

# POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO ESTADO DO TOCANTINS: UM DESAFIO NECESSÁRIO

## PUBLIC POLICIES FOR ATTENTION TO ALCOHOL AND OTHERS DRUGS IN THE STATE OF TOCANTINS: A NECESSARY CHALLENGE

**Cristiane Roque de Almeida** 1  
**Alessandra Ruita Santos Czapski** 2  
**Deise Justino Matos** 3  
**Ester Maria Cabral** 4

Doutoranda em Biodiversidade e Biotecnologia - BIONORTE/UFT, 1  
Mestre em Sociologia e graduada em Ciências Sociais pela UFG, Professora  
Assistente no Curso de Direito da Universidade Federal do Tocantins - UFT,  
desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão relacionadas aos  
domínios da Sociologia e da Criminologia, bem como no âmbito da teoria  
social, do pensamento social brasileiro e das metodologias de pesquisa e do  
trabalho científico. E-mail: crisroque@uft.edu.br

Mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de 2  
Goiás (2010), Pós-Graduação Lato Sensu em Administração e Planejamento  
de Projetos Sociais, Graduação em Serviço Social pelo Centro Universitário  
Luterano de Palmas (2005). É docente da Universidade Estadual do Tocantins,  
atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas sociais e  
setoriais, violência doméstica contra a mulher, dependência química. E-mail:  
alessandra.rs@unitins.br

Bacharela em Direito pela Universidade Federal do Tocantins. 3  
Advogada. E-mail: deisejustino@gmail.com

Especialização em MBA em Gerenciamento de Projetos 4  
Governamentais pela Universidade do Tocantins, Brasil (2014), Concursada da  
Secretaria Estadual de Saúde de Tocantins, Brasil. E-mail: ester147@gmail.com

**Resumo:** Neste artigo discutimos as prestações de serviço do Estado aos usuários de drogas e suas famílias, por meio da efetivação das políticas públicas nessa área. Centramo-nos nos resultados do conhecimento, pela população, das políticas públicas de atenção no Estado do Tocantins, apresentados na primeira pesquisa domiciliar e institucional sobre o uso de álcool e outras drogas realizada no estado do Tocantins no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. Ao trazer esse debate à baila, objetivamos discutir a necessidade de implementação de ações mais efetivas de cuidados oferecidos às pessoas que fazem uso de substâncias, a partir dos conceitos de vulnerabilidade e invisibilidade social. Observamos que há desconhecimento por parte da população tocantinense em relação às políticas públicas de atenção sobre drogas executadas no e pelo estado, e que o CAPS é o equipamento lembrado pela população pesquisada quando se refere às ações e projetos realizados nessa área.

**Palavras-chave:** Políticas públicas; Atenção em uso de álcool e outras drogas; Tocantins; Vulnerabilidades.

**Abstract:** We discuss in this article the state's provisions to drugs users and their families, through the implementation of public policies in this area. We focus on the results of population knowledge of the public policies of care in the State of Tocantins, presented in the first domiciliary and institutional survey on the use of alcohol and other drugs carried out in the state of Tocantins in the period between january of 2015 and december of 2017. We aim to discuss the need to implement more effective care actions offered to people who use substances, based on the concepts of vulnerability and social invisibility. We observed that there is ignorance on the part of the population of Tocantins in relation to the public policies of attention on drugs executed in and by the state, and that CAPS is the equipment most remembered by the researched population when it refers to the actions and projects carried out in this area.

**Keywords:** Public policies; Attention in alcohol and another drugs; State of Tocantins; Vulnerabilities.

## Introdução

As políticas públicas, as quais se configuram conjunto de ações do Estado, concretizadoras dos direitos individuais e coletivos, quando se referem ao usuário de drogas encontram tarefas de maior complexidade para seu desenvolvimento e aplicação.

A complexidade parte da origem multifatorial do uso e abuso de drogas (social, biológica e individual), necessidade de um tratamento intersetorial com diversas áreas do conhecimento humano, além da própria estigmatização, vulnerabilidade e até mesmo invisibilidade do usuário, fazendo com que se destine atenção e recursos em proporção muito aquém da necessária.

A fim de compreender o cenário das políticas públicas de atenção às drogas no Estado do Tocantins, partimos da apresentação da política nacional sobre drogas e saúde mental, para então observarmos a atuação dos órgãos tocantinenses, demonstrando como a política pública se desenvolve, da União ao Estado do Tocantins, nos utilizando ainda de resultados de pesquisa de campo, a qual revelou o conhecimento da população acerca destas políticas.

A partir dos dados e conceitos, discutimos a efetividade da política pública tocantinense, o quanto destas ações chegam ao conhecimento popular, os reflexos da estigmatização e as consequências da invisibilização do indivíduo usuário, apontando as questões críticas e que exigem desenvolvimento.

## A política nacional sobre drogas

No que se refere ao usuário de drogas, as prestações do Estado partem por meio da efetivação das políticas públicas, no que tange à saúde e à assistência social, e até mesmo o acesso à justiça do usuário de drogas e sua família, a fim de que se possa buscar, judicial ou extrajudicialmente, o cumprimento das prestações positivas devidas pelo Estado.

Moura e Oliveira (2014) apresentam as políticas públicas como sendo o conjunto de prestações positivas do Estado, e a atuação normativa, reguladora e de fomento, com a criação e disponibilização de bens necessários ao gozo e proteção dos interesses tutelados. Segundo Sarlet (2007), esta é a dimensão positiva do direito à saúde.

Conforme Moura e Oliveira (2014), nos termos do art. 3º da Lei nº 8.080/90, as políticas públicas voltadas à saúde, de forma geral, compreendem desde áreas indiretas à saúde, como saneamento básico, meio ambiente, alimentação, moradia, acesso a bens e serviços sociais, entre outras. Entram nesse rol também, políticas diretas, garantindo desde medidas preventivas à saúde, recuperativas, até mesmo o exercício do poder de polícia na regularidade da prestação do direito (vigilância sanitária), tudo a fim de que se promova a saúde de forma ampla e plena, nos termos do conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde, como um “completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” (OMS, 1946).

A Política Nacional para Atenção Integral de Álcool e outras Drogas, Cartilha do Ministério da Saúde, determina que o tratamento daqueles que apresentam problemas com a ingestão (usual ou abusiva) de drogas se pauta em cuidados ambulatoriais e extra hospitalares (MOURA; OLIVEIRA, 2014; BRASIL, 2003).

Conforme esclarece o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), a política de atenção ao usuário e dependente não pode focar-se no objetivo da abstinência como resultado da redução da oferta e demanda de substâncias tóxicas, havendo a necessidade de integração do método anterior com a perspectiva da redução de danos, como método e estratégia a serem desenvolvidas em conjunto, e o reconhecimento das singularidades de cada paciente como um passo progressista no tratamento da questão.

Ainda segundo a Cartilha ministerial (BRASIL, 2003), a Política de Saúde Mental nacional e extensiva aos demais entes federativos é a própria Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica). Entidades e normas complementares foram criadas para dar executoriedade ao previsto na política pública (BRASIL, 2011), tal como a Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde que “instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”.

Já a atual Política Nacional sobre Drogas – PNAD, instituída por meio da Resolução nº 03/GSIPR/CH/CONAD de 2005, tem entre seus pressupostos, a redução da demanda e da oferta de

drogas e redução de danos, a priorização da prevenção, sem perder de vista o devido tratamento, recuperação e reinserção social, bem como o tratamento diferenciado em relação ao diferente manejo/uso de drogas. A esta coexistência de abordagens diferentes e por vezes conflitantes no mesmo sistema de política pública, é chamado de política híbrida (WORM, 2016).

O SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, instituído através da Lei nº 11.343/2006 (Lei de Drogas), regulamentada através do Decreto nº 5.912/2006, tem como órgãos o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD.

Desta forma, nos termos de seu preâmbulo e do art. 3º, o eixo estratégico do SISNAD é voltado à prevenção do uso indevido, atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas e a repressão ao tráfico. Destacam-se entre os princípios elencados no art. 4º da Lei nº 11.343/2006, o reconhecimento da intersectorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, e a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário.

Segundo Worm (2016), o desenvolvimento de políticas públicas destinadas ao cuidado e o trato com a questão das drogas é das tarefas da mais alta complexidade por diversos fatores, como a necessidade de alto nível de articulação entre órgãos e entes federativos, intersectorialidade entre diferentes ramos do conhecimento, destinação a um público extremamente diverso, a dimensão do país e a diversidade sociocultural em razão do lugar e a dificuldade de se atingir a todos em mesmo nível com a mesma estratégia. Nesta senda, é concluído pela autora que o tratamento do problema sob o único e exclusivo viés da saúde é insuficiente e incapaz de lidar com a questão de drogas de forma eficaz.

### **Órgãos atuantes na política de drogas no estado do Tocantins**

O acesso à justiça, segundo Cappelletti e Garth (2002), possui dois aspectos fundamentais: o dever da justiça de estar ao alcance de todos os cidadãos de maneira concreta, não apenas como um ideal inacessível, e o aspecto teleológico do acesso à justiça, que é a produção de resultados individuais e socialmente justos.

No que se refere à primeira dimensão de concretude do acesso à justiça, é indispensável destacar os sujeitos que promovem este acesso em âmbito estadual aos usuários de drogas e suas famílias, encontram-se, com destaque, o Ministério Público e a Defensoria Pública; Entidades como a Secretaria de Saúde e o Conselho Estadual sobre Drogas, por sua vez, constituem órgãos destinados ao trabalho com políticas públicas, garantindo o acesso ao direito em maior vinculação junto aos órgãos do poder executivo.

Ao Ministério Público Estadual – MPE, como órgão essencial à justiça, compete a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, nos termos do art. 127 da Constituição Federal. No que tange à promoção do direito à saúde, sua efetivação pelo Ministério Público ocorre de maneira vinculada às suas atribuições institucionais ditadas pela Constituição e Lei Orgânica do Ministério Público (Lei nº. 8.625/93).

Este órgão é promotor do direito à saúde mental de usuários de drogas em sua atuação como legitimado ativo aos instrumentos processuais da ação ordinária de internação e ações civis públicas, bem como *custus legis* em ações que envolvam o vulnerável e o relativamente incapaz, também com o instrumento extraprocessual do Termo de Ajuste de Conduta.

Já a Defensoria Pública Estadual – DPE, outro órgão indispensável à atividade jurisdicional do Estado, atua no patrocínio dos interesses dos hipossuficientes, judicial e extrajudicialmente. Desta forma, é responsável tanto pela judicialização quanto promoção extrajudicial da saúde dos hipossuficientes e vulneráveis, tendo ampla área de atuação, deste a conscientização da população carente de informação até a fiscalização de órgãos e entidades envolvidos na promoção de direitos sociais.

No Estado do Tocantins, os principais órgãos atuantes são a Secretaria Estadual de Saúde – SESAU e o Conselho Estadual Sobre Drogas do Estado do Tocantins – CONESD. A SESAU/TO constitui órgão da administração direta do estado cuja responsabilidade consiste na promoção de políticas públicas de saúde em aspecto amplo.

Já o CONESD/TO, órgão vinculado à Secretaria de Cidadania e Justiça, nos termos do Decreto nº 4.604, de 02 de agosto de 2012 (TOCANTINS, 2012), é o órgão superior do Sistema Estadual de Políticas sobre Drogas, com competências descritas no art. 4º do referido ato normativo, as quais podem ser resumidas na orientação acerca das políticas públicas estaduais sobre drogas, estratégias para sua execução, e integração com órgãos assemelhados.

Constituem o Sistema Estadual de Políticas sobre Drogas, nos termos do art. 2º do Decreto nº 4.604, o Conselho Estadual sobre Drogas, Superintendência de Ações sobre Drogas, conjunto de órgãos e entidades da Administração Pública (principalmente os Municípios e a Superintendência Regional da Polícia Federal no Tocantins) e entidades da sociedade civil das áreas da atenção à saúde e da assistência social que atendam aos usuários ou dependentes de drogas e seus familiares.

## Vulnerabilidade e (in)visibilidade: o acesso às políticas de atenção e a estigmatização dos usuários

Refletir acerca do acesso às políticas de atenção no que se refere ao uso, abuso ou dependência de drogas, implica em reconhecer a insuficiência de equipamentos e serviços disponíveis, bem como a dificuldade que os potenciais usuários dessa política têm de demandar tais serviços, por motivos diversos, dentre eles desconhecimento da rede e da carta de serviços disponíveis e a dificuldade em assumir ter a necessidade desse serviço especializado, o que ocorre muitas vezes em função do estigma de “drogado” que paira sobre os usuários, muitas vezes reverberando como estigma internalizado.

Goffman (2008) com a obra *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, publicada originalmente em 1891, contribuiu para a compreensão do fenômeno da estigmatização. Para este autor, os ambientes sociais estabelecem meios de categorizar pessoas por meio da probabilidade de se encontrar os mesmos atributos comuns ao grupo em todos que o compõem, o que faz com que o indivíduo seja imediatamente classificado com a identidade social de sua categoria.

Desta forma, as concepções sobre os indivíduos de determinada categoria se tornam uma espécie de exigência ao passo que a subjetividade do indivíduo é diminuída pelo espectador em busca da uniformidade daquele grupo ou categoria. O estigma, portanto, se formará quando identificado um “atributo profundamente depreciativo” e “um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo” (GOFFMAN, 2008, p. 06 e 07).

Goffman (2008) destaca que o estigma, em qualquer categoria, apresenta as mesmas características sociológicas, que é o reconhecimento de um atributo que direciona a uma categoria, fazendo com que todos os demais atributos e individualidade do sujeito sejam diminuídas para que este seja visto através do estigma. O referido autor separa o estigma em 3 categorias: estimas corporais; de culpa de caráter individual; e tribais. É descrito o estigma da culpa de caráter individual como aquelas:

percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, **distúrbio mental**, prisão, **vício**, **alcoolismo**, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical” (GOFFMAN, 2008, p.07, grifos nossos).

O autor esclarece que é fato central a tendência do indivíduo estigmatizado possuir as mesmas concepções identitárias que seu meio social. Há os que se identificam com o estigma e ignoram suas percepções depreciativas, bem como aqueles que se identificam com o estigma e aceitam as percepções negativas do seu atributo. Em alguns casos, o estigmatizado autodepreciativo busca meios de corrigir tal atributo diretamente, por meio de tratamentos religiosos, cirúrgicos, psiquiátricos, entre outros meios, ou indiretamente, empenhando esforços para conseguir sucesso naquilo que o estigma determina como improvável.

Com base no pensamento de Fiore (2012), elucidam Matos e Almeida (2017) que o estigma atribuído ao usuário de droga em sentido amplo – àquele que faz uso não nocivo, nocivo ou o considerado dependente - revela grandes semelhanças com os fundamentos das políticas

proibicionistas como as concepções de que não existe padrão seguro de uso de droga por ser prática intrinsecamente prejudicial à saúde e aos laços sociais. Isso coadunaria com a necessidade do estado reprimir os que produzem, vendem ou consomem drogas.

Por outro lado, é notório também que o estigma de usuário de droga também recairá sobre o sujeito a depender de qual substância é ingerida, sua aceitabilidade social e o grau de visibilidade dos signos do estigma.

Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e o Instituto Rosa Luxemburgo, em 2008, revelou grupos aos quais os brasileiros sentem sentimentos de repulsa, ódio, antipatia e sentimentos congêneres, tendo ficado em primeiro lugar os ateus, com 42% de aversão, e em segundo lugar os usuários de drogas, com 41% de aversão (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, *online*), o que demonstra a remanescência do estigma sobre os usuários de drogas e a necessidade de realização de trabalhos para sua desconstrução.

Contudo, pensar na desconstrução do estigma no caso brasileiro impõe a necessidade de reflexões centradas na constituição histórica da nossa sociedade, sobretudo a partir da consideração da nossa estrutura hierárquica que se perpetua ao longo de todo o processo de constituição da nação, mesmo com a ocorrência da democratização.

Carvalho (2014), em seu livro *Criminologia, (in)visibilidade e reconhecimento: o controle penal da subcidadania no Brasil*, aponta que o processo histórico de construção do Brasil provocou a existência de subcidadãos (subintegrados) e sobrecidadãos (sobreintegrados, aqueles que estariam acima da lei). Isso seria, para o autor, parte de um projeto jurídico-político, e essa é uma abordagem que não se confunde com um debate focado na associação mecânica entre pobreza e violência; mas sim, que considera a exclusão social como um fenômeno multifatorial e de grande complexidade que conta com a participação tanto dos setores dominantes quanto dos dominados, por meio de uma conjunção de fatores políticos, sociais, psicossociais, históricos e simbólicos.

Nesse íterim, surge o problema da criminalização dos pobres - homens invisíveis e grupos humilhados - portadores do que Carvalho (2014) chamou de *habitus precário*, aqueles destituídos de espaço e linguagem para falarem por si para a afirmação de suas identidades e para serem merecedores do reconhecimento intersubjetivo, que lhes confira o *status* de cidadãos.

Nesse sentido, o *habitus primário* seria, para Carvalho (2014), uma generalização das condições sociais, econômicas e políticas do sujeito útil, digno e produtivo; já o *habitus precário* marca o tipo de personalidade ou disposição de comportamento que não corresponde à economia emocional burguesa, individualista e competitiva. Seus portadores seriam os inadaptados de acordo com o ponto de vista de uma posição dominante da realidade social, aqueles indivíduos e grupos dotados de personalidades improdutivas e disruptivas aos olhos da definição hegemônica, segundo a qual a cor da pele soma-se como ferida adicional.

Com base no pensamento de Carvalho (2014), ao focarmos nas determinações históricas, é possível entender que a invisibilidade decorre da discriminação, do preconceito ou da indiferença. Assim, criminalizar pretos e pobres é histórico em nosso país porque trata-se de um projeto político de exclusão e invisibilização de segmentos sociais historicamente segregados, para a gestão da subcidadania que se dá por meio da produção e reprodução da invisibilidade e da humilhação social, mecanismos de desfiguração da retórica da dignidade humana no imaginário punitivo brasileiro. (CARVALHO, 2014).

Para Carvalho (2014) a gestão da subcidadania é feita por meio do sistema carcerário; todavia, por analogia podemos considerar como tendo o mesmo objetivo os espaços de internação daqueles que são considerados dependentes químicos, como parte de um sistema punitivo que nos remete ao conceito de instituições totais, conferido por Goffman (1974), ao estudar a institucionalização do portador de transtornos mentais. Para o autor, a denominação “instituições totais” refere-se a locais em que grandes números de indivíduos de uma mesma categoria são separados da sociedade por determinado tempo, levando a vida integralmente dentro dele. (MATOS; ALMEIDA, 2017).

Em uma sociedade que deseja “justiça”, que quer que aquele que paga por seus crimes sofra, o sistema é considerado tanto mais eficiente quanto mais dor infligir ao corpo ou à alma daquele que é assinalado como inimigo social. Nesse sentido, a droga é um artifício (expediente habilidoso), dentro de um projeto jurídico-político de gestão institucional da segregação dos já excluídos, seja segregando-os por meio do cárcere, seja por meio das internações involuntárias ou compulsórias,

muitas vezes fruto do clamor popular, que provoca a judicialização das vidas de indivíduos que poderiam ser tratados e/ou acolhidos por uma rede de atenção especializada, integrada de modo intersectorial, com capacidade de fazer sua reintegração social por meios menos invasivos.

Nessa sujeição dos corpos considerados inadequados, elementos culturais, signos inscritos nos corpos como gostos, estilos de vida, modos de ser e agir, jeito de falar, andar, gargalhar, as atitudes, entre outros aspectos são elementos demarcadores de diferenças a partir das quais classe social, cor, gênero e a questão das drogas são utilizados como cercas para traçar as distâncias entre a cidadania e a subcidadania no jogo do trabalho útil, produtivo e disciplinado que está por trás da avaliação objetiva do valor relativo de cada ser na dimensão política desse projeto (CARVALHO, 2014).

Assim ocorre a criminalização da diferença indesejada, “do estigma para a criminalização” e naturalização da desigualdade por meio da negação da noção de dignidade humana, em que a violência pode ser utilizada como medida preventiva contra indivíduos ou grupos estigmatizados.

Por trás desse projeto está a perpetuação da sociedade capitalista, por meio de estratégias de punição que objetivam banir o conflito e ressaltar a ideologia do desempenho (dom), que tem como pano de fundo o valor diferencial dos seres humanos.

Nesse aspecto cumpre chamar ao debate os conceitos de vulnerabilidade social e estrutura de oportunidades, de Kaztman<sup>1</sup>, pois para este autor aquilo que seria dom - desempenho gratuito demonstrado por indivíduos de determinada classe ou segmento social - é sociologicamente entendido como fruto de oportunidades.

De acordo com Kaztman (2000)<sup>2</sup>, a vulnerabilidade social é um fenômeno marcado pela impossibilidade de satisfação das necessidades básicas da vida e pela renda muito baixa ou ausente, fatores que levam à falta de condições dignas de vida. Seria então, tal conceito, referente à “[...] incapacidade de uma pessoa ou um domicílio aproveitar as oportunidades, disponíveis em distintos âmbitos socioeconômicos, para melhorar sua situação de bem-estar e sua possível deterioração” (KAZTMAN, 2000, p. 281).

Nesse sentido, o não aproveitamento, por algum motivo, das oportunidades disponíveis (ou a falta delas), provocaria um “enfraquecimento do processo de acumulação de ativos<sup>3</sup>, vez que as situações de vulnerabilidade costumam desencadear sinergias negativas que tendem a um agravamento progressivo” (KAZTMAN, 2000, p. 281).

Trata-se de um enfoque sobre a pobreza concentrado menos na carência de renda, e mais na consideração de um conjunto de atributos necessários a um efetivo aproveitamento da estrutura de oportunidades existente. (FILGUEIRA; KAZTMAN, 1999; KAZTMAN, 2000). Com isso, “O acesso a oportunidades facilita o acesso a outras oportunidades” (KAZTMAN, 2000, p. 299).

Estado, mercado e sociedade seriam os entes fornecedores da estrutura de oportunidades. Mas se não há oportunidades suficientes para todos? E se os indivíduos não são capacitados o suficiente para aproveitar as oportunidades que existem disponíveis? Diante de um cenário de desigualdades, “essa conta não fecha”, pois existe uma relação indissociável entre os ativos, as estratégias e estruturas de oportunidades.

No caso dos usuários de drogas que requeiram tratamento e/ou acolhimento, as redes de atenção, constituem estruturas de oportunidades que possibilitam que tais indivíduos e suas famílias tracem estratégias para uma melhor forma de vida e integração social para que estejam aptos a aproveitarem outras oportunidades existentes, como trabalho, educação, melhoria nas condições de saúde, etc.

Em resumo, com a ausência dessas estruturas oferecidas pelo Estado, pelo mercado ou pela sociedade, os indivíduos tornam-se mais e mais vulneráveis diante da naturalização da

1 Pesquisador da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe – CEPAL.

2 Todas as obras do autor utilizadas neste artigo somente são encontradas em Espanhol. Para as citações foram utilizadas traduções livres.

3 Ativos, podem ser entendidos “[...] o conjunto de recursos, materiais e imateriais, sobre os quais os indivíduos e os domicílios possuem controle, e cuja mobilização permite melhorar sua situação de bem-estar, evitar a deterioração das suas condições de vida, ou ainda diminuir sua vulnerabilidade.” Kaztman (2000, p. 294). Os ativos são de três tipos básicos: o capital físico; o capital humano e o capital social. Para mais detalhes consultar Filgueira e Kaztman (1999) e Kaztman (2000, 2001).

desigualdade e da desassistência. Essa é uma realidade permanentemente vivida por aqueles que não partilham do *habitus primário* enquanto generalização das condições sociais, econômicas e políticas do sujeito útil, digno e produtivo; mas sim, do *habitus precário*, em que não importa a cor dos indivíduos, uma vez que sem a qualificação adequada para que sejam classificados e incluídos, serão permanentemente marginalizados.

Com isso, a partir do entendimento do pensamento de Carvalho (2014), entendemos que as políticas de atenção aos usuários de drogas devem considerar, para além do homem abstrato e universal da esfera pública, o homem concreto, inserido na dinâmica da divisão social do trabalho e vulnerável ou não em virtude da posição que nela ocupa. Assim, para além da igualdade formal, a igualdade material e substancial para ampliar ou manter a condição de bem-estar dos indivíduos e domicílios.

Nesse sentido, por meio da judicialização da política de drogas, a promoção de internações reforça a estigmatização dos usuários, quando seu acesso às políticas de atenção eficientes poderia possibilitar o diálogo, necessário ao tratamento que os casos requerem, devido à incompletude profissional e institucional<sup>4</sup> que obrigatoriamente se opõem às instituições totais. O princípio da incompletude institucional, foi originalmente desenvolvido para aplicação nas questões relativas aos menores infratores, mas foi entendido como igualmente aplicável ao caso do portador de doença mental, independentemente da idade, por ambos serem indivíduos vulneráveis e seus tratamentos buscarem a reinserção e readaptação social. (MATOS; ALMEIDA, 2017).

## Pesquisa domiciliar e institucional sobre o uso de álcool e outras drogas no estado do Tocantins

Recente pesquisa, do tipo exploratória, desenvolvida no período de 2015 a 2017, realizou um mapeamento das políticas públicas de atenção ao álcool e outras drogas no Estado do Tocantins.

No que concerne à sua abordagem, esse estudo foi de natureza quanti-qualitativa, com levantamento domiciliar de dados por amostragem e análise relacionada aos serviços ofertados nos territórios. No que se refere aos objetivos, a pesquisa teve uma dimensão explicativa por abordar fenômenos já existentes, de maneira que compreendeu a realidade e os fatores relacionados ao uso de substâncias, tais como as políticas de atenção (prevenção e recuperação) ofertadas nos municípios.

O que pode ser verificado com essa pesquisa de campo foram as características que permeiam a realidade do usuário, sua família, e as políticas de prevenção, tratamento e atenção nas diversas regiões do Estado. Dos 139 (cento e trinta e nove) municípios, apenas os acima de 5.000 (cinco mil) habitantes foram participantes da pesquisa, o que compreende uma amostra de pouco mais de 49% do total dos municípios num total de 69 municípios pesquisados.

Os municípios foram divididos em 8 microrregiões: região de Araguaína (que compreendeu 13 municípios), região de Bico do Papagaio (que compreendeu 14 municípios), região de Dianópolis (que compreendeu 7 municípios), região de Gurupi (que compreendeu 7 municípios), região do Jalapão (que compreendeu 5 municípios), região de Miracema (que compreendeu 11 municípios), região de Porto Nacional (que compreendeu 6 municípios) e região de Formoso (que compreendeu 6 municípios), conforme tabela a seguir:

**Tabela 1** – Microrregiões da pesquisa

Sq.	MICRORREGIÃO ARAGUAINA
	<b>Município</b>
01	Aragominas
02	Araguaína
03	Araguanã

<sup>4</sup> De acordo com esse princípio, as instituições que promovem tratamentos devem ser as mais incompletas quanto possível, promovendo contatos entre os pacientes internos e a realidade exterior por meio da promoção de atividades comunitárias e intersetoriais. (HAMOY, 2008).

04	Arapoema
05	Babaçulândia
06	Colinas do Tocantins
07	Filadélfia
08	Nova Olinda
09	Palmeirante
10	Pau-d'Arco
11	Santa Fé do Araguaia
12	Wanderlândia
13	Xambioá
<b>MICRORREGIÃO BICO DO PAPAGAIO</b>	
	<b>Município</b>
14	Aguiarnópolis
15	Ananás Tocantins
16	Araguatins
17	Augustinópolis
18	Axixá do Tocantins
19	Buriti do Tocantins
20	Darcinópolis
21	Esperantina
22	Itaguatins
23	Palmeiras do Tocantins
24	Praia Norte
25	São Miguel do Tocantins
26	Sítio Novo do Tocantins
27	Tocantinópolis
<b>MICRORREGIÃO DE DIANÓPOLIS</b>	
	<b>Município</b>
28	Almas
29	Arraias
30	Dianópolis
31	Natividade
32	Paranã
33	Taguatinga
34	Combinado
<b>MICRORREGIÃO DE GURUPI</b>	
	<b>Município</b>
35	Aliança do Tocantins
36	Alvorada
37	Brejinho de Nazaré



38	Figueirópolis
39	Gurupi
40	Palmeirópolis
41	Peixe
<b>MICROREGIÃO DO JALAPÃO</b>	
	<b>Município</b>
42	Campos Lindos
43	Goiatins
44	Itacajá
45	Ponte Alta do Tocantins
46	Rio Sono
<b>MICRORREGIÃO DE MIRACEMA DO TOCANTINS</b>	
	<b>Município</b>
47	Araguacema
48	Barrolândia
49	Colméia
50	Couto de Magalhães
51	Divinópolis do Tocantins
52	Dois Irmãos do Tocantins
53	Guaraí
54	Miracema do Tocantins
55	Miranorte
56	Goianorte
57	Pequizeiro
<b>MICRORREGIÃO DE PORTO NACIONAL</b>	
	<b>Município</b>
58	Monte do Carmo
59	Palmas
60	Pedro Afonso
61	Porto Nacional
62	Silvanópolis
63	Tocantínia
<b>MICRORREGIÃO DE RIO FORMOSO</b>	
	<b>Município</b>
64	Araguaçu
65	Cristalândia
66	Formoso do Araguaia
67	Lagoa da Confusão
68	Paraíso do Tocantins

69	Pium
----	------

Fonte: ESTADO DO TOCANTINS, 2017.

A pesquisa evidenciou como as políticas, projetos e programas de prevenção e recuperação estão sendo desenvolvidas nos municípios e territórios do estado do Tocantins. Para tal investigação, foi perguntado de forma direta aos participantes da pesquisa: “Você tem conhecimento de algum projeto ou programa de prevenção e recuperação de usuários de drogas em seu município?”

Sobre os programas de prevenção e recuperação desenvolvidos nos municípios, a pesquisa aponta que 64% das pessoas pesquisadas, responderam não conhecer nenhum programa de prevenção e recuperação de usuários de álcool e outras drogas, e 36% das pessoas pesquisadas disseram que têm conhecimento desses programas em seus municípios, conforme os gráficos a seguir:

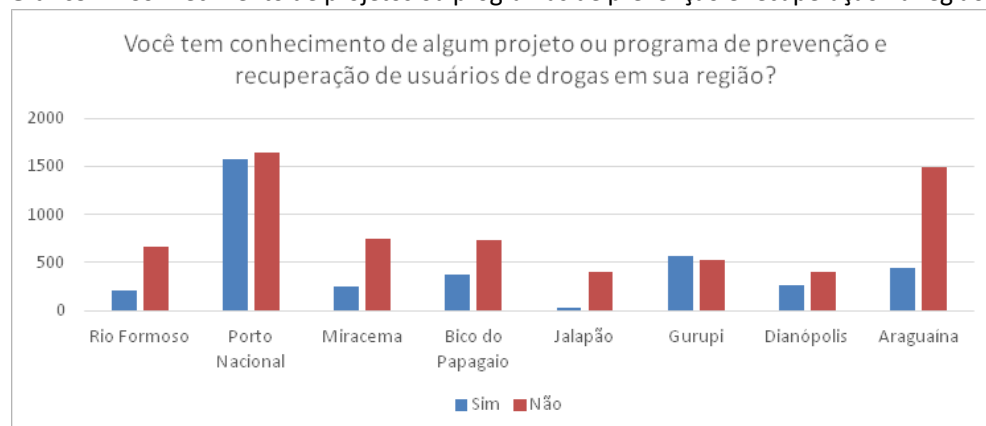
**Gráfico 1** – Conhecimento de projetos ou programas de prevenção e recuperação nos municípios



Fonte: ESTADO DO TOCANTINS, 2017.

O Gráfico 2, a seguir, demonstra que os entrevistados em todas as regiões desconhecem projetos e programas de prevenção e recuperação de usuários, e é importante destacar a região do Jalapão, onde 100% dos pesquisados disseram não conhecer programas de prevenção e recuperação de álcool e outras drogas. Destacamos, ainda, que a maior incidência de entrevistados que conhecem projetos e programas de prevenção e recuperação de usuários se encontra nas regiões que contêm os municípios mais populosos e desenvolvidos do Estado como: Araguaína, Porto Nacional, Miracema e Gurupi. Ressaltamos mais uma vez que essas respostas não são de municípios, mas sim, respostas de todos os municípios pesquisados que estão inseridos na divisão por regiões.

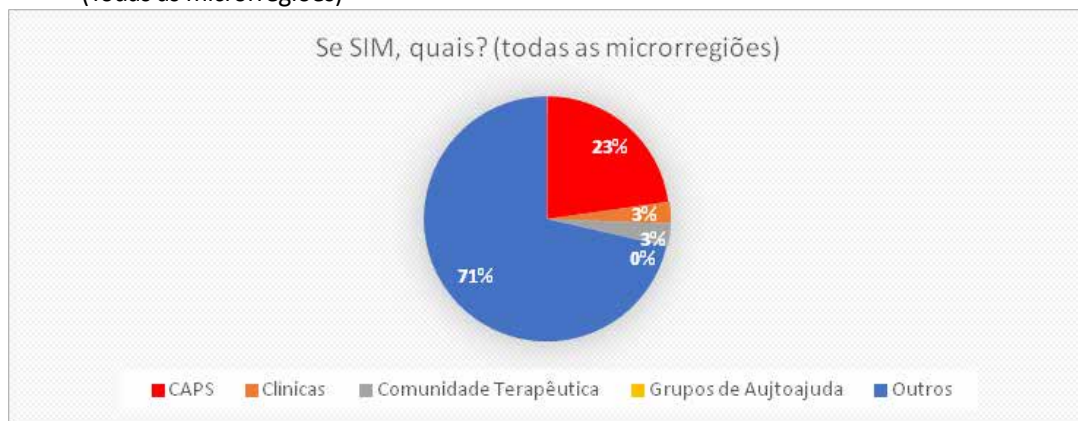
**Gráfico 2** - Conhecimento de projetos ou programas de prevenção e recuperação na região



Fonte: ESTADO DO TOCANTINS, 2017.

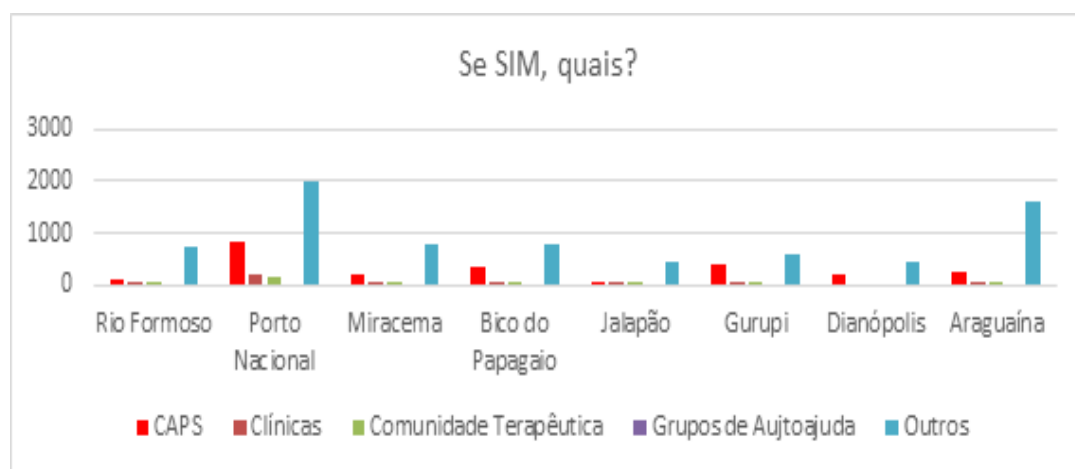
Observamos que a pesquisa também averiguou com a população quais as políticas de prevenção e recuperação que conhecem em seus municípios. Das 36% pessoas inqueridas que disseram conhecer essas políticas, 71% apontaram “outros”, ou seja, não souberam identificar quais seriam essas políticas de prevenção e recuperação. Contudo, 23% apontaram que conhecem o CAPS, 3% conhecem clínicas, mas não identificaram quais, e 3% disseram conhecer comunidades terapêuticas, conforme os Gráficos 3 e 4, a seguir:

**Gráfico 03** – Quais políticas de prevenção a população conhece nos municípios das regiões (Todas as microrregiões)



Fonte: ESTADO DO TOCANTINS, 2017.

**Gráfico 4** - Quais políticas de prevenção a população conhece nos municípios das regiões (Todas as microrregiões) (Cont.)



Fonte: ESTADO DO TOCANTINS, 2017.

A pesquisa comprovou que as políticas de prevenção e recuperação desenvolvidas nos municípios tocantinenses são insuficientes e não corroboram com a proposta de um cuidado abrangente e satisfatório. A assistência a essa população, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), deverá ser estruturada na organização de serviços em Redes de Atenção regionalizadas,

com estabelecimento de ações intersetoriais. Assim, é possível garantir a integralidade do cuidado no desenvolvimento da lógica da assistência, centrada nas necessidades das pessoas em uso de substâncias psicoativas. No entanto, a prática tem mostrado que as diretrizes presentes nas políticas públicas estão marcadas, com raras exceções, pela fragmentação e setorialidade, tornando a intersetorialidade um desafio a ser perseguido.

Os dispositivos institucionais que a pesquisa tentou identificar sobre a temática de álcool e outras drogas deveriam estar no âmbito da Assistência Social e Saúde, voltados à promoção, prevenção, tratamento, reinserção social e deveriam, amplamente, ser caracterizados pela gestão pública com participação popular e controle social por meio dos seus respectivos conselhos municipais e estaduais, para que essas políticas possam ganhar corpo nos municípios e garantir o acesso da população tocantinense a elas.

É preciso que tais políticas sejam desenvolvidas e visibilizadas para que a população saiba onde recorrer quando da necessidade dos atendimentos prestados, mas, para isso, é preciso, conforme elucida Giacomozzi (2011), conhecer as representações sociais do álcool e de outras drogas para os usuários, visando um melhor entendimento do lugar que essas substâncias ocupam na existência desses sujeitos, e qual a importância que esse uso tem nas relações sociais e familiares dos indivíduos frente aos aspectos econômicos, de saúde e violência.

Ao se pensar em uma política pública no Estado do Tocantins para o cuidado e no estabelecimento de mecanismos de atuação para a atenção à pessoa em uso abusivo de álcool e outras drogas, é necessário promover a implementação e o reconhecimento – por parte da população - da existência de redes de cuidados intersetoriais, que deverão estar diretamente interligadas em todos os seus pontos dentro de um ordenamento político, jurídico e gerencial.

Essa organização deve dar sustentação ao direcionamento das ações a serem executadas no âmbito da promoção, prevenção, assistência e reinserção social, respeitando as dimensões sociais, cognitivas e afetivas mencionadas. É importante destacar a necessidade dos órgãos responsáveis por esse tipo de ação prestar um serviço mais efetivo, explícito e abrangente à sociedade tocantinense. Os eixos de atuação das instituições pesquisadas sobre a prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas, tratamento e recuperação do abuso de drogas no Estado evidenciaram a necessidade de maior cobertura, expansão, implementação e divulgação desses serviços nos municípios.

Apesar dos 22 (vinte e dois) Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, dos leitos em Hospitais Gerais, de várias Comunidades Terapêuticas existentes no Tocantins, a pesquisa não evidenciou de forma contundente a oferta de tratamento, recuperação e reinserção social, mesmo que a área de atuação tenha sido mapeada a partir de dois importantes pilares das políticas sociais no estado: a Assistência Social e a Saúde, que basicamente são responsáveis por esses importantes eixos.

## Considerações finais

Para o Estado do Tocantins é de fundamental importância o entendimento da necessidade de uma política voltada ao apoio e cuidado àqueles que têm problemas com o uso de substâncias. Não se trata unicamente de um problema de saúde pública, vez que é ainda carregado de uma conotação social que traduz os riscos e vulnerabilidades dos indivíduos e grupos de usuários. Nesse sentido, é sim, um problema multifatorial.

É premente no âmbito nacional, e não é diferente no Estado do Tocantins, o amadurecimento das políticas públicas a fim de que se tornem robustas e verdadeiramente efetivas na prevenção, recuperação e reinserção do usuário abusivo de álcool e outras drogas, bem como no apoio às suas famílias.

Para isso, é necessário, por meio do enfrentamento à estigmatização e vulnerabilização da pessoa usuária, dar-lhe visibilidade, para então sua questão ser percebida em dimensão multifatorial e abordada por vias intersetoriais, e não escape pelas lacunas das políticas de atenção.

## Referências

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Lei da Reforma Psiquiátrica**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Senado, 2001. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 07 jan. 2017.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Lei de Drogas. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Senado, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>. Acesso em: 28 fev. 2017.

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

BRASIL. Resolução nº 03/GSIPR/CH/CONAD de 2005. Política Nacional Sobre Drogas. In: \_\_\_\_\_ Ministério da Justiça. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília: MJ, 2011.

BRASIL. **Guia Estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. **Acesso à Justiça**. Tradução Hellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2002.

CARVALHO, Thiago Fabres de. **Criminologia, (in)visibilidade e reconhecimento: o controle penal da subcidadania no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2014.

ESTADO DO TOCANTINS. Decreto nº 4.604, de 02 de agosto de 2012. Dispõe sobre o Sistema Estadual de Políticas sobre Drogas, e adota outras providências. **Diário Oficial do Estado do Tocantins**. Edição nº 3.696, fls. 04-06. Brasil, Tocantins. 2012.

ESTADO DO TOCANTINS. **I Levantamento domiciliar e institucional sobre o uso de álcool e outras drogas no Estado do Tocantins**. Alessandra Ruita Santos Czapski (Coord.). Palmas-TO: Unitins, 2017.

FILGUEIRA, Carlos; KAZTMAN, Rubén. **Marco conceptual sobre activos, vulnerabilidad y estructuras de oportunidades**. Autor institucional: CEPAL. Oficina de Montevideo (Estudios e Investigaciones), PNUD. (Colección: Documentos de Proyectos, estudios e investigaciones), abr. 1999. Disponível em: <<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/28663>>. Acesso em: 25 maio 2017.

FIORE, Maurício. **O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas**. Revista Novos Estudos, nº 92, 2012.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Em nome da diversidade**. 2010. Disponível em < <https://fpabramo.org.br/2010/08/04/em-nome-da-diversidade/> >. Acesso em: 14 maio 2017.

GIACOMOZZI, A. I. **Representações sociais da droga e vulnerabilidade de usuários de CAPSad em relação às DST/HIV/AIDS**. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia, v.11. n. 3, Florianópolis, 2011.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

\_\_\_\_\_. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva. 1974.

HAMOY, Ana Celina Bentes. **Direitos humanos e medidas socioeducativas: uma abordagem jurídico-social**. Belém: Movimento República de Emaús; Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA-EMAÚS), 2008.

KAZTMAN, Rubén. **Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social**. In: Quinto Taller Regional sobre la Medición de la Pobreza: Métodos y Aplicaciones: documentos presentados. LC/R.2026. 2000. p. 275-301. Disponível em: <<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/31545>>. Acesso em: 25 maio de 2017.

KAZTMAN, Rubén. **Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos**.

Revista de la CEPAL, n.75, p. 171-189, 2001. Disponível em: <<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/10782>>. Acesso em: 25 maio de 2017.

MATOS, Deise Justino; ALMEIDA, Cristiane Roque de. **As internações sem consentimento de usuários de drogas no Estado do Tocantins. Vertentes do Direito**, Palmas-TO, v. 4, n. 2, p. 134-167, nov. 2017. ISSN 2359-0106. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/direito/article/view/4138>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS**. 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/creas>>. Acesso em: 1 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social. **O que é**. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/o-que-e>>. Acesso em: 1 out. 2017.

MOURA, Emerson Affonso da Costa; OLIVEIRA, Laila Rainho de. **Direito à saúde, políticas públicas e portadores de transtorno mental: A internação compulsória do dependente químico no Município do Rio de Janeiro**. Revista Brasileira de Políticas Públicas. UniCeub. v. 4, n. 1. 2014. Disponível em: <<https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/2666>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saudeomswho.html>>. Acesso em 17 mar. 2018

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988**. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE), Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 11, set./out./nov. de 2007. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com/revista/RERE-11-SETEMBRO-2007-INGO%20SARLET.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017

WORM, Naíma. **Políticas públicas de drogas: estudo do programa crack, é possível vencer e as estratégias para uma política nacional**. 2016. 228 f. Tese (Doutorado em Direito Político e Econômico) – Universidade Presbiteriana Mackenzie: São Paulo, 2016.

Recebido em 17 de fevereiro de 2018.

Aceito em 18 de maio de 2018.