categorias apontadas na análise sobre as causas do uso indevido de uso de álcool e outras drogas, bem como as possíveis soluções.

Tabela 01 – Fatores Associados ao Uso de Álcool e outras Drogas.

Categorias mais utilizadas	Total
Ênfase no suporte familiar	18
Aprendizagem social	6
Aspectos psicodinâmicos individuais	5
Falta de ocupação	5
Influência da mídia	3
Hereditariedade	3
Falta de suporte espiritual	3
Fatores socioeconômicos	3
Disponibilidade da substância	3

Observa-se que há um considerável destaque para a falta de suporte familiar como um fator de risco. Também em relação aos danos causados pelas substâncias de abuso, a categoria “afetar a família” foi a que apresentou maior frequência, seguida da categoria violência. Assim, há uma dupla ênfase na família, ora como sendo um fator que predispõe ao uso, ora como o principal alvo das consequências do uso indevido de substâncias.

Outro aspecto relevante é que a categoria “falta de ocupação” foi identificada exclusivamente nas entrevistas dos coordenadores da ESF dos municípios de pequeno porte. Isto reflete o modelo moral de concepção do uso de álcool e outras drogas, que centra no usuário a responsabilidade pelo desenvolvimento do problema, acreditando que ele apenas tem falta de motivação apropriada para interromper o consumo (PALM, 2006). Entre as implicações das concepções relacionadas ao modelo moral, encontra-se a dificuldade de engajamento dos profissionais em práticas voltadas para esta população (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009; RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009).

Em linhas gerais, a maior parte dos fatores discutidos enfoca aspectos ambientalistas como condicionantes do uso de substâncias, seja em relação à aprendizagem social como fator de risco ao uso, seja no destaque a fatores macrossociais. Sendo assim, tomadas em conjunto, as principais causas apontadas pelos atores entrevistados refletem uma amplitude de fatores que podem levar ao uso de álcool e outras drogas.

Tabela 02 – Possíveis Soluções para o Uso Indevido de Álcool e outras Drogas.

Categorias mais utilizadas	Total
Aumentar a oferta assistencial	8
Políticas sociais	6
Oportunizar trabalho e lazer	5
Prevenção nas escolas	4
Políticas de Regulamentação	4
Conscientização	4
Fortalecimento de vínculos sociais / familiares	3
Prevenção	3
Medidas de caráter punitivo	2

Como se pode notar na tabela 02, as soluções indicadas pelos entrevistados como relevantes para responder à problemática do uso de álcool e outras drogas não se restringem a uma política setorial específica. São identificadas principalmente sugestões associadas ao campo da saúde, no que concerne à categoria “aumentar a oferta assistencial”, mas podem ser verificadas categorias que se relacionam a outros setores, como o setor de assistência social e de educação.

Ainda que não haja uma uniformidade dos entrevistados quanto às principais categorias ressaltadas, observou-se que a maior parte deles destaca um conjunto amplo de fatores, tanto no que concerne às possíveis causas, quanto em relação às possíveis soluções, refletindo o fenômeno complexo que é uso de substâncias psicoativas. Nesse sentido, questionam-se quais as implicações desta natureza multifacetada do objeto “álcool e drogas” para a implementação de políticas públicas nessa área.

Howlett e Ramesh (1995; p. 154) distinguem dimensões da natureza dos problemas, associando-as aos variados graus de dificuldade para a implementação das respectivas políticas públicas. Entre estes, sublinham-se as “causas múltiplas” implicadas em determinadas questões, assinalando que quanto maior a multiplicidade de fatores que originam os problemas, maior complexidade há na implementação das políticas públicas relacionadas.

Por conseguinte, outra dimensão relacionada à consolidação das respectivas políticas é que as soluções apontadas para tais problemas geralmente envolvem uma série de ações governamentais, haja vista a interdependência política necessária para se responder

efetivamente a um problema que é originário de causas diversas. Destaca-se ainda que determinadas políticas envolvem mudanças mais significativas de valores socioculturais, tornando-as mais desafiantes do que implementar políticas que ensejam mudanças dos os valores já instaurados.

Observa-se que as três dimensões acima destacadas (problema com causas múltiplas, problema com possíveis soluções amplas e intersetorias, e alteração de valores socioculturais) são identificadas na natureza do problema “álcool e drogas” e apontadas na análise das concepções dos entrevistados. Depreende-se que a ampla transversalidade do tema álcool e drogas tem implicações na pluralidade de atores que podem se envolver nas políticas públicas, repercutindo em distintas possibilidades de vinculação entre eles a depender do aspecto abordado. Na implementação das políticas públicas sobre álcool e outras drogas, isto repercute na constituição de diferentes grupos e interesses, tal qual será verificado na apresentação dos municípios pesquisados.

5.2 Estudos de Campo: Implementação de Políticas Públicas sobre Álcool e Outras Drogas

Conforme já mencionado, o presente estudo constitui-se de três estudos de campo, realizados em um município de grande porte e dois municípios de pequeno porte.

Cabe destacar que municípios considerados pequenos (com menos de 20 mil habitantes) concentram cerca de 20% da população brasileira. Comparativamente à população brasileira total, estes 20% concentrados nos municípios pequenos representam cerca de 47% da população rural existente no Brasil e 13% da população urbana (IBGE, 2000). Em relação aos atributos sociais da população, em termos proporcionais, os municípios pequenos concentram mais população em condição de pobreza do que os municípios maiores. Como esta população se distribui mais, posto que os municípios pequenos são mais numerosos do que os maiores, acaba ocorrendo uma dispersão desta concentração (BRASIL, 2004).

Salientam-se ainda diferenças em relação à complexidade da rede assistencial, uma vez que nos municípios grandes há maior oferta de serviços especializados, enquanto que os municípios pequenos tendem a contar principalmente com a rede de atenção básica. A despeito destes limites organizacionais dos municípios menores, há conjecturas acerca do maior potencial democrático e controle social destes municípios, uma vez que podem viabilizar maior proximidade da população com a administração pública. Por outro lado, há maior predomínio de relações políticas clientelistas influenciadas pelas famílias tradicionais e formações de oligarquias, as quais podem apresentar diferenciados graus de hegemonia, pois os municípios pequenos também diferem entre si (BLOCH; FLEURY, 1999).

Estas características, brevemente esquadrinhadas, cumprem a função de chamar a atenção para a pluralidade de variáveis que caracterizam os municípios. Conforme apontado no estudo de Lubambo (2006), isoladamente, uma única variável, seja ela relacionada à atributos econômicos ou de mobilização social, não correlaciona-se com aprovação de bom desempenho da gestão municipal. Do mesmo modo, depreende-se que as características econômicas, sociais e políticas de cada município avaliado nesta pesquisa encontram-se imbricadas, impactando a implementação das políticas públicas sobre álcool e drogas apresentadas a seguir.

5.2.1 Município A

O Município A possui população superior a 500 mil habitantes. Trata-se de um município com posição singular no estado de Minas Gerais, tanto pela sua considerável concentração populacional quanto pela sua forte presença no setor econômico, político, social e cultural. Consiste em um pólo assistencial de uma macrorregião, composta por oito microrregiões, tendo em sua abrangência a totalidade de 94 municípios (MINAS GERAIS, 2007).

Deste modo, o município A possui destaque na prestação de serviços de saúde na região, exercendo atração da demanda dos municípios vizinhos em relação aos níveis de média e alta complexidade, tanto no Sistema Único de Saúde quanto na rede privada. Segundo o DATASUS (2011), os principais serviços de saúde públicos, privados e filantrópicos somam 971 estabelecimentos. Na tabela abaixo foram discriminados os que incluem atendimento aos usuários de álcool e outras drogas.

Tabela 03 – Rede assistencial para usuários de álcool e outras drogas no município A.

Estabelecimentos de Saúde	Público	Privado	Filantrópico	Total
Hospital Geral	3	6	3	12
Hospital Psiquiátrico	-	3	-	3
Hospital Dia	-	2	-	2
Posto de Saúde	12	-	-	12
Unidade Básica de Saúde (UBS)	49	-	-	49
CAPS ad	1	-	-	1
Comunidades Terapêuticas		-	5	5
Total	65	11	8	84

Fonte: DATASUS (2011) e SENAD (2007).

Como mostra a tabela acima, neste município, a rede assistencial para os usuários de álcool e drogas abrange dispositivos de APS, serviços hospitalares e seis serviços de atenção

especializada aos usuários. Entre estes, um deles é público – o CAPS ad-, sendo as outras cinco instituições não governamentais e filantrópicas.

Levando em consideração a composição da rede assistencial do município A, avaliou-se como relevante selecionar atores não governamentais para participarem deste estudo. A estratégia adotada para incluí-los na amostra foi solicitar uma indicação a partir dos atores governamentais, os quais eram os informantes-chave que já estavam previamente definidos. Com isso, a primeira entrevistada, a coordenadora¹¹ do CAPS ad, indicou que fossem entrevistados os coordenadores de duas comunidades terapêuticas que apresentam maior frequência de encaminhamento de seus pacientes para complementação do tratamento no respectivo serviço. Sugeriu ainda que um ator importante para compor este estudo era o coordenador do departamento de saúde mental, o qual foi indicado inclusive pela coordenadora da ESF e pela presidente do Conselho Municipal de Saúde. Foram realizadas as entrevistas com os atores recomendados, sendo que os atores não governamentais entrevistados indicaram um terceiro ator não governamental, que é ex-coordenador de uma comunidade terapêutica e que, segundo os mesmos, é uma referência local devido a sua longa experiência na área.

Destaca-se que os demais entrevistados não tiveram indicações; consideraram-se os atores selecionados representativos quanto às ações desenvolvidas no município A. Ainda assim, objetivava-se que o secretário municipal de saúde compusesse a amostra do presente estudo. Todavia, o agendamento desta entrevista foi inviabilizado devido às sucessivas postergações, e acredita-se que as dificuldades encontradas para a sua realização possivelmente estavam associadas à transição de gestão da secretaria de saúde que ocorreu no período da coleta de dados.

Portanto, foram entrevistados sete informantes-chave no município A, nomeados com a seguinte codificação: coordenador de saúde mental – A1, coordenadora de ESF – A2, presidente do Conselho Municipal de Saúde – A3, a coordenadora do CAPS ad – A4, coordenador da comunidade terapêutica 01 – A5, ex-coordenador de comunidade terapêutica – A6, coordenador da comunidade terapêutica 02 – A7. Vale destacar que a média de duração das entrevistas foi de 51 minutos, sendo a entrevista com maior duração a do coordenador de saúde mental, que durou 64 minutos, e a entrevista de menor duração a da coordenadora da ESF, que durou 40 minutos.

¹¹ O entrevistado respondia pelo cargo de coordenação do CAPS ad no período da coleta de dados, uma vez que a coordenador estava de licença. A opção por entrevistá-lo levou em consideração a trajetória de atuação do mesmo no respectivo serviço.

A partir da pré-análise das entrevistas, elencaram-se os documentos do município que poderiam compor a amostragem de dados, os quais foram selecionados porque permitiam uma compreensão retrospectiva e contextual das ações implantadas no município A. Foram consultados o Plano Municipal de Saúde (2006 – 2009), Relatórios de Gestão (2006, 2007 e 2008), Relatório da V Conferência Municipal de Saúde (2007), Relatório da IV Conferência Municipal de Saúde Mental (2010). Nas próximas seções, segue a apresentação da implementação das políticas sobre álcool e drogas no município A.

5.2.1.1 Ações Implantadas

As respostas dos entrevistados quanto às ações¹² realizadas refletiram a rede de dispositivos assistenciais do município A, incluindo menções à APS, leitos em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos, CAPS I e CAPS ad. Embora menos freqüentes, foram ainda identificadas categorias como educação em saúde nas escolas, que aparece na entrevista da coordenadora da ESF.

Considerando a alta frequência com que a categoria CAPS ad emerge nas entrevistas, bem como a relevância deste enquanto parâmetro de ação para se identificar a implantação da política de álcool e drogas do Ministério da Saúde neste município e enquanto fonte complementar de dados, foram consultados os instrumentos de gestão do município A.

Após uma análise exploratória do Plano Municipal de Saúde (2006 – 2009), observou-se que a temática álcool e drogas é abordada no tópico do departamento de saúde mental, que se encontra junto aos demais departamentos para compor o nível de atenção secundária. Ao especificar a análise deste tópico, foi possível verificar que o planejamento da gestão neste período teve como enfoque a reelaboração do modelo assistencial de saúde mental do município, a fim de mudar a lógica hospitalocêntrica.

O núcleo assistencial que originou o CAPS ad, inaugurado em 2007, foi um serviço ambulatorial para usuários de álcool e drogas. Segundo o Planejamento Municipal de Saúde de 2006 – 2009, este serviço ambulatorial que originou o CAPS ad apresentava problemas de articulação com a rede assistencial, com destaque para a APS, serviços de assistência social e

¹² Foram mencionados ainda como ações desenvolvidas no âmbito local os grupos de ajuda mútua, com ênfase nos alcoólicos anônimos. Estes são grupos que têm como único requisito a participação e o desejo de não consumir as substâncias de abuso, sendo baseados no apoio mútuo dos parceiros que se encontram na mesma condição (Burns e Filho, 2006). Deste modo, como não almejam uma atuação no campo político, eles não foram considerados no presente estudo.

hospitais. Além disso, havia uma escassez de recursos humanos, com necessidade de capacitação, tanto para os especialistas que atuavam no referido modelo ambulatorial quanto para os profissionais da APS, a fim de que estes pudessem oferecer suporte aos usuários de álcool e outras drogas.

Na análise das entrevistas, observou-se que obstáculos comuns ao modelo ambulatorial da rede de saúde mental do município, de acordo com o diagnóstico do plano municipal em 2006, continuaram sendo apontados no modelo CAPS. Na tabela 04, apresenta-se a categorização dos obstáculos associados ao CAPS ad, de acordo com a análise das entrevistas.

Tabela 04 – Obstáculos associados ao CAPS ad do município A.

Categorias mais utilizadas	Frequência por Entrevistado							Total
	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	A7	
Articulação com a rede								
APS	-	1	1	2	-	-	-	4
Hospitais Gerais	-	-	-	1	-	-	-	1
Hospitais Psiquiátricos	-	-	-	1	-	-	-	1
Serviços de Pronto Socorro	-	-	-	1	-	-	-	1
CAPS I	-	-	-	1	-	-	-	1
Serviços de Assistência Social	-	-	1	2	-	-	-	3
Comunidades Terapêuticas	-	-	-	-	1	1	-	2
Estrutura interna do serviço								
Escassez de recursos humanos	-	1	-	1	-	-	-	2
Falta de recursos materiais	-	-	-	1	-	-	-	1
Falta de medicamentos	-	-	-	1	-	-	-	1
Alta demanda	-	1	1	1	2	1	1	7
Efetividade do tratamento ofertado	-	-	-	-	2	1	1	4
Matriciamento da APS	-	-	-	2	-	-	-	2
Relação com o departamento	-	-	-	1	-	-	-	1

Excetuando-se a entrevista do gestor de saúde mental, que não aponta obstáculos para o CAPS ad e sim o identifica como ordenador da rede hospitalar, a dificuldade do mesmo na articulação com a rede em geral, bem como a insuficiência deste serviço para abarcar a demanda de usuários de álcool e drogas, foi identificada em todas as entrevistas. Estes foram os obstáculos que apresentaram maior freqüência, tal qual verificado na tabela 04.

Ao apontarem o baixo potencial de atendimento do CAPS ad, os atores não governamentais questionaram a sua efetividade enquanto modalidade assistencial para os usuários de álcool e outras drogas; destacam que o tratamento se restringe à desintoxicação, sendo este o primeiro e muitas vezes o único passo na rotina institucional:

Se você quer tratar o dependente de crack no CAPS, ele não consegue. Eu estou cansado de ver isso aqui: “ah, o meu filho poderia ir no CAPS e ele não consegue, não se adaptou, foi, voltou, parou e foi desligado do programa” (...) Porque às vezes a pessoa sai da comunidade terapêutica e não tem um ponto de apoio. Não tem uma sequência às vezes o tratamento. **Então o CAPS ele poderia ser um prolongamento do tratamento e não o tratamento.** Seria uma sequência (Coordenador de Comunidade Terapêutica – A5).

Embora haja convergência entre tais considerações sobre a efetividade do CAPS e a literatura, (PEREIRA, 2009; CREMESP, 2010), os atores não governamentais parecem avalizar que o papel dele se restrinja à função ambulatorial, indo de encontro ao proposto pela política do Ministério da Saúde. Destaca-se que, quanto aos critérios básicos para a avaliação da qualidade da prestação de serviços para usuários de álcool e drogas (OPAS / CICAD, 2000), também podem ser verificadas limitações na modalidade assistencial destas instituições não governamentais, como, por exemplo, o não oferecimento de tratamento profissional especializado e a ênfase no modelo moral, aspectos em que freqüentemente se encontram falhas (RAUPP; SAPIRO, 2008; JESUS; REZENDE, 2008). Assim, é possível depreender que, ao discutirem a alta demanda de atendimentos dos CAPS ad, os atores não governamentais buscam garantir a sua posição hegemônica em relação à efetividade do tratamento ofertado. Para eles as atividades do CAPS devem estar circunscritas ao ambulatório. Com isso fica suprida a deficiência dessas instituições no que tange ao atendimento médico.

Na perspectiva da coordenadora do CAPS ad, a sobrecarga de demanda é discutida levando em consideração, sobretudo, a dificuldade de articulação com a rede, incluindo desde dispositivos hospitalares e APS a serviços relacionados ao suporte socioassistencial. Em um estudo sobre a caracterização dos pacientes de um Serviço de Emergência Psiquiátrica em

Hospital Geral, verificou-se que a maior parte da demanda está associada a abuso de álcool e que a APS vem correspondendo a menos de 10% da demanda de encaminhamentos de hospitais, enquanto deveriam ser o local privilegiado de acolhimento (SOUZA; SILVA; OLIVEIRA, 2010). A articulação com a APS é apontada como sendo o principal fator que contribui para a dificuldade de absorção da demanda:

As Unidades de Atenção Primária, elas têm uma resistência em lidar com esse paciente usuário de álcool e drogas (...). Não tem preparo, e a gente não está tendo condição de dar um suporte a estas unidades (...). Então eu penso que esta coisa da Unidade de Atenção Primária, seria o maior dificultador, de articular com eles como a gente gostaria e precisaria deles para referenciar os pacientes para lá (...). Aí a gente fica muito cheio, muito sobrecarregado (Coordenadora do CAPS ad – A4).

Já a coordenadora da ESF vincula esta problemática da alta demanda ao comprometimento da articulação de toda rede de serviços, conforme ilustrado no fragmento abaixo:

Está tendo falta de profissionais em toda a rede de saúde. Em todas as esferas a gente está com problema de profissional, principalmente médico, e então está difícil este agendamento, está ficando muito complicado (...) e a gente tem uma demanda muito grande de pessoas necessitando de tratamento (Coordenadora da ESF – A2).

Verifica-se que a tônica destes atores está nos encaminhamentos; estão voltados para o conjunto de circunstâncias que inviabilizam a entrada do usuário na rede de serviços em seus diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento, ou seja, o que se discute é a dificuldade de se obter o tratamento desejado. A vinculação entre estas instâncias para o cuidado compartilhado, a qual poderia se operacionalizar através de um apoio matricial da saúde mental acompanhando sistematicamente a APS, surge obstaculizada.

Na unidade de contexto em que as categorias supramencionadas emergem, com exceção dos atores não governamentais, os entrevistados discutem a previsão do atual planejamento em saúde de continuar aumentando a capacidade instalada no município A. Foi apontada principalmente a construção de um novo CAPS ad no município. Foram ainda identificadas categorias como aumentos do número de leitos em hospitais gerais, a implantação de “consultórios de rua”, de um CAPS II, de um CAPS III e a realização de capacitações para a APS. Em termos freqüenciais, há uma ênfase na construção de dispositivos assistenciais, conforme ilustrado no fragmento abaixo:

O primeiro CAPS III do município, devemos inaugurará-lo agora março de 2011, uma **obra absolutamente generosa, grande, bonita**, e que vai atender muito bem a população, muito bem os usuários de saúde mental (Coordenador de Saúde Mental – A1).

A fim de elucidar a dinâmica da gestão municipal em relação às ações implantadas, considerou-se pertinente uma análise retrospectiva dos relatórios de gestão. Refletindo uma decomposição das metas do plano municipal de saúde de 2006, abaixo são apresentadas as metas do relatório de gestão dos anos consecutivos.

Tabela 05 – Relatórios de Gestão de A (2006 – 2008).

Relatório	Metas Atingidas	Metas Não Atingidas*
2006	CAPS IJ / Centro de Referência Capacitação na Atenção Básica	CAPS II / CAPS ad / Residências Terapêuticas
2007	CAPS ad	Residências Terapêuticas Capacitação para a Saúde Mental
2008	Implantar CAPS UFJF Leitos em Hospital Geral Supervisão para a Saúde Mental	Residências Terapêuticas Capacitação para a Saúde Mental

* Metas com menos de 50% de alcance foram classificadas como não atingidas.

Tendo em vista as fórmulas de cálculo das metas dos respectivos relatórios, é notável que o principal indicador da implementação das políticas de saúde mental e, por conseguinte, da política de álcool e drogas do ministério da saúde é a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos e o aumento da malha assistencial. Assim, a despeito do diagnóstico apresentado no plano municipal de saúde de 2006 também ter evidenciado obstáculos relacionados à articulação da rede de serviços, nos relatórios denota-se que foi priorizada a implantação de dispositivos. Este enfoque também pode ser encontrado nas entrevistas, uma vez que ressentente-se também a pouca problematização dos entrevistados quanto ao seu ponto de inserção na rede de atendimento.

Depreende-se que estes principais achados dos documentos e das entrevistas, quanto à priorização da implantação de serviços, podem corresponder a uma deficiência na rede

assistencial do município A, tanto em relação a profissionais como em relação a equipamentos, refletindo a pouca disponibilidade de recursos para a área de álcool e drogas, também encontrada em outros municípios brasileiros (KESSLER; PECHANSKY, 2008; PEREIRA, 2009). A abrangência populacional do município A ratifica a instalação de um CAPS III e também de um novo CAPS ad, conforme previsto pela portaria GM / MS nº 336 / 2002. Vale ressaltar ainda que, na política de saúde mental, a instalação de novos dispositivos também corresponde à reinserção dos pacientes antes asilados em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2001). Em última instância, a despeito das justificativas para este caso, a expansão da oferta de serviços é uma forma de agradar aos eleitores (ARRETCHÉ, 2003), sendo uma exemplificação da vinculação “policy” e “politics”.

Contudo, se a priorização de aspectos estruturais da rede, com a implantação de serviços, é uma medida relevante para o equacionamento da demanda para o CAPS ad, somente regulamentá-los não corresponde a uma alternativa satisfatória para promover a integralidade do cuidado. É necessário investir também em aspectos conjunturais da rede, a fim de que se possa promover uma assistência integrada e que desconstrua a lógica pontual do referenciamento / contra-referenciamento (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Os CAPS foram pensados para serem protagonistas no processo de reforma psiquiátrica, para substituir um modelo assistencial (Brasil, 2004), e não para oferecer dispositivos de centralização da demanda antes alocada em hospitais psiquiátricos. O pouco investimento em estratégias que atuem na articulação da rede, contrariamente, parece mais coadunar com a atual situação de insulamento dos CAPS ad e com a identificação dos mesmos como ambulatórios, o que de certa maneira os aproxima do paradigma psiquiátrico anteriormente vigente. Isto implica na não implementação dos pressupostos das políticas de álcool e drogas, no que concerne à distribuição da oferta assistencial ao longo de um continuum de cuidados.

Tais achados ratificam o que tem sido apontado pela literatura (CREMPESP, 2010; MORAES, 2008), haja vista as dificuldades discutidas para os CAPS atuarem enquanto ordenadores da assistência, bem como a deficiência de componentes relacionados à sua estrutura interna, que comprometem sobremaneira o seu funcionamento, conforme verificado na tabela 04. Tem-se questionado a efetividade do CAPS ad, seja no cumprimento de suas atribuições fundamentais enquanto dispositivo para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, seja no seu papel de reversão do modelo assistencial.

Considera-se relevante compreender que os obstáculos para a atenção integral também refletem dificuldades encontradas na organização dos serviços e na implementação das políticas de saúde de uma forma geral (SPEDO, 2009) e que reproduzem entraves comuns a diferentes níveis do sistema de saúde (BITTENCOURT; HORTALE, 2007; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Portanto, é importante não atribuir significado exclusivo ao modelo CAPS enquanto elemento único deste processo (MERCIER, 1990 apud ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2005), mas considerar relevante a complexidade da realidade.

Nas próximas seções buscou-se investigar como a interlocução entre os atores locais tem contribuído para que as ações implementadas tenham este norteamento e compreender quais as possíveis implicações disso para a implementação das políticas públicas sobre álcool e outras drogas neste município.

5.2.1.2 Interação entre os atores locais

Para entender como as relações entre os atores são organizadas no município A, na tabela 06 foi evidenciada a categorização das principais arenas e rotinas do processo decisório, apontada pelos entrevistados.

Tabela 06 – Mecanismos de decisão no município A.

Categorias mais utilizadas	Frequência por Entrevistado							Total
	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	A7	
Fóruns Permanentes								
Implementar COMAD	1	-	1	1	1	1	1	6
Comissão de Saúde Mental	1	-	1	-	-	-	-	2
Fóruns Episódicos								
Conferência de Saúde Mental	3	-	1	1	-	-	-	5
Conferência Municipal de Saúde	-	-	1	-	-	-	-	1
Formação da Agenda								
Instrumentos de Gestão Participativa	1	-	1	-	-	-	-	2
Decisões Normativas ou Protocolares	-	1	-	-	-	-	-	1
Distanciamento entre Atores	-	-	-	-	2	3	2	7

Observa-se que, na perspectiva dos atores não governamentais, o COMAD é vislumbrado enquanto arena que possa promover um vínculo participativo com o poder público e viabilizar o reconhecimento do papel desempenhado por estas entidades e de suas necessidades, sobretudo financeiras. Conforme exemplificado no fragmento abaixo, há um distanciamento entre estes atores e o poder público municipal:

Não há uma boa vontade do poder executivo em criar o COMAD (...). O governo municipal, ele entra nas instituições só para nos cobrar, nunca como uma mão amiga, ele tá sempre cobrando: “porque o documento tá atrasado, porque não fizeram esta adaptação” (...). **Não existe comunicação** nem entre instituição e instituição e nem entre instituição e governo. Essa é a verdade (Ex-Coordenador de Comunidade Terapêutica – A6).

Esta forma de relacionamento dos atores não governamentais com o poder público, conforme apontado por Teixeira (2002), caracteriza-se por ser permeada por cobranças ou relações burocratizadas, tendo como principais implicações a assimetria das relações de poder e o enfraquecimento político dos atores não governamentais. Como forma de fortalecimento político, a formação em redes tem sido uma tendência para favorecer a construção de uma reciprocidade entre atores, fomentando vínculos e compromissos políticos (SILVA, 2002). Os espaços criados pelos diferentes conselhos, apesar dos obstáculos encontrados, têm

possibilitado aos atores não governamentais um fortalecimento enquanto atores políticos, sendo apontados como formas de abertura por parte de alguns governos, especialmente no nível municipal (TEIXEIRA, 2002).

No entanto, não foram identificadas neste município redes locais que possibilitessem a interlocução entre os atores não governamentais. Além disso, tais atores parecem não ter inserção nas arenas políticas do município, depositando na implementação do COMAD a criação de um canal que viabilize a expressão política. Ambos os fatores podem ser elucidativos do distanciamento entre estes atores, apontado nas entrevistas.

Conforme apontado na tabela 06, as demais arenas não foram mencionadas pelos atores não governamentais e pela coordenadora da ESF. Para esta última, o principal aspecto que influencia as ações realizadas na ESF é a necessidade de se cumprirem metas pré-estabelecidas pelos níveis governamentais superiores, coincidindo com outros relatos, nos quais se aponta que na APS há uma primazia das ações obrigatórias na tomada de decisão (CALHÃO, 2008; MONROE, 2007).

Para os demais atores, as principais arenas do município A para se discutirem as ações em álcool e drogas são a Comissão Permanente de Saúde Mental e a Conferência Municipal de Saúde Mental, sendo a implementação do COMAD identificada como uma deliberação desta conferência. A IV Conferência Municipal de Saúde Mental do município A ocorreu em abril de 2010, e o relatório final apresentou 43 propostas. A partir da categorização deste relatório, verificou-se que a ênfase foi a implementação de serviços (nove propostas), a rede de atenção hospitalar (sete propostas), os mecanismos de participação social (seis propostas), recursos financeiros e materiais (quatro propostas), recursos humanos (quatro propostas), entre outras categorias com menor freqüência, como a atenção primária à saúde, ações para populações específicas e assistência farmacêutica.

No que concerne ao relatório da V Conferência Municipal de Saúde realizada em 2007, destaca-se que, entre as 96 propostas, uma delas se relaciona aos usuários de álcool e outras drogas, fazendo menção ao estabelecimento de atenção integral aos usuários, porém não objetiva a implementação da proposta. Outras três propostas se referem à política de saúde mental, abarcando a política de álcool e drogas, com ênfase na desospitalização, na ampliação dos serviços de urgência e emergência, residências terapêuticas e CAPS.

Cumpre observar que tanto o Plano Municipal de Saúde (2006 – 2009) quanto o relatório da V Conferência de Saúde (2007) e da IV Conferência de Saúde Mental (2010) têm como ênfase a implantação de serviços. Conforme discutido na seção anterior, os pressupostos da política de álcool e outras drogas ficam comprometidos quando a sua

implementação apenas coloca em prática o aumento da capacidade instalada. Tal ênfase pode ser compreendida tendo em vista o contexto do município, o qual estava voltado para a reelaboração do modelo assistencial e na desospitalização dos pacientes da saúde mental.

A Comissão Permanente de Saúde Mental, uma das 43 Comissões que compõem o Conselho Municipal de Saúde, tem seis integrantes, sendo três do segmento dos usuários, e os demais do segmento dos profissionais de saúde, prestadores de serviços e governo. Ao avaliar o impacto das Conferências de Saúde no município A, estudo realizado por Stralen et al. (2010) apontou que grupos vinculados ao movimento negro, de trabalhadores e de atores ligados à política de saúde mental se sobressaem neste município enquanto grupos mais coesos, tanto pela existência de tais comissões nos conselhos quanto pela realização de conferências setoriais. Assim, o grupo da saúde mental parece adquirir visibilidade no cenário político local, conforme demonstrado:

O Conselho raramente discute álcool e drogas, **o que se discute é na comissão de saúde mental** (...). O Conselho acaba se perdendo nas discussões maiores (...). Então, na comissão de saúde mental é um tema que mais ou menos pega (...). E a comissão às vezes tem dificuldade de se reunir, para ter quórum. Agora assim, na Conferência, é onde a gente conseguiu ter um passo, assim, a gente conseguiu conversar alguma coisa. Mas é um tema que não é conversado, não é muito falado (Presidente do Conselho Municipal de Saúde – A3).

Observa-se que a saúde mental emerge enquanto catalisadora das temáticas relacionadas a álcool e outras drogas. Embora o escopo da coleta de dados do presente estudo tenha limitações para compreender o processo decisório do município A em sua unidade, sobretudo no que concerne ao poder público municipal, os dados levantados são sugestivos de que o grupo da saúde mental possivelmente sustenta uma formação político-organizacional mais centralizada. Esta formação hierárquica mais centralizada foi apontada por um dos atores governamentais, e se destaca ainda que atores importantes para a área de álcool e drogas no município, como os demais atores-chave entrevistados, não denotaram participação nas arenas em que a saúde mental parece compartilhar o seu projeto político para o município.

A literatura tem apontado que mecanismos de participação de políticas específicas têm encontrado dificuldades para transcender à política setorial, reduzindo a discussão no interior de uma única arena (LEAL, 2006; DEGENSZAJN, 2006). Obstáculo significativo para efetivar a política de saúde mental coloca-se como sendo o comprometimento, não só dos segmentos associados à saúde mental, como também dos gestores municipais (LUZIO; L'ABBATE, 2009). No caso da área de álcool e outras drogas, esta dificuldade pode estar

sendo duplamente dimensionada no município A, uma vez que há indícios de que neste município esta temática ganha capilaridade para o campo de interlocução da saúde mental, que pode se sobrepor como um segundo “filtro” para a discussão. Deste modo, álcool e outras drogas tende a ser um tema recortado do cenário político local mais amplo.

Vale salientar que não se pretende afirmar que a maior problematização do tema álcool e outras drogas junto aos Conselhos e Conferências de Saúde geral incidiria na maior efetividade da implantação das questões pertinentes a esse campo no município. Estudos têm demonstrado a baixa incorporação das deliberações destes mecanismos de participação no processo decisório, o que está associado a um conjunto complexo de questões (DAGNINO, 2002; STRALEN et al, 2006; TATAGIBA, 2002). Para além das arenas, a prática da construção cotidiana da política de saúde envolve mais do que se expressa em suas instâncias oficiais (FLEURY; OUVERNEY, 2010), não apreendidas por este estudo.

Ainda assim, a correlação de forças indicadas neste município possivelmente está entre os fatores que limitam a construção de ações em comum com a rede assistencial em geral, uma vez que o que é discutido acerca do uso de álcool e drogas demonstra-se direcionado para a saúde mental, não havendo indícios da criação de condições para que a proposta de uma política com práticas integrais seja de fato fortalecida. Isto pode ter implicações na construção coletiva da problemática do uso de álcool e outras drogas, e supostamente até na construção das respectivas práticas. No próximo item será abordado como os atores avaliam o impacto da política sobre drogas do Ministério da Saúde e da SENAD nas ações implementadas.

5.2.1.3 Implementação das Políticas de Álcool e Outras Drogas

Na unidade de contexto acerca das políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas, verificou-se que se excetuando os atores não governamentais e o gestor de saúde mental, os entrevistados mencionaram ter pouco conhecimento sobre tais políticas, e que as respostas acerca de como compreendem as mesmas foram heterogêneas. As principais categorias apontadas foram: inconsistência da implementação, ênfase na reforma psiquiátrica, distinção entre usuários e traficantes.

Ao serem questionados especificamente sobre as políticas de álcool e drogas do Ministério da Saúde e da SENAD, foi possível identificar as principais potencialidades e limitações apontadas pelos entrevistados, apresentadas a seguir:

Tabela 07 – Potencialidades e Limites das Políticas da SENAD e do Ministério da Saúde.

Categorias mais utilizadas	Frequência por Entrevistado							Total
	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	A7	
MINISTÉRIO DA SAÚDE								
Potencialidades								
Valores da política	1	1	-	1	1	1	-	5
Materiais Educativos	-	-	1	-	1	-	-	2
Limites								
Implementação dos seus pressupostos	-	-	1	-	-	1	-	2
Modelo CAPS	-	-	-	-	-	1	1	2
Obstáculos da rede assistencial	-	-	-	3	-	-	-	3
SENAD								
Potencialidades								
Cursos de Educação a Distância	-	-	1	-	-	1	-	2
Limites								
Descentralização	-	-	1	-	1	1	1	4
SUGESTÕES								
Capacitação	1	1	-	1	-	1	-	4
Implementar serviços	-	-	2	2	-	-	-	4
Implementar COMAD	-	-	1	1	1	-	1	4
Articulação com a APS	-	-	1	1	-	-	-	2
Ampliar recursos humanos e materiais	2	-	-	-	-	-	-	2

Nas seções anteriores, foi apontado que, no município A, os atores entrevistados identificam o CAPS ad como sendo o principal referencial da implantação da política de álcool e drogas, tendo-se evidenciado ainda que, dependendo da posição destes atores, diferentes considerações são atribuídas a este dispositivo. Nesta mesma direção, os atores entrevistados teceram as suas considerações sobre a implantação da política de álcool e drogas do Ministério da Saúde no município.

Uma vez que consideram este modelo assistencial ineficaz, os atores não governamentais apontaram a fragilidade do processo de implementação da política no

município. Já o gestor de saúde mental destacou os avanços da reforma psiquiátrica e, por conseguinte, a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos como sendo o indicador da implementação da política do Ministério da Saúde. A coordenadora do CAPS ad e a presidente do Conselho ressaltaram os entraves da rede para o funcionamento deste serviço e a coordenadora da ESF demonstrou-se à margem desta discussão.

Entre os atores que discutiram as potencialidades da política de álcool e drogas do Ministério da Saúde, evidenciou-se uma aprovação do avanço ideológico proporcionado por esta política, e eles ressaltaram principalmente a redução de danos para exemplificar este avanço. A coordenadora do ESF citou ainda a distinção legislativa entre traficantes e usuários, embora a instrumentalização desta decisão tenha cabido à SENAD. Salienta-se que a redução de danos está entre os pressupostos que conferem sustentabilidades aos referenciais éticos e valorativos das políticas nacionais sobre álcool e outras drogas, isto é, da abordagem desta questão enquanto um problema de saúde pública (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004). O maior grau de consenso quanto aos pressupostos que embasam uma política entre formuladores e atores que atuam na implementação é um aspecto importante para a sua efetividade (FLEURY; OUVERNEY, 2010).

Em relação à SENAD, os entrevistados relataram pouco conhecimento sobre a política proposta, sendo que três deles vincularam a sua implementação ao COMAD. Devido ao fato de ele não estar efetivado, os atores consideraram que a política proposta pela SENAD não está implantada no município. A principal potencialidade identificada pelos atores quanto às ações empreendidas pela SENAD foram os cursos de capacitação a distância, e observa-se que mesmo quando tais atores não associavam estes cursos à SENAD, entre os entrevistados apenas uma não havia participado de tais modalidades de capacitação. Abaixo, exemplificaram-se estes achados:

A SENAD é muito distante, não regionaliza o trabalho (...). **O Conselho, é que vai fazer esta política chegar** (Presidente do Conselho Municipal de Saúde – A3).

O que eu tenho a dizer da política da SENAD é isso, é **ainda um órgão distante, muito distante da comunidade** (...). Agora eu falo, eles têm um material que é ótimo, o material de capacitação deles é de excelente qualidade (Ex-Coordenador de Comunidade Terapêutica – A6).

A literatura tem destacado o déficit de formação dos profissionais de saúde para atuarem na área de álcool e outras drogas e os obstáculos advindos para o engajamento dos mesmos na assistência aos usuários (REIS; GARCIA, 2008; ROCHE; FREEMAN, 2004;

RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009). Assim, a realização de capacitações que a SENAD tem promovido corresponde a uma demanda nesta área, havendo convergência entre ela e as sugestões para a implementação das política de álcool e drogas indicadas pelos atores entrevistados. Ressalta-se, contudo, que para mudanças efetivas nas práticas dos profissionais, estudos têm apontado a necessidade de um espaço permanente de discussão, subsequente às capacitações (RONZANI et al., no prelo; SOUZA, 2010).

Como se pode notar na tabela 07, destaca-se o baixo grau de descentralização da política da SENAD como sendo uma limitação, bem como a sugestão de que os COMAD possam equilibrar as relações intergovernamentais, viabilizando a sua implementação. Deve-se considerar que a democratização do processo decisório é um dos resultados da descentralização, e que a criação de arenas institucionalizadas de participação pode incentivar os governos locais (ARRETCHE, 2003). No entanto, a maior autonomia dos governos locais não garante, por si só, maior eficiência na implementação das políticas públicas. Esta é também condicionada pelas suas regras institucionais, como mecanismos de controle e punição, e pela indução financeira do nível federal (ARRETCHE, 2003; ARRETCHE, 2004; MARQUES; MENDES, 2001).

Deste modo, um dos aspectos que limitam a implementação da política da SENAD no município A é a ausência de uma estrutura de incentivos para a sua execução, pois não foi identificada a sua integração com o nível municipal e a operacionalização dos seus objetivos, havendo uma ausência de regras e programas claros para promover a transformação das práticas técnico-assistenciais pretendidas na política formulada. Conforme apontado por Souza (2006), esta conjunção de fatores leva à falta de credibilidade de uma política e à inconsistência de sua implementação.

Cabe sublinhar o papel desempenhado pelo governo central enquanto indutor de ações no nível local para compreender também a implementação da política de álcool e drogas do Ministério da Saúde. Isto acontece porque a racionalidade subjacente no Município A demonstrou ser a da política de saúde mental, que neste município está concretizando o processo de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, que, por razões legislativas, é preciso ser cumprido) (BRASIL, 2004). Logo, sendo as portarias ministeriais um dos principais recursos que o Ministério da Saúde dispõe para influenciar a agenda dos governos locais (ARRETCHE, 2003; ARRETCHE, 2004), a política de álcool e drogas tem sido principalmente indutora da desospitalização, apresentando um frágil desenho institucional para a implementação de seus pressupostos de integralidade da atenção, tal qual foi apontado nas seções anteriores.

Em síntese, há entraves para a implantação da política de álcool e drogas do Ministério da Saúde, haja vista os obstáculos encontrados para a articulação da rede de atenção e a reversão do modelo assistencial na saúde mental em geral. A política da SENAD, por sua vez, não se apresenta operacionalizada no nível local, sendo que o COMAD é apontado como uma forma de viabilizar a sua implementação e de oportunizar o debate dos interesses dos múltiplos atores. No entanto, a estrutura decisória que conduz a implementação da política de álcool e drogas em nível municipal tem a liderança de atores da saúde mental, e as ações desenvolvidas coincidem com o que está sendo priorizado para este campo. Há uma insuficiência na construção de um patamar de diálogo, seja em relação aos outros atores, que se encontram à margem do processo, seja no que concerne à construção de ações com a própria rede assistencial.

5.2.2 Município B

O Município B é classificado como município de pequeno porte I; está situado no estado de Minas Gerais, e possui população entre 10.000 a 20.000 habitantes. Com o processo de regionalização, tornou-se sede da microrregião de saúde, abrangendo quatro municípios. Ressalta-se ainda que apresenta uma taxa de urbanização de 84,3 % e um IDH de 0,73 % (IBGE, 2010).

Segundo o DATASUS (2011), o município B encontra-se habilitado como gestão plena da atenção básica. Considerando a organização da rede assistencial, as demandas que incorrem em maior complexidade tecnológica são encaminhadas ao município de referência, que é o município A. Possui 19 estabelecimentos de saúde, dos quais os consultórios e o hospital são de prestação privada e os 15 demais estabelecimentos são da rede pública do SUS. A totalidade da rede de serviços de saúde do município B é apresentada abaixo:

Tabela 08 – Rede Assistencial de Saúde do município B.

Estabelecimentos de Saúde	Total
Centros de Saúde / UBS	05
Consultórios Isolados	03
Postos de Saúde	09
Hospital Geral	01
CAPS	01
Total	19

Fonte: DATASUS (2011)

Vale destacar que há quatro equipes de ESF atuando no município, as quais alcançam uma cobertura de atenção básica de 100%. Nesse sentido, ressalta-se a importância da APS na organização dos serviços ofertados, se configurando como principal estratégia de atenção no nível local. Outro aspecto relevante é a implantação de um CAPS I, credenciado pelo ministério da saúde desde 2005. De acordo com a portaria GM / MS nº 384 / 2005, tais modalidades de CAPS estão autorizadas a atender usuários de álcool e outras drogas quando não houver CAPS ad disponível no município.

Um segundo fator de destaque neste município é que, além de conselhos municipais na área da saúde, assistência social a criança e adolescente, segundo o OBID (2010), o município B é um dos 48 municípios de Minas Gerais a apresentarem uma arena institucionalizada de participação social na área de álcool e drogas. A implantação do COMAD no município B, conforme já apontado, foi um dos fatores que levaram a sua inclusão no presente estudo. Sendo assim, o percurso metodológico da execução da pesquisa neste município teve como uma das fontes de coleta de dados a observação de uma reunião do COMAD.

A partir do referido panorama, a amostra intencional foi composta pelo secretário municipal de saúde, coordenador da ESF, presidente do conselho municipal de saúde, coordenadora do CAPS e presidente do COMAD. Estes atores entrevistados propuseram que a secretaria de assistência social também fosse entrevistada, tendo em vista as ações desempenhadas pelo CRAS implantado no município. Em observação participante de uma reunião do COMAD, do qual todos os atores acima mencionados fazem parte, exceto o presidente do Conselho Municipal de Saúde, foram indicados dois outros atores. Um deles se tratava do ex-coordenador de comunidades terapêuticas (A6), já indicado como informante-chave no município A, e o outro foi um policial militar que desenvolvia programas educativos na área de álcool e drogas. Considerando o critério de inclusão-exclusão, ambos não foram entrevistados.

Assim, foram entrevistados seis informantes-chave, nomeados com a seguinte codificação: secretário municipal de saúde – *B1*, coordenadora de ESF – *B2*, presidente do Conselho Municipal de Saúde – *B3*, a coordenadora do CAPS – *B4*, secretária de assistência social – *B5*, presidente do COMAD – *B6*. A média de duração das entrevistas foi de 47 minutos, sendo a entrevista com maior duração a do presidente do COMAD, que durou 1 hora e 33 minutos, e a entrevista de menor duração a do secretário municipal de saúde, 21 minutos. Enquanto fontes complementares de dados, foram consultados o Plano Municipal de Saúde (2006 – 2009), o Relatório de Gestão de 2007 e a lei de criação do COMAD.

5.2.2.1 Ações Implantadas

Ao se investigar os instrumentos de gestão do município B, em termos gerais, constatou-se que a prioridade da gestão foi o apoio à reestruturação da atenção do hospital local.

Contudo, concomitantemente, a diretriz principal foi assinalada como sendo a reorientação de um modelo de saúde hospitalocêntrico e centrado na doença, para um modelo de prevenção e promoção de saúde centrada na ESF. Ao se buscar identificar as principais estratégias da gestão e metas concluídas no ano de 2007, observou-se que a ênfase das ações está no aprimoramento dos serviços que compõem a cobertura básica oferecida pelo município, evidenciando a necessidade de ampliação do atendimento prestado nos diferentes níveis e modalidades assistenciais, tais como a ESF, o hospital, o CAPS, a saúde bucal e a assistência farmacêutica.

Destaca-se que as fontes documentais disponibilizadas apresentaram-se consideravelmente limitadas, além de haver uma escassez dos demais instrumentos que compõem o planejamento em saúde. Os instrumentos encontrados são pouco precisos para uma avaliação mais acurada acerca das ações empreendidas no município, coincidindo com outros relatos (VILASBOAS; PAIM, 2008).

Nesse sentido, a observação de que o tema álcool e drogas não está inserido nestes instrumentos, embora o indicativo de que esta temática não adquire ressonância entre as principais prioridades da última gestão municipal, não deve ser compreendido unilateralmente, posto que não está claro se as ações inseridas estão embasadas em uma análise situacional da localidade. Hipoteticamente, depreende-se que as ações inseridas nestes instrumentos podem refletir a ênfase da gestão na ampliação da malha assistencial, a qual por vezes encontra-se associada aos municípios de pequeno porte haja vista a carência de recursos infraestruturais que caracteriza parte significativa dos municípios brasileiros.

No tocante às entrevistas, foram verificados dois fatores centrais: (1) a necessidade de medidas socioassistenciais vinculadas à abordagem do uso de álcool e outras drogas; (2) a oferta assistencial do CAPS.

A seguir são apresentadas as principais categorias da análise das entrevistas sobre ações desenvolvidas no município.

Tabela 09 – Ações voltadas para usuários de álcool e outras drogas.

Categorias mais utilizadas	Frequência por Entrevistado						Total
	B 1	B 2	B 3	B 4	B 5	B 6	
CAPS	2	2	-	-	1	1	6
Obstáculos para a articulação com a rede	1	-	-	3	-	-	4
Estrutura interna do serviço insuficiente	-	-	-	1	-	-	1
CRAS	-	3	1	-	-	-	4
Inclusão do tema nas ações da assistência	-	-	-	-	2	-	2
Rede intersetorial	-	-	-	-	1	-	1
Grupos educativos na ESF	-	1	-	-	-	-	1
COMAD	1	-	1	-	-	1	3

Como evidenciado na tabela 09, a coordenadora do CAPS salientou obstáculos relacionados à rede, sendo a necessidade de ampliação de dispositivos que ofertem maior proteção social aos usuários um dos principais aspectos destacados:

É uma limitação do CAPS, da gente criar isso aqui mesmo, é a gente criar junto com a Secretaria de Assistência Social, criar o que se chama por aí de Casa de Passagem. Você ter um lugar pra aquele sujeito que está muito assim, debilitado socialmente, que já está com a família desestruturada (Coordenadora do CAPS – B 4).

Os dispositivos socioassistenciais como intervenção para responder às demandas dos usuários de álcool e outras drogas foram ainda ressaltados pela coordenadora da ESF. Deste modo, a medida relatada ela foi o encaminhamento dos usuários ao CAPS e ao CRAS. A importância deste último no cenário local também foi ratificada pela secretária de assistência social:

(...) A gente tem interagido bastante a assistência social e o CAPS (...) Quando a gente tem feito essa discussão, às vezes falam assim: “É pobre, tá caído, é bebum. Ah! Manda para o CRAS! Lá que cuida de pobre”. (...) E tem o PAIS, que faz o atendimento dessas famílias e muitos são em parceria, em conjunto mesmo com o CAPS.” (Secretaria de Assistência Social – B 5).

Assim, observou-se que no município B existe a perspectiva do desenvolvimento de ações intersetoriais entre CAPS e CRAS na área de álcool e outras drogas. O CRAS é identificado enquanto dispositivo com capacidade institucional para oferecer suporte à vulnerabilidade social que se conjuga com os problemas do uso indevido de álcool e drogas, tanto em relação aos usuários como em relação às famílias. Há relatos dos potenciais impactos deste dispositivo na complementaridade das ações desenvolvidas pelo CAPS ad (NASCIMENTO; CARVALHO, 2009). Depreende-se que a ênfase dada ao CRAS e a necessidade de ampliação da rede de proteção social são indicativos de como o quadro social da população brasileira tem implicações para o desenvolvimento de ações na área de álcool e outras drogas.

Na literatura, tais achados podem ser evidenciados tanto no setor terciário, haja vista que a rede de proteção social dos municípios impacta as ações desenvolvidas pelos CAPS (PEREIRA, 2009), quanto na APS, uma vez que profissionais da ESF de municípios de pequeno porte apontaram que as baixas condições socioeconômicas da população repercutem na menor efetividade da implementação das práticas de prevenção ao uso de álcool (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009).

Vale ressaltar que, enquanto porta de entrada do sistema de assistência social, o CRAS não tem a prerrogativa de desenvolver ações específicas para os usuários de álcool e outras drogas, mas sim oferecer suporte social de um modo geral (Brasil, 2005). No município B, as ações desenvolvidas pelo CRAS na área de álcool e drogas são relacionadas aos programas já desenvolvidos pelo serviço (identificadas nas subcategorias “inclusão do tema nas ações da assistência” e “rede intersetorial”).

O desenvolvimento de estratégias específicas para o suporte aos usuários e a articulação da rede cabe ao CAPS. A despeito de a portaria nº 384 / 2005 ter autorizado os CAPS I prestarem atendimento aos usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2005), não foram mencionadas atividades para esta população, ou mesmo um planejamento nesse sentido. No que concerne à articulação entre o CAPS e os demais setores na saúde, na perspectiva da coordenadora do CAPS, há entraves para a integração com o hospital, e o secretário de saúde destacou a incipienteza das ações preventivas.

Em relação à APS, têm-se ressaltadas boas práticas por parte das equipes do PSF em municípios de pequeno porte, as quais muitas vezes se apresentam limitadas para a oferta de atenção integral devido à ausência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência (SOUSA; HAMANN, 2009). Neste município, a disponibilidade de uma rede assistencial local não parece implicar no desenvolvimento de ações integrais entre os setores. Segundo a

coordenadora da ESF, as ações desenvolvidas na área de álcool e drogas consistem em grupos educativos no PSF, realizados esporadicamente e de modo pontual, devido à alta demanda por atendimentos ambulatoriais, sobretudo por parte da população residente na zona rural.

Assim, tal qual é apontado em outros estudos, também nos municípios de pequeno porte há um comprometimento no apoio matricial dos CAPS; sem um acompanhamento na APS, a articulação com a comunidade é restrita (ALVARENGA; GARCIA, 2009; BOARINI, 2009; CONSOLI; HIRDES; COSTA, 2009). Considerando o modelo CAPS I, tem-se demonstrado que isto é ainda mais intensificado quando se trata dos abusadores de substâncias psicoativas (ALVARENGA; GARCIA, 2009).

Em síntese, no município B, sob diferentes perspectivas, adquire relevo o impacto do quadro social da população no desenvolvimento de ações na área de álcool e drogas. Há indícios de uma maior interação entre o CRAS e o CAPS. Este último, contudo, não especificou ações para os usuários de álcool e outras drogas, e enfrenta obstáculos relacionados à estrutura interna do serviço. Além disso, requer ampliação da cobertura de proteção social e não se encontra articulado com os níveis de maior complexidade da saúde, bem como com a APS.

Finalmente, destaca-se que o COMAD foi apontado como uma ação desenvolvida no município B, o que será discutido na próxima seção, buscando-se compreender os mecanismos de articulação entre os atores locais.

5.2.2.2 Interação entre os atores locais

Neste município, a interação entre os atores locais para a discussão das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas ocorre através do COMAD. Em relação ao seu processo de implantação, observou-se que precedeu o COMAD a criação de um fórum protagonizado por técnicos que atuavam no município, sobretudo do CAPS e do CRAS; posteriormente foram envolvidos outros atores locais engajados nesta área. Após um percurso de aproximadamente dois anos de discussões através deste fórum, optou-se por institucionalizar um espaço de participação social através do COMAD. Para este fim, o instrumento jurídico utilizado foi a criação de uma lei municipal, aprovada pela câmara no ano de 2009, sintetizada a seguir:

Tabela 10 – Lei Municipal de Implantação do COMAD.

Principais Pontos
Funções
Desenvolvimento de ações sobre a redução da demanda por drogas. Atuar como coordenador das atividades das instituições locais.
Objetivos
Desenvolver o Programa Municipal de Políticas sobre Drogas. Acompanhar ações de prevenção, fiscalização e repressão. Avaliar anualmente a conjuntura municipal. Propor ao executivo e legislativo medidas para cumprir esta lei.
Membros
Presidente, secretário executivo e conselheiros.
Fundo Municipal
REMAD (Recursos Municipais de Políticas sobre Drogas).

Fonte: Lei nº 1.502 / 2009.

Observa-se que o COMAD, ao integrar o SISNAD, reproduz no nível municipal as competências atribuídas ao CONAD no nível federal. Como apresentado na tabela, identifica-se o caráter deliberativo e normativo deste conselho, buscando assessorar o processo de municipalização das políticas sobre drogas e fiscalizar as ações locais tanto em relação à demanda quanto à oferta.

Embora o COMAD tenha se efetivado a partir desta indução legal, a criação do Conselho parece ter refletido a mobilização de atores locais através do fórum que o antecedeu. Esta foi estimulada pela necessidade de desenvolver ações na área de álcool e drogas que ampliassem o escopo da oferta assistencial do CAPS, reafirmando a necessidade do trabalho intersetorial e da concretização do enfoque preventivo. Destaca-se que a iniciativa para a criação do COMAD foi do CAPS, o que o vincularia, neste modo, à secretaria de saúde. Contudo, ele não está acoplado a nenhuma secretaria especificamente, mas ao gabinete do gestor municipal.

No que concerne à configuração do COMAD e à estrutura estabelecida para funcionamento, há uma paridade entre os dezoito representantes, subdivididos entre atores governamentais e não governamentais, com mandato de três anos, e os respectivos suplentes.

As funções entre os integrantes do COMAD são divididas entre presidente, dezoito conselheiros e uma secretaria para o suporte administrativo. O COMAD se reúne com periodicidade mensal, não possui infraestrutura própria e utiliza um espaço da prefeitura para a realização de reuniões.

Entre os nove atores governamentais, os membros são o secretário de saúde, o coordenador do CAPS, os secretários de educação, de assistência social, do esporte, representante da câmara, o representante do gabinete do prefeito, a delegada de polícia judiciária, o subtenente do pelotão de polícia. Quanto aos atores não governamentais, os nove membros são os representantes dos clubes e associações desportivas, dois membros ligados a organizações religiosas, os representantes das organizações dos sindicatos, organizações e instituições de tratamento na área de dependência (Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos), os representantes das ONG's, associações comunitárias urbanas e rurais e uma entidade de assistência social.

No momento em que foram coletados os dados da presente pesquisa, o regimento interno do Conselho estava sendo elaborado. Tal qual se estabelece na organização das câmaras técnicas do CONAD, serão constituídas, neste COMAD, câmaras temáticas de prevenção, de tratamento, de redução de danos, de reinserção social e câmara temática de redução da oferta. Assim, ressalta-se que o COMAD do município B encontra-se em fase de implementação. Na análise das entrevistas, apontou-se que a não superação de uma agenda temática voltada para a fase de implementação é uma das limitações associadas ao COMAD, conforme pode ser verificado na tabela a seguir.

Tabela 11 – Principais considerações sobre o COMAD.

Categorias mais utilizadas	Frequência por Entrevistado						Total
	B 1	B 2	B 3	B 4	B 5	B 6	
Criação do Conselho							
Fórum intersetorial como antecedente	2	-	-	1	1	1	5
Função do Conselho							
Prevenção / Conscientização	1	-	1	1	-	2	5
Articular ações da rede local	-	-	-	-	1	2	3
Reducir o estigma dos usuários	-	-	-	1	-	1	2
Realizar redução de danos	-	-	-	-	-	2	2
Criar programas municipais sobre drogas	-	-	-	2	1	1	3
Limitações							
Não ultrapassou a fase de implementação	2	-	-	-	1	-	3
Moralismo por parte de alguns atores	-	-	-	1	1	-	2
Centralidade da presidência	-	-	-	-	2	-	2
Ênfase na organização interna / burocracia	-	-	-	-	2	-	2
Dotação orçamentária	-	-	-	-	-	1	1

Foi apontado que uma das principais potencialidades deste COMAD foi não se ter constituído a partir do cumprimento automático da lei, mas ser fruto de um debate local anterior através do fórum. No entanto, destacou-se também que a institucionalização desta arena restringiu a discussão, devido à ênfase da agenda temática em procedimentos burocráticos e de estruturação do Conselho, que vêm marcando a ainda não superada fase de implementação.

Coincidindo com outros relatos, ao ter como referentes empíricos os conselhos de saúde, de assistência social e de direitos da criança e adolescente, Tatagiba (2002) apontou a predominância de assuntos relacionados à organização interna. Em tais conselhos, a centralidade do presidente também é verificada, haja vista a prerrogativa deste de elaborar a pauta das discussões, concedida pelo regimento interno. Em relação à construção da agenda temática, há ainda uma divergência de opiniões em relação a quais são os assuntos relevantes (TATAGIBA, 2002), tal qual foi verificado no município B. Isto faz com que o presidente

justifique a sua conduta centralizadora, além de argumentar apontando o próprio caráter e funções do COMAD:

O nosso Conselho, ele é normativo, deliberativo e consultivo (...) **tem que haver muita disciplina na reunião.** Então nós temos a ordem do dia: item 1 dá a ordem do dia, leitura da ata e votação. Item 2: propostas, idéias, propostas para debates e aprovação (...) o item 2 tem prioridade absoluta sobre o item 3 (...) O pessoal reivindica (...) Vai fazer desabafo, mas lá na hora dos assuntos de outros interesses, ok? (...) Tem metas a serem cumpridas (Presidente do COMAD – B6).

Segundo a SENAD, o papel dos COMAD é o de efetivar as políticas, acompanhando as ações desenvolvidas e atuando como normatizadores das atividades das entidades e instituições na área de álcool e drogas (BRASIL, 2002). Com isso, depreende-se que os COMAD possuem natureza deliberativa, e não consultiva e executiva. No entanto, observa-se que os conselheiros estão impelidos ao papel de executores das ações locais em álcool e drogas, conforme ilustrado pelo fragmento:

Tem expectativa, de que o conselho possa gerar frutos entendeu? Ainda por enquanto estamos numa fase bem incipiente entendeu? Eu acho que estamos no caminho certo, mas estamos muito devagar, eu acho assim **o conselho tem condição de mostrar mais serviço** (Secretário de Saúde – B1).

Ainda que os entrevistados manifestem concepções divergentes sobre o caráter do Conselho e funções a serem realizadas, o que também se verificou em outros estudos (LEAL, 2006; TATAGIBA, 2002), parece prevalecer a perspectiva de que na prática o COMAD tende a assumir uma função que vai além da formulação de propostas:

Ele não é um conselho consultivo, deliberativo, ele é executivo e eu questiono muito o fato de ser executivo (...) **Quem tem que executar são as redes** (...) O que eu falei, se vai trabalhar com o tratamento é o CAPS, CAPS é claro, existem trabalhos paralelos, a gente pode aprofundar, propor. Mas esse conselho parece ser executivo e isso parece que veio de cima pra baixo de algum órgão (...) acho que é nacional e ele é também um órgão executivo (Secretaria de Assistência Social – B5).

Um possível efeito desta inflexão do papel do COMAD é que as responsabilidades sociais na área de álcool e drogas possam ser transferidas para a sociedade civil via conselho, tal qual foi verificado por Leal (2006) em um estudo que avaliou os COMAD do estado do Espírito Santo. Numa demonstração da confusão de papéis a serem desempenhados pelos conselheiros, este estudo apontou que por vezes os conselheiros assumem a função de prestar

atendimento aos dependentes químicos e familiares, com incentivo e reconhecimento da mídia local (LEAL, 2006).

Ainda que com contornos diferenciados do anteriormente relatado, segundo Dagnino (2004), este é um dilema das experiências participativas contemporâneas. A isenção progressiva das responsabilidades do estado (com o projeto neoliberal) e a participação da sociedade civil (projeto democratizante), embora contenham concepções antagônicas, apresentam uma referência comum: a de que a sociedade civil deve ser ativa, propositiva. Esta coexistência de projetos antagônicos, mas que confluem para uma mesma direção, propicia um deslocamento do sentido da participação, conduzindo, paradoxalmente, a uma transferência de responsabilidades para a sociedade, reforçadora do encolhimento do estado (DAGNINO, 2004). Este processo gera uma crise discursiva nas experiências de participação, como nos conselhos gestores, implicando na ambigüidade do próprio papel político desempenhado pelos atores envolvidos (DAGNINO, 2004; DAGNINO, 2002).

Destaca-se que tal nuance é difícil de decifrar, especialmente para os atores engajados no papel de participação (DAGNINO, 2004). No município B, um exemplo disto é que as estratégias de prevenção mencionadas quanto funções do Conselho demonstraram se referir ao envolvimento direto dos conselheiros na execução de ações que visem à conscientização da comunidade. Não se verificou a prevenção quanto um conjunto de medidas a serem integradas às ações assistenciais existentes na rede municipal. Além das consequências disso para que a participação no COMAD viabilize a construção de um projeto político mais amplo, há de se considerarem ainda os possíveis efeitos decorrentes da conotação moralista que alguns atores do Conselho conferem ao tema, como no episódio abaixo relatado:

No carnaval (...) eu chego na cidade e vejo faixa espalhado por tudo em quanto é lugar do município, faixa: “Aqui nós temos COMAD, que é o conselho municipal. **A droga pode te matar.** Não beba. Assinado: COMAD”. Fiquei horrorizada, que vergonha, eu faço parte desse conselho (Secretaria de Assistência Social – B5).

A despeito do presente estudo ter limitações empíricas para tecer uma análise do próprio Conselho, é possível depreender que o engajamento destes atores na área de álcool e drogas não torna prescindível uma maior qualificação técnica do Conselho para melhor lidar com este objeto. Para além do debate quanto à pertinência de uma capacitação dos conselheiros para o exercício de suas funções, encontrada no estudo de outros conselhos (TATAGIBA, 2002), destaca-se a relevância de uma qualificação de caráter específico na área de álcool e drogas. Esta deve consistir não somente na transmissão de conhecimento, mas

proporcionar inclusive maior reflexão, questionando adequadamente condutas alarmistas e que podem tender a uma conotação moralizante.

É importante ressaltar também que o episódio relatado no fragmento anterior demonstrou se tratar de um fato isolado, devendo ser considerado de modo cuidadoso. Uma vez que o referido posicionamento repressivo diante do tema não traduz um consenso do COMAD em relação à abordagem do uso de álcool e outras drogas, a comunicação entre estes atores proporcionada por este espaço pode contribuir para o amadurecimento de concepções em relação ao tema, as quais podem ser disseminadas no contexto local. Como apresentado na tabela, esta pareceu ser a expectativa da coordenadora do CAPS (B4) e do presidente do COMAD (B6), ao apontarem a redução do estigma dos usuários como uma das funções do Conselho.

Considera-se que neste ponto reside uma das possíveis potencialidades do COMAD, isto é, a de se configurar como um canal para a interlocução de atores nesta área, possibilitando maior discussão pública sobre o tema. Vale destacar a participação do ator não governamental (A6), que foi identificado enquanto um informante-chave no município A, e ao participar do COMAD do município B teve a sua atuação reconhecida pela maior parte dos entrevistados devido à sua experiência na área de álcool e drogas. Ainda que o COMAD tenha proporcionado um espaço para inclusão destes atores e a interlocução entre setores como o CAPS e CRAS que mantinham uma aproximação mais informal antes do Conselho, ele não articulou outros setores no nível local que pudessem levar a participação da rede assistencial de saúde nesta área.

Apesar da aparente fragilidade do COMAD para a inclusão deste tema na agenda de ações do governo local, uma vez que o incipiente conselho tende a atrair para si a solução das questões problematizadas, há de se ponderar o que ele pode representar no cenário deste pequeno município, uma vez que proporciona de modo inédito a possibilidade de vocalização de atores locais mobilizados pelos problemas associados ao uso de álcool e drogas.

5.2.2.3 Implementação das Políticas de Álcool e Outras Drogas

Questionados sobre como compreendem as políticas brasileiras sobre álcool e drogas, os entrevistados afirmaram ter pouco conhecimento sobre elas. As respostas mais frequentes enfatizaram as medidas de fiscalização das substâncias lícitas, o controle das propagandas e a

redução de danos. Quanto à implementação da política no município, segundo parte dos entrevistados, a política será implementada pelo COMAD, enquanto para outros ela foi implementada a partir do CAPS do município. Deste modo, em relação à SENAD e ao Ministério da Saúde, as políticas foram associadas respectivamente ao COMAD e ao CAPS; as principais categorias são apresentadas a seguir.

Tabela 12 – Política da SENAD e do Ministério da Saúde.

Categorias mais utilizadas	Frequência por Entrevistado						Total
	B 1	B 2	B 3	B 4	B 5	B 6	
SENAD							
Cursos de Educação a Distância	-	-	-	1	1	2	4
Descentralização através do COMAD	1	-	-	2	-	2	5
Ministério da Saúde							
Valores da Política	-	-	-	2	-	1	3
Limitações do CAPS	1	-	-	1	-	2	4
Sugestões							
Capacitação	-	-	-	1	1	-	2
Implementar serviços socioassistenciais	-	1	-	2	-	-	3
Ampliar recursos humanos e materiais	-	-	-	1	1	1	3
Maior atuação do COMAD	1	-	1	-	-	-	2

Como se observa na tabela, em relação à SENAD destaca-se como potencialidade a realização de cursos de capacitação a distância. Verifica-se que estes suprem inclusive uma demanda de capacitação técnica dos conselheiros, a qual julgam importante para uma atuação efetiva nesta temática. A premissa de que as peculiaridades locais em relação ao uso de álcool e outras drogas tornam importante um maior engajamento dos atores locais, reforçada pela literatura (CONWAY, 2002; DUNNAGAN et al., 2003), foi encontrada em parte dos entrevistados, os quais ressaltam a responsabilização do município. Deste modo, há uma identificação do COMAD enquanto veículo para abordar as especificidades do município, além de possibilitar a descentralização da política da SENAD.

Contudo, a descentralização das políticas públicas não dever ser equacionada à institucionalização da participação, como se esta última fosse a causa da primeira. Embora os

conselhos gestores potencialmente possam proporcionar a descentralização decisória, promovendo o fortalecimento institucional do nível local, isto não necessariamente coexiste com a capacidade organizacional do município para implementar, com sustentabilidade, uma determinada política (LUBAMBO, 2002). Cabe sublinhar ainda que o processo de descentralização envolve uma redistribuição dos papéis em cada nível governamental, em um processo que gera autonomia aos níveis locais, mas também requer o fortalecimento da cooperação intergovernamental (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Assim, a autonomia dos governos locais tampouco é ilimitada, especialmente em municípios de pequeno porte. Tem-se apontado que em tais municípios há um maior quadro de fragilidade financeira, o que faz com que eles tenham uma baixa capacidade de investimento, dependendo sobremaneira dos recursos das instâncias federal e estadual para as políticas que são implementadas (ARRETCHE, 2003; LUBAMBO, 2002). Nesse sentido, também apontado por outros três entrevistados, abaixo há um fragmento que indica a falta de indução financeira para as ações em álcool e drogas; o único investimento disponível é proveniente do Ministério do Desenvolvimento Social e alocado na secretaria de assistência social:

Nós estamos nos esforçando para fazer, e... as bases, certo? (...). O município recebe recurso porque o CAPS é credenciado (...) Nós não temos nenhum investimento ainda, recurso específico pra ações (...) recentemente veio um recurso que foi alocado na Secretaria de Assistência Social (Secretário de Saúde – B1).

Sugere-se que a disponibilidade de recursos do CRAS para o desenvolvimento de ações nesta área tende a contribuir para a maior visibilidade das ações sobre o uso de álcool e outras drogas que podem ser desenvolvidas em parceria com o setor de assistência social.

Em relação ao Ministério da Saúde, as principais considerações dos entrevistados destacaram os valores da política, com ênfase na redução de danos. Para alguns foi possível ainda observar aspectos relacionados ao CAPS, sendo discutidos os limites deste serviço para atender às demandas da população que requer medidas socioassistenciais integradas. Com menor freqüência, verificaram-se ainda menções quanto à infraestrutura deste serviço para o atendimento aos usuários de álcool e drogas e o caráter pontual da oferta assistencial, sem investimento na prevenção e na reinserção dos usuários após o tratamento.

Como reflexo do quadro avaliado no município B, nas sugestões para a implementação das políticas sobre álcool e drogas, os entrevistados consideraram relevantes a

implementação de serviços socioassistenciais para oferecer suporte aos usuários, tendo em vista a vulnerabilidade social da população e o incremento do CAPS através da ampliação de recursos humanos e materiais. Destacaram-se- ainda a capacitação de profissionais, justificada pelo déficit de informação na área de álcool e drogas e a maior atuação do COMAD.

Em suma, neste município, a política do Ministério da Saúde encontra-se operacionalizada através do CAPS I. Este apontou obstáculos para a articulação com a rede, destacando, sobretudo, a necessidade de medidas socioassistenciais, e o CRAS emerge como um importante dispositivo para dar suporte ao município. A proximidade entre os atores locais tem no COMAD uma via de interlocução, o qual é visto como a forma de operacionalização da política da SENAD. Apesar da fase incipiente de implementação do COMAD, observou-se a possível transferência de atribuições dos conselheiros para executarem ações na área de álcool e drogas, e uma fragmentação em relação ao cenário político mais amplo. Esta seria ocasionada por uma conjunção de fatores, como a própria confusão de papéis em torno da função do conselho, a dificuldade de se pensarem ações para a rede local, e mesmo a escassa indução de outros níveis governamentais para a implementação de ações específicas sobre o uso de álcool e drogas.

5.2.3 Município C

O Município C, também considerado município de pequeno porte, está situado no estado de Minas Gerais, e possui população entre 10.000 a 20.000 habitantes. Sua taxa de urbanização é de 82,7 % e o IDH de 0,71 % (IBGE, 2010).

Este município encontra-se habilitado como gestão plena da atenção básica, sendo que o município A é a referência para encaminhamentos para níveis assistenciais especializados. Em sua rede assistencial, possui 19 estabelecimentos de saúde, dos quais o hospital e cinco consultórios estão vinculados à rede privada, e os demais organizados na rede SUS (DATASUS, 2011).

Tabela 13 – Rede Assistencial de Saúde do município C.

Estabelecimentos de Saúde	Total
Centros de Saúde / UBS	03
Clínicas Especializadas	04
Consultórios Isolados	08
Policlínica	01
Postos de Saúde	02
Hospital Geral	01
Total	19

Fonte: DATASUS (2011)

A principal estratégia de atenção neste município é a APS, e há três equipes de ESF atuando no município, atingindo uma cobertura assistencial em torno de 100% (DATASUS, 2011). Destaca-se que não há serviços especializados para atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, sendo esta demanda referenciada para o município A .

Neste cenário, a amostra intencional foi composta pela secretaria municipal de saúde, coordenadora da ESF e pela presidente do conselho municipal de saúde. Estes atores entrevistados propuseram que a secretaria de assistência social também fosse entrevistada,

uma vez que segundo os mesmos as demandas na área de álcool e drogas têm como suporte o CRAS implantado no município.

A secretaria de saúde e a presidente do conselho de saúde sugeriram ainda que o preceptor de um trabalho voluntário desenvolvido junto a uma associação católica no município fosse entrevistado. Através de um ambulatório vinculado à igreja católica, este ator voluntário tem-se constituído como uma fonte importante de apoio aos usuários e familiares. Este ator voluntário também foi indicado pela secretaria de assistência social, que veio a indicar ainda um segundo informante. Este último trata-se do coordenador de uma comunidade terapêutica localizada do município C, a qual atende inclusive a outros municípios da região.

Deste modo, foram entrevistados seis informantes-chave no município C, identificados com a seguinte codificação: secretaria municipal de saúde – C1, coordenador de ESF – C2, presidente do Conselho Municipal de Saúde – C3, a secretaria de assistência social – C4, Associação Católica – C5, coordenador da comunidade terapêutica 01 – C6. Quanto ao tempo de duração das entrevistadas, a média foi de 36 minutos, sendo a entrevista com maior duração a do preceptor da Associação Católica (C5), que durou 1 hora e 01 minuto, e a entrevista de menor duração a da secretaria de saúde, 26 minutos. Quanto aos documentos foi possível ter acesso ao Plano Municipal de Saúde (2009 – 2012).

5.2.3.1 Ações Implantadas

No Plano Municipal de Saúde observou-se que as principais ações programadas para a gestão 2009 – 2012 estão relacionadas ao aprimoramento dos serviços ofertados na saúde bucal, farmácia municipal, hospital local e APS. Além da necessidade de contratação de profissionais de saúde, o plano municipal menciona a necessidade de se trabalhar melhor o convênio com o sistema de transporte intermunicipal para a realização de exames e consultas especializadas em outros municípios. Constituindo-se como uma fonte em que predomina a apresentação da infraestrutura do município, as ações planejadas são descritas de modo pouco objetivo. Este documento parece retratar uma administração local envolvida no provimento de serviços considerados básicos à população.

Tomando o conjunto das entrevistas realizadas neste município, destaca-se a entrevista concedida pela presidente do conselho municipal de saúde, a qual pareceu reforçar a ideia de que o município deve se voltar para o aprimoramento da referida capacidade instalada, sendo

o uso de álcool e outras drogas apontado como uma questão moral e que não deve ser objeto de intervenção da saúde:

A única coisa que eu acho que tinha que fazer é a **pólicia trabalhar mais, fazer uma varredura**, porque aí assusta, começa assustar. Porque que quando a polícia trabalha mais ele assustam? Então eu acho que é isso, a polícia tem que trabalhar mais (...). Eu se fosse secretária de saúde não colocava a minha mão no fogo, não colocava mesmo (...) é muito **bandidinho** (Presidente do Conselho Municipal de Saúde – C3).

A forte conotação moralizante que a entrevistada atribui ao tema do uso de álcool e outras drogas permeou toda a entrevista. Deste modo, nas macrocategorias utilizadas para a apresentação dos principais resultados deste estudo (ações implantadas, interação entre os atores locais e implementação das políticas sobre álcool e outras drogas), as respostas convergiam para o campo da segurança pública. Com respostas que tendem a se distanciar sobremaneira dos demais atores, denota-se, neste modo, uma breve explicitação da vigência de concepções identificadas com o modelo moral / criminal, taxativamente inviabilizadora da inclusão do tema álcool e drogas na agenda da saúde.

Os demais entrevistados, por sua vez, não demonstraram concordar com tais concepções. Em linhas gerais, no município C, há uma ausência de ações locais na área de álcool e drogas. Na tabela a seguir são apresentadas as principais categorias acerca das ações identificadas neste município:

Tabela 14 – Ações voltadas para usuários de álcool e outras drogas.

Categorias mais utilizadas	Frequência por Entrevistado						Total
	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	C 6	
CRAS	-	-	-	-	-	-	-
Rede intersetorial	-	-	-	1	-	-	1
Articulação informal com clínicas	1	-	-	2	-	-	3
Grupos educativos na ESF	2	4	-	1	1	-	8
Obstáculos para articulação com a rede	4	-	-	2	2	2	10
Trabalho voluntário	2	2	-	4	1	-	9

Como se observa na tabela, o principal obstáculo é referente à articulação com a rede. Refletindo mais do que a dificuldade de integração entre serviços e de fornecimento de modalidades específicas de atenção aos usuários apontada em outros estudos brasileiros (ALVARENGA; GARCIA, 2009; PEREIRA, 2009), no município C foi apontada uma total inviabilidade de atendimento dos usuários da rede SUS. Nesse sentido, a secretaria de assistência social destacou a possibilidade de realização de consórcios intermunicipais, previstos no plano plurianual, para suprir a demanda de atendimentos de usuários de álcool e drogas. Todavia, esta consideração não foi ratificada pelos demais entrevistados.

Considerando que a ESF é a principal oferta assistencial neste município, tem-se destacado que a despeito das boas práticas verificadas em municípios de pequeno porte (TEIXEIRA, 2003 apud SOUSA; HAMANN, 2009), há uma limitação da ESF devido à ausência de uma rede regionalizada de serviços assistenciais nestas localidades (SOUSA; HAMANN, 2009). Contudo, inclusive quando há disponibilidade de serviços especializados em municípios de pequeno porte, observa-se que a articulação com a APS para o desenvolvimento de ações de prevenção para esta população também é comprometida (BOARINI, 2009). Tais resultados refletem deficiências no processo de trabalho na APS, uma vez que tem-se demonstrado que, mesmo nesse nível assistencial, a lógica de trabalho favorece as condições agudas e as ações obrigatórias, sendo negligenciadas inclusive atividades de prevenção relacionadas a outras condições de saúde (CALHÃO, 2008; MONROE, 2007).

Neste sentido, sugere-se que os grupos educativos realizados na APS, apontados nas entrevistas, devem ser compreendidos levando em consideração este contexto de organização das práticas neste nível assistencial. Tendo em vista a entrevista do coordenador da ESF, a inclusão do tema em tais grupos parece ser uma atividade esporádica, uma vez que a rotina de trabalho prioriza a execução das metas programadas, as quais não abordam o uso de álcool e drogas.

Neste município, para responder à demanda de usuários de álcool e outras drogas que necessitam de tratamento especializado, recorre-se ao CRAS. A secretaria de assistência social ponderou ainda que esta procura pelo CRAS dever ser compreendida também devido à identificação do problema do uso indevido de álcool e drogas como uma questão relacionada à fragilidade social, mais comum do que a identificação como uma questão de saúde.

Embora os estudos sejam incipientes, há relatos dos potenciais impactos deste dispositivo para abranger a população local que se encontra em situação de vulnerabilidade social, haja vista que, como unidade descentralizada da política de assistência social, os

CRAS vêm possibilitando uma criação de bases institucionais municipais (TRZINSKY et al., 2010; VAITSMAN; ANDRADE; FARIAS, 2009). No município C, o CRAS busca oferecer um suporte baseado no encaminhamento dos usuários para os grupos de ajuda mútua e para organizações voluntárias, com as quais mantém relações informais.

Segundo mapeamento realizado pela SENAD (2007), 67,7 % das instituições brasileiras que atuam na área de álcool e drogas tratam-se de organizações não governamentais. Dentre estas, 55 % são comunidades terapêuticas (SENAD, 2007), as quais devido também à organização que alcançaram e pela vinculação com instituições religiosas vêm se estabelecendo como modelo hegemônico no Brasil de tratamento na área de álcool e drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007). Seja pela inexistência de uma rede especializada local para usuários de álcool e drogas, seja pelos entraves encontrados no acesso à assistência em outros municípios, as organizações voluntárias são tidas como alternativas diante de aspectos deficitários na atenção aos usuários de álcool e drogas.

Entre os diversos fatores a serem problematizados quanto à atuação das organizações voluntárias na área de álcool e drogas, destaca-se a questão das dificuldades encontradas por estas organizações para proverem uma assistência de qualidade, uma vez que não dispõem de profissionais especializados (JESUS; REZENDE, 2008; RAUPP; SAPIRO, 2008). Isto pode ser evidenciado no fragmento abaixo:

Nós não temos (...) nenhum encaminhamento que seja proposto pelo município.

Aqui a gente encaminha para o AA ou a gente encaminha para a Associação “X”, mas você percebe que **só aquele encaminhamento não é suficiente**. Precisa de todo um tratamento médico, psicológico, da assistência social, de uma equipe multidisciplinar pra tá agindo naquele contexto (Secretaria de Assistência Social – C4).

Portanto, o município C se caracteriza por uma ausência de ações públicas na área de álcool e drogas, tanto pela falta de dispositivos locais quanto pela inviabilidade do referenciamento destes usuários para outros municípios. As ações empreendidas emergem como práticas informais, sem sistematização, configurando-se como intervenções paliativas diante dos problemas vivenciados pela população em relação a esta questão.

5.2.3.2 Interação entre os atores locais

Se do ponto de vista das ações realizadas, o município investigado apontou a escassez de intervenções do poder público, pode-se considerar que tendência semelhante ocorre em relação à interação entre os atores locais quanto a este tema. As entrevistas não fazem menção a espaços em que o assunto álcool e drogas seja discutido no âmbito municipal. Para tentar compreender os fatores associados, na tabela a seguir são apresentadas as principais categorias que foram utilizadas para codificar o processo de decisão e interação entre os atores no município C na perspectiva dos diferentes entrevistados.

Tabela 15 – Mecanismos de decisão no município C.

Categorias mais utilizadas	Frequência por Entrevistado						Total
	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	C 6	
Decisões normativas	3	1	-	-	-	-	4
Decisões de oportunidade	1	2	-	1	1	-	5
Vínculo informal entre atores	1	-	-	2	1	1	5
Conferência Municipal de Saúde	1	-	-	-	-	-	1

A categoria “decisões de oportunidade” buscou fazer referência à implantação de ações voltadas para álcool e drogas neste município durante o período de execução do projeto “Disseminação de práticas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas”, explicitado na seção da metodologia. Segundo os entrevistados, este projeto foi o único estímulo à discussão sobre a implantação de intervenções voltadas para usuários de álcool e outras drogas que pode ser identificado no município C.

Em relação à APS, esta mesma assertiva pode ser verificada, uma vez que o coordenador da ESF destacou que foram as estratégias de prevenção do referido projeto que estimularam a inclusão de posteriores práticas de discussão sobre o consumo de álcool e drogas nos grupos educativos. Deste modo, verifica-se que as principais ações desenvolvidas se tratam de programas pré-estabelecidos.

A secretaria de saúde tem a hipótese de que na próxima Conferência Municipal de Saúde este tema possa ser discutido. E tal qual o coordenador da ESF, esta demonstrou que há

uma priorização da execução de ações normativas, uma vez que estas ações se relacionam aos recursos disponibilizados de outras instâncias governamentais:

A gente não tem incentivo pra isso e às vezes quando tem a contrapartida do município é muito maior do que aquilo que a gente pode ta pagando (...) A gente acaba trabalhando com os programas que já são do estado ou do governo federal (...) A secretaria de assistência social é que tem ajudado de alguma forma, né, fazendo, contato aí com algumas clínicas (...) **e às vezes a secretaria oferece aí algumas cestas básicas para ajudar no tratamento** (Secretaria de Saúde – C1).

Nota-se que os atores não governamentais e a secretaria de assistência social estão envolvidos em um contexto de relações que emergem como informais e sem compartilharem um projeto político na área de álcool e drogas. Em estudos sobre outras temáticas, foram apontados casos em que as relações entre ONG's e governo baseavam-se em uma prestação de serviços mais formalizada, mas do mesmo modo não se verificou uma relação participativa entre os atores envolvidos e formuladores de propostas (TEIXEIRA, 2002). Mesmo quando há maior formalização da relação das ONG's com o estado, por vezes o que ocorre é a falta de visibilidade política de determinadas questões, sendo a atuação das ONG's uma maneira de suprir a falta do compromisso estatal. Assim, não há um debate que possa levar a uma problematização mais ampla das políticas relacionadas a tais questões, do papel destas organizações e da corresponsabilização do estado.

Verifica-se que, no caso do coordenador de comunidade terapêutica “C6”, a despeito da frágil articulação com o poder público local, tal organização está integrada a uma rede estadual que é uma das suas fontes de recursos. No caso da associação católica (“C5”), a principal vinculação é com o CRAS e os grupos de ajuda mútua.

Assim, a ausência de uma mobilização dos atores locais em relação ao tema álcool e drogas, a falta de um espaço em que esta questão seja discutida e as restrições financeiras que limitam a autonomia do governo local, compõem uma conjunção de fatores que levam as ações nesta área a se restringirem às intervenções voluntárias. Neste cenário, embora não haja um distanciamento entre estes atores, posto que a realidade de pequenos municípios facilita a proximidade entre eles, a forma de vinculação entre os mesmos é sugestiva de práticas assistencialistas e próprias de uma não inclusão deste tema no campo político.

5.2.3.3 Implementação das Políticas de Álcool e Outras Drogas

Questionados sobre como compreendem as políticas públicas sobre álcool e drogas, observou-se que a maior parte dos atores entrevistados não tem conhecimento sobre as mesmas. Quanto à implementação de tais políticas no município, as respostas convergiam para as indicações da falta de ações públicas locais nesta área.

As principais considerações sobre as políticas da SENAD e do Ministério da Saúde foram provenientes dos atores não governamentais. Ambos apontaram a escassez de recursos nas organizações em que atuam como sendo um aspecto deficitário em que se encontram as práticas na área de álcool e drogas. Destacaram que na maioria das vezes tais instituições, sobretudo as vinculadas a instituições religiosas, mantêm-se por doações da comunidade.

A seguir são apresentadas as principais categorias associadas às políticas sobre álcool e drogas, bem como as sugestões a elas relacionadas.

Tabela 16 – Política da SENAD e do Ministério da Saúde.

Categorias mais utilizadas	Frequência por Entrevistado						Total
	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	C 6	
SENAD							
Cursos de Educação a Distância	-	-	-	-	3	1	4
Valores da política	-	-	-	-	2	-	2
Ministério da Saúde							
Valores da Política	-	-	-	-	1	1	2
Implementação de seus pressupostos	-	-	-	1	2	-	2
SUGESTÕES							
Capacitação	-	-	-	-	1	-	2
Implementar serviços	-	-	-	-	1	1	4
Implementar COMAD	-	-	-	-	1	2	4
Articulação com a APS	-	-	-	-	-	1	1
Ampliar recursos humanos e materiais	-	-	-	-	2	1	5
Articulação entre setores	-	1	-	1	-	-	-

Nas entrevistas dos que fizeram considerações sobre as políticas de álcool e drogas, ao contrário dos demais municípios, denotou-se um maior reconhecimento da implementação da política da SENAD do que da política do Ministério da Saúde:

Se percebe que ainda falta muito para se chegar àquilo que existe lá, que se propõe nesta política do Ministério da Saúde (...) A gente não vê acontecer na prática, pelo menos na realidade aonde eu vivo aqui. A da SENAD talvez ainda tem assim acontecido estas ações muito boas, né, de capacitação, talvez também por ser a secretaria própria, né (...) Então, assim, o que tá escrito às vezes é muito bonito, a proposta é ótima, o que se propõe, o que tá no papel, **mas na prática você não vê.**
(Associação Católica – C5).

Cabe salientar que as ações da SENAD apontadas se referem às capacitações a distância, que, deste modo, não vêm a configurar a implementação de uma ação, mas um suporte do ponto de vista da disseminação de informações.

No que tange às sugestões para implementar políticas nesta área, os entrevistados reiteraram a necessidade de implementação de dispositivos assistenciais e de ampliação de recursos para esta área. Ressalta-se ainda a vinculação entre SENAD e Ministério da Saúde, para que os valores da política da SENAD possam ser vinculados à rede SUS. Novamente o COMAD é visto como uma possibilidade de descentralizar as políticas e de se iniciar um debate em torno deste tema.

Portanto, no município C há uma escassez de um debate local e não foram encontradas ações públicas na área de álcool e outras drogas, verificando-se uma atuação pontual de atores não governamentais, incorrendo na não implementação de políticas nesta área.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas nacionais sobre o uso de álcool e outras drogas, recentemente formuladas pela SENAD e pelo Ministério da Saúde, ao terem como referenciais valorativos a garantia do direito assistencial aos usuários, legitimam uma acentuada mudança de concepções. Para que elas possam cumprir as finalidades enunciadas e serem mais do que a simbolização de uma oposição à conotação moralizante tradicionalmente associada a esta temática, é necessário que estas políticas possam se materializar em práticas que visem a uma atenção integral aos usuários. Isto implica em abordar o objeto álcool e drogas em seu amplo espectro, incluindo desde ações preventivas direcionadas à população geral, até o acesso a tratamento e reinserção social para usuários que atingiram um estágio crônico (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2002b).

De acordo com o macroprocesso político em que estas políticas estão inseridas, a descentralização é a diretriz geral de implementação, sugerindo que, com a distribuição de responsabilidades entre os três níveis governamentais, seja possível consolidar as políticas preconizadas na esfera municipal (JACOBI, 2000 apud GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004). O ponto de partida do presente trabalho foi a necessidade de se compreender como tais políticas podem ser construídas no nível local. Mas isto não no sentido de que as políticas, idealmente formuladas, poderiam ter um percurso linear de implementação. A perspectiva adotada foi a de se considerar a realidade sobre a qual tais políticas devem ser consolidadas, sendo a implementação concebida enquanto um processo de aprendizagem política ou *policy learning* (HOWLETT; RAMESH, 1995). Assim, buscou-se ter acesso à dinâmica própria de cada município.

É necessário considerar, contudo, que o escopo de coleta de dados deste estudo gerou limitações. Salienta-se que a autonomia municipal, constitucionalmente garantida, acarreta como consequência uma multiplicidade de arranjos institucionais e de processos políticos (ARRETCHE, 2004; FREY, 2000). Por isso, conforme apontado por Frey (2000), “*estudos de políticas públicas no nível da política municipal exigem a realização de levantamentos das dimensões ‘politics’ e ‘polity’ nos municípios escolhidos, indo desta maneira além da dimensão material das políticas setoriais*”. Esta é uma das principais restrições desta pesquisa, isto é, não se ater especificamente à dimensão “*politics*” e “*polity*” dos municípios

investigados. Os resultados apresentados são circunscritos ao universo das informações obtidas pelos informantes-chave e pelos documentos consultados.

Ainda assim, cabe destacar também que os dados foram coletados sob a perspectiva de variados atores, como, por exemplo, através dos atores não governamentais e gestores da assistência social. Isto possibilitou a obtenção de uma compreensão global das políticas públicas sobre álcool e outras drogas em nível municipal. Em relação à avaliação da qualidade da investigação realizada, conforme apontado por Goméz (2009), objetivou-se que a pesquisa em sua totalidade tivesse um delineamento flexível e iterativo, com permanente interação entre os diferentes processos.

Dentre os resultados viabilizados pela trajetória empreendida neste trabalho, buscou-se detectar empiricamente as ações implantadas, as relações que se organizam em torno do que é realizado e, por fim, a avaliação das políticas nacionais. Com esta divisão arbitrária, os três estudos seguiram um enquadre de análise, que possui uma função didática de sistematizar a complexidade da realidade. Para uma compreensão global, é relevante ressaltarem-se os principais achados e apontarem-se breves considerações comparadas dos municípios investigados.

Quanto às ações implantadas, a despeito das distinções das configurações assistenciais de cada município pesquisado, foi possível verificarem-se duas situações principais: (1) a implantação dos CAPS; (2) a atuação de organizações voluntárias, dos CRAS e até incertezas sobre o papel do COMAD quanto às suas atribuições de execução de ações nesta área.

Nos municípios que possuem CAPS implantado, foram destacados obstáculos para a interlocução deste serviço com a APS, hospitais, serviços socioassistenciais ou demanda de maior suporte social no município B. Além da deficiência de componentes relacionados a sua estrutura interna, verificou-se a dificuldade de esse dispositivo superar o modelo ambulatorial e efetivar o modelo psicossocial, através de uma oferta diversificada de cuidados. Compreende-se que tais dispositivos emergem em um contexto de desmontagem das estruturas manicomiais e no contexto da reforma psiquiátrica. Ao centralizarem a demanda antes alocada em hospitais psiquiátricos, os CAPS estão não só refletindo a dificuldade de reversão do modelo assistencial (CREMESP, 2010) como reproduzindo entraves comuns a diferentes níveis assistenciais para o estabelecimento de uma atenção integral (BITTENCOURT; HORTALE, 2007; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Como a situação idealmente projetada pelo modelo CAPS não ocorre, uma das possibilidades observadas é a procura pelos CRAS e / ou organizações voluntárias. Nos municípios de pequeno porte (B e C), o CRAS é também identificado enquanto dispositivo

para oferecer suporte à vulnerabilidade social que se conjuga com os problemas do uso indevido de álcool e outras drogas. No município C, que não tem CAPS, os CRAS desempenham ainda a função de estabelecer vínculos informais com organizações voluntárias para o encaminhamento dos usuários. Estas, por sua vez, também no município de grande porte, são tidas como alternativas diante de aspectos deficitários na atenção aos usuários de álcool e drogas do CAPS ad. Portanto, apesar das peculiaridades de cada município e dos diferentes graus de dificuldades enfrentadas, em todos os municípios, há obstáculos para se ter acesso à oferta assistencial, a qual, quando possibilitada, tem a sua resolutividade questionada.

Em relação aos mecanismos de construção da ação, observou-se que no município A a discussão sobre o uso de álcool e outras drogas está inserida no campo da saúde mental, com a ausência de um debate em relação aos atores não governamentais que vêm desenvolvendo ações nesta área. O município B, por sua vez, possui COMAD, que, embora esteja ainda em uma fase incipiente para se tecerem avaliações contundentes, pode vir a atrair para si a responsabilização das questões problematizadas, fragilizando as possibilidades de construção de uma ação que envolva a rede local. E, no município C, demonstrou-se que não há discussões locais sobre a construção de ações. Assim, em todos os municípios, seja pela capilaridade que o tema adquire para a área da saúde mental, seja pelo caráter possivelmente endógeno do COMAD, ou pela ausência de qualquer articulação local, demonstrou-se uma fragmentação deste tema em relação ao cenário político mais amplo.

Sublinhando a contradição que pode ocorrer entre ações realizadas e a participação no processo de decisão local, observou-se que as organizações voluntárias apresentam uma atuação nesta área, mas isto não parece repercutir na discussão sobre as ações locais ou haver um debate sobre o que é realizado. Nos municípios A e C, predomina uma relação informal entre as organizações voluntárias e o Estado, com referenciamento de usuários, mas sem uma sistematização e discussão de um projeto político. Isto pareceu ser ainda mais intenso no município C, onde o viés filantrópico para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas de fato não foi superado, emergindo como uma prática assistencialista.

E no que concerne ao terceiro e último enquadre de análise do presente trabalho, as políticas públicas sobre o uso de álcool e outras drogas, uma parte importante dos entrevistados demonstrou ter pouco ou nenhum conhecimento sobre as políticas que norteiam as ações nesta área em âmbito nacional. No que tange à SENAD, foi apontado o distanciamento em relação aos municípios, e houve atores que reconheceram a importância da distinção legislativa entre usuários e traficantes (por vezes atribuída ao Ministério da Saúde).

Porém, o papel da SENAD foi circunscrito aos cursos de educação a distância, que pareceram ser a principal ressonância de suas ações. Quanto ao Ministério da Saúde, os princípios ético-valorativos da política proposta foram reconhecidos como avanços significativos nesta área, seja pela inclusão na saúde, seja pela perspectiva da redução de danos. Contudo, a implementação de seus pressupostos foi questionada, haja vista a pouca disponibilidade de recursos para a área de álcool e drogas.

Tomando os municípios em conjunto, o que se verifica é que os mesmos promoveram implementação de dispositivos assistenciais e ampliação da oferta de cuidados, bem como maior discussão pública e democratização da construção das ações, viabilizando a participação de atores que se encontram à margem do processo. As políticas nacionais, por sua vez, incentivaram comportamento dos governos locais, seja através do COMAD, identificado como a descentralização da SENAD, ou pela implantação do CAPS, é equivalente à implementação da política proposta pelo Ministério da Saúde. Além das especificidades abordadas em cada município quanto à possível inflexão do papel do COMAD e quanto à reprodução do modelo ambulatorial no CAPS, acredita-se ser importante considerar o desenho institucional das políticas propostas pela SENAD e pelo Ministério da Saúde para discutir por que estas políticas encontram dificuldades na implementação das suas finalidades enunciadas.

Quanto à SENAD, para se examinar esta questão é relevante considerar-se a posição que a mesma sustentou no aparato governamental, isto é, localizando-se enquanto uma secretaria supraministerial. Ainda que em tese a intersetorialidade também seja um aspecto relevante na política do Ministério da Saúde, a SENAD tinha maiores atribuições de articular as políticas públicas sobre álcool e drogas intersetorialmente, devido a esta posição no governo. É necessário ponderar quais as implicações desse formato organizacional da SENAD na implementação de políticas públicas no sistema de proteção social.

A operacionalização das políticas sociais no Brasil tende a reproduzir nos níveis locais os formatos organizacionais da administração federal (VAITSMAN; ANDRADE; FARIAS, 2009). Conforme apontado por Andrade (2004), “*sobre a intersetorialidade há um consenso discursivo e um dissenso prático*”. O nível de complexidade exigido na operacionalização da intersetorialidade é difícil de se concretizar, pois as políticas públicas atravessam as três esferas de governo, sendo condicionadas pela estrutura administrativa de cada nível. Deste modo, as políticas gestadas na perspectiva intersetorial na esfera federal vão ter dificuldade de se operacionalizar no nível local, pois as estruturas nesse nível são predominantemente

setorializadas, e vice-versa (ANDRADE, 2004). Depreende-se que, para cumprir os seus propósitos, a SENAD precisa aperfeiçoar a sua interface com outras políticas setoriais.

Assim, o processo de construção da estratégia de implementação da política proposta pela SENAD não está claro e parece ter limitações. Questiona-se a operacionalização da inserção da política proposta no desenho institucional das políticas em geral. A indução de arenas de participação como o COMAD, embora possa aproximar atores nesta área, trazendo vinculações para a possível construção de ações intersetoriais, pode não ser o suficiente para impactar a efetividade da construção de ações. Entre outros fatores associados, como verificou Leal (2006), os COMAD podem existir sem estar articulados às instituições locais, sem problematizar ações em diferentes esferas e níveis de atenção à saúde.

No presente estudo, observou-se que por vezes a descentralização desta política é equalizada a implantação do COMAD, gerando uma ambiguidade de significados, como se a democratização do processo decisório a partir da indução de arenas de participação nesta área pudesse viabilizar a sua implementação. Ainda que o conceito de descentralização denote a distribuição de responsabilidades e poder entre os diferentes níveis governamentais, ele também tem ambiguidades, podendo ser equivocadamente interpretado como transferência exclusiva de responsabilidade para o nível local (JACOBI, 2000 apud GUIMARÃES E GIOVANELLA, 2004). Por isso, ao “deslocamento de sentido” em relação à participação social (DAGNINO, 2004), abordado no município B, soma-se a esta possível imprecisão do conceito de descentralização, gerando uma situação paradoxal como se implementar a política da SENAD fosse direcionar a responsabilidade para a esfera municipal e especificamente para o COMAD.

No que concerne à política de álcool e drogas proposta pelo Ministério da Saúde, cabe ressaltar aspectos relacionados ao seu *policy-making*. A política de saúde mental brasileira, à qual se vincula a política de álcool e drogas do Ministério da Saúde, foi embasada no processo de reforma psiquiátrica italiana e espanhola, que não incluíam uma abordagem específica aos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas (MACHADO, 2006). Além disso, os movimentos sociais brasileiros na saúde mental são predominantemente motivados pelo temário da luta antimanicomial (MACHADO, 2006; LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007), não incidindo em aspectos peculiares da atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Deste modo, no seu processo de implementação, a política de álcool e drogas do Ministério da Saúde tende a adquirir uma perspectiva marginal e incremental em relação à política de saúde mental, sem realizar mudanças substantivas no que já está programado para este campo em que ela se introduz. Em última instância, um dos efeitos práticos disso é que,

também devido à ineficiência da construção de um modelo de atenção psicossocial através dos CAPS, esta política tangencia de modo pontual a problemática do abuso de substâncias, isto é, na atenção a usuários crônicos. Configura-se, portanto, uma política que, nas suas ações e mecanismos de formação de vontade política (como nas conferências de saúde mental), pode se restringir a uma identidade negativa em relação à psiquiatrização, deixando de abordar aspectos importantes na área de álcool e drogas. Isto inclui, por exemplo, a negligência da construção de práticas promocionais e preventivas na rede assistencial e principalmente APS que possam abordar padrões ocasionais do consumo de substâncias, e não somente a dependência, aproximando-se mais da perspectiva de hábitos de vida prejudiciais à saúde. E, em relação ao tratamento, um outro aspecto que pode ficar à margem no campo da saúde mental é oportunizar maior debate com as organizações voluntárias, que vêm historicamente prestando serviços nesta área.

Em face do exposto, do ponto de vista da posição no aparato governamental, é possível depreender que as políticas de álcool e outras drogas propostas pela SENAD e pelo Ministério da Saúde apresentam obstáculos diametralmente opostos: enquanto a primeira pode não consolidar a sua interlocução com os diferentes setores necessários à sua operacionalização, a segunda tende a ser excessivamente “setorializada” no campo da saúde mental. Pelos fatores já explicitados nos estudos de campo, isto acaba condicionando as ações implantadas e os processos decisórios locais e impactando a efetividade dos mecanismos de participação na construção de ações. E, para os usuários e população em geral, os efeitos disso podem ser que as políticas públicas nesta área ou denotam-se pouco identificadas na vida cotidiana (como no caso da SENAD), ou, quando existem na realidade dos municípios, podem produzir respostas pontuais aos problemas advindos do abuso de substâncias, apresentando uma frágil inserção no campo mais amplo da saúde (como se observa em relação ao Ministério da Saúde).

Cabe salientar que as considerações aqui esboçadas possuem uma validade situacional, inerente ao delineamento utilizado, não sendo possível gerar conclusões universais ou generalizações. As colocações acerca da SENAD e do Ministério da Saúde constituem-se conjecturas a serem confrontadas em estudos futuros.

Cumpre destacar também o quão desafiante é implementar políticas públicas sobre álcool e outras drogas, haja vista a complexa natureza do problema. Este, como apontado na avaliação das concepções dos atores entrevistados, envolve uma mudança de valores socioculturais, tem uma multiplicidade de fatores associados à causa e à solução e, por assim dizer, uma pluralidade de atores que podem se envolver em diferentes aspectos do tema. Por

isso, talvez as respostas requeridas não sejam passíveis de serem construídas em uma política. Por outro lado, questiona-se a viabilidade de uma interdependência política nesta área para se constituir uma ação pública mais consistente e menos fragmentada, ou o modo de se induzirem respostas menos parciais e de se cumprirem as finalidades enunciadas pelas políticas brasileiras.

Do que foi apreendido no percurso empírico deste trabalho, embora a elucidação de tais interpelações esteja muito remota, observou-se que há um dinamismo próprio nas realidades locais, no modo como os municípios vivenciam e “solucionam” as questões sobre o uso de álcool e outras drogas. Ainda que não se pretenda apontar as “virtudes do local”, no contexto de diversificação tanto socioeconômica quanto política em que se encontram os municípios, verificou-se que há não somente vulnerabilidades, como também potencialidades para a construção de ações na área de álcool e outras drogas, por mais tortuosas e paliativas que estas respostas construídas possam ser. Talvez seja importante que na proposição de políticas nacionais sobre o uso de álcool e outras drogas haja maior proximidade com estas localidades, e que de fato tais políticas sejam continuamente reformuladas de acordo com a realidade, pois conforme assinalado por Dye (2007), apoiando-se em Donald (1975), “*implementar é dar outros significados à política*”.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. H. T.; CARNEIRO, L. P. Liderança local, democracia e políticas públicas no Brasil. **Opinião Pública**, Campinas, v. 9, n.1, p. 124-147, 2003.
- ALVARENGA, M. S.; GARCIA, M. L. T. G. A implementação da política de saúde mental em município de pequeno porte – o caso de São José do Calçado/ ES – Brasil. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 9, n. 2, p. 181-195, 2009.
- ANDERSON, P. Alcohol as a key area. **British Medical Journal**, London, v. 303, n. 6805, p. 766-8, 1991.
- ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. 2004. 330f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.
- ARRETCHE, M. Dossiê agenda de pesquisas em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-10, 2003.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331- 345, 2003.
- BABOR, T.F. et al. **Alcohol: no ordinary commodity**. New York: Oxford University Press, OMS, 2003. 290 p.
- BABOR, T.F. AUDIT – the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. Geneva: WHO/MSB/01.6b. 2001. 44p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70 Ltda., 1977.
- BELL, J.; FISCHER, B.; SHABTAY, L.; SARFRAZ, M. A. Substitution therapy for heroin addiction. **Substance use & misus**; v. 37, Nos. 8–10, pp. 1149–1178, 2002.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v.28, n.3, p.632-645, set. 2008.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p. 929-934, 2007.

BLOCH, R. **Democratização da gestão pública: a municipalização da saúde nos municípios de pequeno e médio porte**. 1999. 169f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1999.

BOARINI, M. L. A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. **Psicologia em Revista, Belo Horizonte**, v. 15 , n. 01, p. 28 – 50, 2009.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional. **Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília: SENAD, 2007. 299p.

_____. Gabinete de Segurança Institucional. **Política Nacional sobre o Álcool**. Brasília: SENAD, 2007. 6p.

_____. Gabinete de Segurança Institucional. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: SENAD, 2002b. 8p.

_____. Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que “institui o Código de Trânsito Brasileiro”, e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígeros, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, e dá outras providências. **Legislação e Políticas Públicas Sobre Drogas no Brasil**. Brasília, DF, 2008, 106 p.

_____. Lei n. 11.754, de 23 de junho de 2008. Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei n. 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República e dá outras providências. **Legislação e Políticas Públicas Sobre Drogas no Brasil**. Brasília, DF, 2008, 106 p.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 106p.

_____. Ministério da Saúde. **A Política Nacional de Promoção de Saúde.** 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 39p.

_____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 342p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 843 de 08 de junho de 2001.** Brasília: Ministério da Saúde: 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 816 de 30 de abril de 2002a.** Brasília: Ministério da Saúde: 2002a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assitênciia Social. **Política Nacional de Assistênciia Social.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate a Fome, 2004. 59p.

BRITO, A. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 143-149, 2005.

BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, p. 137-45, 1994.

BURNS, J. E.; FILHO, W. L. Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias. In: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD). **Sistema para Detecção de Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas.** Brasília: SENAD, 2006. p. 21-27.

CALHÃO, A. C. **A gestão de uma condição crônica de saúde no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá: um estudo de caso.** 2008. 185f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008.

CARLINI, E. A.; GALDUROZ, J. C. **II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades no país.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD): 2005. 490 p.

CAROLYN, J.; HEINRICH, H. Role of State Policies in the Adoption of Naltrexone for Substance Abuse Treatment. **Health Services Research**; v. 43, n. 3, p. 951-970, 2008.

CARVALHO, J. A. Pela inclusão dos pacientes mentais na rede geral de saúde. **Psiquiatria Hoje**, v. 3, n.4, 2008.

CHALUB, M.; TELLES, L. E. B. Álcool, drogas e crime / Alcohol, drugs, and crime. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, p. 69-73, 2006.

CHATWIN, C. Multi-level governance: The way forward for European illicit drug policy? **Int J Drug Policy**; v. 18, n. 6, p. 494 – 502, 2007.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: MINAYO, MCS; AKERMAN, M; DRUMOND JUNIOR, M; CARVALHO, YM. (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 219-246.

COMERLATTO, D. et al. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 10, p. 265-271, 2007.

CONWAY, K. Booze and beach bans: turning the tide through community action in New Zealand. **Health Promotion International**, Oxford, v. 17, n. 2, p. 171 – 177, 2002.

CONSOLI, G. L.; HIRDES, A. C. Juvenal Soares Dias da. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 01, p. 117-128, 2009.

CORRIGAN, P. W. et al. How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse. **Psychiatric Services**, Washington, v. 56, n. 5, p. 544-550, 2005.

CREMESP. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo**. 2010. 104 p. Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, São Paulo, 2010.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 04, p. 725 - 737.

DAGNINO, E. Construção democrática, Neoliberalismo e Participação: os dilemas da confluência perversa. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 1, n. 5, p. 137-161, 2004.

DAGNINO, E. (Org). Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, E. (org). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, suppl.1, p. 9-21, 2003.

DEGENSZAJN, R. R. Articulação entre os conselhos - uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 85, p. 109 -116, 2006.

DESLANDES, S. F.; SILVA, C. M. F. P. Análise da morbidade hospitalar por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, RJ. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 367-72, 2000.

DIAS, J. C. et al. Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 5, p. 341-348, 2003.

DYE, T. R. **Understanding Public Policy**. 13^a ed. New York: Pearson Education, 2010. 346p.

DUA LIBI, S.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R. Prevalência do beber e dirigir em Diadema, estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 1058-61, 2007.

DUARTE, P. C. A. V.; BRANCO, A. P. U. Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e Legislação Brasileira sobre drogas. In: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD). **Sistema para Detecção de Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas**. Brasília: SENAD, 2006. p. 33-37.

DUNNAGAN, T.; HAYNES, G.; LINKENBACH, J.; SHATWELL, P. Developing theoretical and environmental policy for underage drinking. **Am J Health Behav**, v. 27, n. 5, p. 508-23, 2003.

FARIA, C. A. P. Idéias, conhecimento e políticas públicas. Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, 2003.

FIGUEIREDO, M.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 129-138, 2009.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 23 – 64.

FONSECA, E. M.; NUNN, A.; SOUZA-JÚNIOR, P. B.; BASTOS, S. I.; RIBEIRO, J. M. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2134-2144, 2007.

FORTNEY, J. et al. Factors Associated With Perceived Stigma for Alcohol Use and Treatment Among At-Risk Drinkers. **Journal Behavior Health Service & Research**, v. 31, n. 4, p. 418-429, 2004.

FRACASSO, L. Tratamento de dependentes químicos em comunidades terapêuticas. In: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD). **Sistema para Detecção de Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas**. Brasília: SENAD, 2006. p. 28-29.

FRASER, S.; MOORE, D. Dazzled by unity? Order and chaos in public discourse on illicit drug use. **Soc Sci Med**, Maryland Heights, v. 66, n. 3, p. 740-52, 2008.

FREY, K. Análise de políticas públicas: algumas reflexões conceituais e suas implicações para a situação brasileira. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, s. n. 18., 1999.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n 21, p. 211-259, 2000.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A Política Antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicología e Sociedad**, Florianópolis, v. 20, p. 267-276, 2008.

GOMÉZ, C. C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. **Forum: Qualitative Social Research**, Berlin, v. 10, n. 2, s/ p., 2009.

GORMAM, M. D. "War on drugs" continues in United States under new leadership. **British Medical Journal**, London, v. 307, 369-71, 1993.

GIOVANNI, G. **Estruturas elementares das políticas públicas**. São Paulo: NEPP, 2009.

GUIMARAES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde**, Washington, v.16, n.4, p. 283 - 288, 2004.

HARRISON, L.; TETHER, P. Data Note —13. Alcohol Policy and the British Government Bureaucracy. **British Journal of Addiction**; v. 83, p. 451-460, 1988.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. **Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems**. Canadá: Oxford University Press, 1995. 239 p.

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. **Intervenção breve para o abuso de substâncias**: guia para uso na Atenção Primária à Saúde. Tradução de Telmo Mota Ronzani. São Paulo: OMS, 2004. Versão preliminar 1.1.

JESUS, C. F.; REZENDE, M. M. Dirigentes de instituições que assistem dependentes químicos no Vale do Paraíba. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 499-507, 2008.

JONES, S. C.; HALL, D.; COWLIN, F. Newspaper coverage of drug policy: an analysis of pre-election reporting of the Greens' drug policy in Austrália. **Drug Alcohol Rev**, Abingdon, Oxfordshire, v. 27, n.1, p. 5-11, 2008.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 96 - 98, 2008.

LEAL, F. X. **Conselhos Municipais Antidrogas: Entre o Sonho e a Realidade**. 2006. 272 p. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social: Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

LUBAMBO, C. W. **Conselhos Gestores e Desempenho da Gestão nos Municípios: potencialidades e limites**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 2002 (Texto para Discussão).

LUBAMBO, C. W. Desempenho da gestão pública: que variáveis compõem a aprovação popular em pequenos municípios? **Sociologias**, Porto Alegre, n.16, p. 86-125, 2006.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 399-407, 2007.

LUZIO, C.; L'ABBATE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2009, v.14, n.1, p. 105 -116, 2009.

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

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras Drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas.** 2006. 152 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública: Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MANCHIKANTI, L. National Drug Control Policy and Prescription Drug Abuse: Facts and Fallacies. **Pain Physician**, Albany, v. 10, p. 399-424, 2007.

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

MARQUES R. M; MENDES A. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. **Pesquisa & Debate**, São Paulo, 12, v. 1, n. 19, p. 65-91, 2001.

METCALFE, O.; HIGGINS, C. Healthy public policy – is health impact assessment the cornerstone? **Public Health**, v. 123, p. 296-301, 2009.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, supl. 3, p. 551-79, 2008.

MONROE, A. A. **O envolvimento de gestores e equipes de saúde com o controle da tuberculose em municípios prioritários do estado de São Paulo.** 2005. 179 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MOORE, T. J. The size and mix of government spending on illicit drug policy in Austrália. **Drug and Alcohol Review**; v. 27, p. 404 – 413, 2008.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.

MOREIRA, T. C. et al. Community violence and alcohol abuse among adolescents: a sex comparison. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 84, n. 3, 2008.

MOTA; D. C. B.; RONZANI, T. M. (no prelo). Considerações preliminares acerca da revisão da iterauta em formulação de políticas públicas sobre álcool e drogas.

NASCIMENTO, A. B. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e patologização do usuário de drogas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 185-90, 2006.

NASCIMENTO, M. A. N.; CARVALHO, A. O processo de descentralização e territorialização de serviços de saúde mental em CRAS. **Revista de Psicologia da UNESP**, Botucatu, v. 8, n. 1, p. 32 – 47, 2009.

NAVARRETE, M. L. V. et al. **Introdução às técnicas de pesquisa aplicadas em saúde**. Tradução de Maria Rejane Ferreira da Silva e Maria do Rosário Ferreira da Silva. Instituto de Medicina Integral: Recife, 2009.

NEVES, D.P. Alcoholism: indictment or diagnosis? **Reports in Public Health**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 7-14, 2004.

NEVES, J. A.; HELAL, D. H. Como pode ter dado certo? Insulamento burocrático, inserção social e políticas públicas no Brasil: o caso do Programa Bolsa Família. In: FAHEL, M.; NEVES, J. A. B. (Org.). **Gestão e Avaliação de Políticas Sociais no Brasil**. 1 ed. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2008, v. 1, p. 1-428.

OPAS; CICAD. **El tratamiento de los problemas relacionados com la dependencia de las drogas**. In: OPAS & CICAD. La dependencia de las drogas y su tratamiento – guia y criterios básicos para el desarrollo de programas de evaluación de la calidad y normas para la atención de la dependencia de drogas. OPAS/CICAD; 2000.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 212-218, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2005.

PALM J. **Moral concerns – Treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems**. Doctor's degree thesis, University of Stockholm, Sthockholm. 2006.

PAIM, J. S.; FILHO, N. A. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299 – 316, 1998.

PELLEGRINI, A.; BUSS, P. M. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, 2006.

PEREIRA, M. O. **Análise da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas**. 2009. 278 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

RAUPP, L. M. ; SAPIRO, C. A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, n.3, p. 361-368, 2008.

ROCHE, A. M.; FREEMAN, T. Brief interventions: good in theory but weak in practice. **Drug Alcohol Rev.**, Abingdon, Oxfordshire, v. 23, n. 1, p. 11-18, 2003.

RONZANI, T.M. **Avaliação de um processo de implementação de estratégias de prevenção ao uso excessivo de álcool em serviços de atenção primária à saúde: entre o ideal e o possível**. 2005. 159f. Tese (Doutorado em Psicobiologia) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

RONZANI, T. M.; FERNANDES, A. G. B.; GEBARA, C. F. P; OLIVEIRA, S. A.; SCORALICK, N. N.; LOURENÇO, L. M. Mídia e drogas: análise documental da mídia escrita brasileira sobre o tema entre 1999 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1751-1761, 2009.

RONZANI, T.M.; HIGGINS-BIDDLE, J.; FURTADO, E.F. Stigmatization of alcohol and other drug user by primary care providers in Southeast Brazil. **Social Science & Medicine**, Maryland Heights, v.69, n.7, p.1080-1084, Oct. 2009.

RONZANI, T.M., MOTA, D.C.B; SOUZA, I.C.W. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 (Supl. 1), p. 51-61, 2009.

RONZANI, T.M., MOTA, D.C.B., CRUVINEL, E., GEBARA, C.F.P., & MARTINS, L.F. (no prelo). Avaliação de uma metodologia para implantação de estratégias de prevenção ao uso de drogas e violência doméstica em serviços de atenção primária à saúde (APS). Trabalho apresentado no **4º Congresso Multidisciplinar de Saúde na Comunidade do Mercosul**, Gramado, Brasil, outubro de 2009.

RONZANI, T. M. Políticas de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas. In: Altemir José Golçalves Barbosa, Lelio Moura Lourenço, Marcia Maria Peruzzi Elia da Mota. (Org.). **Desenvolvimento Psicossocial. Temas em Educação e Saúde**. 1 ed. Campinas: Alínea, v. 1, 2009, p. 93-104.

ROOM, R. International control of alcohol: alternative paths forward. **Drug and Alcohol Review**, Abingdon, Oxfordshire, v. 25, p. 581- 595, 2006.

ROOM, R. Taking account of cultural and societal influences on substance use diagnoses and criteria. **Addiction**, Oxford, v. 101, n. 1, p. 31- 39, 2006.

SANTOS, R. S. et al. Compreendendo a natureza das políticas do estado capitalista. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 819 - 34, 2007.

SILVA, C. A. Os fóruns temáticos da sociedade civil: Um estudo sobre o Fórum Nacional da Reforma Urbana. I. In: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 143 - 185.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos**. Campinas: NEPP: Unicamp, 2000.

SILVA, P. L. B. **Modelo de avaliação de programas sociais prioritários** [relatório final]. Campinas: NEPP: Unicamp, 1999.

SILVEIRA, C. et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 5, p. 349- 354. 2003.

SOUZA, C. Estado do campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 15-20, 2003.

SOUZA, C. Governos locais e gestão de Políticas sociais universais. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 27 – 41, 2004.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n.16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, F. S. P.; SILVA, C. A. F.; OLIVEIRA, E. N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n.3, p. 796 – 802, 2010.

SOUZA, I. C. W. **O profissional da APS e as substâncias de abuso: o papel da capacitação na rotina da assistência**. 2010. 196 F. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fira, Juiz de Fora, 2010.

SOUZA, L.; CONTANDRIOPoulos, A. P. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n.2, p. 546-554, 2004.

SOUZA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, suppl.1, p. 1325-1335, 2009.

SPEDO, S. R. **Desafios para implementar a integralidade da assistência à saúde no SUS: estudo de caso no município de São Paulo**. 2009. 185 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

STRALEN, C. J. V. (no prelo). A gestão participativa no sistema único de saúde: demandas, interesses e instituições. Projeto apresentado a Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais.

STRALEN, C. J. S. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-631, 2006.

STRALEN, C. J. S. et al. Estudos avaliativos de conferências de saúde: Subprojeto: Estudo para avaliar o impacto das conferências municipais de saúde no estado de minas gerais. Relatório dos resultados preliminares. 2010.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, p. 47- 103, 2002.

TEIXEIRA, A. C. C. A atuação das organizações não governamentais: entre o estado e o conjunto da sociedade. In: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, p. 105-142. 2002.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de Políticas Públicas: Uma Revisão Teórica de um Campo em Construção. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 529-550, 2008.

TRZINSKY, C.; VEIVERBERG, T.; CETOLIN, S. F.; PINHEIRO, E. CRAS de Saltinho: Rumo ao fortalecimento da rede de serviços socioassistenciais. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n.2, p. 298 – 308, 2010.

TRUNKEY D.; BONNONO C. A rational approach to formulating public policy on substance abuse. **J Trauma**; v. 59 (3 Suppl), p. 67-75, 2005.

UNITED NATIONS ORGANIZATION (UNO). **Drugs Crime and Violence: the microlevel impact**. New York: UNO. 2004. 11p.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B.; FARIA, L. O. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 731-741, 2009.

VASCONCELOS, E. M. Dispositivos residenciais em saúde mental, um campo aberto para trabalhadores sociais: revisão de estratégias, tipologias e principais desafios políticos, teóricos e práticos. In: ROSA, L. C. S.; PEREIRA, I. C. C.; BISNETO, J. A. (Orgs). **Saúde Mental e Serviço Social**. 5^a Ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 97 – 124.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. P. 65 – 105.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239 -1250, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes. Geneve: WHO. (2004). 60p.

ANEXO 01: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Parte I: Concepções sobre o uso de álcool e outras drogas.

- O que você pensa sobre o uso de álcool e outras drogas?
- Em sua opinião, o que pode levar alguém a usar álcool e outras drogas?
- O que você acha que deve ser feito?

Parte II: Ações desenvolvidas no município.

- O que é feito no município em relação ao uso de álcool e outras drogas?
- Quais ações você acha que poderiam ser realizadas e não são? O que constrange (dificulta) as ações que você acha que poderiam ser realizadas?

Parte III: Processo Decisório local.

- Há locais neste município em que se discute o uso de álcool e outras drogas? Desde quando? O que você pensa sobre eles?
- Há algum tipo de interação entre o setor em que você atua e estas organizações locais no desenvolvimento das ações sobre o uso de álcool e outras drogas? Explique
- Quem faz agenda das políticas executadas no município? Álcool e Drogas está na agenda?

Parte IV: Políticas Públicas sobre Álcool e Drogas.

- Há alguma política que contribui para a construção das ações que são realizadas sobre o uso de álcool e outras drogas? Qual?
- Como você entende a política de álcool e outras drogas no Brasil? Quais políticas brasileiras voltadas para o uso de álcool e outras drogas que você conhece? Você tem acesso as política da SENAD? E a do Ministério da Saúde?
- O que você pensa sobre elas? Quais são os pontos fortes e pontos fracos das políticas?
- Você acha que estas políticas são implementadas neste município? De que modo? Onde? Quais atores envolvidos?
- Quais são as suas sugestões para a implementação das políticas de álcool e outras drogas neste município?
- Você gostaria de fazer mais algum comentário?

Caracterização das instituições (específico para entrevistados que trabalham em serviços para atendimento aos usuários de álcool e outras drogas).

- Natureza da instituição.
- Público alvo
- Procedência dos encaminhamentos
- Abrangência da instituição
- Número de pessoas atendidas
- Fonte de recursos financeiros

ANEXO 02: PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Quadro 01: Informantes-Chave do Município A

ID	Idade	Gênero	Profissão	Formação	Período de Exercício da Função	Observação
A 1		Masc.	Psicólogo	Psicanalista		
A 2		Fem.	Coordenadora da ESF	Enfermeira	2 anos e seis meses	Trabalha na APS há 17 anos
A 3	48	Fem.	Psicóloga na área de Infância e Juventude	Psicóloga		
A 4	45	Fem.	Assistente social do CAPS ad	Serviço social / Três Especializações na em álcool e drogas	3 anos	Trabalha na área de Álcool e Drogas há 18 anos
A 5		Masc.	Diretor de Comunidade Terapêutica	Capacitação pela FEBRACT	9 anos	
A 6	39	Masc.	Pastor / Conselheiro	Curso Superior em Teologia / Capacitação pela FEBRACT	—	Membro do COMAD do Município B.
A 7	40	Masc.	Pastor / Micro Empresário / Diretor de Comunidade Terapêutica	Capacitação pela FEBRACT	Diretor de Comunidade terapêutica a 11 anos	—

Quadro 02: Informantes-Chave do Município B

ID	Idade	Gênero	Profissão	Formação	Período de Exercício da Função Atual	Observação
B 1		Masc.	Médico	Ginecologia Obstetrícia	Secretário de Saúde há 2 anos e seis meses	Membro do COMAD
B 2	25	Fem.	Enfermeira	Curso Superior em Enfermagem	Coordenadora da ESF há seis meses	
B 3	28	Masc.	Cabeleireiro		Presidente do Conselho	Integra outros Conselhos do Município e foi vereador
B 4		Fem.	Coordenadora do CAPS	Psicóloga / Psicanalista	3 anos	Membro do COMAD
B 5	35	Fem.	Secretaria de Assistência Social	Assistente Social		Membro do COMAD e no Conselho da Infância e Juventude
B 6	54	Masc.	Advogado / Micro-Empresário	Curso Superior em Direito	Presidente do COMAD desde a sua criação em 2009	Membro do COMAD

Quadro 03: Informantes-Chave do Município C

ID	Idade	Gênero	Profissão	Formação	Período de Exercício da Função Atual
C 1	34	Fem.	Enfermeira	Curso Superior em Enfermagem / Especialização em saúde Pública	Secretária de Saúde há 2 anos
C 2	26	Masc.	Enfermeiro	Curso Superior em Enfermagem	Há um ano está na coordenação da ESF
C 3	48	Fem.	Proprietária de uma farmácia	Técnica em Enfermagem	Presidente do Conselho há 2 anos
C 4	42	Fem.	Secretária de Assistência Social	Curso Superior em Serviço Social	3 anos
C 5	25	Masc.	Conselheiro em Dependência	—	3 anos
C 6	37	Masc.	Conselheiro em Dependência Química / Coordenador de Comunidade Terapêutica	Curso pela FEBRACT	7 anos