

RELATÓRIO DAS CONSULTAS PÚBLICAS PARA REVISÃO DO PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS





RELATÓRIO DAS CONSULTAS PÚBLICAS PARA REVISÃO DO PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

Abril de 2026

FICHA TÉCNICA

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA (MJSP)

MINISTRO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Ricardo Lewandowski

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS E GESTÃO DE ATIVOS (SENAD)

SECRETÁRIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS E GESTÃO DE ATIVOS

Marta Rodriguez de Assis Machado

CHEFIA DE GABINETE

Ana Luiza Villela de Viana Bandeira

ASSESSORIA TÉCNICA

Pedro Bertolucci Keese

COORDENADORA-GERAL DE GESTÃO DO FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS (FUNAD)

Gizele Geralda Garcia Feitoza

COORDENADORA DE DESENVOLVIMENTO ALTERNATIVO

Nathalia Dutra

COORDENADORA DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA MITIGAÇÃO E REPARAÇÃO DOS IMPACTOS DO TRÁFICO DE DROGAS SOBRE TERRITÓRIOS E POPULAÇÕES INDÍGENAS

Georgia Silva

DIRETORIA DE GESTÃO DE ATIVOS E JUSTIÇA (DGA)

DIRETOR DE GESTÃO DE ATIVOS E JUSTIÇA

João Carlos Laboissière Ambrósio

COORDENADORA-GERAL DE ATIVOS

Natália Rosa Chaves

PROJETOS ESPECIAIS

Elvio Botelho

DIRETORIA DE PESQUISA, AVALIAÇÃO E GESTÃO DE INFORMAÇÕES (DPAGI)

DIRETORA DE PESQUISA, AVALIAÇÃO E GESTÃO DE INFORMAÇÕES

Bárbara Caballero de Andrade



COORDENADORA-GERAL DE ENSINO E PESQUISA

Domitila Costa Cayres

COORDENADORA-GERAL DE ARTICULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Luiza Nicolau Brandão Caldas

DIRETORIA DE PREVENÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL (DPRS)

DIRETORA DE PREVENÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL

Nara Denilse de Araújo

COORDENADOR-GERAL DE REINserÇÃO SOCIAL

Raphael Calazans de Souza

COORDENADORA-GERAL DE PREVENÇÃO

Fabrcia Souza Tavares

COORDENAÇÃO DE COMUNICAÇÃO

Giulliana Bianconi

DIRETORIA DE RESPOSTAS INTEGRADAS PARA O USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (DRIAD)

DIRETOR DA DIRETORIA DE RESPOSTAS INTEGRADAS PARA O USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Leonardo Penafiel de Sousa Pinho

COORDENAÇÃO-GERAL DE JUSTIÇA ÉTNICO-RACIAL NA POLÍTICA SOBRE DROGAS

COORDENADORA-GERAL DE JUSTIÇA ÉTNICO-RACIAL NA POLÍTICA SOBRE DROGAS

Lvia Miranda Müller Drummond Casseres

ASSESSORA TÉCNICA DA COORDENAÇÃO-GERAL DE JUSTIÇA ÉTNICO-RACIAL NA POLÍTICA SOBRE DROGAS

Karoliny Martins

ASSESSORA TÉCNICA DO UNODC BRASIL

GESTÃO DO PRONASCI JUVENTUDE

Monalyza Alves

COORDENADOR ADJUNTO DO PROJETO PRONASCI JUVENTUDE

Eliel Silva

ELABORAÇÃO

Fabiana Maziero

COLABORAÇÃO

Henrique Feitoza

Laís Gorski



Paula Macedo Barros

Conselheiros do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – biênio 2023- 2025

Comissão Interfederativa do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – biênio 2023-2025

CONSELHEIROS DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – BIÊNIO 2023- 2025 (composição em setembro de 2025)

Ministério da Defesa – titular: Carla Regina Marchon

Ministério da Defesa – suplente: Maria Eliâne Alencar Rocha Borges

Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome – titular: Sâmio Falcão Mendes

Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome – suplente: Diego Monatovaneli do Monte

Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania – titular: Maria Luiza Burgareli Lais Gama

Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania – suplente: Alex Reinecke de Alverga

Ministério da Educação – titular: Erasto Fortes Mendonça

Ministério da Educação – suplente: Maraisa Bezerra Lessa

Ministério da Igualdade Racial – titular: Ana Mária dos Santos Carvalho Carinhonha

Ministério das Mulheres – titular: Isis Dantas Menezes Zornoff Taboas

Ministério das Mulheres – suplente: Camila Rocha Firmino

Ministério dos Povos Indígenas – titular: Cristiano Marioto

Ministério dos Povos Indígenas – suplente: Daniel Canavese de Oliveira

Ministério das Relações Exteriores – titular: Marcelo de Souza Della Nina

Ministério das Relações Exteriores – suplente: Gustavo Meira Carneiro

Ministério da Saúde – titular: Marcelo Kimati Dias

Ministério da Saúde – suplente: Francisco Cordeiro

Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça e Segurança Pública – titular: Mário Luiz Sarrubbo

Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça e Segurança Pública – suplente: Michele Gonçalves dos Ramos

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – titular: Renata de Moraes Souza

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – suplente: Cejana Brasil Cirilo Passos

Conselho de Controle de Atividades Financeiras – titular: vago



Conselho de Controle de Atividades Financeiras – suplente: Francisco César Oliveira Silva

Departamento de Polícia Federal – titular: Alexandre Custódio Neto

Departamento de Polícia Federal – suplente: Osvaldo Scazezi Júnior

Representante da Comissão Interfederativa do Conad – titular: Erisson Alan Souza Lindoso

Conselho Federal de Serviço Social – titular: Elaine Amazonas Alves dos Santos

Conselho Federal de Serviço Social – suplente: Elaine Dias Vasconcelos

Conselho Federal de Medicina – titular: Jeancarlo Fernades Cavalcante

Conselho Federal de Medicina – suplente: Christina Hajaj Gonzalez

Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil – titular: Rodrigo Melo Mesquita

Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil – suplente: Bárbara Maria Franco Lira

Conselho Federal de Psicologia – titular: Clarissa Paranhos Guedes

Conselho Federal de Psicologia – suplente: Obadeyi Carolina Saraiva

Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – titular: Andrea Donatti Gallassi

Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – suplente: Diogo Nascimento Busse

Associação Brasileira de Saúde Mental – titular: Ana Paula Freitas Guljor

Associação Brasileira de Saúde Mental – suplente: Rafael Wolski de Oliveira

Centro de Convivência É de Lei – titular: Michel Willian de Castro Marques

Centro de Convivência É de Lei – suplente: Ana Luiza Voltolini Uwai

Escola Livre de Redução de Danos – titular: Priscila Gadelha Moreira

Escola Livre de Redução de Danos – suplente: Rafael Silva West

Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas – titular: Eduardo Ribeiro dos Santos

Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas – suplente: Juliana Borges da Silva

Plataforma Brasileira de Políticas sobre Drogas – titular: Nathália Oliveira

Plataforma Brasileira de Políticas sobre Drogas – suplente: vago

Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos – titular: Francisco de Abreu Franco Netto

Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos – suplente: Wagner Coutinho Brandão

Rede Jurídica pela Reforma da Política sobre Drogas – titular: Emilio Nabas Figueiredo

Rede Jurídica pela Reforma da Política sobre Drogas – suplente: Cecília Galicio Brandão

Rede Latino-americana e do Caribe de Pessoas que Usam Drogas – titular: Luana Silva Bastos Malheiros

Rede Latino-Americana e do Caribe de Pessoas que Usam Drogas – suplente: Ana Luiza Lemos Cavalcanti



Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas – titular: Ingrid Delcristyan de Assunção Farias Souza

Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas – suplente: Luísa Gonçalves Saad

Sociedade Brasileira de Toxicologia – titular: José Luiz da Costa

Sociedade Brasileira de Toxicologia – suplente: Rony Anderson Rezende Costa

COMISSÃO INTERFEDERATIVA DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – BIÊNIO 2023-2025

DF/CONEN representante: Aline Carvalho Porto

MS/CEAD representante: Denise de Fátima Barbosa Souza e Silva

MT/CONESD representante: Lenice Silva dos Santos Barbosa

TO/CONESD representante: Jesse Nascimento

AL/CONEN representante: Cônego Walfran Fonseca dos Santos

BA/CEPAD representante: Gabriel Ribeiro de Oliveira

CE/CEPOD representante: Lidiane Nogueira Rebouças

MA/CEPED representante: Erisson Alan Souza Lindoso

PB/CONEN representante: Tulio Polari Leitão

PE/CEPAD representante: Débora Fonsêca Barbosa

PI/CEPD representante: Simone Pereira

RN/CONED representante: Gabriel Medeiros de Miranda

AC/CONED representante: Alvaro Augusto

AM/CONEN representante: Flávia Rbeiro Batista

AP/CONEN representante: Israelton Soto Sobral

PA/CONED representante: Evandro Garla Pereira

RO/CONEN representante: David Inácio dos Santos Filho

RR/CONEN representante: Hércules da Silva Pereira

ES/COESAD representante: Carlos Augusto Lopes

MG/CONEAD representante: Aloisio Antônio Andrade de Freitas

RJ/CONEN representante: Ana D'arc Machado Dutra

SP/CONED representante: Eliane Borges Gonçalves Rodrigues da Silva

PR/CONESD representante: Luiz Carlos Hauer

RS/CONED representante: Ederson Gustavo de Souza Ferreira

SC/CONEN representante: Marcos Edwin Mey



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ACNUDH	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
Ameripol	Comunidade de Polícias da América
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
Brics	Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
Cais	Centro de Acesso a Direitos e Inclusão Social
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Caps AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Caps i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
Caps III	Centros de Atenção Psicossocial (24h)
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
Cead/MS	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Mato Grosso do Sul
Cecco	Centro de Convivência e Cultura
Celac	Comunidade de Estados Latino-Americanos e Caribenhos
Centro Pop	Centro de Referência para a População em Situação de Rua
Cepad/BA	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas da Bahia
Cepad/PE	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de Pernambuco
Cepd/PI	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Piauí
Ceped/MA	Conselho de Políticas sobre Drogas do Maranhão
Cepod/CE	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Ceará
CESeC	Centro de Estudos de Segurança e Cidadania
CF 88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
Cicad	Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas



CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª edição
CID-11	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 11ª edição
Cnae	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNAR	Consultórios de Rua
CND	Comissão de Narcóticos da ONU
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Coead/ES	Conselho Estadual sobre Drogas do Espírito Santo
Conad	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conead/MG	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de Minas Gerais
Coned/AC	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Acre
Coned/PA	Conselho Estadual sobre Drogas do Pará
Coned/RN	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Rio Grande do Norte
Coned/RS	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Rio Grande do Sul
Coned/SP	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de São Paulo
Conen/RJ	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Rio de Janeiro
Conen/DF	Conselho de Políticas sobre Drogas do Distrito Federal
Conen/AL	Conselho de Políticas sobre Drogas de Alagoas
Conen/AM	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Amazonas
Conen/AP	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Amapá
Conen/PB	Conselho de Políticas sobre Drogas da Paraíba
Conen/RO	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de Rondônia
Conen/RR	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de Roraima
Conen/SC	Conselho Estadual de Entorpecentes de Santa Catarina
Conesd/TO	Conselho de Políticas sobre Drogas do Tocantins



Conesd/MT	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Mato Grosso
Conesd/PR	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Paraná
Cras	Centro de Referência de Assistência Social
Creas	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT	Comunidade Terapêutica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
Decit	Departamento de Ciência e Tecnologia, do Ministério da Saúde
Depad	Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas, do Ministério do Desenvolvimento Social, Família e Combate à Fome
Desmad	Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde
Dieese	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DPU	Defensoria Pública da União
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
Enap	Escola Nacional de Administração Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
EVIPNet	Rede para Políticas Informadas por Evidências
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FDD	Fundo de Defesa de Direitos Difusos
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Funad	Fundo Nacional Antidrogas
GDF	Governo do Distrito Federal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBCCrim	Instituto Brasileiro de Ciências Criminais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Infopen	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISSUP Brasil	Sociedade Internacional de Profissionais de Uso de Substâncias
IST	Infecção Sexualmente Transmissível



LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais e outras identidades de gênero e orientações sexuais não representadas pelas letras anteriores
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis e Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não-Binários, e outras identidades de gênero e orientações sexuais não representadas pelas letras anteriores
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018)
LOA	Lei Orçamentária Anual
LSD	Dietilamida do ácido lisérgico
MDHC	Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social, Família e Combate à Fome
MEC	Ministério da Educação
Mercosul	Mercado Comum do Sul
MJSP	Ministério da Justiça e Segurança Pública
MS	Ministério da Saúde
N/A	Não se aplica
NA	Narcóticos Anônimos
NAI	Núcleos de Atendimento Integral
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
Obid	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSC	Organização da Sociedade Civil
OTCA	Organização do Tratado de Cooperação Amazônica
PAI-LI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
Paiud	Política Nacional de Saúde Mental, de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas
PIA	Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar
Planad	Plano Nacional de Políticas sobre Drogas



PMCV	Processo Metodológico de Contenção e Vínculo
Pnad	Política Nacional sobre Drogas
PPA	Plano Plurianual
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
Raas	Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
REDPO	Reunião Especializada de Defensores Públicos Oficiais do Mercosul
Sasp	Secretaria de Atuação no Sistema Prisional, da Defensoria Pública da União
Senad	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos, do Ministério da Justiça e Segurança Pública
Senappen	Secretaria Nacional de Políticas Penais, do Ministério da Justiça e Segurança Pública
Senasp	Secretaria Nacional de Segurança Pública, do Ministério da Justiça e Segurança Pública
Sisnad	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SNCM	Sistema Nacional de Controle de Medicamento
SNGPC	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
SPA	Substâncias Psicoativas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
Suas	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TUS	Transtorno por Uso de Substâncias
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UAI	Unidade de Acolhimento Infantil
UAT	Unidades de Acolhimento Estratégias de Trabalho e Renda
Unasul	União de Nações Sul-Americanas
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
UO	Unidade Orçamentária



LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Resumo das consultas públicas por modalidade
- Tabela 2.** Número de contribuições por eixo e modalidade da consulta
- Tabela 3.** Resumo da consulta pública virtual
- Tabela 4.** Resumo das consultas públicas presenciais
- Tabela 5.** Resumo das consultas públicas temáticas livres
- Tabela 6.** Resumo das consultas públicas interinstitucionais

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Número de contribuições da Consulta Pública Virtual por data da contribuição
- Gráfico 2.** Frequência de palavras mencionadas nas contribuições da Consulta Pública Virtual
- Gráfico 3.** Número de contribuições por UF de origem do participante e perfil do participante da Consulta Pública Virtual



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. METODOLOGIA	21
2.1. Consulta Pública Virtual	25
2.2. Consulta Pública Presencial	27
2.2.1. Região Norte	28
2.2.2. Região Centro-Oeste	33
2.2.3. Região Nordeste	38
2.2.3. Região Sudeste	44
2.2.5. Região Sul	50
2.2.6. Encontro Nacional	58
2.3. Consulta Pública Temática Livre	65
2.3.1. Coletivo Diverso	67
2.3.2. ANMM e FACT	67
2.3.3. Febract	73
2.3.4. Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos	74
2.3.5. Fórum Interinstitucional (RJ)	79
2.3.6. CRP18-MT	81
2.3.7. Escola Livre de Redução de Danos e Iniciativa Negra	83
2.3.8. Escola Livre de Redução de Danos	88
2.3.9. Movimento da Luta Antimanicomial	90
2.3.10. Remadd	99
2.3.11. É de Lei e Reduc	100
2.3.12. CRP 01/DF, Coletivo Bateu e Tulipas do Cerrado	102
2.3.13. Fecters	104
2.4. Consulta Pública Interinstitucional	104
2.4.1. Estratégia Nacional Povos Indígenas na Política sobre Drogas da Senat	106
2.4.2. Ministério da Igualdade Racial (MIR)	112



2.4.3 Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)	113
2.4.4 Ministério do Desenvolvimento Social, Família e Combate à Fome (MDS)	115
2.4.5 Ministério da Saúde (MS)	124
2.4.6 Conselho Nacional de Saúde (CNS)	129
2.4.7 Defensoria Pública da União (DPU)	138
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	199
ANEXO	200



1. INTRODUÇÃO

A Resolução Conad nº 13, de 13 de fevereiro de 2025, instituída pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), dispõe sobre a metodologia de participação e de consultas públicas para a elaboração do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad).

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos do Ministério da Justiça e Segurança Pública (Senad/MJSP), enquanto Secretaria Executiva do Conad, em parceria com a Comissão de Políticas sobre Drogas do Conselho, foram os responsáveis por executar a metodologia prevista na referida Resolução, realizando consultas públicas em diversas modalidades, de modo a garantir a participação social na elaboração do novo Planad.

Em que pese a existência de um plano vigente para o período de 2022 a 2027, o Conad, órgão superior permanente do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad), de acordo com o Decreto nº 11.480, de 6 de abril de 2023, e que tem entre suas competências discutir e aprovar o Planad, decidiu, na segunda reunião ordinária de 2024, realizada em 12 de setembro daquele ano, pela necessidade de revisão do plano, de modo a garantir a participação social em sua elaboração – processo que não foi plenamente observado na sua primeira edição.

Considerando que o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad), previsto pela lei nº 13.840/2019, é um instrumento essencial para coordenar as ações governamentais relacionadas às políticas sobre drogas no Brasil, a metodologia estabelecida pela Resolução Conad nº13/2025 permitiu que especialistas, entidades, coletivos, conselhos, organizações e cidadãos participassem na elaboração do novo Planad, assegurando transparência e legitimidade ao processo.

Nesse sentido, são princípios norteadores, de acordo com o Art. 2º da Resolução, para a elaboração do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas:

- I. o respeito à dignidade dos usuários de drogas;
- II. a redução de riscos e danos;
- III. a defesa dos Direitos Humanos;
- IV. a promoção da equidade;
- V. a segurança cidadã;
- VI. a justiça étnico-racial;
- VII. a perspectiva de gênero;
- VIII. as políticas públicas baseadas em evidências científicas;
- IX. a governança com participação social;
- X. o respeito à diversidade populacional brasileira;
- XI. o desenvolvimento sustentável;
- XII. a cooperação internacional; e



XIII. o acesso integral a políticas de cuidado, saúde pública e assistência social.

Ainda, pelo Art. 3º, são pressupostos para a construção do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas:

- I. **Governança nacional:** o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas será o centro de governança nacional da política sobre drogas, com atuação efetiva na construção do Plano, bem como nos seus processos de monitoramento, avaliação e revisão;
- II. **Convergência estratégica:** o processo de elaboração do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas será harmônico com os diferentes instrumentos de planejamento governamental vigentes;
- III. **Organização por dimensões e atributos:** definição clara das dimensões estratégica e tática do Plano e dos atributos que as caracterizam;
- IV. **Participação, transparência e prestação de contas:** implementação de um processo participativo por meio de consultas públicas sobre o Plano, garantindo sua ampla divulgação, bem como a publicação de relatórios de monitoramento e avaliação em plataforma de acesso livre à sociedade; e
- V. **Coordenação federativa:** incentivo ao desdobramento do Plano Nacional em planos estaduais, distrital e municipais, bem como à cooperação e à troca de informações entre os entes federativos.

A Resolução prevê também, em seu Art. 4º, a organização do Plano em oito eixos temáticos, quais sejam:

- I. **Desenvolvimento Social e Sustentável:** Está diretamente ligado à forma como a sociedade trata a política sobre drogas. Políticas bem estruturadas podem reduzir a pobreza e a desigualdade, enquanto políticas inadequadas podem agravá-las. Integrar esses temas garante uma abordagem mais justa, promovendo saúde pública, equidade e respeito aos direitos humanos. As ações devem seguir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), como erradicação da pobreza e proteção de comunidades afetadas. Para isso, é essencial que as políticas sejam baseadas em evidências e nas reais necessidades das pessoas e dos territórios.
- II. **Prevenção:** A prevenção é fundamental na política sobre drogas e deve garantir acesso a informações claras, baseadas em evidências e adaptadas à realidade de cada grupo. O foco principal é proteger os direitos humanos, especialmente de crianças e adolescentes. As ações devem ser implementadas nas escolas, garantindo educação sem discriminação e oferecendo informações objetivas sobre os riscos das drogas. Isso ajuda os jovens a enfrentar desafios da vida de forma mais segura e consciente.
- III. **Redução de Danos:** A Redução de Danos busca minimizar os impactos do uso de drogas na saúde e na vida das pessoas, garantindo seus direitos e protegendo as comunidades afetadas. Essa abordagem deve ser acessível, voluntária e baseada em evidências, com serviços como troca de seringas e tratamentos alternativos. Além de reduzir riscos como HIV e hepatites, também envolve ações para melhorar moradia, trabalho e outras condições essenciais, sempre respeitando a dignidade humana e as necessidades dos grupos mais vulneráveis.

- IV. Segurança Pública Cidadã e Justiça Criminal:** A Segurança Pública Cidadã tem como objetivo proteger as pessoas e garantir seus direitos, promovendo a segurança por meio da prevenção e da participação da sociedade. Isso acontece com a cooperação entre governo e população, criando políticas que respeitam a dignidade de todos. Já a Justiça Criminal é responsável por julgar crimes, incluindo os relacionados às drogas, assegurando julgamentos justos e medidas de reintegração social. A prioridade é reduzir o encarceramento excessivo e incentivar alternativas à prisão, utilizando a justiça restaurativa para promover inclusão social.
- V. Acesso ao Cuidado e aos Sistemas de Direitos:** é essencial para uma política sobre drogas que respeite a dignidade humana. O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) devem atuar juntos para oferecer cuidados médicos, proteção social e apoio a quem precisa. O SUS, por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), disponibiliza tratamento gratuito, serviços de redução de danos e acolhimento integral. A integração entre SUS e SUAS garante suporte para pessoas em situação de vulnerabilidade, assegurando seus direitos à saúde e à assistência social.
- VI. Governança Participativa e Articulação com os Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais de Políticas sobre Drogas:** A participação da sociedade é essencial para tornar as políticas sobre drogas mais inclusivas e eficazes. Isso permite que as comunidades afetadas colaborem no planejamento, execução e avaliação dessas ações, garantindo transparência e justiça social. Os conselhos desempenham um papel fundamental ao mediar o diálogo entre governo e população, promovendo políticas que respeitem os direitos humanos e atendam às reais necessidades sociais. Além disso, as decisões devem ser baseadas em pesquisas científicas para garantir medidas eficientes na prevenção, cuidado e controle de doenças ligadas ao uso de drogas. É essencial investir na produção de conhecimento e tecnologias acessíveis ao SUS, assegurando um atendimento justo e sem discriminação.
- VII. Adoção e Implementação de Políticas Baseadas em Evidências e construção de indicadores que permitam a avaliação das políticas, programas e projetos:** Implementar políticas baseadas em evidências é essencial para estratégias eficazes e justas no contexto das drogas. As ações devem se apoiar em pesquisas científicas que reflitam as necessidades da população e das comunidades afetadas, garantindo intervenções comprovadas para cuidado, prevenção de overdose e controle de doenças associadas ao uso de drogas. Também é fundamental investir na produção de conhecimento e tecnologias de saúde acessíveis ao SUS, alinhadas às suas demandas e sem discriminação.
- VIII. Cooperação Internacional:** A cooperação internacional é essencial para fortalecer as políticas sobre drogas e proteger os direitos humanos. O Brasil participa de diversos tratados que possibilitam o intercâmbio de recursos e conhecimentos para prevenção, tratamento e redução de danos. Além disso, esses acordos ajudam a garantir o acesso a medicamentos controlados e a promover alternativas econômicas sustentáveis para comunidades afetadas. Toda cooperação deve respeitar os direitos humanos, evitando práticas desumanas no tratamento de crimes relacionados às drogas.

A elaboração do Planad foi estruturada a partir dos eixos acima elencados, que serviu como base para as discussões e a formulação de estratégias. No entanto, o modelo adotado para construção permitiu que a sociedade civil e outros atores envolvidos no debate pudessem sugerir a inclusão



de novos eixos para análise e debate. Tal abertura assegurou a ampliação do escopo das políticas a serem desenvolvidas.

Por fim, a referida Resolução detalha no seu Art. 8º as modalidades de consulta a serem realizadas para garantir a participação social na elaboração do Plano Nacional sobre Drogas:

- I. Consulta pública virtual**, aberta por no mínimo dois meses, prorrogável a critério do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, para o envio de propostas destinadas à composição dos eixos do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas;
- II. Consultas presenciais**, promovidas pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, por meio da Comissão Permanente de Políticas sobre Drogas, com a participação de especialistas, representantes da sociedade civil e entidades, para debates e apresentação de propostas relacionadas aos eixos do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas;
- III. Consultas interinstitucionais** envolvendo órgãos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, bem como o Ministério Público, a Defensoria Pública e os Tribunais de Contas; e
- IV. Consultas temáticas livres**, organizadas por representantes da sociedade civil no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, com o objetivo de assegurar a ampla participação de entidades, coletivos, conselhos, organizações, federações, movimentos e demais atores envolvidos nas políticas sobre drogas.

Dessa forma, este documento tem como objetivo apresentar o cumprimento das consultas realizadas, bem como expor o retrato das contribuições recebidas nessas consultas públicas, visando garantir transparência e fornecer subsídio técnico para a elaboração do novo Planad.

É fundamental esclarecer que este relatório constitui um documento de registro, com o objetivo de retratar as contribuições apresentadas durante os meses de coleta de insumos, preservando sua originalidade e conteúdo. A análise qualitativa das contribuições e sua respectiva absorção pelo novo Planad constituirá trabalho específico e independente, publicado em documento próprio.

Assim, este relatório está estruturado da seguinte maneira: no capítulo subsequente, encontram-se descritas a metodologia empregada e as modalidades de consulta utilizadas, bem como suas respectivas contribuições divididas por subseções. Em cada modalidade, as consultas estão ordenadas por data de realização. Em anexo, estão disponibilizadas as planilhas contendo os resultados integrais das consultas e os links de acesso às publicações correspondentes.

Cumprir informar que as análises e conclusões consubstanciadas no presente relatório constituíram-se em subsídio para a elaboração e subsequente publicação da Resolução nº 14, de 31 de março de 2026. Tal ato normativo oficializou o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad), evidenciando a relevância e o impacto direto do trabalho aqui pormenorizado nas políticas públicas vigentes.



2. METODOLOGIA

A Resolução Conad nº 13, de 13 de fevereiro de 2025, publicada pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), estabelece a metodologia e as diretrizes para a revisão do novo Plano Nacional de Políticas sobre Drogas, definindo um processo de construção fundamentado na participação social com abordagem alinhada aos direitos humanos e às evidências científicas. A metodologia adotada pelo Conad está embasada nas melhores práticas e diretrizes consolidadas pelo Governo Federal para processos participativos, conforme orientações da Secretaria Nacional de Participação Social da Secretaria Geral da Presidência da República, não representando uma inovação isolada, mas sim a aplicação de um conjunto de instrumentos de participação social já validados e utilizados sistematicamente por diversos órgãos do Executivo Federal na elaboração de políticas públicas.

O Art. 8º da referida Resolução detalha as modalidades de consulta implementadas, cada uma com objetivos específicos e diferenciais metodológicos que se complementam para garantir a amplitude e a qualidade da participação social. As consultas públicas virtuais constituem o instrumento de maior alcance territorial, permitindo participação simultânea de todas as regiões por meio da Plataforma Participa + Brasil; as consultas públicas presenciais proporcionam espaços de diálogo direto e interativo, permitindo aprofundamento de questões complexas e captação de nuances regionais; as consultas de temática livre representam espaços amplos de deliberação coletiva entre diversos segmentos da sociedade. Essa diversidade metodológica é essencial porque diferentes modalidades atingem públicos distintos, captam variados tipos de contribuições e atendem a objetivos complementares, garantindo que o processo seja simultaneamente inclusivo, representativo, tecnicamente qualificado e territorialmente abrangente.

A metodologia empregada está alinhada às diretrizes estabelecidas pelo documento “Recomendações para Colegiados, Conselhos e Conferências Nacionais”, elaborado pelo Grupo de Trabalho Técnico instituído pela Portaria SG/PR nº 166/2023, e às orientações da Secretaria Nacional de Participação Social, que coordena os processos participativos no âmbito federal. Essa fundamentação assegura que o processo adotado pelo Conad esteja em conformidade com os padrões de excelência estabelecidos para a participação social no Governo Federal, garantindo legitimidade, transparência e efetividade ao processo de revisão do Plano Nacional de Política sobre Drogas.

O objetivo, portanto, foi criar um processo democrático e plural, envolvendo diferentes setores da sociedade e do governo. As modalidades de consulta previstas foram:

1. Consulta Pública Virtual (Inciso I)

Esta foi a modalidade mais ampla e acessível.

- » **Como funcionou:** Consulta on-line, realizada por meio da Plataforma Participa + Brasil da Presidência da República, aberta a qualquer cidadão que queira enviar propostas para a composição dos eixos do Plano Nacional.
- » **Objetivo:** Coletar o máximo de contribuições da sociedade.

2. Consultas Presenciais (Inciso II)



Estas consultas foram focadas em debates mais aprofundados e qualificados.

- » **Como funcionou:** Encontros e debates presenciais promovidos pelo Conad, por meio de sua Comissão Permanente de Políticas sobre Drogas e Comissão Interfederativa, com coordenação da Senad em parceria com os Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas.
- » **Participantes:** Reuniram especialistas, representantes da sociedade civil e outras entidades para debater e apresentar propostas relacionadas aos eixos do Plano.
- » **Objetivo:** Qualificar o debate com a participação de pessoas e grupos com interesse direto no tema.

3. Consultas Interinstitucionais (Inciso III)

Esta modalidade visou alinhar a política de drogas com as diferentes esferas do poder público.

- » **Como funcionou:** Reuniões e diálogos com diferentes órgãos governamentais.
- » **Participantes:** Órgãos dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, além de outros órgãos do Governo Federal.
- » **Objetivo:** Garantir que a política seja viável, coordenada e esteja em harmonia com as ações de outras instituições do Estado, objetivando um círculo virtuoso de execução e monitoramento.

4. Consultas Temáticas Livres (Inciso IV)

Esta foi uma modalidade que permitiu à própria sociedade civil organizar debates oficiais.

- » **Como funcionou:** Consultas organizadas por representantes da sociedade civil, com ou sem assento no Conad.
- » **Participantes:** Abertas a entidades, coletivos, conselhos, organizações, federações, movimentos e outros atores envolvidos com as políticas sobre drogas.
- » **Objetivo:** Assegurar a mais ampla participação possível, permitindo que grupos específicos organizassem seus próprios debates temáticos de forma autônoma e dentro da estrutura oficial da consulta.

Em resumo, a resolução estabeleceu um sistema de consulta em quatro níveis, combinando a participação massiva (virtual), a qualificada (presencial), a governamental (interinstitucional) e a autônoma (temática), para garantir que o novo Plano Nacional de Políticas sobre Drogas seja o mais democrático e abrangente possível.

A Tabela 1 a seguir enumera a quantidade de participantes e contribuições em cada modalidade de consulta. Já a Tabela 2 detalha o número de contribuições por eixo temático. É fundamental ter em mente que o número de contribuições por consulta não reflete necessariamente o grau de interesse dos participantes da respectiva consulta. Isso porque as contribuições podem variar significativamente em seu nível de abrangência, podendo ser extremamente genéricas ou bastante específicas, o que impactou no número total de contribuições discriminadas. Isso vale para a interpretação de todas as tabelas deste relatório.

Tabela 1. Resumo das consultas públicas por modalidade

Modalidade	Período	Nº de dias	Nº de participantes	Nº de contribuições
Virtual	06 de março a 16 de julho de 2025	132	653	2.086
Presencial	07 de maio a 23 de julho de 2025	77	2.810	454
Temática Livre	28 de abril a 02 de julho de 2025	65	1.444	368
Interinstitucional	28 de abril a 18 de agosto de 2025	112	89	183
Total	06 de março a 18 de agosto de 2025	165	4.996	3.091

Tabela 2. Número de contribuições por eixo e modalidade da consulta

Eixo	Virtual	Presencial	Temática	Interinstitucional	Total
I. Desenvolvimento Social e Sustentável	191	36	31	21	279
II. Prevenção	160	57	38	22	277
III. Redução de Danos	123	56	91	72	342
IV. Segurança Pública Cidadã e Justiça Criminal	87	50	36	25	198
V. Acesso ao Cuidado e aos Sistemas de Direitos	83	32	44	10	169

VI. Governança Participativa e Articulação com os Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais de Políticas sobre Drogas	82	59	32	8	181
VII. Adoção e Implementação de Políticas Baseadas em Evidências e Construção de Indicadores que Permitam a Avaliação das Políticas, Programas e Projetos	87	38	21	18	164
VIII. Cooperação Internacional	64	27	16	5	112
Novo eixo	680	93	59	2	834
Não especificado	529	6	0	0	535
Total	2.086	454	368	183	-

Nota 1: Durante as consultas públicas emergiram propostas para a inclusão de novos eixos temáticos, além dos oito inicialmente previstos. Tais propostas estão igualmente registradas neste documento.

2.1. Consulta Pública Virtual

A Consulta Pública Virtual foi realizada na Plataforma Participe + Brasil, ferramenta virtual da Secretaria de Participação Social da Presidência da República, um espaço democrático que permitiu a ampla participação social de todo o país na reformulação do Planad. O ambiente virtual proporcionou acessibilidade para participação de qualquer brasileiro interessado, além de garantir a transparência no processo de coleta e sistematização das propostas.

Durante o período de consulta pública virtual, de 06 de março de 2025 a 16 de julho de 2025 (133 dias), foram registradas 2.086 propostas (conforme Tabela 3) de 653 participantes individuais. A modalidade virtual demonstrou-se particularmente eficaz em democratizar o acesso à participação, permitindo que cidadãos de diferentes regiões, contextos socioeconômicos e realidades locais pudessem contribuir com suas visões e propostas.

Tabela 3. Resumo da Consulta Pública Virtual

Eixo	Nº de contribuições	
	Problema	Solução
I. Desenvolvimento Social e Sustentável	113	78
II. Prevenção	92	68
III. Redução de Danos	63	60
IV. Segurança Pública Cidadã e Justiça Criminal	48	39
V. Acesso ao Cuidado e aos Sistemas de Direitos	45	38
VI. Governança Participativa e Articulação com os Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais de Políticas sobre Drogas	34	48
VII. Adoção e Implementação de Políticas Baseadas em Evidências e Construção de Indicadores que Permitam a Avaliação das Políticas, Programas e Projetos	39	48
VIII. Cooperação Internacional	36	28
Novo eixo		680
Sem especificação		529
Total		2.086

Fonte: Disponível em <https://www.gov.br/participamaisbrasil/consulta-reformulacao-planad>. Acesso em: 05 set 2025.

A plataforma do governo federal exigia o cadastro no Sistema Gov.br para que o cidadão fizesse sua contribuição, resultando em uma planilha de dados não identificados para cada interação com o sistema. Esses dados foram consolidados pela equipe de analistas de dados do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (Obid) da Senad, cujas informações são ilustradas a seguir, quais sejam: o número de contribuições por data (Gráfico 1); a lista de termos (palavras) mais frequentemente citadas nas contribuições (Gráfico 2); e o perfil do participante por UF de origem, escolaridade declarada e profissão quando preenchida (Gráfico 3).

Gráfico 1. Número de contribuições da Consulta Pública Virtual por data da contribuição



Gráfico 2. Frequência de palavras mencionadas nas contribuições da Consulta Pública Virtual



Gráfico 3. Número de contribuições por UF de origem do participante e perfil do participante da Consulta Pública Virtual



Contudo, o volume de participações recebidas por meio da plataforma resultou em um relatório consolidado que ultrapassa 600 páginas. Embora tal extensão evidencie o êxito da iniciativa de participação social, ela apresenta desafios de ordem prática para seu manuseio. Diante disso, e visando garantir a acessibilidade integral ao conteúdo, optou-se por não incluir a totalidade dos dados neste documento. Assim, o acesso às contribuições virtuais na íntegra é facultado a todos os interessados por meio do seguinte endereço eletrônico: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/consulta-reformulacao-planad>.

2.2. Consulta Pública Presencial

Esta modalidade compreendeu consultas públicas presenciais realizadas estrategicamente nas cinco regiões brasileiras e no Distrito Federal, em parceria com os Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas das respectivas regiões membros da Comissão Interfederativa do Conad. O processo garantiu representatividade territorial, permitindo o diálogo direto entre gestores públicos, especialistas e sociedade civil organizada. A Tabela 4 apresenta informações resumidas sobre as consultas públicas presenciais.

Cada consulta presencial seguiu uma estrutura padronizada dividida em três etapas:

- 1. Mesa de Abertura:** Contextualização e apresentação dos objetivos e metodologia da consulta;
- 2. Debates em nove Grupos Temáticos:** Discussões separadas para cada um dos oito eixos definidos pela Resolução Conad nº 13/2025 e para a proposição de novo(s) eixo(s);
- 3. Plenária Final:** Apresentação das contribuições pelo relator de cada grupo e validação dos respectivos relatórios por todo o público presente.



Tabela 4. Resumo das Consultas Públicas Presenciais

Região	Cidade	Data	Nº de participantes	Nº de contribuições
Sul	Porto Alegre/RS	02/07/2025	591	118
Nordeste	Teresina/PI	04/06/2025	602	76
Norte	Belém/PA	07/05/2025	351	69
Sudeste	Rio de Janeiro/RJ	17/06/2025	560	66
Centro-Oeste	Cuiabá/MT	21/05/2025	219	39
Nacional	Brasília/DF	23/06/2025	487	86
Total	6	02/07/2025 a 23/06/2025	2.810	454

2.2.1. REGIÃO NORTE

Local: Auditório Desembargadora Maria Lúcia Gomes Marcos dos Santos, Anexo I do Edifício-Sede do Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJ/PA) - Belém/PA.

Data: 7 de maio de 2025

Horário: 13h

Nº de participantes: 351

Nº de propostas: 69

Composição da Mesa de Abertura: Ana Luiza Bandeira (Chefe de gabinete da Senad); Michel de Castro Marques (Coordenador da Comissão Política sobre Drogas do Conad); Sâmio Falcão (representante do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome); Evandro Garla Pereira (Coned/PA); Flávia Riberio Batista (Conen/AM); Luana Carla Torres Da Silva (Coned/AC); Rômulo Lima Pantoja (Conen/AP); Jessé Alves do Nascimento (Conen/TO). Ausentes os representantes dos conselhos estaduais de Rondônia e Roraima.



Consulta Pública Presencial da Região Norte.



Consulta Pública Presencial da Região Norte.

Propostas colhidas e validadas:

I EIXO I - DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SUSTENTÁVEL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Não dialogar com a sociedade a implementação das políticas públicas. Acesso das populações usuárias de drogas nas políticas públicas.

PROPOSTAS: 1) Ampliação do programa de residência inclusiva; 2) Fortalecer medidas de qualificação profissional para a população usuária; 3) Fortalecer ouvidoria e canais de denúncia; 4) Ampliar nas comunidades os processos formativos.

I EIXO II – PREVENÇÃO

PRINCIPAIS DESAFIOS: Falta de rede articulada, pouca participação da família. Ausência de psicólogos e assistentes sociais nos ambientes de prevenção. Foco excessivo na repressão ao invés de prevenção. Falta de formação adequada dos profissionais.

PROPOSTAS: 1) Implementar o programa de saúde na escola; 2) Inserir ações preventivas nos projetos pedagógicos; 3) Oferecer atividades culturais, esportivas e profissionalizantes; 4) Garantir suporte emocional contínuo; 5) Capacitar profissionais e distribuição de materiais informativos atualizados.

I EIXO III - REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Fragilidade do RAPS na região norte. Redução de financiamento para política nacional sobre drogas nas esferas estaduais e municipais.

PROPOSTAS: 1) Instituir a política nacional de redução de danos de forma transversal em todas as gestões de políticas públicas com dotação orçamentária própria; 2) Realizar campanha nacional educativa sobre a importância da redução de danos; 3) Fomentar a formação continuada para equipes multiprofissionais em todo o sistema (sus/suas/justiça/segurança/educação).

I EIXO IV - SEGURANÇA PÚBLICA CIDADÃ E JUSTIÇA CRIMINAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Desafio da educação permanente sobre os agentes de segurança pública. Desafio de como melhorar a investigação, as estratégias de inteligência e o combate ao crime organizado transnacional e aos grandes traficantes.

PROPOSTAS: 1) Incluir apoio a saúde mental a agentes de segurança pública; 2) Garantir um fluxo da segurança pública a sociedade civil e a integração dos serviços sociais; 3) Viabilizar orçamento na área de inteligência e compartilhamento da inteligência dos órgãos estaduais e federais com fim de adotarem planos de ações adaptados à realidade de cada Estado com fronteiras.

I EIXO V - ACESSO AO CUIDADO E SISTEMA DE DIREITOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem texto

PROPOSTAS: 1) Garantia de verbas para prevenção e tratamento e mapeamento específico nas estratégias da família e capacitação dos agentes de saúde; 2) Criação e reclassificação de CAPS AD, 3) Pluralidade das formas de atenção, integração dos diferentes atores da rede do sistema de garantia; 4) Direcionamento específico de verbas parlamentares, criação e reclassificação dos CAPS AD; 5) Acesso as práticas integrativas e medicina fito compostas; 6) Prontuário eletrônico unificado; 7) Pulverização das ações e capacitações nos territórios da região norte, e garantir as múltiplas formas de cuidado, e o acolhimento.

I EIXO VI - GOVERNANÇA PARTICIPATIVA

PRINCIPAIS DESAFIOS: Ausência de comunicação. Falta de estrutura física, orçamentária e técnica. Baixa representatividade de segmentos diretamente afetados. Desarticulação entre os conselhos estaduais, municipais e federal. Falta de indicadores e mecanismos para avaliação da participação social.

PROPOSTAS: 1) Fortalecimento dos conselhos estaduais, distritais e municipais; 2) Criação de editais exclusivos do Funad para conselhos; 3) Garantir orçamento próprio, infraestrutura adequada equipe técnica de apoio; 4) Criar mecanismos que assegurem a continuidade das ações independente de mudanças políticas, com atuação da sociedade civil e implantação de conselho através de projeto de lei; 5) Priorizar políticas preventivas e de inclusão social nos planos locais; 6) Formação continuada para conselheiros e conselheiras e representações da sociedade civil; 7) Fomento a ações de escuta popular nos territórios mais vulneráveis; 8) Criação de espaços permanentes de participação de usuários de drogas e seus familiares nos conselhos; 9) Incentivo a criação e fortalecimento de conselhos municipais onde ainda não existem; 10) Criação do fórum popular permanente sobre política sobre drogas; 11) Implementação de indicadores de participação social na política sobre drogas; 12) Garantia de assentos e voz para povos originários, quilombolas, juventude periféricas e movimentos sociais organizados nos conselhos; 13) Criar campanhas em linguagem acessível para divulgar o papel dos conselhos; 14) Estabelecer canais permanentes de comunicação entre conselho e sociedade civil.

I EIXO VII - ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

PRINCIPAIS DESAFIOS: A coleta, análise e acesso a dados atualizados e polarizações são obstáculos significativos que prejudicam a formulação, implementações e avaliação das políticas públicas e eficazes. Resistência política social e mudanças estruturais especialmente em contextos em que a criminalização de usuários é vista como principal solução para o problema das drogas.

PROPOSTAS: 1) Utilizar os recursos do fundo da política sobre drogas; 2) Falta de investimentos e escassez de recursos para produção científica; 3) Enfrentamento da polarização e monopolização do debate dificulta a adoção de abordagem fundamentadas em evidências científicas frequentemente substituem por soluções primitivas e simplistas; 4) Construção do observatório sobre as drogas por regiões; 5) Implementar programa de formação técnica voltada para gestores, conselheiros e servidores públicos em áreas com avaliação de políticas, análise de dados e construção de indicadores específicos para políticas sobre drogas; 6) Unificação da base de dados em diferentes áreas como saúde, segurança, educação e assistência com padronização de indicadores que possibilitem uma visão holística e intonada da questão; 7) Criação de núcleos especializados e observatório sobre drogas; 8) Criação de núcleos especializados e observatório sobre drogas;

9) Carência de formação continuada para professores complexidade da problemática do uso de drogas; 10) Avaliação de impactos e uso de evidências; 11) Incentivar a realização de avaliação de impacto de processo com divulgações dos resultados e evidências para ajustes e melhorias nas políticas públicas; 12) Ações educativas e prevenção entre jovens; 13) Garantia de financiamento contínuo de pesquisa; 14) Estabelecimento de diretrizes orientadas por dados científicos.

I EIXO VIII - COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Enfoques distintos (Saúde Pública x Repressão).

PROPOSTAS: 1) Políticas Públicas que vem dando certo em outros países e que podem ser implementadas no Brasil, com foco no tratamento humanizado como Itália, Portugal e Uruguai; 2) A continuidade do acompanhamento psicológico por parte do governo, como prevenção e controle da problemática; 3) Implementação de políticas públicas nas escolas tratando de acompanhamento psicológico/psiquiátrico (para alunos e professores), capacitando para darem suporte/apoio aos alunos; 4) Operações integradas quebram a lógica do crime organizado, facilitam a prisão de líderes e o desmantelamento do crime organizado; 5) A extradição e o apoio judicial recíproco dificultam a impunidade de líderes criminosos, mesmo que busquem refúgio em países vizinhos; 6) Firmar pactos de extradição, cooperação judicial, operação policial e desenvolvimento de sistemas internacionais de alerta com países transfronteiriços para o enfrentamento conjunto do tráfico internacional de drogas.

NOVO EIXO – “DIREITO AO ACOLHIMENTO, RECUPERAÇÃO AJUDA MÚTUA, REINserÇÃO SOCIOFAMILIAR, LIBERDADE DE PENSAMENTO, CONSCIÊNCIA E RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE”

PRINCIPAIS DESAFIOS: 1) Fragilidade na rede de atenção psicossocial: Problema: Falta de integração entre serviços (CAPS, hospitais, assistência social, comunidades terapêuticas). Desafio: Garantir acolhimento contínuo e humanizado com suporte técnico e interdisciplinar; 2) Políticas públicas ambíguas ou punitivas: Problema: Algumas abordagens ainda priorizam a repressão, desrespeitando o direito de escolha. Desafio: Promover políticas baseadas na redução de danos, cuidado em liberdade e respeito à autonomia do usuário; 3) Estrutura precária das comunidades terapêuticas: Problema: Muitas instituições não seguem critérios mínimos de qualidade e direitos humanos. Desafio: Fiscalizar, capacitar e fomentar boas práticas baseadas na ética e na legislação vigente; 4) Estigma e discriminação: Problema: A pessoa em uso de substâncias é frequentemente vista como “incapaz” ou “criminoso”. Desafio: Luta contra o estigma e reconhecer essas pessoas como sujeitos de direitos e cuidado; 5) Ausência de programas efetivos de reinserção sociofamiliar: Problema: Falta articulação com escolas, empresas, programas habitacionais e familiares. Desafio: Criar redes de apoio para reabilitação social, profissional e afetiva; 6) Violação da liberdade de pensamento e consciência: Problema: Algumas abordagens impõem visões religiosas ou ideológicas, suprimindo a liberdade individual. Desafio: Garantir que espiritualidade e religiosidade sejam ofertadas como apoio e não como obrigação; 7) Dificuldade na valorização da mútua ajuda: Problema: Grupos de apoio como NA/AA ou rodas de diálogo nem sempre são integrados às políticas públicas. Desafio: Reconhecer e apoiar essas estratégias como complementares ao cuidado profissional; 8) Falta de financiamento e continuidade: Problema: Muitos programas têm recursos instáveis ou sofrem descontinuidade política. Desafio: Estabelecer políticas de Estado, e



não apenas de governo, com financiamento permanente; 9) Perseguição às instituições vocacionais e de grupos de redução de danos: Problema: Comunidades Terapêuticas e grupos de redução de danos vêm sofrendo perseguições de forma constante por grupos e movimentos extremistas. Desafio: Fazer valer o disposto no Artigo 5º da Constituição Federal (incisos VI e VIII), que garante a liberdade religiosa e a manifestação de crença e garante que ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou convicção filosófica, desde que respeitem a liberdade de escolha e consciência da pessoa acolhida.

PROPOSTAS: 1) apoio ao CAIS de forma articulada com CAPS; CRAS e CTs; 2) formalização dos grupos de mútua ajuda; 3) inserir o acolhimento nos eixos de prevenção e do cuidado; 4) reconhecer a espiritualidade como integrante do PIA e PROS Terapêutico; 5) criar Selo/Certificação para CTs e Serviços; 6) os demais itens estão no documento apresentado pelo Luciano; 7) implantação de centros integrados de cuidado em liberdade; 8) apoio e formalização de grupos de mútua ajuda; 9) programa de reinserção sociofamiliar e econômica; 10) marco legal e ético das comunidades terapêuticas; 11) capacitação intersetorial em políticas sobre drogas; 12) fundo permanente para políticas de cuidado e prevenção; 13) reconhecer a espiritualidade como integrante do programa terapêutico.

2.2.2. REGIÃO CENTRO-OESTE

Local: Teatro da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Campus Cuiabá - Cuiabá/MT

Data: 21 de maio de 2025

Horário: 13h

Nº de Participantes: 219

Nº de propostas: 39

Composição da Mesa de Abertura: Marta Machado (Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos); Víctor Hugo Bruzulato (Secretário de Justiça do Estado do Mato Grosso); Michel de Castro Marques (Coordenador da Comissão Política sobre Drogas do Conad); Denise de Fátima Barbosa Souza e Silva (Cead/MS); Lenice Silva dos Santos Barbosa (Conesd/MT), Sâmio Falcão (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome); Vanessa Clementino Furtado (UFMT). Ausente representação do Conen/DF.



Consulta Pública Presencial da Região Centro-Oeste.



Consulta Pública Presencial da Região Centro-Oeste.

Propostas colhidas e validadas:

I EIXO I - DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SUSTENTÁVEL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Extensão do tráfico e uso de drogas e áreas vulneráveis e de fronteiras. Fragilidade da rede de atenção psicossocial e reinserção social. Ausência de políticas preventivas integradas em territórios de maior risco social.

PROPOSTAS: 1) Fortalecimento da rede intersetorial de atenção e cuidado com foco territorial; 2) Implantação de políticas de prevenção com foco em políticas integradas de prevenção com foco em juventudes; 3) Criação de projetos socioeconômicos e de empregabilidade para egressos e pessoas em vulnerabilidade por uso de drogas.

I EIXO II - PREVENÇÃO

PRINCIPAIS DESAFIOS: Falta de robustez nas avaliações de programas já existentes (projetos sociais, Proerd e etc.).

PROPOSTAS: 1) Destinar recursos para pesquisa da eficácia destes programas, apresentando a sistematização dos critérios avaliativos; 2) Abordagem escolares que não envolvem ou não impactam/integram efetivamente as famílias; 3) Investimento na formação e capacitação continuada; 4) Falta de investimento e prioridade nos programas específicos de prevenção; 5) Fomentar a prevenção na base/primeira infância envolvendo a família; 6) Garantia de preparação e formação contínua dos educadores e profissionais envolvidos na prevenção, provando a atualização de conhecimentos e práticas.

I EIXO III - REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Falta de integração/articulação entre os serviços. Falta de recurso permanente para política de redução de danos. Falta de formação para profissionais do SUS e do SUAS. Falta de acesso e de consulta aos territórios e população atingidas, nas zonas urbanas e rurais. Estigmatização dos usuários AD.

PROPOSTAS: 1) Criação de pontos de apoio em territórios/cenas de uso para descanso, alimentação e higiene pessoal; 2) Criação de modalidade CECO ad, em cidades de médio e grande porte; 3) Regulamentação de um política nacional de cuidados e RD; 4) Regulamentação da profissão do redutor de danos; 5) Formação continuada e atualizada sobre redução de danos para profissionais das redes SUS e SUAS; 6) Criação de módulo de redução de danos para cursos universitários, Saúde, Assistência, Justiça e Educação, mas também para o Ensino Médio; 7) Criação de política de moradia primeiro para populações vulneráveis.

I EIXO IV - SEGURANÇA PÚBLICA CIDADÃ E JUSTIÇA CRIMINAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Aprisionamento maior de pessoas em situação de vulnerabilidade e usuários de drogas. Falta de acesso à justiça. Diferença e influência do poder econômico que interfere no sistema de justiça.

PROPOSTAS: 1) Ampliação das ações de prevenção que já existem; 2) Diminuir a abordagem de



rua e aumentar o processo investigativo, “follow the money”; 3) Ampliar as políticas de acesso à justiça gratuita; 4) Ampliar a descriminalização para porte de outra substâncias e que nesse caso sejam redirecionados de responsabilidade dos CAPS AD; 5) Fomentar o uso da justiça restaurativa nos casos de tráfico de drogas e outras formas de criminalidade, dependendo de cada situação fazendo com que o patrimônio do traficante seja revertido para políticas de prevenção, atenção e cuidado as pessoas que fazem uso de substância do Estado de origem da apreensão.

I EIXO V - ACESSO AO CUIDADO E SISTEMA DE DIREITOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Obstáculo de acesso, devido a localização dos serviços distantes do público-alvo. Falta de compreensão da APS como parte da RAPS. Ausência de dados sistemáticos sobre o uso problemático de substâncias psicoativas na região. Má distribuição dos recursos financeiros para as políticas sobre drogas. Falhas no atendimento a crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas.

PROPOSTAS: 1) Ampliar e interiorizar os serviços e equipes da RAPS; 2) Fortalecer o acompanhamento das ações de saúde mental em toda a RAPS, em especial a APS, como ordenadora do cuidado; 3) Construção de uma base de dados sobre o uso problemático de substâncias para subsídio de políticas públicas e ações em saúde; 4) Melhor alocação dos recursos financeiros para o fortalecimento do RAPS; 5) Promoção de materiais informativos sobre os serviços para a população;

I EIXO VI - GOVERNANÇA PARTICIPATIVA

PRINCIPAIS DESAFIOS: Conselhos de políticas sobre drogas fracos. Ausência de participação da sociedade e seus atores na formulação da política sobre drogas. Ausência de interesse social na participação nos processos de consulta. Insuficiência de recursos para os conselhos.

PROPOSTAS: 1) Fomentar a importância dos Conselhos nos poderes e nas sociedades; 2) Promover formações nos ambientes acadêmicos sobre a importância da participação dos conselhos; 3) Afixar de forma obrigatória os valores da receita municipal, distrital em favor do fortalecimento, implementação e difusão da política de drogas através dos conselhos; 4) Instituir os conselhos legalmente como ferramenta para a destinação de recursos para entidades que atuem na política de drogas.

I EIXO VII - ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Ausência de editais que tratem sobre a política pública de redução de danos no Estado. Estigma e moralidade, amplamente associado à criminalidade e na perspectiva proibicionistas que impõe o controle e a abstinência compulsória em detrimento do cuidado em liberdade e do contexto territorial da RAPS.

PROPOSTAS: 1) Estado (União, Estados e Municípios), publicação de editais sobre a Política sobre Drogas para criar mecanismos de fortalecimento da Política Nacional de Redução de Danos nos territórios em parcerias com as instituições de ensino e as escolas de governo e saúde; 2) Integração entre as Universidades, conselhos, coletivos, sociedade civil organizada, para construção de políticas sobre drogas baseadas em evidências.

I EIXO VIII - COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Não houve interessados no debate deste eixo.

NOVO EIXO – DIREITO AO ACOLHIMENTO, RECUPERAÇÃO, MÚTUA AJUDA, REINserÇÃO SOCIOFAMILIAR, LIBERDADE DE PENSAMENTO, CONSCIÊNCIA E RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE

PRINCIPAIS DESAFIOS: 1) Fragilidade na rede de atenção psicossocial: Problema: Falta de integração entre serviços (CAPS, hospitais, assistência social, comunidades terapêuticas). Desafio: Garantir acolhimento contínuo e humanizado com suporte técnico e interdisciplinar; 2) Políticas públicas ambíguas ou punitivas: Problema: Algumas abordagens ainda priorizam a repressão, desrespeitando o direito de escolha. Desafio: Promover políticas baseadas na redução de danos, cuidado em liberdade e respeito à autonomia do usuário; 3) Estrutura precária das comunidades terapêuticas: Problema: Muitas instituições não seguem critérios mínimos de qualidade e direitos humanos. Desafio: Fiscalizar, capacitar e fomentar boas práticas baseadas na ética e na legislação vigente; 4) Estigma e discriminação: Problema: A pessoa em uso de substâncias é frequentemente vista como “incapaz” ou “criminosa”. Desafio: Luta contra o estigma e reconhecer essas pessoas como sujeitos de direitos e cuidado; 5) Ausência de programas efetivos de reinserção sociofamiliar: Problema: Falta articulação com escolas, empresas, programas habitacionais e familiares. Desafio: Criar redes de apoio para reabilitação social, profissional e afetiva; 6) Violação da liberdade de pensamento e consciência: Problema: Algumas abordagens impõem visões religiosas ou ideológicas, suprimindo a liberdade individual. Desafio: Garantir que espiritualidade e religiosidade sejam ofertadas como apoio e não como obrigação; 7) Dificuldade na valorização da mútua ajuda: Problema: Grupos de apoio como NA/AA ou rodas de diálogo nem sempre são integrados às políticas públicas. Desafio: Reconhecer e apoiar essas estratégias como complementares ao cuidado profissional; 8) Falta de financiamento e continuidade: Problema: Muitos programas têm recursos instáveis ou sofrem descontinuidade política. Desafio: Estabelecer políticas de Estado, e não apenas de governo, com financiamento permanente; 9) Perseguição às instituições vocacionais e de grupos de redução de danos: Problema: Comunidades Terapêuticas e grupos de redução de danos vêm sofrendo perseguições de forma constante por grupos e movimentos extremistas. Desafio: Fazer valer o disposto no Artigo 5º da Constituição Federal (incisos VI e VIII), que garante a liberdade religiosa e a manifestação de crença e garante que ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou convicção filosófica, desde que respeitem a liberdade de escolha e consciência da pessoa acolhida.

PROPOSTAS: 1) implantação de centros integrados de cuidado em liberdade; 2) apoio e formalização de grupos de mútua ajuda; 3) programa de reinserção sociofamiliar e econômica; 4) marco legal e ético das comunidades terapêuticas; 5) capacitação intersetorial em políticas sobre drogas; 6) fundo permanente para políticas de cuidado e prevenção; 7) reconhecer a espiritualidade como integrante do programa terapêutico.



2.2.3. REGIÃO NORDESTE

Local: Faculdade Uninassau – Teresina/PI

Data: 4 de julho de 2025

Horário: 13h

Nº de Participantes: 602

Nº de propostas: 76

Composição da Mesa de Abertura: Marta Machado (Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos); Michel de Castro Marques (Coordenador da Comissão Política sobre Drogas do Conad); Lidiane Nogueira Rebouças (Cepod/CE); Erisson Lindoso (Ceped/MA); Tulio Polari Leitão (Conen/PB); Débora Fonsêca Barbosa (Cepad/PE); Simone Pereira (Cepd/PI); e Gabriel Ribeiro de Oliveira (Cepad/BA).



Consulta Pública Presencial da Região Nordeste.



Consulta Pública Presencial da Região Nordeste.



Consulta Pública Presencial da Região Nordeste.

Propostas colhidas e validadas:

I EIXO I - DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SUSTENTÁVEL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Fragilidade do financiamento da oferta dos serviços das entidades públicas e privadas e a necessidade da participação das organizações no Conad e projetos de inclusão, sustentabilidade e empregabilidade para as pessoas que se encontram em tratamento do uso de drogas.

PROPOSTAS: 1) Financiamento para as comunidades terapêuticas para acolhimento de dependentes de álcool e outras drogas; 2) Representante no Conad de instituições que trabalham diretamente com prevenção, acolhimento, reinserção social e grupos; 3) Oferecer moradia digna para pessoas que recusaram tratamento de uso de Drogas que tenham vínculos familiares; 4) Fomentar recursos para projetos de reinserção social de dependentes químicos e instituições público e privados; 5) Desenvolver auxílios socioassistencial para dependentes químicos soropositivos (HIV) em tratamento 6) Incluir o dependente químico em tratamentos ou regresso como público prioritário do PMCV para aqueles que possuem vínculos familiares rompidos; 7) Desenvolver projetos de empregabilidade, renda e sustentabilidade para pessoas que estejam em tratamento ou regressos nas demais instituições; 8) Fomentar a reinserção social, por meio da oferta de recursos financeiros às instituições públicas e privadas; 9) Implementar na política pública sobre drogas a liberdade de pensamentos, consciência religiosa e espiritualidade; 10) Abrir escritórios dos conselhos e/ou escritórios sociais nas periferias para atendimento de quem necessita.

I EIXO II – PREVENÇÃO

PRINCIPAIS DESAFIOS: Professores sobrecarregados de atividades. Atividades de prevenção oriundas da sociedade civil sem recursos públicos suficientes. Professores sem apoio para desenvolvimento das atividades.

PROPOSTAS: 1) Fomentar financeiramente as redes de educação para ter quadro de professores completos; 2) Fomentar com recursos federais o desenvolvimento de atividades com a sociedade civil; 3) Inserir equipe multidisciplinar para apoiar o Projeto Criar, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional; 4) Fortalecer financeiramente o Criar e dar visibilidade midiática para sociedade civil.

I EIXO III - REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Desconhecimento e preconceito com a política de redução de danos. Falta de Indicadores e dados. Ausência de visibilidade profissional de redução de danos e da regulação da profissão. Não considerar as particularidades da pessoa e centrar a atenção no estigma, no uso de álcool e outras drogas. Baixa existência de locais que façam acolhimento noturno de pessoas que necessitam de cuidados no que diz respeito a redução de danos voltado para o uso de álcool e outras drogas. Baixo financiamento para as políticas de redução de danos e pouco incentivo a pesquisa e formação na perspectiva de redução de danos

PROPOSTAS: 1) Considerar a redução de danos como uma profissão que necessita de

regulamentação, oficializando a existência do cargo de redutor de danos; 2) Garantir recurso específico nos orçamentos municipais, estaduais e federal para ações de redução de danos e pesquisa acadêmica voltada para o tema no intuito de fortalecer esta política; 3) Criar, ampliar e apoiar as escolas de redução de danos com ações que garantam e fomentem a autonomia dos usuários de álcool e outras drogas e os profissionais da rede intersetoriais; 4) Fortalecer espaços de formação continuada e educação permanente na perspectiva da redução de danos para todos os profissionais da rede intersetorial (saúde, educação, assistência social, justiça e segurança pública, entre outras); 5) Aumentar a quantidade de albergues para acolhimento noturno; 6) Definir critérios de funcionamento dos serviços que promovem a redução de danos, requerendo a garantia de políticas intersetoriais e o respeito as espiritualidades a partir das trajetórias de vida de cada pessoa assistida; 7) Criar indicadores para auxiliar a execução dos serviços que promovem redução de danos no âmbito do SUS e do SUAS.

I EIXO IV - SEGURANÇA PÚBLICA CIDADÃ E JUSTIÇA CRIMINAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Entendemos que o sistema de segurança pública não é melhor mecanismo para construir políticas públicas sobre drogas, tendo em vista seu fracasso. Superlotação do sistema carcerário em sua maioria a população negra e pobre. A seletividade penal em face dos mais vulneráveis socialmente. Racismo estrutural. Diálogo limitado entre o sistema de justiça em sistemas de assistência social e saúde. Diferenciação não embasada em avaliação multiprofissional para definição dos padrões de uso nas abordagens. Falta de diversidade dos dispositivos da RAPS nos territórios. Falta de letramento racial. Falta de escritórios sociais e justiça restaurativa no país como alternativa para reintegração social após encarceramento. Exposição exacerbada dos usuários nos meios midiáticos antes de sentença ou oferecimento da denúncia do ministério público.

PROPOSTAS: 1) Diferenciação do uso abusivo e do uso social para entender a política a ser adotada; 2) Capacitação dos agentes públicos acerca de temas relacionados a política de drogas e Direitos Humanos e letramento sobre raça, gênero e cor; 3) Apoiar a criação de escolas de redução de danos como estratégia de convivência, acolhimento e cuidado, bem como alternativa para pessoas alcançadas pela lei de drogas para o sistema de justiça; 4) Formação específica relacionada às compreensões de raça, classe e gênero e seus impactos na vida das pessoas para os operadores do sistema de justiça e segurança em todo Nordeste(Brasil); 5) Formação sobre raça, classe e gênero para os operadores do sistema de justiça e segurança; 6) Criação de instâncias na porta de entrada do sistema de justiça (abordagens por agente de segurança pública, audiências de custódia) com avaliação multiprofissional das pessoas alcançadas pela lei de drogas para garantia de diferenciação do uso; 7) Implementação do RAPS com maior foco nos CAPS AD, unidade de acolhimento, leitos em hospitais gerais, centro de convivência para maior diversidade de possibilidade para o sistema de justiça usar nas audiências de custódia; 8) Criar instância do controle social para acompanhamento das políticas públicas sobre drogas.

I EIXO V - ACESSO AO CUIDADO E SISTEMA DE DIREITOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Falta de integração entre os serviços, inexistência de intersetorialidade, falta de valorização dos profissionais, aparelhamento público defasado, falta de informação da população. Precarização nos serviços devido à privatização dos serviços de saúde

PROPOSTAS: 1) Garantir o investimento mínimo de 10% da receita líquida por parte da União; 2) Ampliar o acesso de informações aos acessos do serviço público a população não apenas em aplicativos, mas em campanhas de rádio, tv e outros meios tradicionais; 3) Valorização das comunidades terapêuticas e dos grupos de apoio e mútua ajuda como componentes do RAPS, reconhecimento da espiritualidade como comprovado fator de proteção e recuperação conforme a ciência prova em abundância.

I EIXO VI - GOVERNANÇA PARTICIPATIVA

PRINCIPAIS DESAFIOS: Baixa visibilidade do papel dos conselhos. Ausência de comunicação em mídias acessíveis e de estratégias para mobilização popular. Falta de estrutura técnica e recursos financeiros. Pouca articulação entre os níveis de governo. Ausência de um órgão estadual e municipal específico para a política sobre drogas. Sub-representação de grupos sociais. Ausência de indicadores de participação.

PROPOSTAS: 1) Criar e ampliar campanhas de comunicação institucional nos canais oficiais e redes sociais, destacando os conselhos como espaços de controle social e formulação de políticas públicas; 2) Produzir relatórios e boletins periódicos dos conselhos com linguagem acessível, para ampla divulgação; 3) Institucionalizar a participação dos conselhos em eventos públicos; 4) Apoiar e dar suporte financeiro aos conselhos, garantindo orçamento através de receitas vindas do fundo nacional e do Tesouro estadual; 5) Promover capacitações aos conselheiros; 6) Estabelecer parcerias com universidades públicas e privadas para apoio técnico; 7) Criar rede integrada de conselhos sobre drogas com fóruns periódicos entre conselhos municipais estaduais e nacional; 8) Estabelecer fluxos formais de compartilhamento de dados, decisões e demandas via plataformas digitais integradas; 9) Designar um ponto focal em cada esfera federativa para interlocução permanente com os demais conselhos; 10) Criar indicadores específicos para monitorar a atuação dos conselhos; 11) Utilizar ferramentas de avaliação participativa com os próprios conselheiros, sociedade civil; 12) Incluir os indicadores no sistema de monitoramento do Planad, garantindo que eles façam parte dos relatórios oficiais de acompanhamento; 13) Criar por meio de legislação específica o órgão estadual ou municipal de política sobre drogas com atribuições claras de gestão, articulação intersetorial e monitoramento da política pública; 14) Garantir equipe técnica multidisciplinar; 15) Estruturar plano de ação anual do órgão, com metas, indicadores e mecanismos de transparência ativa; 16) Interlocução da Senad sugerindo a criação do órgão gestor da política de drogas, garantindo a criação de um sistema para integração dos órgãos como condição de acesso a recursos federais; 17) Maior articulação entre os conselhos junto ao Estado para acolhimento de pessoas vulneráveis; 18) Garantir assentos nos conselhos para povos originários, quilombolas, juventudes periféricas e movimentos sociais; 19) Realizar audiências e chamadas públicas com ampla divulgação para preenchimento de vagas da sociedade civil; 20) Estabelecer critérios de alternância de representação nos conselhos de mecanismos de escuta ativa nos territórios.

I EIXO VII - ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Implementar políticas baseadas em evidências é essencial para estratégias eficazes e justas no contexto das drogas. O aprendizado de outras iniciativas exitosas é imprescindível. O preconceito existente ante a face do contexto do uso e abuso de SPA, prejudica o acesso do usuário a rede de atenção básica e o encaminhamento para os serviços de saúde adequados.



Desinformação dos profissionais de saúde, que não são especialistas, sentem-se inseguros em relação ao atendimento do público com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas.

PROPOSTAS: 1) Implementar sistema de comunicação com a sociedade em geral, falando sobre a dependência química como uma patologia, assim como a divulgação de diversos tipos de tratamento e acesso aos serviços. Para que essa proposta seja efetiva deve-se haver uma continuidade da ação; 2) As ações devem se apoiar em pesquisas científicas que reflitam as necessidades da população afetada, garantindo intervenções com cuidado, prevenção e controle de doenças associadas ao uso de drogas; 3) Capacitar os profissionais da atenção básica utilizando os métodos de acolhimento e tratamento baseados em evidências para os transtornos por uso de substâncias. Por meio de um programa de qualificação macrorregional para profissionais de saúde; 4) É fundamental investir na produção de conhecimento e tecnologias de saúde acessíveis ao SUS, alinhadas as suas demandas e sem discriminação; 5) Estimular os estudantes de ensino superior, bem como os professores, a realizarem estudos científicos voltados a temática de tratamento e prevenção ao uso indevido de drogas; 6) Criação de editais específicos que fomentem pesquisas com incentivo financeiro na área de transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas.

I EIXO VIII - COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Falta de recursos financeiros; Desrespeito aos Direitos Humanos; Pouco interesse do poder público na efetivação de ações da política sobre drogas; Falta de articulação da rede internacional estratégica na política sobre drogas.

PROPOSTAS: 1) Criação de comissões específicas nas políticas públicas sobre drogas para garantir a sua participação em organismos internacionais como, ONU, G20, OMC, OIT, UNICEF, OCDE, OEA e demais instâncias onde o Brasil tem assento e/ou participação; 2) Realização de intercâmbios internacionais para fomentar conhecimentos e recursos para promover pesquisas científicas, fóruns e demais espaços de discussão de política sobre drogas; 3) Celebração de internacionais que garantam alternativas sustentáveis que potencializam as ações sobre a políticas sobre drogas.

NOVO EIXO – “DIREITO AO ACOLHIMENTO, RECUPERAÇÃO, AJUDA MÚTUA, REINserÇÃO SOCIOFAMILIAR, LIBERDADE DE PENSAMENTO, CONSCIÊNCIA E RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE”

PRINCIPAIS DESAFIOS: Violação da liberdade de pensamento e consciência, dificuldade da valorização da mútua ajuda, falta de financiamento e continuidade, perseguição a grupos vocacionais e de grupo de redução de danos. Fragilidade na rede de atenção psicossocial. Políticas Públicas ambíguas e punitivas. Estrutura precária das comunidades terapêuticas. Estigma e discriminação. Ausência de programas de reinserção sociofamiliar. 1) Fragilidade na rede de atenção psicossocial: Problema: Falta de integração entre serviços (CAPS, hospitais, assistência social, comunidades terapêuticas). Desafio: Garantir acolhimento contínuo e humanizado com suporte técnico e interdisciplinar; 2) Políticas públicas ambíguas ou punitivas: Problema: Algumas abordagens ainda priorizam a repressão, desrespeitando o direito de escolha. Desafio: Promover políticas baseadas na redução de danos, cuidado em liberdade e respeito à autonomia do usuário; 3) Estrutura precária das comunidades terapêuticas: Problema: Muitas instituições não seguem critérios mínimos de qualidade e direitos humanos. Desafio: Fiscalizar, capacitar e fomentar boas práticas baseadas na ética e na legislação vigente; 4) Estigma e discriminação: Problema: A pessoa em uso



de substâncias é frequentemente vista como “incapaz” ou “criminosa”. Desafio: Luta contra o estigma e reconhecer essas pessoas como sujeitos de direitos e cuidado; 5) Ausência de programas efetivos de reinserção sociofamiliar: Problema: Falta articulação com escolas, empresas, programas habitacionais e familiares. Desafio: Criar redes de apoio para reabilitação social, profissional e afetiva; 6) Violação da liberdade de pensamento e consciência: Problema: Algumas abordagens impõem visões religiosas ou ideológicas, suprimindo a liberdade individual. Desafio: Garantir que espiritualidade e religiosidade sejam ofertadas como apoio e não como obrigação; 7) Dificuldade na valorização da mútua ajuda: Problema: Grupos de apoio como NA/AA ou rodas de diálogo nem sempre são integrados às políticas públicas. Desafio: Reconhecer e apoiar essas estratégias como complementares ao cuidado profissional; 8) Falta de financiamento e continuidade: Problema: Muitos programas têm recursos instáveis ou sofrem descontinuidade política. Desafio: Estabelecer políticas de Estado, e não apenas de governo, com financiamento permanente; 9) Perseguição às instituições vocacionais e de grupos de redução de danos: Problema: Comunidades Terapêuticas e grupos de redução de danos vêm sofrendo perseguições de forma constante por grupos e movimentos extremistas. Desafio: Fazer valer o disposto no Artigo 5º da Constituição Federal (incisos VI e VIII), que garante a liberdade religiosa e a manifestação de crença e garante que ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou convicção filosófica, desde que respeitem a liberdade de escolha e consciência da pessoa acolhida.

PROPOSTAS: 1) Inserir na proposta de acolhimento como ferramenta importante; 2) Implantação de centros integrados de cuidados a liberdade, apoio e formalização de grupos de mútua ajuda; 3) Programa de reinserção sociofamiliar e econômica; 4) Marco legal das comunidades terapêuticas; 5) Marco legal ético das comunidades terapêuticas; 6) Capacitação intersetorial em política sobre drogas; 7) Fundo permanente para políticas de cuidado e prevenção; 8) Reconhecer a espiritualidade com integrante do programa; 9) implantação de centros integrados de cuidado em liberdade; 10) apoio e formalização de grupos de mútua ajuda; 11) programa de reinserção sociofamiliar e econômica; 12) marco legal e ético das comunidades terapêuticas; 13) capacitação intersetorial em políticas sobre drogas; 14) fundo permanente para políticas de cuidado e prevenção; 15) reconhecer a espiritualidade como integrante do programa terapêutico.

2.2.4. REGIÃO SUDESTE

Local: Fiocruz, Manginhos - Rio de Janeiro/RJ

Data: 17 de junho de 2025

Horário: 13h

Nº de Participantes: 560

Nº de propostas: 66

Composição da Mesa de Abertura: Marta Machado (Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos); Michel de Castro Marques (Coordenador da Comissão Política sobre Drogas do Conad); Ana D´arc M. Dutra (Conen/RJ); Diego Mantovanelo do Monte (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome); Fabiane Rodrigues (Conead/MG); José Carlos Fiorido (Coead/ES); Ana Paula Guljor (Fiocruz); Erisson Lindoso (Comissão Interfederativa do Conad); e Lucas Roncati (Coned/SP).





Consulta Pública Presencial da Região Sudeste.



Consulta Pública Presencial da Região Sudeste.

Propostas colhidas e validadas:

I EIXO I - DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SUSTENTÁVEL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Necessidade de políticas efetivas de inclusão produtiva, não há direcionamentos claros de inclusão no mercado de trabalho do público usuário de drogas. Carência de políticas públicas sobre drogas voltadas para crianças e adolescentes. Necessidade de ampliação do debate sobre espiritualidade enquanto dimensão do cuidado. Dificuldade de acesso a direitos fundamentais para o público usuário de drogas.

PROPOSTAS: 1) Investir em programas, projetos e ações que estimulem o esporte e as estratégias de profissionalização e inclusão no mercado de trabalho, incluindo crianças, adolescentes e adultos em situação de vulnerabilidade social; 2) Garantir acesso a serviços de tratamento e cuidado para usuários de drogas, que tenham embasamento técnico-científico, como a redução de danos e outras terapias com evidência científica de efetividade; 3) Inserir as comunidades terapêuticas, considerando que a espiritualidade é uma ferramenta deste método, os grupos de redução de danos e os grupos de mútua ajuda como equipamentos que compõe o Sisnad; 4) Implementar programas de prevenção eficazes, que tenham em sua concepção o entendimento de que a desigualdade social é um fator de risco para o uso de drogas 5) Reconhecer e regulamentar a ocupação de agente redutor de danos, com previsão orçamentária; 6) Incentivar equipamentos como centros de convivência e fortalecimento de vínculos, que não sejam destinados exclusivamente a usuários de drogas, mas abertos a toda a comunidade.

I EIXO II - PREVENÇÃO

PRINCIPAIS DESAFIOS: Falta de desenvolvimento de políticas sociais, falta de capacitação de professores e atores sociais, publicidade de drogas lícitas, falta de continuidade dos programas referentes a prevenção; falta de recursos e melhor aplicação a prevenção, estimular ações preventivas visando minimizar os efeitos da reincidência e síndrome da abstinência; Predominância de política repressiva e alta letalidade e racismo.

PROPOSTAS: 1) Criação e formação de equipe multidisciplinar com especialização em prevenção e redução de danos, como psicólogos, assistentes sociais, pedagogos e redutor de danos; 2) Equipe criada pela política de assistência social e educação (municipal) multidisciplinar atentando a realidade dos territórios, realizando os encaminhamentos para a rede de pública de serviço, com base na ciência e redução de danos, de acordo com a prevenção as crianças e adolescentes conforme o ECA; 3) Inclusão na grade curricular de programa preventivo anual relativamente a essas questões; 4) Produção de materiais educativos antirracistas, antiproibicionistas e inclusivos em parceria com coletivos periféricos; 5) Fortalecimento e ampliação da capilaridade do programa saúde e prevenção nas escolas.

I EIXO III - REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Entender que a trajetória do usuário é uma experiência que é válida e tem que ser reconhecida. Respeitar as formas de tratamento. Redução de danos integral e na adolescência. A RD é intersetorial. Os usuários não são reconhecidos como sujeitos de propriedade

no assunto. As formas impostas nem sempre dialogam com as necessidades do sujeito, a base da redução de danos é a escuta. Entendemos que a não regularização da profissão é necessária visto que hoje não há registro no CBO. Não tem como trabalhar sem verba. Reconhecimento profissional, garantia de direitos como um profissional da área da saúde. A demanda necessita de recursos para que os trabalhos sejam efetivos. Devido ao contexto genocida e política de encarceramento da juventude principalmente preta e periférica. Não tem como falar de RD sem falar de moradia e trabalho.

PROPOSTAS: 1) Trabalho em pares. Validando a experiência e trajetória dos usuários para serem RD nos equipamentos como Consultório na Rua, CAPS e outros equipamentos voltados a RD; 2) Liberar o uso de Cannabis como redução de danos no SUS e derivados; 3) Criação de Diretrizes da Redução de Danos; 4) Registro oficial do RD no CBO (registro da profissão); 5) Mais orçamento para RD. Centros de convivências e equipamentos voltados para a RD; 6) Implementar EVA no município de acordo com as diretrizes de RD; 7) Implementar políticas de contemplem moradia e geração de renda, arte e cultura com a RD; 8) Capacitação de Redução de danos; 9) Tornar obrigatório a inclusão do Agente de Redução de danos; 10) CBO para redutores de danos; 11) Arte Cultura; 12) Implantação de acolhimento para quem precisa de moradia e tratamento CAPS AD pela política de atenção social.

I EIXO IV - SEGURANÇA PÚBLICA CIDADÃ E JUSTIÇA CRIMINAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Falta de articulação da segurança pública com a redução de danos, proibicionismo e guerra às drogas, aumento de operações policiais em territórios de favelas, encarceramento em massa, racismo estrutural, LGBTfobia e questões de gênero e classe social.

PROPOSTAS: 1) Qualificação crítica dos agentes de segurança pública em Redução de Danos e Direitos Humanos, o desfinanciamento das polícias e a garantia de implementação do uso de câmeras de segurança nas abordagens policiais; 2) Políticas de cuidado e acolhimento em Redução de Danos na perspectiva interseccional e Intersetorial e investimento nas RAPS, SUS e SUAS; 3) Implementação de avaliação e monitoramento de políticas públicas voltadas para audiências de custódia visando o desencarceramento em articulação com o sistema de justiça criminal; 4) Regulamentação de todas as drogas associadas à políticas de reparação histórica e social voltadas as vítimas da guerra as drogas, preservação da memória e acolhimento aos usuários, egressos do sistema prisional e familiares; Descriminalização e anistia aos jovens e crianças vítimas do trabalho infantil acusadas criminalmente por tráfico de drogas, bem como apoiar a implementação dos Núcleos de Atendimento Integral (NAI) nas macrorregiões de cada estado.

I EIXO V - ACESSO AO CUIDADO E SISTEMA DE DIREITOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Enfrentamento as barreiras de acesso interseccional (raça, classe e gênero), Falta de investimento em formação dos profissionais da rede Inter setorial de políticas sobre drogas. Insuficiência em moradias transitórias e dispositivos substitutivos ao manicômio (CAPS ad uaa, uai, srt), exigência da abstinência como barreira de acesso.

PROPOSTAS: 1) Estabelecer como critério para o financiamento das políticas públicas na área de álcool e outras drogas, o alinhamento com as perspectivas de redução de danos, antimanicomiais, interseccionais, antirracistas e antiproibicionistas; 2) Ampla implantação dos CAIS (centro de

acesso e inclusão social. pela Senad e ampliação dos CAPS AD, UAA, UAI, SRT, CECOS, CNAR pelo SUS; 3) Retomada do protagonismo do CAPS e da redução de danos no cuidado aos usuários de drogas.

I EIXO VI - GOVERNANÇA PARTICIPATIVA

PRINCIPAIS DESAFIOS: A governança é a articulação objetiva que as pessoas e comunidades afetadas participem ativamente no planejamento, execução e avaliação das ações. Inexistência ou funcionamento precário dos conselhos; Critérios frágeis na composição do conselho pelas organizações da sociedade civil; Falta de dados sobre a existência e funcionamento dos conselhos; Dificuldade de obter os dados sobre destinação dos recursos públicos relacionados a política sobre drogas; Inexistência de conselhos nos estados e municípios.

PROPOSTAS: 1) Condicionar o aporte de recursos públicos federais para os estados e municípios, com a criação e o funcionamento dos conselhos; 2) Garantir a pluralidade da participação das OSC nos conselhos estaduais e municipais que comprovem a sua atuação efetiva na área e no segmento de representação legalmente constituído; 3) Mapeamento contínuo e produção de base de dados sobre existência e funcionamento dos conselhos; 4) Ampliar a transparência dos recursos que são destinados para os serviços públicos e as organizações da sociedade civil que recebem recursos; 5) Assegurar que todos os municípios e estados tenham conselhos ativos.

I EIXO VII - ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Ausência de informações sistematizadas dos equipamentos que atendem as pessoas que utilizam álcool e outras drogas; Fragmentação e ausência de intersectorialidades das políticas públicas sobre álcool e outras drogas; Falta de indicadores de trabalho e processos das comunidades terapêuticas; Baixa cobertura dos equipamentos e das ações da rede de cuidados as pessoas que utilizam álcool e outras drogas.

PROPOSTAS: 1) Sistematizar e integrar informações e sistemas já existentes; 2) Criar sistemas de informações e de indicadores de processo de trabalho de comunidades terapêuticas e de ações de redução de danos e no âmbito público da sociedade civil; 3) Realização de pesquisas de representatividade nacional periódicas, com metodologia adequada, baseada em evidências, a exemplo da PNAD/IBGE, com orçamento garantido; 4) Fortalecimento das ações, garantia de orçamento e ampliação dos equipamentos territoriais (como CAPS AD, Centros de Convivência, UAA e salas de uso assistido) além da garantia ao tratamento com cannabis terapêutica; 5) Retirar as comunidades terapêuticas da RAPS, por não ser equipamento de saúde, como também da Portaria de Consolidação nº 3 do Ministério da Saúde de 2017; 6) Fortalecimento do sistema de alerta rápido proveniente dos serviços de análises de substâncias psicoativas dos centros de convivência.

I EIXO VIII - COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: A cooperação internacional deve estar alinhada com os Direitos Humanos.

PROPOSTAS: 1) Adotar modelos internacionais alternativos ao proibicionismo adaptando-se ao



contexto nacional, rompendo com o paradigma colonialistas; 2) valorizar saberes e práticas locais como referência internacional, a partir da influência do Sul Global; 3) Garantir a participação da sociedade civil brasileira e órgãos governamentais em espaços internacionais que discutam a reforma da política de drogas; 4) Propor que a cooperação internacional apoie modelos econômicos sustentáveis e populares em comunidades afetadas pela guerra as drogas, garantindo reparação nos território e justiça socio racional nas comunidades; 5) Promover intercâmbio com países que possuem experiência com salas ou espaço de uso seguro para uso de drogas; 6) Construir uma rede de redução de danos e cuidado em liberdade transnacional com respaldo e financiamento governamental, privado e internacional; 7) Desenvolver pesquisas em cooperação internacional para produção de dados da política de drogas;

NOVO EIXO – “DIREITO A ACOLHIMENTO, RECUPERAÇÃO, AJUDA MÚTUA, REINserÇÃO SOCIOFAMILIAR E LIBERDADE DE PENSAMENTO, COM CONSCIÊNCIA, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE”

PRINCIPAIS DESAFIOS: Fragilidade na rede de atenção psicossocial; Políticas publicas ambíguas ou punitivas; Estigma e discriminação; Ausência de programas efetivos de reinserção social; Violação da liberdade de pensamento e consciência; Dificuldade na valorização da mútua ajuda; Falta de financiamento e continuidade; Perseguição as instituições vocacionais e de grupos de redução de danos; Comunidades terapêuticas sem CNAE próprio; Municipalização da política sobre drogas; Oposição entre CAPS e direito a acolhimento; Fiscalização clinicas com internação compulsória; Inclusão no CAPS de um profissional com experiência em droga adição. 1) Fragilidade na rede de atenção psicossocial: Problema: Falta de integração entre serviços (CAPS, hospitais, assistência social, comunidades terapêuticas). Desafio: Garantir acolhimento contínuo e humanizado com suporte técnico e interdisciplinar; 2) Políticas públicas ambíguas ou punitivas: Problema: Algumas abordagens ainda priorizam a repressão, desrespeitando o direito de escolha. Desafio: Promover políticas baseadas na redução de danos, cuidado em liberdade e respeito à autonomia do usuário; 3) Estrutura precária das comunidades terapêuticas: Problema: Muitas instituições não seguem critérios mínimos de qualidade e direitos humanos. Desafio: Fiscalizar, capacitar e fomentar boas práticas baseadas na ética e na legislação vigente; 4) Estigma e discriminação: Problema: A pessoa em uso de substâncias é frequentemente vista como “incapaz” ou “criminoso”. Desafio: Luta contra o estigma e reconhecer essas pessoas como sujeitos de direitos e cuidado; 5) Ausência de programas efetivos de reinserção sociofamiliar: Problema: Falta articulação com escolas, empresas, programas habitacionais e familiares. Desafio: Criar redes de apoio para reabilitação social, profissional e afetiva; 6) Violação da liberdade de pensamento e consciência: Problema: Algumas abordagens impõem visões religiosas ou ideológicas, suprimindo a liberdade individual. Desafio: Garantir que espiritualidade e religiosidade sejam ofertadas como apoio e não como obrigação; 7) Dificuldade na valorização da mútua ajuda: Problema: Grupos de apoio como NA/AA ou rodas de diálogo nem sempre são integrados às políticas públicas. Desafio: Reconhecer e apoiar essas estratégias como complementares ao cuidado profissional; 8) Falta de financiamento e continuidade: Problema: Muitos programas têm recursos instáveis ou sofrem descontinuidade política. Desafio: Estabelecer políticas de Estado, e não apenas de governo, com financiamento permanente; 9) Perseguição às instituições vocacionais e de grupos de redução de danos: Problema: Comunidades Terapêuticas e grupos de redução de danos vêm sofrendo perseguições de forma constante por grupos e movimentos extremistas. Desafio: Fazer valer o disposto no Artigo 5º da Constituição Federal (incisos VI e VIII), que garante a liberdade religiosa e a manifestação de



crença e garante que ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou convicção filosófica, desde que respeitem a liberdade de escolha e consciência da pessoa acolhida.

PROPOSTAS: 1) Implantação de centros integrados de cuidado em liberdade; 2) Apoio e formalização de grupos de mútua ajuda; 3) Marco legal e ético das comunidades terapêuticas; 4) Capacitação Inter setorial em políticas sobre drogas; 5) Fundo permanente para políticas de cuidado e prevenção; 6) Reconhecer a espiritualidade como integrante do programa; 7) Garantir as comunidades terapêuticas e os grupos terapêuticos de apoio e mutua ajuda ao sistema nacional de políticas sobre drogas, SISNAD, instituído pela lei número 11.343/2006; 8) Criação de CNAE próprio para comunidade terapêutica; 9) CAPS oferecendo direito a escolha a acolhimento compulsório; 10) Incluir no CAPS um profissional dos conselhos com experiências em comunidades terapêuticas; 11) implantação de centros integrados de cuidado em liberdade; 12) apoio e formalização de grupos de mútua ajuda; 13) programa de reinserção sociofamiliar e econômica; 14) marco legal e ético das comunidades terapêuticas; 15) capacitação intersetorial em políticas sobre drogas; 16) fundo permanente para políticas de cuidado e prevenção; 17) reconhecer a espiritualidade como integrante do programa terapêutico.

2.2.5. REGIÃO SUL

Local: Centro da Juventude da Lomba do Pinheiro – Porto Alegre/RS

Data: 2 de julho de 2025

Horário: 13h

Nº de Participantes: 591

Nº de propostas: 118

Composição da Mesa de Abertura: Marta Machado (Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos); Michel de Castro Marques (Coordenador da Comissão Política sobre Drogas do Conad); Ederson Gustavo de Souza Ferreira (Coned/RS); Marcos Edwin Mey (Conen/SC); Sâmio Falcão (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome); Luis Carlos Hauer (Conesd/PR); e Frei Luciano Bruxel (Centro da Juventude da Lomba do Pinheiro).





Consulta Pública Presencial da Região Sul.



Consulta Pública Presencial da Região Sul.

Propostas colhidas e validadas:

I EIXO I - DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SUSTENTÁVEL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Estigma e discriminação; Falta de acesso a serviços; Abordagens fragmentadas Garantia de Direitos Humanos.

PROPOSTAS: 1) Políticas Sociais baseadas em direitos humanos para todas as classes; 2) Comunicação e informação entre as políticas de participação entre os conselhos de direitos e os dependentes/usuários químicos e demais envolvidos (família e colaboradores); 3) Trabalho, emprego e renda dignos: Programa de Renda Mínima que ofereçam apoio para a educação, o emprego, a habitação e acessos a outros serviços essenciais; 4) Segurança alimentar: espaços que garantam segurança alimentar, lazer e cultura descentralizados; 5) Acesso à serviços nas mais diferentes políticas públicas; 6) Abordagem fragmentada (a intersetorialidade entre os serviços), qualificação profissional, renda justa para os trabalhadores e educação permanente; 7) Garantir os princípios da universalidade, equidade e descentralização das políticas públicas; 8) Garantia de mobilidade urbana com investimento para pessoas em acompanhamento público ou tratamento periódico; 9) Política pública habitacional transitória (casas de acolhimento e casas de passagem) e permanente com o propósito de reinserção social com recursos públicos federais e municipais.

I EIXO II – PREVENÇÃO

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem contribuições.

PROPOSTAS: 1) Ampliar iniciativas com os centros de juventude do RS, que auxiliam na prevenção ou em políticas de juventude já existentes; 2) Implementar estratégias de regulação do uso do álcool, tais quais as regulações do tabaco, sem incentivo ao consumo, proibindo propagandas nas mídias de bebidas alcoólicas; 3) Promover habilidades sociais e relações saudáveis trabalhando potencialidades nas infâncias e adolescências dentro das escolas e de forma continuada; 4) Incluir a prevenção dos currículos escolares de forma transversal, adaptada as diferentes faixas etárias de forma continuada; 5) Incluir nas campanhas de prevenção a questão da medicalização da vida, ampliando o olhar sobre o uso de drogas; 6) Fortalecer a atenção básica para que possam trabalhar com estratégias de prevenção na lógica de promoção à saúde; 7) Realizar o mapeamento nacional de estratégias de prevenção que sejam eficazes; 8) Aumentar os investimentos na rede de saúde, principalmente em serviços estratégicos com os CAPS AD III; 9) Criar estratégias voltadas para atenção integral à população em situação de rua. Garantindo acesso à saúde, renda, moradia e alimentação segura; 10) Incentivar estratégias de Protagonismo da Juventude nas campanhas de prevenção, não como sujeitos passivos das campanhas, mas como pessoas que tem o que dizer sobre drogas e prevenção; 11) Fomentar estratégias lúdicas para falar sobre Prevenção ao uso Problemático de drogas, abordando a temática de forma universal atingindo públicos de diferentes faixas etárias; 12) Realizar o mapeamento nacional de estratégias de prevenção que sejam eficazes; 13) Aumentar os investimentos na rede da saúde, principalmente em serviço estratégicos como o CAPS AD III; 14) Criar estratégias intersetorial voltadas para atenção integral à população em situação de rua garantindo acesso à saúde, renda, moradia e alimentação segura.



I EIXO III - REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: A dificuldade de comunicação entre as pessoas que defendem um tipo de tratamento em detrimento do outro enquanto aponta para a importância de olhar para o usuário no centro da política e dos serviços.

PROPOSTAS: 1) Aproximação e regulamentação, financiamento e fiscalização dos serviços do RAPS, sendo fiscalizador no sentido de melhorias e de financiamento e qualificação das políticas públicas que sofrem sucateamento; 2) Desmitificação da oposição entre as CTs e CAPS e falamos da importância da fala do usuário ser garantido e respeitado onde ele for atendido, a importância de ter redutores de danos em todos os serviços AD, bem como que todos esses serviços sejam fiscalizados e respondam pela lei que regulamenta seus serviços. (seja ct/caps/cmr, creas, centro pop, entre outros); 3) Discutir a oferta de formação do redutor de danos que inicia no reconhecimento das capacidades desta pessoa e na sua instrumentalização para atuar na cidade e nos serviços. Apontar que um redutor de danos formado pode ser um monitor de CT, um acompanhante terapêutico; 4) Indicação de que os conselhos estaduais fiscalizem os dispositivos das redes. Importante que todos os serviços sejam públicos; 5) Que os serviços tenham portas abertas e as políticas articuladas, assistência social, saúde, garantia de acesso para todos; 6) Ampliar a rede de CAPS e qualidade da atenção dos profissionais; 7) Oferta de banho para as pessoas; 8) Política de moradia para as pessoas; 9) Profissionalização dos usuários; 10) Instituir os serviços públicos para garantir que as pessoas tenham formação de vínculo e não troquem os profissionais de referência; 11) Casa de passagem, ampliação do abrigo noturno; 12) Apoiar, pensar a transversalização da RD enquanto política de vida tanto na saúde, educação, assistência social, cultura, habitação; 13) Fortalecimento do fluxo da rede intersetorial; 14) Pesquisa, fomentar a parceria com as universidades; 15) Falta de recurso para ampliar o acesso aos serviços, ampliar as equipes e facilitar o acesso com equipes qualificadas, pensando e respeitando a necessidade de cada usuário dentro da sua singularidade; 16) Educação permanente; 17) Caso a espiritualidade seja uma questão para o sujeito de ser respeitada.

I EIXO IV - SEGURANÇA PÚBLICA CIDADÃ E JUSTIÇA CRIMINAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Violência policial, super encarceramento, racismo estrutural. Reintegrar ex- usuários, criar canais de denúncias ampliar utilização de câmeras corporais; Capacitação de policiais da segurança;

PROPOSTAS: 1) Incluir na formação dos profissionais de segurança pública (Polícias Civil, Militar e Penal e Guardas Municipais), profissionais da socioeducação e do poder judiciário (além de Ministério Público e Defensoria Pública) da política sobre drogas, conhecendo a intersectorialidade das políticas públicas e da sociedade civil; 2) Mediar a relação entre profissionais de segurança pública e justiça a traficantes e usuários de substâncias para além da própria substância; 3) Possibilitar que ex-usuários de drogas, após cumprir sua pena, possam se reintegrar à sociedade por meio de concursos públicos, incluindo para as polícias; 4) Criar e fortalecer canais de denúncias para assegurar a responsabilização de autores que violam os direitos das pessoas usuárias de substâncias; 5) Ampliar a utilização de câmeras corporais para as diversas forças policiais e câmeras nas viaturas policiais; 6) Capacitar profissionais de segurança pública e justiça criminal no manejo das pessoas que tem questões de transtorno mental e uso de substâncias; 7) Entender o fluxo dos serviços de assistência, saúde e educacional para encaminhamento

e acompanhamento de acordo aos respectivos protocolos com foco no cuidado; 8) Focar a repressão à comercialização de drogas a partir dos grandes grupos criminosos e não dos pequenos traficantes; 9) Incluir de forma transversal o tema do racismo institucional, letramento racial, da laicidade do estado na formação dos profissionais de segurança pública e justiça criminal; 10) Criar projetos de profissionalização e parcerias para empregabilidade, como forma de penas alternativas ao encarceramento; 11) Capacitar forças de segurança pública e justiça criminal em abordagem antirracista, antiproibicionista e em Direitos Humanos; 12) Implementar ações de cuidado e profissionalização para pessoas que estão privadas de liberdade; 13) Fortalecer serviços/atendimentos de políticas públicas e do terceiro setor em sociedade para pessoas que fazem uso de substâncias alternativas ao isolamento/encarceramento; 14) Ampliar os serviços com enfoque no atendimento/cuidado para pessoas com questões de saúde mental e uso de substâncias; 15) Realizar serviços de cuidado a pessoas que fazem uso de substâncias em locais de longa permanência/restrição de liberdade; 16) Ampliar serviços de reinserção social para egressos do sistema prisional; 17) Investir em educação, moradia, emprego, saúde, educação e grupos sociais para prevenir envolvimento com tráfico de drogas; 18) Incluir pessoas libertadas em razão da decisão do STF em projetos de trabalho, geração de renda e primeiro emprego, exclusão de antecedentes; 19) Utilizar recursos provenientes de regulamentação/regulação de drogas para fomentar trabalho para egressos da decisão do STF sem uso de substâncias; 20) Descriminalizar o porte para uso pessoal; 21) Revisar as prisões relacionadas às drogas; 22) Capacitar as forças de segurança nas abordagens, para que estas sejam antirracistas, antiproibicionistas e que não violem os direitos humanos; 23) Criar monitoração local de atuação policial em locais periféricos; 24) Fomentar debates sobre as estatísticas do sistema prisional, em conjunto com a comunidade civil; 25) Que o valor e os bens expropriados em processos judiciais oriundos da Lei de Drogas seja totalmente direcionado para ações preventivas.

I EIXO V - ACESSO AO CUIDADO E SISTEMA DE DIREITOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Falta de acesso a pessoas com deficiências e usuários em vulnerabilidade social; Falta de qualificação, educação permanente e de serviços na RAPS. Falta de garantia de liberação profissional para espaços de qualificação. Falta de monitoramento e fiscalização; Espaços sem a devida qualificação profissional ou que não atendem a legislação.

PROPOSTAS: 1) Garantir espaços de acessibilidade em todos os espaços da RAPS e SUAS cumprindo a legislação; 2) Independentizar das estruturas de governo os serviços de ouvidoria para que sejam de fácil acesso aos usuários; 3) Ampliar a comunicação entre os serviços da rede intersetorial; 4) Necessidade de ampliar o financiamento dos serviços da RAPS (SUS e SUAS), ampliando leitos em hospital geral, unidades de acolhimento transitório; 5) Ampliar o número de vagas em hospital geral não manicomial reduzindo estigmas; 6) Ampliar UATs com ações de geração de renda para populações vulnerabilizadas; 7) Ampliar albergues e abrigos e centro pop e toda a rede SUAS com qualificação no campo AD; 8) Ampliar a qualificação das redes de atenção psicossocial; 9) Garantir a participação de trabalhadores SUS e SUAS em fóruns, espaços de educação e de pactuação de fluxos permanente; 10) Melhorar e ampliar a fiscalização de serviços que atendem o público AD garantindo respeito à legislação: comunidades terapêuticas, CAPS, centros de convivência, centro pop, albergues e abrigos dentre outros. Recomendando o atendimento humanizado, a intersetorialidade entre os pontos

I EIXO VI - GOVERNANÇA PARTICIPATIVA

PRINCIPAIS DESAFIOS: Falta de representatividade; Indicação de representantes do governo sem identificação com a pauta política de drogas; Sem recursos financeiros não se faz política pública; Falta de Transparência; Poucos recursos para prevenção; Foco em crianças, adolescente, mulheres, indígenas, juventude negra. Falta de conhecimento sobre políticas de drogas, conselheiros e sociedade; desconhecimento sobre conselho sobre política de drogas; Preconceito e estigma do usuário.

PROPOSTAS: 1) Garantir a eleição de representantes de entidades da sociedade civil com paridade; 2) Promover a interlocução entre os Interconselhos municipais, estaduais e nacional e conselhos intersetoriais como assistência social, saúde e educação por meio de seminários; 3) Fiscalizar a execução do orçamento público com participação dos conselhos e propor prioridades no planejamento do executivo; 4) Fiscalizar os serviços públicos e as entidades da sociedade civil; 5) Capacitar e qualificar os conselheiros; 6) Ofertar capacitação para a comunidade em geral; 7) Informar sobre os conselhos, e publicizar as deliberações; 8) Garantir a participação de organizações comunitárias, da sociedade civil e usuários por meio de recursos financeiros como passagens.

I EIXO VII - ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Falta financiamento em pesquisa; Falta de acesso a dados de estudos e pesquisas; Preconceito e marginalização do problema de consumo de drogas; Criminalização.

PROPOSTAS: 1) Criar programa de incentivo para pesquisas que visem a produção, sistematização e disseminação e utilização de evidências científicas no campo das políticas sobre drogas no Brasil; 2) Fomentar editais da Senad com universidades para incrementar pesquisas, assessoria dos serviços e ações voltadas no campo de álcool e outras drogas; 3) Criar banco de dados nacional de indicadores que contemplem transversalidade e interseccionalidade do uso de substâncias: moradia, segurança alimentar, trabalho, profissionalização e geração de renda, educação, saúde, cultura, lazer e espiritualidade; 4) Criar programa de educação permanente para gestores, profissionais, conselheiros e sociedade civil (para compreensão e utilização de evidências científicas).

I EIXO VIII - COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Conflitos de Interesses e a criminalização do usuário: Pode existir um conflito de interesses entre países predominantemente produtores ou consumidores e aqueles que servem de rotas para trânsito da droga. A criminalização do usuário de drogas pode levar à violação dos seus Direitos humanos; Diferenças culturais: Nosso país é continental com um território extenso, de forma que dentro do nosso próprio espaço temos diferenças culturais significativas. A cultura estrangeira, visando a cooperação, possui visões distintas sobre o uso de drogas o que pode levar a conflitos de como abordar o problema; Força do tráfico e falta de recursos e capacidade: Nosso país enfrenta uma dificuldade em relação à eficácia dos serviços públicos em combater o tráfico, a corrupção nas esferas governamentais o que prejudica e torna escassos os recursos financeiros para investimento em tratamento, pesquisas e desenvolvimento de novas tecnologias para combate do problema; Falta de uma política pública bem estabelecida. Não existe uma comunicação eficaz entre a política pública, comunidades terapêuticas, existe



incoerências entre os serviços internos, o que dificulta a efetividade dos mesmos.

PROPOSTAS: 1) Prevenção: campanhas preventivas de uso de drogas; 2) Descriminalização do usuário sendo este visto como um indivíduo dotado de todos os direitos ao tratamento e assistência em saúde; 3) Controle fortalecido entre fronteiras. Aumento da fiscalização nas fronteiras para impedir o tráfico de drogas e armas; 4) Fortalecimento da comunicação internacional: Acordos e tratados bilaterais e multilaterais onde haja negociações que estabelecem marcos legais para a cooperação em diversas áreas; 5) Criação de legislações mais rigorosas; 6) Criação ou mecanismos de cooperação internacional como fóruns e redes de diálogo para que as diferenças ou cultura e abordagens não seja um empecilho para a cooperação; 7) Criação ou mecanismos de cooperação internacional como fóruns e redes de diálogo para que as diferenças ou cultura e abordagens não seja um empecilho para a cooperação.

NOVO EIXO – “DIREITO AO ACOLHIMENTO, RECUPERAÇÃO AJUDA MÚTUA, REINserÇÃO SOCIOFAMILIAR, LIBERDADE DE PENSAMENTO, CONSCIÊNCIA E RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE”

PRINCIPAIS DESAFIOS: Fragilidade na Rede de Atenção psicossocial; Políticas Públicas Ambíguas ou Punitivas; Estrutura precária das Comunidades Terapêuticas; Estigma e Discriminação; Ausência de Programas Efetivos de Reinscrição sociofamiliar; Violação da liberdade de pensamento e consciência; Dificuldade na valorização da mútua ajuda; Falta de financiamento e continuidade; Perseguição às instituições vocacionais e de grupos de redução de danos; 1) Fragilidade na rede de atenção psicossocial: Problema: Falta de integração entre serviços (CAPS, hospitais, assistência social, comunidades terapêuticas). Desafio: Garantir acolhimento contínuo e humanizado com suporte técnico e interdisciplinar; 2) Políticas públicas ambíguas ou punitivas: Problema: Algumas abordagens ainda priorizam a repressão, desrespeitando o direito de escolha. Desafio: Promover políticas baseadas na redução de danos, cuidado em liberdade e respeito à autonomia do usuário; 3) Estrutura precária das comunidades terapêuticas: Problema: Muitas instituições não seguem critérios mínimos de qualidade e direitos humanos. Desafio: Fiscalizar, capacitar e fomentar boas práticas baseadas na ética e na legislação vigente; 4) Estigma e discriminação: Problema: A pessoa em uso de substâncias é frequentemente vista como “incapaz” ou “criminosa”. Desafio: Luta contra o estigma e reconhecer essas pessoas como sujeitos de direitos e cuidado; 5) Ausência de programas efetivos de reinscrição sociofamiliar: Problema: Falta articulação com escolas, empresas, programas habitacionais e familiares. Desafio: Criar redes de apoio para reabilitação social, profissional e afetiva; 6) Violação da liberdade de pensamento e consciência: Problema: Algumas abordagens impõem visões religiosas ou ideológicas, suprimindo a liberdade individual. Desafio: Garantir que espiritualidade e religiosidade sejam ofertadas como apoio e não como obrigação; 7) Dificuldade na valorização da mútua ajuda: Problema: Grupos de apoio como NA/AA ou rodas de diálogo nem sempre são integrados às políticas públicas. Desafio: Reconhecer e apoiar essas estratégias como complementares ao cuidado profissional; 8) Falta de financiamento e continuidade: Problema: Muitos programas têm recursos instáveis ou sofrem descontinuidade política. Desafio: Estabelecer políticas de Estado, e não apenas de governo, com financiamento permanente; 9) Perseguição às instituições vocacionais e de grupos de redução de danos: Problema: Comunidades Terapêuticas e grupos de redução de danos vêm sofrendo perseguições de forma constante por grupos e movimentos extremistas. Desafio: Fazer valer o disposto no Artigo 5º da Constituição Federal (incisos VI e VIII), que garante a liberdade religiosa e a manifestação de crença e garante que ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou convicção



filosófica, desde que respeitem a liberdade de escolha e consciência da pessoa acolhida.

PROPOSTAS: 1) Implantação de centros integrados de cuidado em liberdade: Objetivo: Oferecer acolhimento tratamento e reinserção num só espaço, de forma articulada om a justiça restaurativa, CAIS, CAPS, CRAS e Comunidades Terapêuticas; 2) Apoio e formalização de grupos de mútua ajuda: objetivo: integrar grupos de mútua ajuda a exemplo de narcóticos anônimos (NA), alcoólicos anônimos (AA), grupo esperança viva (GEV); 3) Federação Amor Exigente (FEAE), bem como grupos religiosos e seculares a sede de atenção psicossocial. Impacto! Valoriza a experiencia dos pares e reforça autonomia e o pertencimento social; 4) Programa de reinserção sociofamiliar e econômica. Objetivo: acompanhar e apoiar egressos de comunidades terapêuticas com foco em mediação familiar, capacitação profissional, empregabilidade, moradia assistida. Impacto: garante que a espiritualidade seja ferramenta de apoio não de coerção; 5) Capacitação intersetorial em políticas sobre drogas; 6) Fundo permanente para política de cuidado e prevenção. Objetivo: criar linha de financiamento contínuo para: Projetos de prevenção, atendimento psicossocial, comunidades terapêuticas certificadas. Impacto: Garante sustentabilidade e continuidade das ações.7) Reconhecer a espiritualidade como integrante do programa terapêutico; 8) Marco legal e ético das comunidades terapêuticas; 9) Garantir as comunidades terapêuticas e os grupos de apoio e mútua ajuda, como equipamentos/serviços pertencentes ao sistema nacional de políticas sobre drogas - Sisnad, instituído pela lei nº 11.343/2006. Objetivo: o Sisnad, instituído pela lei nº 11.343/2006, busca integrar políticas públicas e ações de prevenção, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, além de reprimir o tráfico e a produção não autorizada. Dentro desse contexto, as comunidades terapêuticas e os grupos de apoio e mútua ajuda são reconhecidos como importantes equipamentos/serviços, pois oferecem um ambiente residencial de acolhimento e suporte para pessoas que buscam tratamento para o uso de substâncias psicoativas. Impacto: impacto significativo na atenção e cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. Isso amplia o acesso a diferentes modalidades de tratamento, fortalece a rede de atenção psicossocial e promove a reinserção social dos usuários; 10) Que o Governo Federal passe a cobrar a criação dos Conselhos Municipais; 11) Criação de comissão dentro do Conad para fiscalizar as clínicas de internação compulsória; 12) Que tenha no CAPS um profissional especializado em abstinência; 13) Que as comunidades terapêuticas tenham cadastro Nacional de atividade empresarial (CNAE) próprio; 14) Acolhimento e tratamento de adolescentes dependentes de álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas e outras modalidades e atendimento; 15) Acolhimento e Tratamento de idosos que tenham autonomia e não necessitem de cuidados médicos geriátricos; 16) Liberdade de adotar a estratégia da abstinência em todas as modalidades de acolhimento de pessoas dependentes de álcool e outras drogas; 17) Financiamento público (governamental) para o atendimento ambulatorial desenvolvido por Oscs (OSCS sem fins lucrativos); 18) implantação de centros integrados de cuidado em liberdade; 19) apoio e formalização de grupos de mútua ajuda; 20) programa de reinserção sociofamiliar e econômica; 21) marco legal e ético das comunidades terapêuticas; 22) capacitação intersetorial em políticas sobre drogas; 23) fundo permanente para políticas de cuidado e prevenção; 24) reconhecer a espiritualidade como integrante do programa terapêutico.

2.2.6. ENCONTRO NACIONAL

Local: Teatro do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP), Asa Norte – Brasília/DF.

Data: 23 de julho de 2025

Horário: 13h

Nº de Participantes: 487

Nº de propostas: 86

Mesa de Abertura: Sra. Marta Machado (Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos); Michel de Castro Marques (Coordenador da Comissão Política sobre Drogas do Conad); Sâmio Falcão (Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome); Marcelo Kimachi (Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde); e Carla Bezerra (Secretaria Nacional de Participação Social).



Consulta Pública Presencial do Encontro Nacional.



Consulta Pública Presencial do Encontro Nacional.



Consulta Pública Presencial do Encontro Nacional.

Propostas colhidas e validadas:

I EIXO I - DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SUSTENTÁVEL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Impacto do tráfico de drogas no meio ambiente; Questões estruturais como pobreza, racismo, desigualdade social, violências, falta de acesso à educação, trabalho e renda.

PROPOSTAS: 1) Ampliar a inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, fortalecendo políticas públicas intersetoriais de atenção psicossocial, esporte, habitação, qualificação profissional, cultura, educação e lazer, com foco na redução de vulnerabilidades e na promoção de direitos; 2) Fortalecer o atendimento e o apoio as famílias de pessoas com problemas com drogas, no SUAS, no SUS, na Rede de atenção Psicossocial (RAPS), Redes de Apoio ou sociedade civil organizada; 3) Ampliar oferta de programas e Projetos para egressos do sistema prisional, voltados ao acolhimento, moradia, qualificação e trabalho; 4) Reduzir as prisões de usuários de drogas, desenvolver outras alternativas com foco em tratamento e desenvolvimento social.

I EIXO II - PREVENÇÃO

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem contribuições.

PROPOSTAS: 1) Oferecer possibilidades de reinserção social para pessoas que viveram problema com álcool e outras drogas por meio de parcerias interinstitucionais que promovam capacitação e acesso ao mercado de trabalho; 2) Fortalecer vínculos familiares, reconhecendo o ambiente familiar como suporte fundamental para a prevenção ao uso do álcool e outras drogas; 3) Oferecer programas educativos conjuntos para estudantes e familiares, promovendo vínculos e corresponsabilidade; reestruturar e implementar políticas integrais intersetoriais de redução de danos e riscos, desenvolvido pelo SUS e pela sociedade civil; 4) Promover acesso a direitos sociais básicos, garantidos pela Constituição como estratégia fundamental de prevenção; 5) Desenvolver diferentes níveis de prevenção e assistência oferecendo apoio individualizado e respeitando a diversidade de contextos e necessidades das pessoas que enfrentam problemas com álcool e outras drogas; 6) Trabalhar cada nível de prevenção de forma específica e articulada; 7) Fortalecer práticas que valorizem a identidade, a história de vida e os projetos pessoais como etapas importantes nos programas de prevenção; 8) Reconhecer a espiritualidade como um fator de proteção, respeitando a pluralidade cultural e religiosa dos indivíduos; 9) Promover políticas de regulação da propaganda e publicidade relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, visando a proteção de públicos vulneráveis; 10) Políticas de controle do tabaco visam reduzir o consumo do tabaco, sugere-se que o mesmo seja aplicado para o álcool; 11) Inserir ações de prevenção e programas de prevenção nas escolas, segundo OMS; 12) Fomentar a capacitação de professores da rede pública em temas de prevenção e promoção de saúde; 13) Garantir suporte psicossocial contínuo no ambiente escolar; 14) Promover educação sobre riscos do álcool e estratégias de redução de danos voltadas à juventude; 15) Oferecer programas de educação integradas para estudante e sua família, com foco no fortalecimento de vínculos; 16) Promover o desenvolvimento de habilidades sociais e de vida nos estudantes; 17) Fomentar atividades de contraturno escolar que valorizem o esporte, a cultura e o lazer como estratégia de prevenção; 18) Promover uma abordagem integrada, intersetorial e interinstitucional; 19) Oferecer materiais atualizados e

baseados em evidências sobre uso de álcool e outras drogas e orientados pelos direitos humanos; 20) Realizar campanhas informativas eficazes, que incentivam a tomada de decisões voltadas à saúde e ao bem estar, orientadas pelos direitos humanos; 21) Promover ações de prevenção baseadas em evidências científicas e direitos humanos; 22) Estimular a produção de dados e evidências científicas acerca da prevenção ao uso do álcool e outras drogas; 23) Estimular estudos e avaliações que contribuam para eficácia das ações preventivas, incluindo o fomento a pesquisa e avaliação de políticas públicas.

I EIXO III - REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem contribuição.

PROPOSTAS: 1) Olhar ampliado sobre o que seja a política de redução de danos; 2) Sistematizar dados sobre a eficácia e eficiência desta política para dar cientificidade sobre esta política; 3) Letramento sobre a questão da redução de danos com educação permanente; 4) Intensificar e valorizar o diálogo com as comunidades terapêuticas; 5) Fortalecer e dinamizar a política do SUS, na percepção deste drama humano, capacitando profissionais da Rede RAPS; 6) Prevenção através da educação do ser, desde a infância e os trabalhadores da área, com diálogo na área da educação e outras áreas afins; espiritualidade deve ser considerada como fator relevante na redução de danos, o Estado é laico, mas não laicista, na sua diversidade; 7) Regular a profissão do profissional redutor de danos; 8) Formalização e institucionalização deste serviço na Rede SUS; 9) Criação do serviço de redução de danos - centro de convivência; 10) Continuidade do Pós tratamento, com residência assistida; intensificação da propaganda em favor da saúde - campanha em prol da juventude, juventude sadia.

I EIXO IV - SEGURANÇA PÚBLICA CIDADÃ E JUSTIÇA CRIMINAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: O estado através do altíssimo encarceramento favorece o fortalecimento das organizações criminais no sistema prisional; O modelo prisional muitas vezes violenta a liberdade religiosa, direito constitucional; A baixa oferta de políticas de acolhimento para pessoas dentro do sistema prisional e na sua saída incide na reincidência e impacta na insegurança pública; A violência contra familiares e a rede de cuidados afasta ainda mais a pessoa a pessoa presa do acolhimento; A pessoa usuária é criminalizada e isso compromete o seu percurso de vida; A desumanização de pessoas no cárcere é um problema de saúde pública.

PROPOSTAS: 1) Direito à progressão de regime; 2) Políticas de cuidado devem ser voluntárias, respeitando a autonomia das pessoas; 3) Fortalecimento das penas alternativas; 4) Justiça restaurativa; formação dos agentes carcerários; 5) Políticas públicas de acolhimento terapêutico; não criminalização das pessoas que fazem uso.

I EIXO V - ACESSO AO CUIDADO E SISTEMA DE DIREITOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Ausência de monitoramento e avaliação de eficácia nos serviços (ausência de indicadores que são essenciais para a elaboração e execução de políticas públicas); Falta de fortalecimento entre CREAS, conselhos, CRAS, Conselho Tutelar e vara da infância para decisões protetivas e no acesso ao cuidado socioeducativo com foco terapêutico; Falta de integração e



financiamento entre os serviços destinados aos usuários AD; Falta de profissionais e capacitação nos serviços do SUS e SUAS; Falta de compreensão de que as CTs legalmente constituídas não violam direitos humanos no acesso ao cuidado; Falta de um dispositivo que de acesso de emprego e renda com formação profissional do usuário AD.

PROPOSTAS: 1) Capacitar profissionais com foco antirracista e estigma religioso, criando serviços para grupos vulneráveis e fortalecer o CAP/JL com foco para atendimento infanto-juvenil e serviço para criança e adolescente e articulação junto a rede de proteção; 2) Assegurar projeto e programas com foco no emprego, renda e formação profissional de usuário AD; 3) Garantir o direcionamento de 40% do Funad para serviços, acesso ao cuidado, destinados ao usuário AD, incentivando carreiras na saúde; 4) Capacitar equipes multidisciplinares, pelo fornecimento recursos e qualificação à entidades com ausência de recursos; inclusão das CTS (legalmente constituídas) como dispositivos da RAPS; Estabelecer protocolos de monitoramento e avaliação que garantam a eficácia dos serviços oferecidos aos usuários de álcool e outras drogas.

I EIXO VI - GOVERNANÇA PARTICIPATIVA

PRINCIPAIS DESAFIOS: sem contribuição

PROPOSTAS: 1) Aprimoramento da infraestrutura técnica e administrativa dos Conselhos; 2) Instituição de programas permanentes de formação de conselheiros/as; 3) Criação do selo nacional de participação e controle social para conselhos ativos, democráticos, com representatividade plural e protagonismo local; 4) Garantia legal de paridade entre governo e sociedade civil nos conselhos; 5) Apoio técnico e político do Conad e integração institucional dos conselhos; 6) Realização de levantamento nacional sobre conselhos de políticas sobre drogas; 7) Instituição de conselhos por meio de lei, com previsão de caráter deliberativo e autonomia administrativa; 8) Promoção da participação efetiva das juventudes, pessoas que fazem uso problemático de drogas e seus familiares, além de outros grupos diretamente impactados pela política de drogas.

I EIXO VII - ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Questão de acessibilidade dos materiais, dados e pesquisas produzidas para a população leiga; Dificuldade em entender e estabelecer critérios de qualidade e validade das pesquisas produzidas. Os processos de capacitação ampliada aos profissionais/entidades que trabalham com a atenção em álcool e outras drogas, além de escassos, não são “padronizados” de acordo com evidências; faltam evidências que nos indiquem caminhos práticos e modelos de atuação; Questão do financiamento para pesquisas.

PROPOSTAS: 1) Pensar em materiais oficiais com linguagem mais acessível, baseadas em evidências validadas pelos pares; 2) Estabelecer critérios de qualidade e validade para evidências produzidas; 3) Ampliar processos de capacitação a partir de evidências; 4) Revisar e planejar modelos de atuação baseados em evidência; 5) Política nacional e oficial deve ser baseada em evidências e aplicada e seguida por todas as instituições financiadas com dinheiro público; 6) As evidências devem estar alinhadas entre órgãos, entidades, instituições, etc., sendo produzidas de forma integral, ampliada e representativa da população.

I EIXO VIII - COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Atuação do Brasil alinhada a modelos repressivos; Desacordo com as diretrizes dos direitos humanos; Adoção de guerra às drogas com atuação racista; Falta de financiamento para sociedade civil participar de espaços internacionais de deliberação.

PROPOSTAS: 1) Garantir a participação ativa e permanente do Brasil (sociedade civil e Governo) em espaços que debatem mudanças na política de drogas com financiamento governamental, privado e internacional com criação de GT paritário sociedade civil + governo; 2) Desenvolver programas de intercâmbio com países que adotam modelos alternativos ao proibicionismo, especialmente na América Latina e Caribe; 3) Realizar congresso internacional de boas práticas em política sobre drogas; 4) Adoção de práticas e diretrizes internacionais de redução de danos e cuidado em liberdade adaptando ao contexto nacional.

NOVO EIXO – “DIREITO AO ACOLHIMENTO, RECUPERAÇÃO AJUDA MÚTUA, REINserÇÃO SOCIOFAMILIAR, LIBERDADE DE PENSAMENTO, CONSCIÊNCIA E RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE”

PRINCIPAIS DESAFIOS: Fragilidade na Rede de Atenção psicossocial; Políticas Públicas Ambíguas ou Punitivas; Estrutura precária das Comunidades Terapêuticas; Estigma e Discriminação; Ausência de Programas Efetivos de Reinserção sociofamiliar; Violação da liberdade de pensamento e consciência; Dificuldade na valorização da mútua ajuda; Falta de financiamento e continuidade; Perseguição às instituições vocacionais e de grupos de redução de danos; 1) Fragilidade na rede de atenção psicossocial: Problema: Falta de integração entre serviços (CAPS, hospitais, assistência social, comunidades terapêuticas). Desafio: Garantir acolhimento contínuo e humanizado com suporte técnico e interdisciplinar; 2) Políticas públicas ambíguas ou punitivas: Problema: Algumas abordagens ainda priorizam a repressão, desrespeitando o direito de escolha. Desafio: Promover políticas baseadas na redução de danos, cuidado em liberdade e respeito à autonomia do usuário; 3) Estrutura precária das comunidades terapêuticas: Problema: Muitas instituições não seguem critérios mínimos de qualidade e direitos humanos. Desafio: Fiscalizar, capacitar e fomentar boas práticas baseadas na ética e na legislação vigente; 4) Estigma e discriminação: Problema: A pessoa em uso de substâncias é frequentemente vista como “incapaz” ou “criminosa”. Desafio: Luta contra o estigma e reconhecer essas pessoas como sujeitos de direitos e cuidado; 5) Ausência de programas efetivos de reinserção sociofamiliar: Problema: Falta articulação com escolas, empresas, programas habitacionais e familiares. Desafio: Criar redes de apoio para reabilitação social, profissional e afetiva; 6) Violação da liberdade de pensamento e consciência: Problema: Algumas abordagens impõem visões religiosas ou ideológicas, suprimindo a liberdade individual. Desafio: Garantir que espiritualidade e religiosidade sejam ofertadas como apoio e não como obrigação; 7) Dificuldade na valorização da mútua ajuda: Problema: Grupos de apoio como NA/AA ou rodas de diálogo nem sempre são integrados às políticas públicas. Desafio: Reconhecer e apoiar essas estratégias como complementares ao cuidado profissional; 8) Falta de financiamento e continuidade: Problema: Muitos programas têm recursos instáveis ou sofrem descontinuidade política. Desafio: Estabelecer políticas de Estado, e não apenas de governo, com financiamento permanente; 9) Perseguição às instituições vocacionais e de grupos de redução de danos: Problema: Comunidades Terapêuticas e grupos de redução de danos vêm sofrendo perseguições de forma constante por grupos e movimentos extremistas. Desafio: Fazer valer o disposto no Artigo 5º da Constituição Federal (incisos VI e VIII), que garante a liberdade religiosa e a manifestação de

crença e garante que ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou convicção filosófica, desde que respeitem a liberdade de escolha e consciência da pessoa acolhida.

PROPOSTAS: 1) Não à liberação ou flexibilização do uso de drogas, tampouco qualquer medida que normalize seu uso ou diminua a percepção de seus graves riscos e consequências para a saúde, para a vida, para a sociedade, especialmente em crianças e adolescentes; 2) Garantir e oferecer acolhimento, tratamento e reinserção, de forma articulada com a Justiça Restaurativa, CPAS, CRAS, CREAS e Comunidades Terapêuticas favorecendo a integração plena da RAPS; 3) Criar mecanismo de informação, formação e treinamento dos usuários e agentes dos serviços do SISNAD, SUS, SUAS e outros sistemas públicos sobre a existência e a importância da execução das normativas que consolidem as CTS na RAPS; 4) Integrar grupos de mútua ajuda bem como grupos religiosos e seculares à rede de Atenção psicossocial; 5) Acompanhar e apoiar oriundos de comunidades terapêuticas com foco em: reinserção sociofamiliar, mediação familiar, capacitação profissional, empregabilidade, moradia assistida; 6) Reconhecer as comunidades terapêuticas como serviços essenciais ao Sistema Penitenciário, tanto no cumprimento de penas alternativas, quanto na reinserção sociofamiliar; 7) Criar um selo/certificação de qualidade com base em: fiscalização ética, respeito à liberdade de pensamento, religião/espiritualidade, direitos humanos, atendendo os critérios dos órgãos de fiscalização e controle; 8) Capacitar profissionais da RAPS e usuários do SISNAD, Justiça e Segurança Pública, Conselhos de direitos sobre: prevenção, abstinência, acolhimento, redução de danos, filantropia, abordagem empática e serviços de capelania, além de diversidade cultural, espiritual, racial, de gênero e de origem; 9) Financiar políticas públicas destinadas às ações e atividades desenvolvidas pelas comunidades terapêuticas acolhedoras referidas no art.26-A da lei nº 11.343/2006, incluído pelas leis nº 13.840 e 13.886, de 2019, tornando-as políticas de Estado, para projetos de prevenção, atendimento psicossocial, serviços de acolhimento comunidades terapêuticas, assegurando que os repasses de recurso se deem em valores compatíveis com os custos operacionais necessários ao pleno cumprimento de normas legais e regulamentares vigentes, garantindo a oferta de serviços com qualidade, dignidade e excelência no atendimento; 10) Criar fundo permanente para políticas de prevenção, pesquisa e avaliação, cuidado, atendimento psicossocial e acolhimento com recursos oriundos dos setores público, privado e terceiro setor; 11) Criar comunidade terapêutica para servidores do Sistema de Segurança Pública integrada no Brasil, em todas as Unidades Federativas, bem como para entes públicos e privados visando a complementação à Norma Regulamentadora nº 1 - NR1/MTE; 12) Reconhecer a espiritualidade como integrante do método do programa de acolhimento; 13) Definir imediatamente sobre acolhimento de adolescentes e idosos dependentes de álcool e outras drogas, devido ao imenso número de familiares que têm procurado as comunidades terapêuticas, em todo o território, pela busca de uma solução; 14) Garantir a liberdade de adotar a estratégia da abstinência em todas as modalidades de atendimento de pessoas dependentes do álcool e outras drogas; 15) Criar a classificação de atividades econômicas Cnae específica para as comunidades terapêuticas e grupos de mútua ajuda e tipificação das comunidades terapêuticas no Sisnad; 16) Criar financiamento público (governamental) para atendimento ambulatorial desenvolvido por OSCs (sem fins lucrativos); 17) Desenvolver um programa de prevenção baseado em evidências segundo as normas da OMS, ISSUP/Brasil, de maneira contínua de doze a vinte seções/intervenções em ambientes escolares desenvolvendo habilidades sociais e emocionais, treinamento parental (família) para fortalecimento dos vínculos familiares, tendo a espiritualidade como componente de prevenção; 18) Incentivo à prática de esportes e atividades culturais como estímulo e meio de ocupação saudável do tempo livre e desenvolvimento de habilidades sociais saudáveis; 19) Inclusão de conteúdo preventivos na educação: inserção de temas relacionados à prevenção, na



promoção da vida, nos currículos do ensino básico, médio técnico e superior; 20) Promover ações intersetoriais: colaboração entre diferentes setores (saúde, educação, assistência social, segurança pública) para uma abordagem integrada na prevenção; 21) Criação de mecanismos de cooperação internacional: estabelecer fóruns e redes de diálogo entre países para troca de experiências, informações e melhores práticas, incluindo as articulações internacionais de fortalecimento de fortalecimento das comunidades terapêuticas; 22) Reconhecer a Bíblia Sagrada como material literário para “remissão de pena pela leitura” no Sistema Penitenciário, sendo esta, uma obra de (riscado as palavras “de 60 livros”), dirigida aqueles que buscam o ponto de vista de Deus sobre o processo de recuperação de sua vida ou de um estado de dependência, tomando como base um programa específico terapêutico reconhecido mundialmente. O projeto oferece recursos que conduzem o leitor a ensinamentos das Escrituras Sagradas que contribuem para a melhoria da sua saúde mental, reduzindo danos sociais e à saúde.

2.3. Consulta Pública Temática Livre

As consultas temáticas livres foram auto-organizadas pela sociedade civil com o objetivo de assegurar a ampla participação de entidades, coletivos, conselhos, organizações, federações, movimentos e demais atores que atuam diretamente na política sobre drogas. Essa modalidade apresentou-se como uma ferramenta democrática e de afirmação da soberania popular que busca a construção de elementos para organizar o novo Planad e subsidiar a nova Pnad.

Foram realizados e organizados pela sociedade civil debates e encontros sobre temas específicos da política de drogas, que foram organizados e conduzidos por representantes da sociedade civil com ou sem assento no Conad. As consultas temáticas livres seguiram a mesma metodologia e processo das demais consultas.

Durante o período, de 28 de abril a 02 de julho (66 dias), foram registradas 212 contribuições na modalidade temática livre, com participação de 11 organizações da sociedade civil no processo de coleta de contribuições.

A orientação para a realização das consultas temáticas livres foi publicada no dia 28 de abril de 2025 por meio do seguinte link de acesso: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/planad_consultastematicaslivres-prorrogadas.pdf, disponível na página oficial do Ministério da Justiça e Segurança Pública.

Para participar, qualquer grupo poderia organizar um debate, presencial, virtual ou híbrido, e comunicar à Senad com a devida antecedência. O objetivo principal foi garantir que diversas entidades, coletivos e movimentos sociais contribuíssem para a construção de uma política sobre drogas mais democrática e alinhada às necessidades da população, de maneira auto-organizadas pela sociedade civil.

Todas as organizações que enviaram suas contribuições no prazo estabelecido foram incluídas neste relatório, listadas a seguir. A Tabela 5 resume a realização dessas consultas.

Tabela 5. Resumo das Consultas Temáticas Livres

#	Organização	Data	Modalidade	Nº de participantes	Eixos debatidos	Nº de contribuições
1	Coletivo Diverso	02/06/2025	Presencial	41	Eixo III	8
2	ANMM E Fact	04/06/2025	Virtual	22	Todos	63
3	Febract	04/06/2025	Virtual	785	Novo Eixo	4
4	Frente Mineira Drogas e DH	05/06/2025	Presencial	19	Todos	11
5	Fórum	05/06/2025	Presencial	150	Novo Eixo	27
6	CRP 18ª Região MT	05/06/2025	Híbrida	6	I,II, III,IV, V,VI VII	41
7	Escola Livre de Redução de Danos e Iniciativa Negra	26/06/2025	Virtual	210	I, II, III, IV, V E VIII	96
8	Escola Livre Redução de Danos	27/06/2025	Virtual	24	III	37
9	Movimento	30/06/2025	Híbrida	19	I,II,III, IV,V, VI, VII	31
10	Remadd	30/06/2025	Virtual	64	VI e novo eixo	2
11	É de Lei e Reduc	01/07/2025	Virtual	59	Novo Eixo	21
12	CRP 01DF e Coletivo Bateu	01/07/2025	Híbrida	40	III, VI E VII	21
13	Fecters	01/07/2025	Virtual	5	Novo eixo	6
Total				1.444		368

2.3.1. COLETIVO DIVERSO

Trata-se da realização de Consulta Pública Temática Livre realizada pela organização Coletivo Diverso. A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.

Data de realização: 02 de junho de 2025

Modalidade: Presencial – Santos/SP

Nº de Participantes: 41

Nº de Contribuições: 8

Eixos debatidos:

I EIXO III - REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Entre os principais desafios estão a descontinuidade dos serviços e a alta rotatividade dos profissionais, o que impede a construção de vínculo. Também é apontada a falta de escuta ativa, o que compromete a qualidade do atendimento: “Toda vez tem que contar a mesma história... ninguém escuta de verdade.” A gestão inconstante e a instabilidade da rede de apoio dificultam o acesso a políticas públicas eficazes. Muitas pessoas sequer sabem quais são seus direitos ou onde denunciar violações: “A gente não sabe nem onde reclamar quando é maltratado, não tem quem nos acolha de forma sincera.” A violência institucional e a falta de espaços seguros para denúncia e acolhimento foram recorrentes nas falas. Além disso, o acesso ao trabalho com dignidade ainda é uma meta distante. É recorrente, em seus discursos, que a população de rua é cobrada com altas demandas sobre o que é exigido sem permear o acesso. Ou seja, a quantia de exigências é tão complexa e massacrante que o direito torna-se inviável.

PROPOSTAS: 1) Mais atenção nos fins de semana quando os serviços costumam parar; 2) Facilidade para criação de documentos garantindo acesso a direitos básicos; 3) Criação de espaços e de acolhimento como centros de convivência (em caráter inicial ou piloto); 4) Cursos de geração de renda nos próprios territórios de uso; 5) Inclusão de usuários nos conselhos e assembleias, promovendo voz ativa com dignidade; 6) Mais verbas para políticas sociais permanentes; 7) Redução de danos como política pública nacional; 8) Regulamentação da maconha como estratégia de saúde e segurança.

2.3.2. ANMM E FACT

Trata-se da realização de Consulta Pública Temática Livre realizada pelas organizações Articulação Nacional das Marchas da Maconha (ANMM) e Federação das associações de Cannabis Terapêutica (FACT). A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.



Data de realização: 04 de julho de 2025

Modalidade: Virtual

Participantes: 22

Contribuições: 63

Eixos debatidos:

I EIXO I – DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SUSTENTÁVEL

PRINCIPAIS DESAFIOS: “Os principais problemas para o desenvolvimento social e sustentável em políticas sobre drogas incluem: inexistência de regulamentação para cultivo de maconha para reforma agrária, abuso de drogas lícitas e privilégios da indústria do álcool, políticas falhas de assistência social e saúde, falta de informação e humanidade nos serviços, estigma e discriminação contra usuários, falta de abordagem integrada nas políticas, modelo proibicionista desviando recursos, desafios econômicos e ambientais, governança fragilizada e corrupção, falta de dados confiáveis, limitada participação da sociedade civil, influência do crime organizado, violência do Estado, racismo estrutural, abordagem desigual dentro da lei, política punitiva e criminalizadora, política atual como “projeto de morte”, políticas que não dialogam com comunidades marginalizadas, falta de reparação social para afetados pela “guerra às drogas”, e interseccionalidades de racismo, desigualdades de gênero e impactos em crianças.”

PROPOSTAS: “1) Superar desafios no desenvolvimento social e sustentável em políticas de drogas envolve integrar políticas com as ODS da Agenda 2030, fortalecer programas de desenvolvimento alternativo e economia solidária, e investir em pesquisas e governança participativa; 2) Propõe-se a construção de um painel para revisar a estratégia da política pública de drogas que está assentada na lei 11.343 de 2006 contemplando assim a posição do Estado brasileiro na 68ª reunião do CND/ONU, buscar reintegração de ex-detentos, descriminalizar drogas, investir em redução de danos; 3) é essencial desenvolver políticas públicas focadas em educação e apoio comunitário, reformar leis para capacitar profissionais, combater estigma e discriminação. A regulação, reparação social e participação popular são cruciais, assim como uma nova política antiproibicionista baseada em evidências; 4) ODS (03) Saúde e bem estar ODS (04) Educação de qualidade; 5) ODS (08) Trabalho decente e desenvolvimento econômico; 6) ODS (10) Redução das desigualdades; 7) ODS (16) Paz, justiça e instituições eficazes; 8) ODS (17) Parcerias e meios de implementação.”

I EIXO II – PREVENÇÃO

PRINCIPAIS DESAFIOS: “Desafios na prevenção de políticas sobre drogas: vulnerabilidade social; violência doméstica e de gênero produzida pelo uso abusivo do álcool; disseminação midiática antiética sobre álcool e outras substâncias lícitas ou ilícitas; racismo estrutural e falta de recursos nos CAPS. Há falta de debate público, educação sobre substâncias e priorização de ações preventivas. Programas públicos com informações qualificadas são inexistentes, e o tema é cercado por tabus e conservadorismo institucional. O preconceito dificulta pesquisas e



políticas eficazes, assim como a falta de informação adaptada a diferentes grupos. A proibição alimenta o mercado ilegal e impede a educação, essencial para a prevenção. Escolas carecem de programas informativos e de redução de danos. Políticas ignoram especificidades culturais de comunidades negras e indígenas, e informações qualificadas são escassas, com abordagens punitivas e exclusão de jovens das decisões. Programas usam o paradigma da abstinência sem preparar para a realidade. O racismo e machismo estruturais impactam a prevenção, subestimando vulnerabilidades e promovendo masculinidades tóxicas.”

PROPOSTAS: “1) Para superar desafios na prevenção de drogas, propõe-se: pleno emprego na cadeia produtiva da maconha; 2) investimento em educação e regulamentação democrática do uso e cultivo; 3) Debate público baseado em evidências; 4) programas de informação e acolhimento; 5) mudança de paradigma para cuidado e direitos humanos; regulamentação e pesquisa sobre redução de danos; 6) campanhas educativas adaptadas às realidades locais; atividades culturais e esportivas para jovens; 7) regulamentar as substâncias hoje consideradas ilícitas, semelhante a regulamentação do tabaco; 8) projetos em escolas públicas; programas afirmativos para comunidades negras e indígenas; 9) programas educativos laicos e antirracistas com participação juvenil; 10) políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes, abordando os efeitos do uso, e a interação com outras drogas, incluindo álcool e tabaco. Além disso, implementar prevenção antirracista e intercultural com perspectiva de gênero e abordagens desenvolvimentistas e de soberania nacional.”

I EIXO III – REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: “Os principais desafios para promover a redução de danos em políticas sobre drogas incluem a resistência institucional de implementação no SUS, tabus e interesses moralistas, falta de capacitação para redutores de danos e de espaços de acolhimento. Há um péssimo acolhimento estatal, falta de regulamentação, legislação punitivista, e violência contra mulheres. Faltam profissionais habilitados, programas públicos e centros de referência. O estigma e a criminalização dos usuários são problemas sérios, com preconceito social e institucional, priorização da repressão em vez do cuidado e mídia sensacionalista. O proibicionismo somado ao subfinanciamento estrutural também são grandes desafios. Há falta de informação correta, de serviços de saúde preparados e de profissionais capacitados. A compreensão sobre redução de danos é limitada, com resistência e falta de regulamentação da profissão. A ausência de financiamento para programas de educação e acesso a insumos, acesso desigual para comunidades negras e indígenas, e o estigma de que a redução de danos incentiva o uso são barreiras significativas. O racismo e machismo estruturais também causam acesso desigual e serviços inadequados.”

PROPOSTAS: “1) Para superar desafios na redução de danos, propõe-se: incluir terapia com maconha na Rede de Assistência Psicossocial (RAPS); 2) capacitar e profissionalizar redutores de danos; criar espaços públicos de acolhimento e consumo orientado; 3) criar centros comunitários de cuidado com equipe multidisciplinar; 4) regulamentar a redução de danos, vinculando-a à saúde e assistência social; criar centros de acolhida antipunitivistas e 24 horas para vítimas; 5) criar categoria profissional de redutores, centros de referência e programas informativos; 6) mudar a cultura e combater o estigma; fortalecer o SUS e políticas públicas; investir na formação de profissionais de saúde com foco em cuidado e respeito; 7) regulamentar a obrigatoriedade de redutores em eventos; incluir redução de danos no currículo escolar; 8) financiar programas de educação permanente e aquisição de insumos de redução de danos; 9)

criar e fortalecer serviços em comunidades negras, indígenas e periféricas; 10) expandir serviços públicos e garantir participação de usuários; 11) implementar programas de RD nos municípios; 12) promover redução de danos antirracista e intercultural com perspectiva de gênero e proteção integral para crianças e adolescentes.”

I EIXO IV – SEGURANÇA PÚBLICA CIDADÃ E JUSTIÇA CRIMINAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: “Os principais problemas para a segurança pública cidadã e justiça criminal em políticas sobre drogas incluem: negação de direitos e de acesso à justiça resultando em encarceramento em massa, violência policial, doméstica, de gênero e de Estado, legislação inadequada, desrespeito aos direitos humanos de minorias, má formação da polícia e magistrados, políticas públicas ineficientes com repressão e violência, atuação violenta e desigual das forças de segurança, racismo e cultura violenta da polícia, foco em pequenos comerciantes de drogas, falta de tolerância com usuários, existência de territórios sem poder público, encarceramento em massa da população preta, seletividade policial, racismo no sistema de justiça, abordagens policiais violentas, falta de confiança entre comunidades e instituições, política punitiva e repressiva, e a “guerra às drogas” alimentando o crime organizado e promovendo o aumento do encarceramento e mortes, afetando majoritariamente jovens negros, encarceramento feminino e violência de gênero invisibilizada, vulnerabilidade de crianças e adolescentes ao recrutamento e criminalização precoce.”

PROPOSTAS: “1) modernizar e humanizar o sistema persecutório com a proposta de transferir a política para o campo da saúde e não de segurança pública ou de um aspecto criminológico; 2) Reformular a ementa da capacitação dos agentes de segurança pública e operadores do Direito, com foco prático e operacional nos direitos humanos; 3) Promover o desencarceramento levando em consideração a decisão do STF pela descriminalização da maconha, priorização de penas alternativas à prisão para aqueles não contemplados por essa decisão e criar programa de trabalho e capacitação profissional para pessoas saídas do cárcere; 4) Investir em educação, formar painel de especialistas com composição paritária com comunidades afetadas diretamente para nova legislação, ampliar centros alternativos de cumprimento de medida, integrar justiça com assistência social e saúde, criar políticas de direitos individuais e controle de agentes públicos, reciclar magistrados e desmilitarizar a polícia; 5) Também se sugere regulamentar substâncias, investir em policiamento comunitário e direitos humanos, criar alternativas à prisão, punir e educar forças de segurança com comportamento violento, e rever processos penais de pessoas encarceradas; 6) A reforma policial com foco em inteligência e patrulhamento comunitário, políticas antirracistas e mecanismos de controle social com participação cidadã, mudança de paradigma para saúde pública, observatórios populares de segurança e maior qualificação dos policiais são cruciais; 7) Além disso, reduzir a letalidade policial, combater o racismo institucional e priorizar alternativas ao encarceramento feminino e programas para evitar a criminalização precoce de crianças e adolescentes são medidas necessárias.”

I EIXO V – ACESSO AO CUIDADO E AOS SISTEMAS DE DIREITO

PRINCIPAIS DESAFIOS: “Os principais desafios para o acesso ao cuidado e sistemas de direito em políticas sobre drogas incluem: ausência de financiamento e capacitação de equipes transdisciplinares, recursos insuficientes para CAPS/RAPS, hospitais e programas



de ensino, ausência de políticas públicas efetivas focadas em tratamento em vez de punição, ausência de profissionais no SUS e SUAS, ausência de integração do sistema público com os espaços como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, preconceito que criminaliza usuários, ausência de serviços públicos suficientes e preparados, pouca integração entre saúde, assistência social e justiça, constrangimento e receio dos usuários em buscar ajuda, ausência de CAPS AD em diversos territórios, ausência de educação permanente em redução de danos, poucos CAIS, exclusão territorial, barreiras geográficas e informacionais para comunidades negras, indígenas e quilombolas, avanço de Comunidades Terapêuticas (CT), ausência de políticas específicas do SUS e SUAS, racismo e machismo estruturais que criam barreiras de acesso e discriminação.”

PROPOSTAS: “ 1) garantir a transparência da entrada e da saída dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas (Funad) e direcionar 30% do mesmo, para incentivar carreiras na saúde, como redutor de danos, capacitar equipes de entrada do sistema de saúde, fornecer recursos e qualificação a entidades com ausência de recursos, promover políticas de tratamento e acolhimento, criar programas de acolhimento e reinserção de ex-detentos, integrar apoio público com ações comunitárias e ONGs.; 2) Ampliar e qualificar serviços públicos com atendimento humanizado, regulamentar substâncias para diminuir o estigma e criar salas seguras de consumo com atendimento psicossocial voluntário, ampliar CAIS e programas para CAPS AD, financiar educação permanente e insumos, fortalecer a rede de cuidado em territórios negros e indígenas ampliando serviços da RAPS e SUAS, garantir direitos básicos como moradia e alimentação, capacitar profissionais com foco antirracista e incluir práticas ancestrais, criar serviços especializados para mulheres e LGBTQIA+ com apoio à maternidade, fortalecer CAPS/IJ e serviços para crianças e adolescentes com articulação à rede de proteção.”

I EIXO VI – GOVERNANÇA PARTICIPATIVA

PRINCIPAIS DESAFIOS: “Os principais desafios para a governança participativa em políticas sobre drogas incluem: ação partidária ineficaz, gestão temerária e proibicionista, falta de políticas de participação social, nepotismo, má gestão e corrupção. A legislação atual exclui a participação social e recursos vinculados ao tema, como o Fundo Nacional das Drogas, precisam ser revistos. A desinformação, o preconceito, o racismo históricos atrasam novos projetos e as formalidades exigidas dificultam a participação popular e o diálogo. A tecnocracia e a burocracia com interesses políticos dificultam o diálogo. Há falta de engajamento da população e recursos para implementar decisões. A hipocrisia e o preconceito contra vendedores e consumidores de substâncias lícitas e ilícitas também são obstáculos. Conselhos municipais podem ser grandes demais para ouvir todas as ideias. Faltam conferências sistematizadas e programas de formação para os conselhos. Há sub-representação crônica de pessoas negras, indígenas e quilombolas, baixa participação social real, representatividade insuficiente de grupos vulneráveis, falta de transparência e falta de conexão entre quem vive os problemas e as políticas. Barreiras de acesso e linguagem, desconfiança institucional, invisibilidade feminina, dupla jornada das mulheres, ausência de voz direta e adultocentrismo afetam a participação.”

PROPOSTAS: “1) autonomia e fortalecimento de movimentos sociais independentes para propor alteração de leis; 2) ampliar o diálogo entre governo, sociedade civil, setor privado e academia; 3) fortalecer conselhos de políticas sobre drogas; 4) criar programas de informação e campanhas de esclarecimento; 5) permitir acesso popular à informação e opinião; 6) fortalecer conselhos com recursos e capacitação; 7) Desinvestimento nas políticas de repressão e direcionar



recursos para conselhos; 8) incentivar financeiramente conferências e formação; 9) garantir representatividade de grupos negros, indígenas e quilombolas com cotas; 10) criar conselhos paritários com poder deliberativo e cadeiras para populações afetadas; 11) realizar consultas populares frequentes e deliberativas; 12) garantir representatividade de grupos racializados, equidade de gênero e participação LGBTQIA+ com espaços seguros; 13) implementar escuta direta e lúdica para crianças e adolescentes.”

I EIXO VII – ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

PRINCIPAIS DESAFIOS: “ Os principais desafios para implementar políticas sobre drogas baseadas em evidências incluem: falta de interesse de órgãos de fomento e influência da Big Farma, negacionismo, falta de dados confiáveis e abrangentes, preconceito impedindo pesquisas científicas, falta de comunicação entre entes privados, terceiro setor e estado, dificuldade em integrar dados, resistência política a evidências que questionam práticas tradicionais, falta de capacitação para interpretar dados, forte influência religiosa, viés na pesquisa com dados não desagregados por raça/etnia, carência de dados, pouca integração entre pesquisa e políticas públicas, e a “guerra às drogas” sendo vista como um pretexto para atacar os pobres. Há também invisibilidade de impactos raciais, falta de dados de gênero e para a população LGBTQIA+, evidências adultocêntricas e subnotificação para crianças e adolescentes.”

PROPOSTAS: “1) utilizar recursos do Funad para criação de um observatório brasileiro de drogas que ficará responsável por criar indicadores para avaliação da política pública de drogas, considerando uma abordagem antiproibicionista, a diversidade do perfil epistemológico da população brasileira, como raça, etnia, gênero, renda e idade; 2) Estudos sobre a relação entre política de drogas e desenvolvimento social sustentável com indicadores de impacto; 3) produção e incentivo de pesquisas transparentes e informação ampla; 4) investimento em sistemas de coleta e análise de dados eficientes; 5) integrar pesquisadores e sociedade civil e financiar pesquisas desenvolvimentistas e soberanas sobre intervenções precoces.”

I EIXO VIII – COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: “Os principais problemas e desafios para a cooperação internacional em políticas sobre drogas incluem: não cumprimento das resoluções e das recomendações dos organismos internacionais que o Brasil é signatário; momento histórico de retrocesso dos direitos fundamentais, lógica capitalista do lucro, dificuldade de participação da sociedade civil em debates internacionais como na ONU e OEA, falta de conhecimento de legislações avançadas de outros países, desconsideração da importância da participação social financiada, diferenças históricas e culturais entre países, falta de alinhamento e respeito aos direitos humanos em acordos, pouca troca de informações e apoio técnico, modelos repressivos do Norte Global ignorando o impacto no Sul Global, desalinhamento com a realidade brasileira, influência de políticas proibicionistas externas, falta de protagonismo do Brasil, diferentes legislações e entendimentos dificultando uma visão global, sub-representação do Sul Global, invisibilidade das mulheres e foco na criminalização de adolescentes.”

PROPOSTAS: “1) o cumprimento pelo Estado brasileiro das recomendações e resoluções do Conselho de Direitos Humanos da ONU para uma revisão da política pública de drogas de seus signatários; 2) O governo deve investir na participação da sociedade civil em debates internacionais,



garantindo documentos em português. Incentivar o intercâmbio com outras organizações internacionais e com fóruns focados em direitos humanos, promovendo acordos que priorizem saúde e inclusão; 3) Defesa de abordagens humanas e baseadas em direitos humanos na ONU e OEA, troca de experiências com outros países e centralidade da perspectiva de gênero; 4) Priorizar a proteção integral de crianças e adolescentes, combate ao recrutamento transnacional e intercâmbio de boas práticas; 5) A troca de experiências e o aperfeiçoamento de modelos de legalização, legislação, redução de danos e tratamento ao usuário são cruciais; 6) Decolonizar o proibicionismo, sob a perspectiva de manutenção dos saberes e culturas ancestrais.”

2.3.3. FEBRACT

Trata-se da realização de Consulta Pública Temática Livre realizada pela organização Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract). A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.

Data realização: 4 de junho de 2025

Modalidade: Virtual

Nº de Participantes: 785

Nº de Contribuições: 4

Eixos debatidos:

I NOVO EIXO – “COMUNIDADE TERAPÊUTICA”

PRINCIPAIS DESAFIOS: A negação da oferta de serviços de Comunidade Terapêutica por parte do poder público, sendo esse modelo reconhecido e efetivo no cuidado das pessoas em sofrimento por uso de substâncias e seus familiares, desde que se refiram a Comunidades Terapêuticas regulares, submetidas ao Código de Ética da Febract, à legislação nacional e com atenção aos critérios de financiamento, especialmente o monitoramento e a fiscalização; A existência de serviços autointitulados “Comunidade Terapêutica”, estruturados sem atender aos mínimos exigidos na legislação, provocam grave confusão em alguns órgãos de fiscalização e representativos de classes profissionais, nas apresentações de matérias jornalísticas veiculadas e na população em geral.

PROPOSTA: 1) Manutenção da Comunidade Terapêutica na Política Nacional Sobre Drogas, bem como a garantia de acesso facilitado e gratuito da população a estes serviços, equiparado aos demais serviços ofertados nas redes de atendimento SUS e SUAS; 2) Reconhecimento e integração de modelos de redução de danos, alinhados a serviços que visam a abstinência, em uma rede integrada de cuidados, atendendo às intencionalidades e necessidades singulares de cada cidadão; 3) A necessidade de empreender campanhas informativas sobre a caracterização legal do que seja Comunidade Terapêutica, dando clareza de que serviços que fazem internação involuntária



e contenção física não são Comunidade Terapêutica, mesmo que se autointitulem como tal.

2.3.4. FRENTE MINEIRA DROGAS E DIREITOS HUMANOS

Trata-se da realização de Consulta Pública Temática Livre realizada pela organização Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos. A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.

Data realização: 5 de junho 2025

Modalidade: Presencial – Belo Horizonte/MG

Nº de Participantes: 19

Nº de Contribuições: 11

Eixos debatidos:

I EIXO I - DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SUSTENTÁVEL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Falta de informação sobre garantias de direitos na política de drogas por uma perspectiva do antiproibicionismo e da redução de danos. São minoritários os projetos de pesquisas e de extensão na temática das drogas que recebem financiamentos que possibilitem a produção de conhecimento por esse viés, dificultando que experiências de desenvolvimento social e sustentável sejam ampliadas e divulgadas. Em geral, as pesquisas e projetos de extensão sobre drogas que recebem financiamento - e, por consequência, possibilitam uma maior produção científica e maior publicização - estão no campo do proibicionismo, da repressão e da privação da liberdade, que produzem conhecimentos que legitimam e perpetuam a violência e a desigualdade social.

Outro desafio diz respeito à dificuldade governamental de assimilar práticas inovadoras já existentes no campo do desenvolvimento social e sustentável relacionadas à política de drogas, como aquelas dos movimentos de negros, mulheres, LGBTQIA+, indígenas e quilombolas. Em articulação com o ponto anterior, o governo, não raro, prioriza as grandes pesquisas/extensões financiadas em detrimento de experiências levadas a cabo pelas próprias pessoas que são alvo, cotidianamente, da política de drogas, em especial a juventude negra, pobre e periférica. Além disso, deixa de lado as experiências que privilegiam o caráter terapêutico, medicinal, cultural e recreativo das drogas em prol de discursos proibicionistas.

PROPOSTAS: 1) A principal proposta é o financiamento de pesquisas/extensões no campo das políticas de drogas que partam da perspectiva antiproibicionista e da redução de danos e que estejam, dessa forma, comprometidos com o desenvolvimento social e sustentável na política das drogas. O financiamento deve ser amplo, englobando 1) o pagamento de bolsas para estudantes, articuladores(as) de movimentos sociais e para pessoas diretamente afetadas pela guerra às drogas (como a população egressa do sistema prisional que havia sido encarcerada



por crimes relacionados ao tráfico de drogas), 2) o financiamento de viagens para apresentação em congressos, eventos acadêmicos, audiências públicas, fóruns, trabalho de campo, etc., 3) o financiamento de materiais de pesquisa/extensão como salas para estudo, computadores, materiais didáticos, câmeras fotográficas, etc. A partir disso, haverá maior produção e publicização de conhecimento que garanta o desenvolvimento social e sustentável na política de drogas. Articulado às propostas anteriores, o governo deve propiciar espaços de escuta efetiva de movimentos sociais que se comprometam com as pautas antiproibicionista e da redução de danos, em especial os movimentos de negros, mulheres, LGBTQIA+, indígenas e quilombolas que já tenham experiências relacionadas ao desenvolvimento social e sustentável no campo das drogas, como as cooperativas de cultivadores e os grupos de mulheres negras, cis, trans e travestis que mobilizam, em seus territórios, espaços de cuidado em liberdade e no coletivo, tanto no sentido de enfrentamento às violências advindas da guerra às drogas quanto no sentido de cuidar de seus membros que eventualmente tenham problemas relacionados ao uso prejudicial de drogas. Dessa forma, será possível, na execução do Plano Nacional de Política Sobre Drogas, integrar práticas inovadoras já realizadas por quem é diretamente afetado pela guerra às drogas.

I EIXO II – PREVENÇÃO

PRINCIPAIS DESAFIOS: O consenso moral antidrogas é o principal empecilho à promoção de políticas de drogas que respeitem os direitos humanos. A dificuldade estatal de pautar temas relacionados à política de drogas por medo da repercussão social gera danos irreparáveis às comunidades diretamente atingidas pelas políticas repressivas que têm sido, historicamente, a forma hegemônica do Estado brasileiro de lidar com o tema das drogas. O silêncio sobre o uso de drogas ilícitas por largas camadas sociais não responde aos desafios da política e acaba por aprofundar os efeitos nocivos da guerra às drogas.

PROPOSTAS: 1) Abertura de um debate público sobre as drogas baseado em informações sérias e responsáveis, evitando a estigmatização do uso e a criminalização dos usuários. Falar sobre drogas nas escolas é fundamental, mas isso não pode ocorrer a partir de preconceitos e informações fantasiosas. Os jovens que utilizaram drogas legais e ilegais precisam receber informações objetivas, pragmáticas e que dialoguem com seus saberes sobre o próprio corpo e sobre o que esse uso significa. O acesso à informação não pode estar atrelado ao medo da criminalização e da estigmatização. O segundo ponto é a discussão sobre os danos jurídicos e sociais da proibição das drogas. Sem o entendimento do caráter racista da proibição das drogas e do papel das instituições de segurança pública na perpetuação dessa lógica violenta é impossível avançar em qualquer política de drogas que seja eficiente em seu papel de garantia de direitos. Para isso, materiais que discutam de forma pragmática a questão da abordagem policial e dos efeitos de criminalização do uso de drogas sobre os usuários devem ser incentivados.

I EIXO III - REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS PROBLEMAS: A falta de recursos destinados aos serviços públicos da rede substitutiva aos manicômios, em especial as unidades de acolhimento transitório, o que favorece o crescimento de entidades violadoras de direitos humanos como as Comunidades Terapêuticas, que tem como suposto tratamento a reclusão e restrição. O moralismo que impera no debate sobre as drogas dificulta a divulgação de informações sobre efeitos reais e sobre formas menos danosas



do uso de substâncias psicoativas. Há uma ênfase excessiva na lógica do tratamento médico centrado, em que se ignora a complexidade biopsicossocial e promove opções de tratamento focados apenas no biológico.

PROPOSTAS: 1) O incentivo a criação de equipamentos/territórios em que o uso de drogas ilícitas não seja interditado tais como salas/territórios de uso seguro/protegido de drogas. Tais equipamentos permitem o desenvolvimento de uma relação de confiança com os usuários, criando um espaço em que a relação com a substância utilizada não esteja mediada pelo medo e pela interdição, mas sim pela segurança e pelo cuidado. Expansão e o financiamento adequado dos CAPS AD e das Unidades de Acolhimento Transitório são um passo muito importante para a consolidação da RAPS. As UAT, por exemplo, podem ter um papel bastante relevante na deslegitimação do discurso que defende internações compulsórias/involuntárias de usuários de drogas em Comunidades Terapêuticas. Um último e importante ponto seria discutir formas de se implementar salas ou espaços de uso seguro de drogas no Brasil. As experiências internacionais têm mostrado o quanto tais espaços podem contribuir para redução de estigmas relacionados ao uso de drogas e, também, para melhorar o acesso ao cuidado por parte de usuários que não chegam a equipamentos como os CAPS AD.

I EIXO IV - SEGURANÇA PÚBLICA CIDADÃ E JUSTIÇA CRIMINAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: A atual organização das políticas de segurança pública no Brasil tem voltado toda a sua estrutura para a repressão e violência, em especial no campo da guerra às drogas, que tem contribuído para o processo de extermínio da população negra, jovem, pobre e periférica, por meio das abordagens, ações e chacinas policiais, além do encarceramento em massa. Articulado a isso, diversas instituições do sistema de justiça criminal, infelizmente, também têm tido posturas extremamente repressivas no que diz respeito à sua atuação no campo das drogas. Judiciário e Ministério Público, com base em normas constitucionais e por tratados internacionais, teriam a responsabilidade de zelar pelos direitos humanos, porém têm contribuído com o contexto de genocídio ao pautarem sua atuação em moralismos e preconceitos estruturalmente racistas.

PROPOSTAS: 1) As políticas de segurança pública, no campo das drogas, devem direcionar maior investimento para ações de formação das forças policiais para a redução de danos sociais, em especial em formações para reduzir o uso da força desproporcional e de assassinatos da juventude negra e pobre. Para isso, serão necessárias, também, formações contínuas voltadas para temas de direitos humanos e de racismo estrutural. Articulado a isso, as metas de trabalho de cunho repressivo devem ser alteradas por metas como a redução da quantidade de atos violentos e assassinatos pela polícia. Já em relação às instituições do sistema de justiça criminal, além de atividades formativas continuadas no campo dos direitos humanos, é essencial o investimento na Defensoria Pública, que tem tido importante papel, tanto no âmbito dos estados como em nível federal, em garantir a defesa da população alvo do sistema penal no campo das drogas. As Defensorias Públicas, não obstante seu compromisso com os direitos humanos, por vezes padecem de recursos humanos e materiais, o que pode impossibilitar esse importante papel.

I EIXO V - ACESSO AO CUIDADO E SISTEMA DE DIREITOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Compreender as drogas unicamente como uma questão de segurança pública é uma das principais dificuldades para se avançar no acesso ao cuidado e aos sistemas de

direitos fundamentais à uma política de drogas cidadã. Ao assumir o proibicionismo como eixo orientador da elaboração da política de drogas e desconsiderar o histórico uso recreativo e cultural de substâncias psicoativas, o Estado brasileiro acaba por embasar o fazer das políticas públicas em lógicas estigmatizantes e excludentes. Articulado a isso, há baixo investimento nas políticas públicas que efetivem o acesso ao cuidado e aos sistemas de direitos, como os equipamentos do SUS e do SUAS, bem como às Defensorias Públicas estaduais e da União. Além disso, outras instâncias, como o judiciário e o Ministério Público, têm pautado a sua atuação pelas premissas do proibicionismo e da repressão, intensificando um contexto de restrição de direitos e de aumento dos conflitos.

PROPOSTAS: 1) A questão das drogas não pode ser subscrita unicamente à esfera da assistência ou do campo da saúde, e sim alvo de discussões por diferentes áreas do conhecimento, haja visto os impactos inegáveis da fracassada política de proibição das drogas em todo mundo. Essa constatação tem gerado, em diversos países, tentativas de construções alternativas que pensam a prioridade do cuidado às pessoas em uso prejudicial de drogas e a revisão das políticas repressivas às substâncias ilícitas em direção a um novo paradigma. Esse movimento questiona as bases históricas racistas e xenofóbicas do proibicionismo e procura dar um novo sentido às políticas públicas do campo das drogas. Nesse sentido, a principal proposta diz respeito ao financiamento dos equipamentos do SUS e do SUAS que atuem, pela perspectiva do antiproibicionismo e da redução de danos, como aqueles vinculados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especialmente os Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CERSAM AD), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e os Consultórios na Rua, que possuem como premissa o cuidado em liberdade. Especificamente no campo do SUAS, aumentar o financiamento de equipamentos como os Centros de Referência para a População em Situação de Rua (Centro POP), que atuam, cotidianamente, com o público-alvo da política de drogas. Ainda, auxiliar financeiramente, em nível municipal, os Centros de Referência à Juventude, que podem fortalecer espaços voltados para a conscientização no campo das drogas, cultura, esporte e lazer; 2) Outra proposta é o fortalecimento das Defensorias Públicas, estaduais ou federais, tendo em vista que é a instituição responsável pela defesa técnica das pessoas réis em processos criminais e de execução penal no que diz respeito ao tráfico de drogas. A Defensoria Pública é a responsável por acompanhar a maior parte das pessoas que estão encarceradas em razão das drogas, que é uma das principais causas de encarceramento. Como a população prisional é majoritariamente pobre e, dessa forma, não tem condições de arcar com custos de advogados, a Defensoria Pública torna-se de grande.

I EIXO VI - GOVERNANÇA PARTICIPATIVA

PRINCIPAIS DESAFIOS: A falta de recurso financeiro adequado para o Conselho Nacional de Política sobre Drogas (Conad) é um dos principais empecilhos para a incidência e atuação integral e articulada da sociedade civil na elaboração das políticas públicas relacionadas às drogas. Ainda, a impossibilidade de participação de entidades, coletivos e movimentos sociais que não possuam inscrição de pessoa jurídica dificulta a inserção de grande parte da sociedade civil na construção das políticas de drogas. Além disso, a participação de entidades com diretrizes divergentes das políticas públicas de saúde, como as comunidades terapêuticas, é tida como um empecilho para a elaboração de práticas de cuidados que respeitem a autonomia do sujeito.

PROPOSTAS: 1) Impedir a participação de entidades com histórico de violação de direitos humanos no Conad; 2) Priorizar a participação de entidades que visem o tratamento em liberdade e

a redução de danos no Conad e direcionar os recursos do Fundo Nacional Antidrogas (Funad) para políticas públicas de educação, saúde e assistência social, e não mais para as políticas ineficazes de segurança pública.

I EIXO VII - ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

PRINCIPAIS DESAFIOS: O fato de o Brasil ter o proibicionismo como eixo das políticas de drogas muitas vezes impossibilita que as universidades brasileiras realizem pesquisas sobre as substâncias consumidas pela população, o que acarreta em importação de teorias e estudos que por vezes não condizem com a realidade brasileira. Ainda, a falta de articulação de pesquisas científicas com o fazer das políticas públicas antimanicomiais e antiproibicionistas de saúde e assistência social dificulta o entendimento da realidade e a produção de conhecimentos que criem caminhos para uma política de drogas mais cidadã. Além disso, a utilização de metodologias que vão na contramão do proposto pela ciência, como é o caso do Proerd, perpetua o moralismo e a busca por uma solução fácil e dificulta que se avance na implementação de políticas públicas implicadas com a realidade brasileira.

PROPOSTAS: 1) É necessário que se permita a produção de pesquisas sobre as substâncias psicoativas e incentive financeiramente as universidades federais implicadas com a construção de uma política pública antiproibicionista. Igualmente, é fundamental a articulação da pesquisa com a realidade vivida nos serviços de saúde e assistência social, de forma a garantir a compreensão do uso de drogas e os efeitos do proibicionismo nas subjetividades. Devem ser priorizados estudos e pesquisas que superem o senso comum e a busca por uma solução fácil e simples para a complexidade que perpassa o uso de substâncias e as políticas de drogas.

I EIXO VIII - COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: A política internacional no campo das drogas tem priorizado a repressão e a violência, em especial por meio da atuação das polícias federais. Ainda, o Ministério Público Federal, como órgão acusatório dentro do sistema de justiça criminal federal, em conjunto com o judiciário, tem tido atuação extremamente repressiva, levando uma quantidade enorme de pessoas para as prisões estruturalmente em péssimas condições. Essa política, nesses termos, tem inviabilizado espaços de trocas com outros países que possuem experiências positivas no campo da legalização das drogas, da redução de danos e do respeito aos direitos humanos.

PROPOSTAS: 1) Devem ser viabilizados espaços de debate e compartilhamento de experiências - como conferências, congressos ou outros eventos - com outros países que possuam histórico de atuação no campo do antiproibicionismo, da redução de danos e da legalização das drogas, em especial de países latinoamericanos, que podem contribuir para as discussões no Brasil. Esses espaços serviriam para ampliar o debate sobre as drogas no país por uma perspectiva mais alinhada aos direitos humanos. Ainda, devem ser propostas ações voltadas com mais destaque para as polícias federais no sentido de reduzir as abordagens violentas e racistas nas fronteiras do país. O Ministério Público Federal é outra instituição que deve passar por processos de formação a fim de reduzir os pedidos de acusação - baseados em repressão e racismo - e também investir em projetos para cumprir sua função de controle externo da atividade policial (fiscalizando o trabalho da polícia federal para constatar se o órgão tem atuado em respeito aos direitos humanos no campo das drogas).

2.3.5. FÓRUM INTERINSTITUCIONAL (RJ)

Trata-se da realização de Consulta Pública Temática Livre realizada pelo Fórum Interinstitucional de Atenção Psicossocial para Cuidados em Álcool e outras Drogas do Rio de Janeiro. A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.

Data realização: 05 de junho de 2025

Modalidade: Presencial – Rio de Janeiro/RJ

Nº de Participantes: 150

Nº de Contribuições: 27

Eixos debatidos:

NOVO EIXO - “Prevenção e Promoção de Estratégias de Redução de Riscos e de Danos associados ao uso de drogas e Acesso ao Cuidado e ao Tratamento no âmbito do Sistemas Públicos políticas públicas de tratamento, acolhimento, prevenção e acesso a direitos”

PRINCIPAIS DESAFIOS: Alto nível de encarceramento no Brasil; Poucos serviços de Convivência no Brasil; Dificuldades das pessoas que fazem uso nocivo de drogas no Brasil tem relação com falta de acesso ao trabalho formal e à renda; As Comunidades Terapêuticas tem sido marcadas por violações de direitos como o trabalho forçado, a intolerância religiosa e o cerceamento de liberdades; Inexistência ou baixo número de pessoas contratadas como Redutores de Danos; Falta de cursos formais para formação de Redutores de Danos; Estigmatização da droga e do usuário, preconceito com as minorias; Violência como efeito da política de combate às drogas baseada na repressão; Poucas ações de Redução de Danos para o campo da infância e juventude; Política muito centrada nas Comunidades Terapêuticas como espaço de cuidado, ainda que não seja um dispositivo de saúde e esteja ligada a uma série de violações de direitos; Necessidade de ampliar o papel das universidades em relação ao estabelecimento da Redução de Danos como lógica de cuidado inserida na formação do profissional de saúde; Falta de acesso a alimentação e à segurança alimentar para populações em situação de vulnerabilidade; Problemas graves de acesso ao direito à habitação para populações em situação de vulnerabilidade social; Racismo como eixo estruturante de vulnerabilização no Brasil; Existência de normativas que regulem o recolhimento de pessoas em Comunidades Terapêuticas como política pública; Estigma e preconceito com usuários de drogas; O controle social e a participação direta da sociedade nos processos democráticos, como em conferências, nem sempre têm se transformado em políticas públicas, apesar de sua validade como espaços de valor deliberativo. A 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental foi enfática em suas decisões contra a manutenção da Comunidade Terapêutica como dispositivos de cuidado e acolhimento, no entanto, ela se mantém inclusive descrita na RAPS; Precarização dos vínculos de trabalho na saúde e, especialmente, na saúde mental; Vínculos terceirizados de trabalho não garantem a possibilidade do trabalhador manter sua formação permanente, prejudicando a formação de profissionais no SUS que se atualizem em relação à Redução de Danos; Necessidade de ampliação da compreensão da população em geral sobre a Redução de Danos e seus benefícios; Privatização e terceirização da saúde como mecanismos de desqualificação e descontinuidade da



oferta de cuidado; A questão religiosa é um recurso de ordem individual, que pode ser benéfica para a vida das pessoas. No entanto, imposições religiosas recorrentes em dispositivos como as Comunidades Terapêuticas devem ser consideradas como intolerância religiosa, o que vai na direção contrária do direito à liberdade religiosa; O protagonismo de usuários na construção de políticas públicas não está garantida na atual Política Nacional sobre Drogas; A população em situação de rua não tem tido acesso a uma série de recursos necessários à vida digna, que devem ser garantidos por políticas públicas; A Redução de Danos é uma ética de cuidado que deve permear o SUS e seus diversos níveis de complexidade e áreas de cuidado, da Atenção Primária aos hospitais especializados, passando pela Urgência e Emergência; A mulher e suas especificidades não tem sido contemplada nas políticas públicas sobre drogas; Baixa cobertura de serviços específicos para álcool e outras drogas no âmbito da saúde mental.

PROPOSTAS: 1) Apoiar decisão do STF que define, entre outras coisas, que 40g é a quantidade limite que difere usuário e traficante de maconha, assim como as medidas que a Senad/MJSP e o Desmad/MS tomem para regulamentar essa medida; 2) Diante do sucesso de experiências de espaços de convivência no Brasil, como o Espaço Normal na Maré e o É de Lei em São Paulo, criar mais de espaços de convivência tais como os Centros de Convivência no Brasil; 3) Criação de projetos de geração de renda que contenham o acesso real a formação para o trabalho e ao mercado formal de trabalho, permitindo que as pessoas que fazem uso nocivo de drogas possam ser, de fato, integradas ao mercado de trabalho; 4) Interromper os financiamentos às Comunidades Terapêuticas e promover linhas de financiamento para Programas de Redução de Danos; 5) Criação da categoria Redutor de Danos e um CBO para esta finalidade; 6) Investimento em cursos de formação para Redutores de Danos; 7) Garantir a interseccionalidade como eixo na formação dos profissionais da saúde e da assistência social; 8) Centralidade da política de drogas no acesso a direitos e na saúde, para as pessoas que passam a fazer uso nocivo; 9) Ampliação de ações de Redução de Danos no campo da infância e juventude, assim como a ampliação da implantação de Unidades de Acolhimento Infantojuvenis; 10) Fortalecer a centralidade do CAPS nas ações de cuidado, seguindo a lógica da Atenção Psicossocial e da Redução de Danos; 11) Estabelecer e fortalecer parceria com universidades e instituições de ensino, para cursos e qualificação de usuários e profissionais, assim como para projetos de pesquisa e extensão focados na Redução de Danos; 12) Fomento a políticas públicas de acesso a alimentação e garantia ao direito à segurança alimentar para pessoas em situação de vulnerabilidade social. Fomento a projetos como cozinhas solidárias; 13) Fomento à políticas públicas de acesso à habitação e moradia para populações em situação de vulnerabilidade; 14) Criação de linhas de financiamento no âmbito das políticas públicas que garantam recursos para o enfrentamento ao racismo e recursos para o financiamento para a Política Nacional para a População em Situação de Rua e para a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; 15) Revogação das seguintes normativas: Resolução Conad nº 1, de 19 de agosto de 2015; Resolução Conad nº 1, de 2017; e Portaria MS nº 834, de 26 de abril de 2016; 16) Fomento a ações comunitárias e culturais de combate ao preconceito com a participação dos usuários; 17) Fazer valer o relatório da 5ª conferência de saúde mental; 18) Concursos públicos para as áreas de saúde, assistência social e outras que compõem as políticas públicas de caráter social; 19) Construir normas e regulamentações que entendam e garantam a educação permanente como direito e parte efetiva do trabalho; 20) Investimento em estratégias de comunicação que divulguem o que é a Redução de Danos, incluindo parcerias com dispositivos comunitários, como rádios locais; 21) Defender que a saúde pública seja veementemente de caráter público; 22) Garantir a liberdade religiosa para usuários e trabalhadores; 23) Garantia da participação dos usuários na construção de políticas



públicas sobre drogas; 24) Garantir espaços de proteção térmica e banheiros públicos para população em situação de rua. Garantir também disponibilidade de água potável; 25) Construção de uma política de Redução de Danos na área da saúde que tenha caráter integral; 26) Inclusão de estratégias específicas voltadas para as mulheres no âmbito das Políticas sobre Drogas; 27) Revisão dos critérios populacionais para a implantação de CAPS AD, proporcionando a ampliação do número de serviços a garantindo o acesso em municípios de pequeno porte populacional.

2.3.6. CRP18-MT

Trata-se da realização de Consulta Pública Temática Livre realizada pela organização Grupo de Trabalho Intersetorial de Política de Drogas e Redução de Danos do CRP da 18ª Região de Mato Grosso. A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.

Data realização: 05 de junho de 2025

Modalidade: Híbrida – Cuiabá/MT

Nº de Participantes: 6

Nº de Contribuições: 41

Eixos debatidos:

I EIXO I - DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SUSTENTÁVEL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Não foram discutidas demandas

PROPOSTAS: 1) Falta de financiamento para iniciativas e coletivos que trabalham com RD; 2) Monitoramento público da aplicação de recursos em políticas sobre drogas; 3) Atenção ao uso de substâncias em diferentes gerações (idosos e jovens).

I EIXO II – PREVENÇÃO

PRINCIPAIS DESAFIOS: Ausência ou precariedade dos centros de convivência e cultura para promover cultura e democratizar o acesso ao público diverso.

PROPOSTAS: 1) Criação de espaços de diálogo aberto com adolescentes e juventudes sobre o uso e os contextos de uso das substâncias; 2) Implementação de RD no ambiente escolar com capacitação docente; 3) Criação de espaços de diálogo aberto sobre drogas com jovens; 4) Produção de materiais informativos em linguagem acessível; 5) Transformação de espaços em centros comunitários de RD; 6) Criação de pontos de apoio nas comunidades para populações em situação de risco ou maior vulnerabilidade; 7) Parcerias com universidades para formação em RD; 8) Necessidade de considerar o esporte nas cenas de uso de drogas; 9) Parceria com centros de cultura e comunicação.



I EIXO III - REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Necessidade de testagem de ISTs e análise de substâncias como parte da RD; Estigma em relação as ações de redução de danos e aos profissionais que atuam com RD; Falta de capacitação dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental para lidar com redução de danos; Não regulamentação da profissão de redutor de danos.

PROPOSTAS: 1) Regulamentação da profissão de redutor(a) de danos e financiamento de sua formação e atuação em rede pública; 2) Inserção da política de redução de danos nas escolas, com formação continuada de educadores; 3) Distribuição de kits de insumos e testagem de substâncias como estratégia de cuidado e redução de riscos; 4) A Redução de Danos deve ser integrada em todas as políticas públicas de forma transversal; 5) Importância de criar pontos de apoio comunitários para atendimento em RD; 6) Defesa da regulamentação da profissão de redutor(a) de danos; 7) Criação de aplicativo público com informações sobre redução de riscos; 8) Importância da higiene pessoal como parte da RD.

I EIXO IV - SEGURANÇA PÚBLICA CIDADÃ E JUSTIÇA CRIMINAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Ausência de políticas efetivas de reinserção social para egressos do sistema prisional.

PROPOSTAS: 1) Investimento em economia solidária como alternativa ao vínculo empregatício tradicional, especialmente para egressos do sistema prisional; 2) Enfrentar o estigma nas ações com pessoas privadas de liberdade e egressas, garantindo condições dignas de trabalho e reinserção social; 3) Inclusão de egressos do sistema prisional em programas de reinserção; 4) Discussão sobre RD em espaços de privação de liberdade; 5) Discussão sobre critérios para distinguir uso pessoal de tráfico.

I EIXO V - ACESSO AO CUIDADO E SISTEMA DE DIREITOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Dificuldades de acesso a serviços básicos por populações vulneráveis; Mulheres enfrentam barreiras específicas no acesso à saúde.

PROPOSTAS: 1) Financiamento público para ações culturais e de geração de renda em territórios atravessados pelo tráfico e pela ausência do Estado; 2) Expansão dos CECCOS AD (Centros de Convivência e Cultura em Saúde Álcool e Outras Drogas) como equipamentos estatais de cuidado e cultura; 3) Necessidade de incluir equipes de redução de danos obrigatoriamente no SUS e SUAS; 4) Garantia de atendimento humanizado independente da situação documental; 5) Adaptação das estratégias de RD para pessoas em situação de rua; 6) Atenção específica para usuários em contexto de pobreza extrema; 7) Criação de salas de uso assistido; 8) Inclusão de usuários em programas de moradia sem exigência de abstinência; 9) Distribuição de kits de higiene em territórios vulneráveis.

I EIXO VI - GOVERNANÇA PARTICIPATIVA

PRINCIPAIS DESAFIOS: Acesso a geração de renda é dificultosa para pessoas em situação de vulnerabilidade; Ausência de projetos de geração de renda.



PROPOSTAS: 1) Criação de centros de convivência e cultura para todas as faixas etárias, com gestão comunitária; 2) Apoio à regulamentação progressiva das drogas, começando pela maconha, com ampla discussão pública; 3) Projeto piloto de regulamentação da maconha.

I EIXO VII - ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Alto investimento de recursos públicos em comunidade terapêuticas, mesmo ante os registros das inspeções nacionais desfavoráveis a essas instituições; Propagação dos discursos proibicionistas sem sustentação científica.

PROPOSTAS: 1) Revogação da inclusão das comunidades terapêuticas na RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), por seu viés “monorreligioso” e segregador; 2) Campanhas de prevenção baseadas em informação científica, produção cultural e experiências comunitárias; 3) É preciso desconstruir o estigma que associa RD à apologia ao uso de drogas; 4) Substituição de abordagens moralistas por informação científica.

2.3.7. ESCOLA LIVRE DE REDUÇÃO DE DANOS E INICIATIVA NEGRA

Data de realização: 26 de junho de 2025

Modalidade: Híbrida – Brasília/DF

Nº de Participantes: 210

Nº de Contribuições: 96

I EIXO I – DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SUSTENTÁVEL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Falta evidências científicas e de projetos de prevenção; Falta de programas de prevenção em larga escala com evidências científicas; Não continuidade de programas como o Saúde nas Escolas. Fragilidade institucional da Redução de Danos; Redutores de danos sem vínculo profissional formal, enfrentando precarização e falta de reconhecimento legal (ausência de CBO); Formação e atuação em redução de danos muitas vezes sem continuidade ou investimento; Escassez de linhas de financiamento para ações continuadas e dispositivos descentralizados das organizações da sociedade civil; Avanço de Violações de Direitos nas Comunidades Terapêuticas (CTs); Forte mobilização das CTs nas consultas públicas, inclusive com uso de internos; Financiamento público crescente das CTs, inclusive com recursos estaduais, municipais, federal e emendas parlamentares, em detrimento da saúde pública; Disputa de narrativa: algumas CTs se apropriam do discurso de “redução de danos” de forma deturpada; Questionamento à medicalização e judicialização do uso de drogas, com crítica à expansão das comunidades terapêuticas e internações forçadas, consideradas violações de direitos; Precarização dos Serviços do SUS da RAPS; Sucateamento e judicialização dos CAPS (ex: Maceió); Falta de serviços 24h como CAPS AD 24h e Unidades de Acolhimento - UAs em número suficiente e inúmeras dificuldades no acolhimento noturno; Redução de investimentos e ausência de novos



concursos para fortalecimento da rede; Falta de Acesso e Participação Popular; Plataformas de consulta difíceis de acessar e pouco intuitivas do PLANAD; Populações vulneráveis (rua, usuários, mães periféricas) com baixa participação nas consultas oficiais; Falta de processos públicos de escuta, como conferências e fóruns acessíveis; Invisibilidade de Temas Específicos; Saúde sexual e reprodutiva de mulheres que usam drogas ignorada nas políticas; Ausência de políticas específicas para pessoas com deficiência usuárias de substâncias; Inexistência de respostas adequadas para jovens negros e população privada de liberdade; Fragilidade das Estruturas de Controle Social; Conselhos de políticas sobre drogas dominados por setores ultra conservadores; Falta de legislação e estrutura jurídica para os conselhos; Baixa representação da sociedade civil diversificada em vários Estados; Formação e Educação; Temática de drogas ainda ausente da formação em saúde, educação, assistência social, etc.; Perda do debate público sobre a política de drogas e o cuidado em liberdade; Carência de espaços institucionais que articulem a produção de conhecimento com a prática em RD.

PROPOSTAS: 1) Defesa de uma política de drogas orientada pelos direitos humanos, pela equidade, pela justiça social e pelo enfrentamento ao racismo estrutural; 2) Acesso a cursos de formação para emprego e renda direcionados ao público que faz uso de SPAs; 3) Programa de formação e enfrentamento ao racismo e sexismo institucional disseminado a partir da guerra às drogas pelas instituições de segurança pública; 4) Inserção de políticas de reparação racial e social e redistribuição de renda através de investimento em economias em territórios que foram impactadas pela proibição; 5) Políticas de justiça social voltadas a pessoas, comunidades e territórios afetados pela guerra às drogas; 6) Proteção efetiva de territórios e reservas indígenas e territórios quilombolas respeitando seus limites territoriais e suas práticas culturais; 7) Financiamento de iniciativas comunitárias autônomas voltadas a práticas de cuidado, à saúde, cultura e educação em territórios periféricos, indígenas e quilombolas; 8) Inclusão da pauta da política de drogas nos planos de desenvolvimento urbano e sustentabilidade; 9) Desenvolver ações integradas, intersetoriais e transversais nas áreas de saúde, assistência social, cultura, esportes e lazer pautadas nos parâmetros dos Direitos Humanos e na Redução de Danos com estratégias de inserção no mercado de trabalho e de acesso a Programas Sociais; 10) Articulação com política pública de emprego e renda para pessoas em reabilitação psicossocial; 11) Promover políticas que combatam a desigualdade social e o racismo estrutural, reconhecendo-os como fatores determinantes do uso problemático de substâncias; 12) Incentivar ações de economia solidária, geração de renda e cultura, como formas de fortalecimento da autonomia de pessoas em situação de vulnerabilidade; 13) Desenvolver políticas de cuidado que valorizem saberes populares e territórios, articulando saúde, assistência social e cultura, com enfoque na autonomia dos sujeitos; 14) Promover reconhecimento cultural e ancestral de plantadores, raizeiros/as, benzedeiras/os, populações indígenas, quilombolas que historicamente utilizam maconha para fins religiosos e medicinais no sertão nordestino, especialmente as regiões do Rio São Francisco; 15) Promover reconhecimento de plantas tradicionais e antigas na região nordestina como a Jurema e outras, bem como apoiar a preservar costumes e saberes populares.

I EIXO II - PREVENÇÃO

PRINCIPAIS DESAFIOS: IDEM EIXO I

PROPOSTAS: 1) Retomada do programa SPE (Saúde e Prevenção nas Escolas) e oficinas em escolas com abordagem não moralista; 2) Práticas educativas diretas direcionadas na rede pública



de educação sobre essa temática relacionados ainda com a redução de danos; 3) Prevenção baseada em evidências científicas; 4) Adoção/incorporação de práticas de educação popular; 5) Produção de materiais educativos antirracistas, antiproibicionistas e inclusivos em parceria com coletivos periféricos; 6) Formação continuada de educadores e profissionais da saúde com foco em direitos humanos; 7) Maior distribuição de recursos do FUNAD para políticas de prevenção, cuidado e educação em detrimento de políticas repressivas, ostensivas e que pautem unicamente a abstinência; 8) Incorporação de tecnologias digitais, como jogos, aplicativos e outros, com base em evidências científicas, para educação sobre prevenção às drogas; 9) Reconhecimento de práticas de prevenção desenvolvidas nos territórios; 10) Articulação com a política pública de educação visando projetos de intervenção para discussão da prevenção ao uso prejudicial de SPA diferente das propostas de Não Às Drogas; 11) Promover ações de prevenção com enfoque educativo e comunitário, desconstruindo estigmas associados ao uso de drogas, especialmente entre juventudes negras e periféricas, com educação antirracista e informação baseada em evidências científicas; 12) Inserir a redução de danos como estratégia preventiva, não apenas de mitigação, mas de promoção de saúde e cidadania; 13) Estimular programas em escolas, centros culturais e territórios vulnerabilizados, com participação ativa das juventudes, considerando contextos sociais, raciais e culturais diversos; 14) Articular e fomentar projetos de prevenção e redução de danos em larga escala nas escolas municipais e estaduais.

I EIXO III - REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: IDEM EIXO I

PROPOSTAS: 1) Reestruturação e implementação das políticas integrais e intersetoriais de redução de danos e riscos do uso de substâncias psicoativas desenvolvidas pelo SUS e pela sociedade civil; 2) Promover Educação sobre os riscos do álcool para juventude e estratégias de redução de danos; 3) Profissionalização e Reconhecimento da Redução de Danos: Criação e regulamentação do Código Brasileiro de Ocupações (CBO) para redutores de danos; Inserção da categoria de redutor de danos nos planos de cargos e carreiras do SUS e SUAS; Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários para esses profissionais; 4) Financiamento e Ampliação dos Serviços: Criação de linhas federais de financiamento para ações de redução de danos; Incentivos financeiros (bonificações) para CAPS AD e municípios que implementem RD; 5) Políticas Inclusivas e Interseccionais: Incorporação da saúde sexual e reprodutiva nas políticas sobre drogas, com ênfase na justiça reprodutiva; 6) Educação Permanente, Formação continuada em cuidado e redução de danos para profissionais das redes SUS e SUAS; 7) Formação em Redução de Danos obrigatória para as forças de segurança; 8) Regulamentação da distribuição de Kits de redução de danos para todas as substâncias; 9) Inclusão obrigatória da temática de redução de danos e reforma psiquiátrica nas graduações em saúde, assistência e educação; 10) Ampliação de discussão de implantação de espaços de uso assistido; 11) Ampliação de publicações de documentos institucionais norteadores das diretrizes e funcionamento da redução de danos no país; 12) Construir uma Política Nacional de Redução de Danos com Plano específico intersetorial e interinstitucional; 13) Inserir práticas de redução de danos nos equipamentos de saúde, assistência e justiça, articulando com defensorias e comissões de direitos humanos.

I EIXO IV - SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA CIDADÃ

PRINCIPAIS DESAFIOS: IDEM EIXO I

PROPOSTAS: 1) Defender o fim da guerra às drogas e combater a criminalização da pobreza, e em diálogo com o Plano Pena Justa, fortalecimento de alternativas penais, descriminalização do uso e foco em ações de cuidado e proteção social; 2) Transformar a política de repressão a maconha no sertão nordestino, especialmente no conhecido “polígono da maconha”, com objetivo da Polícia Federal reverter a repressão e o estado brasileiro promover e regular um nova cadeia produtiva de derivados de cannabis seja para medicamentos e outras finalidades e efetivar um novo virtuoso ciclo econômico na região; 3) Ampliar o conceito de segurança pública cidadã, integrando mobilidade, educação e cuidado comunitário; 4) Implementação de justiça restaurativa como alternativa à criminalização; 5) Revisão da política de apreensão e uso de ativos provenientes da repressão; 6) Fim da polícia militar e fomento de uma polícia cidadã; 7) Descriminalização do porte para uso pessoal e revisão das prisões relacionadas a drogas; 8) Capacitação das forças de segurança em abordagem antirracista, antiproibicionista e de direitos humanos; 9) Criação de comissões locais de monitoramento da atuação policial em territórios periféricos referente a repressão às drogas; 10) Fomentar diálogos sobre estatísticas do sistema prisional e sobre o sistema de justiça no Brasil; 11) Câmeras no fardamento de todo policiamento militar e civil, incluindo guarda municipal; 12) Defender a descriminalização do uso de drogas como medida antiproibicionista, reduzindo o encarceramento em massa, especialmente de jovens negros; 13) Incentivar políticas de justiça restaurativa e abolicionismo penal para casos relacionados ao uso de substâncias; 14) Articular segurança pública com políticas de cuidado, priorizando a presença de profissionais da saúde e assistência nas abordagens em territórios vulnerabilizados; 15) Construir políticas de segurança cidadã baseadas no respeito aos direitos humanos, e não na repressão.

I EIXO V – ACESSO AO CUIDADO E SISTEMA DE DIREITOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: IDEM EIXO I

PROPOSTAS: 1) Reconhecimento de práticas de prevenção desenvolvidas nos territórios; 2) Revisão das normativas do Ministério da Saúde e Ministério da Cidadania que ferem as diretrizes da Lei 10.216/2001; 3) Fomentar práticas de cuidado em liberdade, voltadas para a autonomia dos sujeitos, e não para a repressão; 4) Descongelamento de verbas e ampliação de CAPS AD 24h e UAs, com reavaliação de suas portarias e protocolos; 5) Políticas específicas para pessoas com deficiência usuárias de substâncias (ex: formação em Libras); 6) Enfrentamento ao racismo e à violência de Estado como eixo estruturante das ações; 7) Fortalecimento da Participação e Controle Social com Ampliação da participação da sociedade civil antiproibicionista nos conselhos e espaços de decisão; 8) Regulamentação jurídica dos conselhos de políticas sobre drogas; 9) Realização de conferências, escutas e processos formativos amplos e democráticos; 10) Formação continuada em RD para equipes de CRAS, CREAS, Conselho Tutelar e Atenção Básica; 11) Geração de Renda e Inserção Social: Criação de programas de frentes de trabalho e incubadoras solidárias populares para usuários da RAPS; Reservas de vagas em serviços públicos para usuários em processo de cuidado; Redução de exigências burocráticas para facilitar o acesso ao mundo do trabalho; 12) Pesquisa, Avaliação e Monitoramento: Criação de um GT nacional de indicadores racializados e interseccionais para avaliação de políticas; Fomento a pesquisas sobre a efetividade de políticas de RD e impacto das CTs; Mapeamento das políticas existentes e unificação de instrumentos de

avaliação; 13) Defesa da ampliação da participação popular na formulação e controle social das políticas sobre drogas, incluindo usuários e familiares; 14) Sensibilização da rede pública básica de saúde a respeito ao manejo das pessoas que fazem uso de algum SPA e podem afetar de algum modo seus cuidados; 15) Ampliação da rede de cuidados baseados na lógica da atenção psicossocial, com foco em vínculos e autonomia; 16) Fiscalização rigorosa das comunidades terapêuticas e judicialização das violações de direitos; 17) Criação de espaços de cuidado específicos para pessoas trans e negras usuárias de drogas; 18) Fortalecer estratégias de inserção social por intermédio de ações integradas, levantando reflexões sobre redes de atenção ao usuário problemáticos de drogas com comunicação adequada, com fluxos de atendimento integral às pessoas usuárias e aos seus familiares; 19) Assegurar o acesso aos dispositivos públicos de cuidado, promovendo a dignidade e reinserção social; 20) Revisão das normativas que organizam os serviços da RAPS AD, especialmente Caps Ad e UA; 21) Ampliação / implantação de centros de convivência por distrito sanitário / território; 22) Revisão das normativas que organizam os serviços da RAPS AD, especialmente Caps Ad e UA; 23) Fiscalização do funcionamento das unidades de acolhimento institucional (SUAS) no sentido de que muitas tem barreira de acesso à pessoas que fazem uso de drogas; 24) Implantação de serviços de acolhimento institucional de baixa exigência (albergues para acolhimento noturno / uma noite); 25) Ampliação dos espaços de ofertas de testes rápidos ISTs; 26) Garantir acesso universal, público e gratuito à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fortalecendo os serviços substitutivos aos manicômios e às comunidades terapêuticas de caráter coercitivo; 27) Criar mecanismos de acolhimento e cuidado que respeitem as identidades de raça, gênero, território e vivência de rua, com ações interseccionais; 28) Assegurar defesa de direitos, orientação jurídica, acesso à moradia, alimentação, educação e trabalho, como parte indissociável do cuidado; 29) Fortalecimento dos Consultórios na Rua para sensibilização e explanação dos cuidados em saúde mental diminuindo a invisibilidade desses usuários; 30) Ampliação das Unidades de Acolhimento e Caps AD III.

I EIXO VIII - COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: IDEM EIXO I

PROPOSTAS: 1) Adoção de diretrizes internacionais de redução de danos e direitos humanos como base da cooperação, adaptando ao contexto e território nacional; 2) Realizar intercâmbio com países que possuem experiências com salas/espços de uso seguro de substâncias para implementação no Brasil com as devidas adaptações ao contexto nacional; 3) Participação ativa do Brasil (sociedade civil e órgãos governamentais) em fóruns que debatem reformas na política global de drogas (como a UNGASS) com financiamento governamental, privado e internacional; 4) Parcerias com países que adotam modelos alternativos ao proibicionismo, especialmente no/do Sul Global; 5) Estimular alianças com países e instituições que tenham políticas de drogas baseadas em direitos humanos e evidências, superando modelos proibicionistas e bélicos; 6) Participar ativamente de fóruns internacionais com protagonismo do Sul Global, defendendo um modelo de cuidado pautado na redução de danos, justiça racial e liberdade; 7) Buscar cooperação técnica e científica para fortalecimento das políticas de cuidado em liberdade, serviços substitutivos e práticas antimanicômias; 8) Reforçar o papel do Brasil como articulador de uma nova política internacional de drogas, baseada na dignidade, liberdade e justiça social; 9) Cooperação Internacional e Justiça Climática: Incidência nos fóruns internacionais com foco no Sul Global e nos impactos da proibição; Articulação com movimentos de justiça climática para denunciar os danos ambientais da guerra às drogas; Fortalecimento de projetos locais que integrem justiça ambiental, direitos humanos e RD.

2.3.8. ESCOLA LIVRE DE REDUÇÃO DE DANOS

Trata-se da realização de Consulta Pública Temática Livre realizada pela organização Escola Livre de Redução de Danos. A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.

Data realização: 27 de junho de 2025

Modalidade: Presencial – Recife/PE

Nº de Participantes: 24

Nº de Propostas: 37

Eixos debatidos:

I EIXO III - REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Falta de regulamentação e reconhecimento profissional: Inexistência de regulamentação da profissão de redutor(a) de danos. Falta de concursos públicos e vínculos formais para esses profissionais. Ausência ou fragilidade de financiamento estruturado: Carência de orçamento específico para ações e serviços de RD. Necessidade de financiamento para centros de convivência e iniciativas intersetoriais baseadas na RD. Estigma institucional e barreiras ao acesso: Persistência do estigma social e institucional contra pessoas que usam drogas. Barreiras no acesso aos serviços de saúde e justiça, sobretudo para população em situação de rua. Insuficiência de equipes especializadas: Ausência de equipes de RD em áreas como o sistema prisional. Falta de formação continuada dos profissionais da RAPS e outras redes. Falta de políticas específicas e interseccionais: Inexistência ou subdimensionamento de políticas específicas para mulheres cis e trans, pessoas com deficiência, indígenas, quilombolas e ribeirinhos. Falta de acessibilidade e adaptação dos serviços às diversas necessidades. Baixa articulação intersetorial: Necessidade de maior articulação entre saúde, assistência, educação, justiça, cultura e trabalho. Ausência de políticas integradas e compartilhadas entre os entes federativos. Ausência de políticas reparatórias: Falta de mecanismos de reparação a usuários prejudicados por políticas punitivistas, como prisões por porte de drogas. Carência de medidas de compensação e apoio psicossocial, educacional e habitacional. Fragilidade na educação e comunicação pública: Baixa inclusão da RD nos currículos da educação básica e superior. Poucas campanhas educativas pautadas em RD e direitos humanos. Descontinuidade de ações exitosas: Enfraquecimento ou descontinuação de programas como consultórios na rua e grupos de tabagismo. Falta de institucionalização de experiências exitosas locais (ex.: Programa Atitude, Centros de Convivência).

PROPOSTAS: 1) Regulamentação do profissional redutor de danos, criando novas fontes de trabalho e concurso público; 2) Programas de financiamento de centros de convivência e acolhimento psicológico (ex: CAIS) e Policlínicas com mais atividades (Fortalecimento da RAPS); 3) Criação de orçamento para implantação de uma política de RD; 4) Financiamento de programas e formações para trabalhadores voltados ao cuidado em RD; 5) Garantia de financiamento para



ações da luta antimanicomial (18 de maio); 6) Recriar o Programa Municipal de Redução de Danos com financiamento próprio, intersetorialidade e participação social; 7) Implementação do fundo estadual para política de drogas, como preconizado na lei nº 14.561/2011, a fim de contemplar os eixos de produção de conhecimento e pesquisa, formação e educação permanente, estímulo ao controle e participação social (Conselhos) e fomento às ações de Redução de Danos e serviços públicos das redes intersetoriais; 8) Garantir acesso em saúde e justiça para população em situação de rua Atendimento captando singularidade (proporcionar dormida, alimentação, banho...); 9) Ampliação das ações de comunicação para o enfrentamento mais efetivo ao estigma social; 10) Necessidades de equipes de RD nos âmbitos no sistema prisional; 11) Formação continuada de profissionais de saúde, assistência, educação, segurança e etc. sobre RD; 12) Formação intersetorial por meio de resolução ou normas técnicas com diretrizes e especificidades e sobre os temas abordados para profissionais de nível médio, técnico e superior; 13) Formação continuada sobre RD para as equipes do CAPS; 14) Profissionalização/capacitação em RD para as/os cuidadoras/es; 15) Trabalho pautado na interseccionalidade Que os serviços tenham atividades específicas (grupos ou individual) pautando gênero, raça, pessoas com deficiência (necessidade da acessibilidade!) Potencializar os serviços de saúde indígena, quilombolas, ribeirinhos... embasados na RD, fazendo rastreios e levantamentos; 16) Especialidade e adaptação de serviços para atendimento a pessoas com deficiência; 17) Especialidade e adaptação de serviços para atendimento a mulheres cis e trans e seus filhos; 18) Fortalecimento das políticas de diversidade nos serviços da RAPS; 19) Criação de espaços específicos para mulheres (cis e trans); 20) Elaborar uma política de cuidados para adolescentes na RAPS; 21) Ampliar o cuidado psicossocial para a rede escolar contemplando alunos e educadores, em parceria com os equipamentos da RAPS e utilizando as estratégias de Redução de Danos e promoção à saúde mental; 22) Garantir na rede de educação de tempo integral profissionais capacitados em ofertar formação cidadã permanente, com foco na prevenção e redução de danos pautada nos direitos humanos, na perspectiva de estimular o protagonismo dos alunos como agentes multiplicadores; 23) Criar/elaborar um programa de RD tripartite trabalhando intersetorialidade e participação social; 24) Programas nacionais com propostas de moradia, acolhimento que incentiva e fortalece programas estaduais embasados na RD (Vide experiências já existentes EX.: Programa Atitude); 25) Implementar parcerias e iniciativas de empregabilidade e geração de renda junto ao Ministério do Trabalho; 26) Fortalecer os espaços de articulação junto à educação, assistência, sistema de garantia de direito e justiça, cultura, sistema de ressocialização, entre outros, para construção conjunta de estratégia de cuidado em liberdade na saúde mental; 27) Criação de mecanismo de reparação para usuários prejudicados no acesso aos serviços do sistema. Tipos de reparação a serem oferecidos de acordo com a situação do usuário: 1.a) compensação financeira; 2.b) custeio de tratamento complementar; 28) Criação de mecanismo de reparação histórica para egressos do sistema penitenciário afetados por condenações referentes ao porte de maconha. Tipos de reparação a serem oferecidos: 2.a) empregabilidade; 2.b) bolsas de estudo e capacitação; 2.c) apoio psicossocial imediato; 2.d) apoio à moradia (auxílio aluguel, inclusão prioritária em programas de moradia); 29) Inclusão dos conceitos de RD na educação pública; 30) Campanhas educativas pautadas na RD; 31) Formação para os usuários embasados na RD; 32) Garantir recursos didáticos, culturais, científicos para os profissionais da educação atuarem de forma mais eficaz em suas aulas durante o ano letivo, abordando o tema de forma transversal; 33) Proposição de agregar a Redução de Danos ao Projeto Político Pedagógico das Escolas em âmbito Nacional e implementação das estratégias previstas em manuais e diretrizes de prevenção às drogas, promoção da saúde e redução de danos; 34) Incluir a Redução de Danos às disciplinas do Ensino Superior que versem sobre a saúde mental e congêneres; 35) Retorno do Grupo de

Tabagismo nos CAPS; 36) Garantia de instalação e ampliação de novos Centros de Convivência autônomos e integrados em serviços da RAPS; 37) Ampliação dos Consultórios na Rua com foco na RD.

2.3.9. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Trata-se da realização de Consulta Pública Temática Livre realizada pela organização Movimento da Luta Antimanicomial. A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.

Data realização: 30 de junho de 2025

Modalidade: Híbrida – Curitiba/PR

Nº de Participantes: 19

Nº de Contribuições: 31

Eixos debatidos:

I EIXO I - DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SUSTENTÁVEL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Repressão e violência institucional: A lógica da guerra às drogas e do proibicionismo sustenta o genocídio de jovens negros e periféricos, com a criminalização, encarceramento e violência policial, deixando as comunidades em constante vigilância. Perda e violação dos territórios tradicionais: Povos indígenas, quilombolas e comunidades rurais sofrem com a grilagem, avanço do agronegócio e ausência de reforma agrária, o que compromete sua autonomia e modos de vida sustentáveis. Desigualdade na distribuição de recursos públicos: O orçamento privilegia o aparato repressivo (polícia, sistema penal e CTs), em detrimento de políticas sociais, saúde, educação, cultura, moradia e geração de renda. Ausência de políticas de reparação e justiça social: Falta de reconhecimento dos impactos históricos da criminalização sobre essas populações e ausência de políticas voltadas à reparação e à inclusão produtiva. Estigmatização e criminalização de saberes e práticas tradicionais: O uso cultural e espiritual de determinadas substâncias segue criminalizado, negando direitos e saberes originários. Ausência de políticas intersetoriais com base territorial: Falta de integração entre saúde, assistência, moradia e geração de renda, com participação popular e planejamento territorial, impede ações de reconstrução social e de justiça ambiental.

PROPOSTAS: 1) Criação de linhas de financiamento interministerial para políticas redistributivas em territórios impactados pela política de drogas. Instituir, por portaria interministerial (MJSP, MDS, MMFDH, MS, MDA), mecanismos que permitam a criação de editais públicos e linhas específicas dentro de fundos existentes, como o FDD (Fundo de Defesa de Direitos Difusos), para financiar políticas estruturantes em territórios impactados pela guerra às drogas. Essas políticas devem priorizar moradia digna, alimentação, trabalho, cultura, educação e saúde, articuladas com ações de



cuidado, redução de danos e justiça racial. A gestão dos recursos deve ser feita com participação popular paritária, assegurando o protagonismo dos territórios na definição e execução das ações; 2) Legalização do cultivo de cannabis com prioridade para povos tradicionais e agricultura popular. Propor a instituição de portaria interministerial entre MDA, MJSP, MS, MAPA e MMFDH que dê início à construção de uma política pública federal intersetorial voltada à descriminalização progressiva e à regulamentação do cultivo comunitário, terapêutico, tradicional e científico da cannabis, com prioridade para: povos indígenas e quilombolas; comunidades tradicionais e de matriz africana; agricultura familiar; associações de pacientes e coletivos de redução de danos. A política deve garantir acesso à terra, sementes, assistência técnica, certificação sanitária pública e regulação não comercial, incluindo o abastecimento ao SUS e à RAPS. Trata-se de uma medida de reparação histórica, sustentabilidade econômica e soberania sanitária, além de ser fundamental para a descriminalização e segurança pública baseada em justiça social; 3) Utilização de recursos do Fundo de Defesa de Direitos Difusos (FDD) para Moradia Popular e cuidado em liberdade Criar, por meio de portaria conjunta entre MJSP, MDS, MMFDH e Ministério das Cidades, uma linha específica dentro do FDD para o financiamento de políticas de moradia digna baseadas nos princípios do cuidado em liberdade, como o programa Moradia Primeiro, se articulando com outras políticas públicas de moradia já existente. Essa política deve priorizar pessoas em situação de rua, egressos do sistema penal, pessoas com problemas associados ao uso de substâncias e mulheres chefes de família, promovendo o enfrentamento à urbanização excludente e ao encarceramento em massa. A gestão dos recursos deve contar com controle social direto, com a participação de movimentos sociais que lutam por moradia e acesso ao cuidado e direitos; 4) Reforma tributária justa para sustentação de programas sociais universais e aumento real do salário-mínimo. Defender uma política fiscal redistributiva que amplie os recursos públicos para a redução das desigualdades estruturais no Brasil. Isso inclui: taxação de grandes fortunas, heranças e lucros extraordinários; reversão de renúncias fiscais regressivas; e vinculação destes recursos à expansão de sistemas e programas como Bolsa Família, Sistema de Garantia de Direitos da Criança e Adolescente (SGD), SUS, SUAS, PAA e RAPS. Defende-se também o reajuste do salário-mínimo conforme o valor apontado pelo DIEESE (atualmente em torno de R\$ 7,528,56), promovendo o consumo local, o acesso a direitos e a dignidade das pessoas que vivem nos territórios criminalizados pela política de drogas.

I EIXO III - REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Financiamento desigual e insuficiente: Pouco investimento público em RD comparado ao destinado à repressão, comunidades terapêuticas e sistema prisional. Precarização dos serviços e dos trabalhadores: Profissionais com vínculos instáveis, baixos salários e sem suporte institucional, mesmo atuando em contextos complexos e vulneráveis. Contaminação por abordagens biomédicas e punitivas: Parte dos serviços rotulados como RD ainda opera sob lógicas moralistas e abstencionistas, desvirtuando o paradigma. Estigma e preconceito social: Redução de danos é confundida com “apologia ao uso” e sofre resistência ideológica, especialmente de grupos conservadores e religiosos. Dificuldade de acesso aos serviços: Usuários enfrentam discriminação, criminalização e desrespeito, o que desestimula a busca por cuidados públicos. Ausência de política integrada de cuidado em liberdade: Falta articulação com moradia, alimentação, trabalho e cultura, o que enfraquece a efetividade e continuidade da RD. Falta de fundos permanentes e específicos para RD: A inexistência de financiamento estruturado inviabiliza o crescimento, a estabilidade e a replicação de boas práticas.



PROPOSTAS: 1) Implementação de pontos comunitários de Redução de Danos financiados com recursos da segurança pública, integrados à rede de cuidado psicossocial. A proposta visa a criação de pontos comunitários de Redução de Danos (RD), financiados por recursos da segurança pública, por meio de editais públicos simplificados e/ou concursos públicos organizados por meio de portarias interministeriais; Propõe-se o fortalecimento da integração entre a política de segurança pública e as políticas de saúde mental e assistência social, reconhecendo a Redução de Danos como uma política pública estruturante e estratégica na promoção de cuidado, prevenção e garantia de direitos; Esses pontos devem contratar trabalhadores qualificados — redutores de danos, educadores populares, trabalhadores da saúde, agentes sociais e profissionais com experiência em atenção comunitária — para atuar diretamente nos territórios com escuta qualificada, acolhimento humanizado e apoio às pessoas em situação de vulnerabilidade em decorrência do uso de substâncias psicoativas, da exclusão social e de outras violações de direitos; Os pontos funcionarão como equipamentos de base comunitária, descentralizados, com função de aproximação territorial e construção de vínculos, atuando também como articuladores e encaminhadores para os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como os CAPS, centros de convivência, equipes de Consultório na Rua, atenção básica e serviços de assistência social; 2) Política de financiamento à práticas e pontos comunitários de Redução de Danos via Segurança Pública. Criação de portarias interministeriais para instituir editais públicos simplificados que destinem recursos oriundos da segurança pública a coletivos, movimentos sociais e organizações da sociedade civil atuantes na redução de danos, incluindo movimentos de familiares de usuários, nas áreas de psicologia, direito, assistência social, movimentos LGBTQIA+, antimanicomiais, entre outros; Os editais devem priorizar grupos com práticas consolidadas de base, assegurando financiamento direto, acompanhamento participativo e garantia de autonomia dessas organizações; Deve-se impedir a apropriação dos recursos por interesses lucrativos ou seu uso filantrópico, por meio de mecanismos claros nos editais que preservem a independência política e a essência comunitária dessas iniciativas, fortalecendo seu papel fundamental na prevenção e no cuidado comunitário. Instituir mecanismos de controle social e participação dos próprios coletivos e usuários no planejamento, execução e avaliação das ações financiadas; 3) Distribuição pública e comunitária de insumos de redução de danos com financiamento da segurança pública ou Fundo de Defesa de Direitos Difusos. Instituir, por meio de portarias interministeriais, editais públicos simplificados que garantam o financiamento direto e continuado da aquisição, logística e distribuição de insumos de redução de danos (como seringas, cachimbos, camisinhas, medicamentos, naloxona, kits de higiene, autotestes, água, entre outros) a organizações da sociedade civil e da saúde com atuação consolidada em territórios com forte demanda por essas ações. Os pontos de distribuição devem ser articulados à proposta anterior, garantindo presença frequente, acessível e descentralizada; A política deve assegurar que todas as etapas da cadeia logística (aquisição, armazenamento e entrega) sejam planejadas em diálogo com quem já realiza essas práticas de forma autônoma e territorializada, reconhecendo e fortalecendo os saberes populares historicamente construídos pelas populações usuárias como estratégia central de cuidado e proteção; Devem ser priorizadas, nesses editais, as iniciativas protagonizadas por pessoas negras, periféricas, trans, travestis e trabalhadoras sexuais, que historicamente lideram práticas de redução de danos nos territórios, produzindo estratégias eficazes de cuidado e enfrentando as maiores barreiras no contato com os sistemas de justiça, saúde e assistência; A política deve prever mecanismos de controle social efetivo, com participação direta de coletivos e usuários na definição de critérios de acesso, pontos de distribuição e formas de monitoramento e avaliação das ações. A proposta reconhece que segurança pública também se constrói por meio do cuidado, e que o acesso contínuo e desburocratizado a insumos

que salvam vidas é essencial para prevenir infecções, overdoses, violências e outros agravos;

4) Criação de linhas específicas de fomento à pesquisa, extensão e circulação de saberes em Redução de Danos (RD). Por meio de articulação interministerial entre o Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC) — incluindo Capes e CNPq, a proposta parte do reconhecimento de que: Os saberes empíricos, territoriais e tradicionais relacionados ao uso de substâncias psicoativas configuram formas legítimas de produção de conhecimento em saúde pública e cuidado, fundamentais para práticas efetivas de redução de danos; As pesquisas historicamente financiadas privilegiam abordagens biomédicas, proibicionistas e repressivas, desconsiderando os saberes acumulados por movimentos sociais, coletivos populares e práticas de cuidado comunitário; Universidades públicas e institutos federais precisam ser incentivados a ampliar suas linhas de extensão e pesquisa crítica em RD, articulando-se diretamente com atores que atuam nos territórios, valorizando metodologias participativas e interdisciplinares. Os editais públicos destinados a esses fins devem prever: Fomento a pesquisas participativas, avaliações qualitativas e sistematizações de experiências e práticas pedagógicas em RD; Apoio a projetos de extensão universitária construídos em parceria com movimentos sociais, CAPS, equipes de rua e coletivos comunitários; Circulação ampla de materiais formativos produzidos colaborativamente entre academia, Estado e territórios, utilizando linguagem acessível e culturalmente apropriada. Deve-se priorizar a seleção de iniciativas conduzidas por universidades públicas, coletivos, comunidades tradicionais e organizações da sociedade civil que articulam pesquisa e prática em territórios com essa demanda; As propostas de pesquisa devem incorporar os saberes e práticas de povos originários, quilombolas, pessoas em situação de rua, profissionais do sexo, população trans e travesti, juventude negra e periférica, e demais grupos historicamente marginalizados que desenvolvem estratégias autônomas e eficazes de RD; Esses conhecimentos devem ser reconhecidos como evidências válidas para a formulação e aprimoramento de políticas públicas, contribuindo para romper a hegemonia biomédica e proibicionista; Os editais devem assegurar apoio técnico, financeiro e logístico às iniciativas, garantindo processos transparentes de devolutiva às comunidades, contrapartidas comunitárias, e a construção coletiva de formação popular e ética compartilhada no desenvolvimento do conhecimento.

I EIXO IV - SEGURANÇA PÚBLICA CIDADÃ E JUSTIÇA CRIMINAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Paradigma punitivista que sustenta prisões por porte de drogas sem violência; Violência policial do tipo “abordagem por perfil” em territórios empobrecidos; Ordens legais que viabilizam financiamento às CTs vinculadas à segurança pública; Falta de controle social e monitoramento sobre ações policiais; Ausência de alternativas jurídicas e sociais, como justiça restaurativa.

PROPOSTAS: 1) Revogar as portarias que financiam comunidades terapêuticas violadoras de direitos, via Portaria Interministerial entre MJSP, MS e MDHC, retirando efeito imediato das Portarias nº 2.197/2001, 3.088/2011 e 3.588/2017; 2) Encarregar a Senasp/MJSP para fiscalizar e monitorar CTs, em parceria com Conselhos de Saúde e Direitos Humanos, Defensorias Públicas e Ministérios Públicos, garantindo proteção a usuários e responsabilização de instituições por práticas abusivas e violadoras de direitos; 3) Desenvolver medidas legislativas para a descriminalização do porte para uso pessoal de substâncias, com substituição por medidas educativas, restaurativas e ações de cuidado em liberdade; 4) Capacitar agentes de segurança, operadores do direito e gestores públicos em direitos humanos, antirracismo, redução de danos e Reforma Psiquiátrica, com iniciativas interinstitucionais que debatam os impactos das decisões policiais sobre juventudes

negras, pessoas em situação de rua e comunidades periféricas; 5) Capacitar agentes de segurança, operadores do direito e gestores públicos em direitos humanos, antirracismo, redução de danos e Reforma Psiquiátrica, com iniciativas interinstitucionais que debatam os impactos das decisões policiais sobre juventudes negras, pessoas em situação de rua e comunidades periféricas; 6) Implementar programas de justiça restaurativa e cuidado integrado, articulando segurança pública, saúde e assistência social, para reparar danos às vítimas, promover responsabilização com dignidade e reinserção comunitária de pessoas em conflito com a lei em razão do uso de substâncias; 7) Desenvolvimento de medidas legislativas para legalizar e regulamentar o consumo e programas efetivos de reinserção social. Propõe-se que seja realizado por vias legislativas a revogação e reformulação completa do artigo 28 da Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006). Se faz urgente a colocação de critérios objetivos que legalize o consumo e diferencie o usuário, e não somente isso, que também caracterize de maneira clara os traficantes que estão na ponta do comércio de drogas - quem majoritariamente preenche os presídios - e aqueles que especulam e acumulam capital com este mercado. A Lei de Drogas no Brasil não diferencia de maneira eficaz usuário, pequeno e grande traficante, além do fato de que essa interpretação ainda está à margem da polícia no momento do flagrante. Grandes traficantes, inclusive com relações políticas e conexões com grandes empresas não sofrem a mesma punição do estado em comparação àqueles que estão na ponta do comércio. Além disso, é necessária a despenalização de pessoas condenadas por crimes associados ao uso de substâncias psicoativas - esta medida precisa ser ampliada e atrelada a programas de reparação social às pessoas e famílias afetadas pelo encarceramento, como a reinserção direta no ensino em todos os níveis, a anistia a dívidas e a garantia de moradia própria a egressos do sistema carcerário. Deve-se promover justiça social o incentivo a medidas restaurativas de punibilidade, com o cumprimento de penas socioeducativas como prestação de serviços à comunidade e sem privação total de liberdade, em detrimento de medidas retributivas que privilegiam a pena com privação de liberdade em regime fechado. A diminuição do número de pessoas encarceradas e a diminuição da taxa de ocupação de vagas ou mesmo fechamento de unidades prisionais, em vez do aumento do financiamento destes sistemas inclusive por vias de privatização, precisa ser uma meta para a promoção efetiva de justiça restaurativa e inclusão social; 8) A desmilitarização das polícias: o Estado Brasileiro deve romper com o modelo militarizado que constantemente viola direitos e com uma raiz colonial e racista, no topo dos índices internacionais de violência contra populações vulneráveis. Experiências internacionais mostram que a desmilitarização da polícia aliada à segurança comunitária e justiça restaurativa pode reduzir drasticamente os índices de violência e encarceramento, promovendo proteção real e respeito aos direitos humanos. Ao adotar práticas internacionais adaptadas à nossa realidade, com forte controle social, educação crítica e articulação intersetorial, podemos construir uma segurança pública democrática, inclusiva e efetiva; 8) Financiamento de programas de capacitação Investimento por parte do Ministério da Justiça e Segurança Pública - juntamente com as secretarias estaduais, municipais e as entidades de políticas de drogas - em programas de capacitação para agentes de segurança, operadores do direito e gestores públicos, com abordagens que levantem questões sobre direitos humanos, antirracismo, redução de danos e a Reforma Psiquiátrica, com iniciativas interinstitucionais que debatam os impactos das decisões policiais sobre juventudes negras, pessoas em situação de rua e comunidades periféricas.

I EIXO V - ACESSO AO CUIDADO E SISTEMA DE DIREITOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Desfinanciamento crônico da política de saúde mental, subfinanciamento



estrutural da RAPS, redução de repasses federais e ausência de critérios técnicos para repasses estaduais e municipais, enquanto isso o orçamento para repressão é um dos maiores do país. Sucateamento e baixa cobertura dos serviços da RAPS, CAPS, Consultórios na Rua, residências terapêuticas e Centros de Convivência com estrutura insuficiente, especialmente em periferias, zonas rurais e comunidades tradicionais. Precarização das equipes e vínculos de trabalho, terceirização dos vínculos trabalhistas e más condições de trabalho dos profissionais, enfraquecendo os princípios da atenção psicossocial. Desvio de recursos públicos para Comunidades Terapêuticas (CTs), fortalecimento de modelos abstencionistas, punitivos e religiosos, em detrimento da política pública laica, territorial e em liberdade. Contradição com os princípios da Reforma Psiquiátrica com o avanço das CTs reforça práticas manicomiais e institucionais, afrontando a Lei nº 10.216/2001. Fragmentação e ausência de articulação intersetorial, falta de protocolos integrados entre SUS, SUAS, Defensorias Públicas, Ministério Público, sistema de justiça e conselhos de classe. Ausência de estratégias de busca ativa e responsabilização do Estado.

PROPOSTAS: 1) Fortalecimento do Cuidado em Liberdade por meio de portaria Interministerial: Implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica nas políticas sobre drogas. Portaria interministerial entre o Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), o Ministério da Saúde (MS), o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), e o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC). Com o objetivo de estabelecer diretrizes e ações conjuntas que garantam a efetivação da Lei nº 10.216/2001 (Reforma Psiquiátrica) no campo das políticas sobre drogas, com foco no cuidado em liberdade, intersetorialidade e redução de danos, por meio de instrumentos executáveis em nível local e nacional. Principais diretrizes da portaria: Definir responsabilidades conjuntas entre MS, MJSP, MDS e MDHC para: Financiar serviços substitutivos ao modelo manicomial, como CAPS III, CAPS AD III, Centros de Convivência e Consultórios na Rua; Co-financiar equipes multiprofissionais e de redução de danos em territórios vulnerabilizados; Garantir fluxos formais de acolhimento e não de punição, inclusive com o sistema de justiça. Criar planos intersetoriais estaduais e municipais, com: Metas e indicadores de implementação da política de cuidado em liberdade; Integração direta entre serviços da saúde, assistência social e segurança pública. Instituir cargos ou funções de articulação territorial intersetorial, formalmente vinculados a órgãos públicos locais, para: Garantir a articulação entre SUS, SUAS e justiça; Evitar encaminhamentos compulsórios e violadores de direitos. Destinar recursos por meio da LOA e fundos específicos (como o FNAS e FNS), com: Prioridade orçamentária para territórios com maior impacto da política de drogas; Acompanhamento por conselhos de saúde, assistência, direitos humanos e movimentos sociais. Garantir formação permanente conjunta, com participação dos três sistemas (saúde, assistência e segurança pública), orientada pelos princípios: Da redução de danos; Da escuta qualificada e não punitiva; Do cuidado em liberdade e da Reforma Psiquiátrica.

I EIXO VI - GOVERNANÇA PARTICIPATIVA

PRINCIPAIS DESAFIOS: A governança participativa nas políticas sobre drogas enfrenta desafios estruturais que incluem o desmonte e a desvalorização dos conselhos de políticas públicas, a fragmentação entre SUS, SUAS e sistema de justiça e a baixa capacidade de incidência social sobre decisões orçamentárias e de gestão. Os Conselhos de Saúde, Assistência Social e Direitos Humanos, essenciais para o controle social e a participação popular, sofrem com subfinanciamento, falta de autonomia, reuniões esvaziadas e ausência de mecanismos que garantam que suas deliberações se tornem vinculantes. Além disso, a ausência de espaços de articulação entre conselhos e gestores locais dificulta a implementação de políticas de cuidado em liberdade, ampliação de serviços

de redução de danos e monitoramento de práticas em comunidades terapêuticas que possam remontar ao menor indício de violência e/ou violação. A participação popular, essencial para a fiscalização das políticas e o fortalecimento da democracia, é frequentemente relegada a um papel meramente consultivo, sem influência real sobre a alocação de recursos ou sobre a fiscalização de violações de direitos.

PROPOSTAS: 1) Fortalecer conselhos de políticas públicas como espaços de controle social vinculante, garantindo financiamento e autonomia administrativa, com a implementação de regimentos internos que assegurem a paridade de representação e a obrigatoriedade de resposta dos gestores públicos às deliberações; 2) Criar câmaras técnicas intersetoriais nos estados e municípios, integrando Conselhos de Saúde, Assistência, Direitos Humanos e órgãos de controle (MP e Defensoria Pública), para acompanhamento de políticas sobre drogas, fiscalização de CTs e monitoramento dos orçamentos destinados à saúde mental, assistência social e segurança pública; 3) Aprovar legislações municipais e estaduais que garantam a participação popular na definição de metas e indicadores de políticas sobre drogas, com relatórios periódicos acessíveis à sociedade e audiências públicas que permitam revisões e controle social sobre a execução das políticas; 4) Instituir programas de formação continuada para conselheiros(as) e coletivos comunitários em políticas sobre drogas, redução de danos e direitos humanos, garantindo que a participação social seja qualificada, fortalecendo a escuta territorial e o protagonismo de usuários e familiares na construção das políticas públicas; 5) Destinar recursos específicos em LOAs e PPAs para garantir a infraestrutura mínima de funcionamento dos conselhos, com apoio técnico e logístico que viabilize a realização de reuniões periódicas descentralizadas em territórios vulnerabilizados, garantindo o acesso de populações mais afastadas e tradicionalmente excluídas do debate.

I EIXO VII - ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Resistência a abandonar paradigmas proibicionistas antigos devido a pressões políticas e midiáticas nacionais e internacionais: há uma forte resistência das casas parlamentares e grupos midiáticos em abandonar discursos e políticas nacionais e regionais baseadas em crenças, preconceitos e ideologias, mesmo diante de evidências científicas robustas que demonstram sua ineficácia e prejuízos. As políticas de drogas dos EUA, criticadas por Carl Hart e Johann Hari, são um exemplo claro disso, sendo baseadas em questões raciais e ganho político, não em dados reais, assim como no Brasil a história do proibicionismo nacional revela que a formulação de políticas sobre drogas foi frequentemente influenciada por pressões políticas populistas, por vezes de cunho eugenista e racista, e pela desinformação midiática, que priorizam até hoje narrativas pseudocientíficas e ideologicamente moralistas e proibicionistas, em detrimento de abordagens realistas e baseadas em fatos e análises científicas. O IPEA, em 2023, publicou um estudo intitulado ‘Custo de bem-estar social dos homicídios relacionados ao proibicionismo das drogas no Brasil’, e revelou que a própria política proibicionista, por resultar mortes em virtude da escalada da violência policial contra e entre grupos sociais criminalizados, acaba por diminuir a expectativa de vida de todo o país e causar o superencarceramento de pessoas no país; ou seja, a própria Lei nº 11.343/2006 e também o primeiro Planad instituem uma política de drogas que vigora até aqui com foco na repressão criminal visando a redução da oferta e demanda por drogas na sociedade brasileira produzindo mais mortalidade e reduzindo a expectativa de vida da população, não sendo assim uma política em consonância constitucional, já que deveria garantir direitos humanos e não os violar; aliado a isso, a expansão do financiamento de comunidades terapêuticas e as limitações do orçamento público em relação aos pisos nacionais da saúde e assistência

social desinvestem recursos de equipamentos públicos operantes dos sistemas de garantia de direitos (SGD), do SUS e do SUAS; Desfinanciamento na produção regionalizada de evidências científicas e na construção e monitoramento de indicadores sensíveis às regionalidades nacionais, instituindo um estado de ausência de mecanismos nacionais e regionais de avaliação contínua das políticas de drogas e gerando lacunas na produção de educação para as drogas e disseminação de informação sobre drogas em todos os níveis educacionais, prejudicando a formação cidadã, a capacitação técnica e científica de profissionais de diferentes campos de atuação e a formulação de políticas públicas realistas e efetivas: há uma insuficiência de investimento em pesquisa nacional continuada sobre drogas, como demonstra inclusive o atual hiato entre o último levantamento nacional sobre uso de drogas, e de modo geral a ausência de um piso nacional suficiente para o orçamento da educação inviabiliza investimentos em pesquisas, fomento de tecnologias regionais autônomas para a solução das desigualdades sociais e formação de pesquisadores com vínculo com os territórios, resultando em carência de dados e evidências contextualizadas às múltiplas realidades brasileiras. Em diferentes níveis educacionais, dificuldades de produção de ciência condizem com as barreiras de acesso e permanência de pessoas oriundas das classes pobres, periféricas ou segregadas pelo racismo institucional, inclusive junto aos programas de graduação e pós-graduação, com ênfase nas universidades públicas; tais dificuldades condizem em parte, também, ao sistema produtivista que impera nas universidades, fazendo com que a própria produção de ciência no Brasil seja um círculo vicioso que se alimenta de uma série de saberes oriundos do paradigma biomédico ou proibicionista enquanto lastros de verdade que embasam discursos de supostas evidências científicas, como se estas também não fossem categorias políticas sob disputa. A formulação de políticas públicas sobre drogas deve se sustentar em evidências que dialoguem com as realidades sociais, históricas e territoriais do Brasil. Deste modo, é fundamental que o conceito de “evidência” não seja limitado a modelos biomédicos, clínicos ou modelos quantitativos tecnocráticos. Não é possível uma produção acrítica e não historicizada de “práticas baseadas em evidências”, senão para justificar intervenções descontextualizadas e insensíveis à complexidade dos territórios e das subjetividades dotadas da moralidade criminalizante que vigora até o momento como hegemônica na efetivação da política de drogas nacional. Esta abordagem indevida às “evidências” frequentemente ignora determinantes sociais como raça, gênero, classe e cultura, além de desconsiderar práticas eficazes construídas a partir da experiência e da resistência coletiva das pessoas em comunidades e nos territórios.

PROPOSTAS: 1) Reconhecer múltiplas formas de produção de conhecimento como base legítima para a formulação de políticas públicas sobre drogas, ampliando o conceito de “evidência” para além dos experimentos clínicos e modelos biomédicos, valorizando também os saberes produzidos por movimentos sociais, práticas comunitárias, povos tradicionais e profissionais que atuam nos territórios. É necessário superar o reducionismo tecnocrático da defesa das “práticas baseadas em evidências” e da gestão por resultados padronizados que privilegiam indicadores que invisibilizam subjetividades, territórios e grupos sociais vitimados pela política de drogas atual, reivindicando assim uma ciência popular e crítica que reconheça os limites da mensuração quantitativa de dados e valorize indicadores qualitativos, como autonomia, vínculo, pertencimento comunitário e redução de danos reais à vida das pessoas. Isto, por sua vez, se faz ao incluir, como parte da base técnica das políticas, as evidências geradas por pesquisas participativas, experiências de cuidado em liberdade e metodologias da educação popular, valorizando a produção de saberes de povos e comunidades tradicionais e reconhecendo suas potências como produtores de evidências próprias; 2) Investir na produção de conhecimento crítico e comprometido com a garantia dos Direitos Humanos, com a redução de danos e com a Reforma Psiquiátrica, destinando

recursos públicos permanentes à pesquisa em saúde mental e política sobre drogas, com foco em territórios vulnerabilizados, populações criminalizadas, gênero e raça, priorizando projetos conduzidos por universidades públicas, centros de pesquisa independentes e coletivos organizados. É essencial investir na produção de conhecimento garantindo financiamento público contínuo não só às universidades, mas também a centros de pesquisa independentes, como os Centros de Referência Regionais de Formação sobre políticas de drogas, assim como coletivos de usuários e iniciativas comunitárias que constroem tecnologias sociais enraizadas em realidades concretas, como o projeto Drogas: Quanto Custa Proibir. Tais iniciativas muitas vezes já produzem um saber voltado ao mapeamento do custo e dos danos do proibicionismo das drogas, orientando práticas de justiça, reparação e redução de danos desta política, um saber que ainda é majoritariamente apartado dos processos de formulação das políticas sobre drogas em vigência até o momento, e um meio para viabilizar tais ações é ampliar o acesso e a permanência das pessoas junto aos programas de pós-graduação, com ênfase nas universidades públicas que pratiquem o tripé ensino-pesquisa-extensão inclusive por programas de acesso ao ensino superior para pessoas egressas do sistema penal como o Pronera, que atende pessoas assentadas pela reforma agrária. Expandir a oferta de programas de formação de gestores públicos como o Compasso, promulgado em 2024 pelo governo federal visando a capacitação e formação continuada em política sobre drogas, pode aumentar a competência de profissionais de saúde e assistência social, membros de conselhos e representantes da sociedade civil em produzir, acessar, interpretar e aplicar evidências científicas na formulação de políticas públicas sobre drogas. Tal expansão pode facilitar a criação de sistemas de avaliação participativa das políticas públicas sobre drogas bem como a criação indicadores públicos e acessíveis, que articulem dados quantitativos (como acesso a serviços, internações, óbitos evitáveis) com dimensões qualitativas (vínculo, escuta, reinserção social, acesso à renda e moradia). A criação de linhas específicas de financiamento para pesquisas populares e comunitárias, desenvolvidas fora dos espaços acadêmicos formais, ainda que vinculadas a estes, mas que partem da vivência e da realidade de quem está nos territórios, estimulando a cooperação entre universidades, serviços públicos e movimentos sociais para fomentar estudos que resultem em mudanças práticas e emancipatórias; 3) Fomentar tecnologias sociais livres, desenvolvidas a partir da realidade brasileira, tanto a partir da garantia da participação popular em conselhos de políticas sobre drogas quanto na produção de saber; deste modo, usuários, familiares, profissionais e movimentos sociais atuam na definição e no acompanhamento dos indicadores da política, tendo as gestões governamentais compromisso com o devido suporte técnico para a transparência e sistematização de dados de sistemas de vigilância (saúde, assistência social, socioeducação e sistema penal). Este fomento deve priorizar os Centros Estaduais de Políticas Sobre Drogas e os Centros Regionais de Referência para Formação em Políticas Sobre Drogas como articuladores de ações de capacitação em bases territorializadas, arranjando assim maior potencial de sensibilidade às regionalidades, condicionando a formulação de políticas mais eficazes, humanas e comprometidas com os direitos das pessoas que usam drogas. Tais ações de fomento poderiam organizar núcleos de produção e publicação de materiais educativos, com dados expostos de forma acessível em plataformas digitais e físicas, contendo ferramentas de cuidado e estratégias de intervenção sensíveis às particularidades territoriais. Este fomento pode viabilizar também a constituição de fóruns e espaços de diálogo regulares entre pesquisadores, formuladores de políticas, profissionais que atuam nos equipamentos inseridos nas comunidades, para que o conhecimento científico seja efetivamente traduzido em práticas e políticas relevantes e eficazes; 4) Atualização das pesquisas nacionais sobre uso de drogas e consolidação efetiva do Sistema Nacional de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas (Sinap): o primeiro Planad

objetivou o Sinap, uma plataforma nacional acessível que deveria compilar e disseminar dados de pesquisas sobre produção, distribuição e uso de drogas, conduzindo à elaboração de manuais de boas práticas de cuidado baseados na avaliação das evidências sobre intervenções eficazes de prevenção e cuidado, voltado tanto para gestores públicos quanto para profissionais, conselheiros e a sociedade civil. O Sinap pode ser utilizado para que aglutine indicadores das políticas sobre drogas que a dimensionem para além das métricas proibicionistas, incluindo indicadores referentes à saúde coletiva (como índices de acesso aos tratamentos e resultados sobre a prevenção e redução de problemas associados ao uso de drogas, como overdose e infecções específicas), redução de danos, acesso a direitos, inclusão social e desenvolvimento comunitário. Propõe-se a realização do IV Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, contendo também um levantamento específico sobre o uso de drogas por parte de comunidades e povos tradicionais pode ser uma ferramenta para a produção de evidências sensíveis às particularidades de cada território, povo e comunidade, contribuindo para uma formulação de políticas mais efetivas para estas populações. Além disso, propõe-se a inclusão nesta IV edição de uma seção para Levantamento Nacional dos Custos e Danos do Proibicionismo das Drogas, conforme o modelo da pesquisa realizada pelo projeto “Drogas: Quanto Custa Proibir”, visando orientar a elaboração de ações para Redução de Danos do Proibicionismo. Alguns exemplos de indicadores de uma política de drogas baseada no respeito aos direitos humanos preconizando o cuidado em liberdade, neste sentido, incluem: diminuição da letalidade policial em crimes relacionados à lei de drogas; a diminuição dos índices de encarceramento e superlotação de unidades prisionais; o aumento de penas nos termos de medidas restaurativas de justiça; a diminuição do tempo de espera por inserção em serviços básicos ou especializados do SUS e SUAS; o aumento da taxa de implantação de Centros de Convivência e demais equipamentos de base territorial de assistência de saúde e atenção psicossocial; a diminuição das taxas de internamento por uso problemático de substâncias; a expansão do financiamento bruto da RAPS acompanhado do monitoramento dos seus indicadores de atendimento; diminuição do índice de rotatividade de cargos das equipes técnicas nos equipamentos do SUS e SUAS; diminuição no número de afastamentos de trabalhadores em equipamentos públicos por adoecimento ocupacional; grau de satisfação das pessoas usuárias de serviços públicos com o vínculo com equipes e equipamentos; aumento da permanência escolar e do grau de escolaridade de famílias beneficiárias de programas de habitação popular e transferência de renda. Uma vez atualizadas estas pesquisas, é possível repetir ciclos periódicos de avaliação das políticas e programas, com participação de especialistas independentes e da sociedade civil, garantindo que os resultados sejam publicizados e que as políticas sejam ajustadas com base nas evidências; 5) Revogar a repressão da produção ilícita de substâncias como finalidade do Sisnad, alterando a redação do Art. 3º da Lei nº 11.343/2006 para preconizar a modificação de condições sociais estruturais que determinam a ocorrência do tráfico de drogas em vez de sua repressão, considerando o paradigma proibicionista punitivista como produtor de danos sociais, e instituir assim, no mesmo artigo da Lei nº 11.343/2006, uma terceira finalidade para o Sisnad: a reparação social dos danos do proibicionismo da maconha, considerando a descriminalização do porte e uso desta substância e o arranjo eminente da regulamentação da sua cadeia de produção e distribuição nacional.

2.3.10. REMADD

Trata-se da realização de Consulta Pública Temática Livre realizada pela organização Rede

Maranhense de Diálogos sobre Drogas (Remadd). A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.

Data de realização: 30 de junho de 2025

Modalidade: Virtual

Nº de Participantes: 65

Nº de Contribuições: 2

Eixos debatidos:

I EIXO VI - GOVERNANÇA PARTICIPATIVA

PRINCIPAIS DESAFIOS: Falta de apoio financeiro aos Conselhos e às Políticas Públicas; a presidência não possui alternância.

PROPOSTAS: Criação e/ou fortalecimento de Secretarias Estaduais e Municipais de Políticas Sobre Drogas.

I EIXO VII - ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem contribuições.

PROPOSTAS: Integrar grupos de mútua-ajuda à rede de atenção psicossocial; criar um selo/certificação de qualidade; criar linha de financiamento contínuo para: projetos de prevenção, atendimento psicossocial, comunidades terapêuticas certificadas; reconhecer a espiritualidade como integrante do programa terapêutico.

I NOVO EIXO – “ACOLHIMENTO e ESPIRITUALIDADE”

PRINCIPAIS DESAFIOS: violação da liberdade de pensamento e consciência; estrutura precária das CTs; grupos de apoio nem sempre são integrados às políticas públicas; muitos programas têm recursos instáveis ou sofrem descontinuidade política; falta articulação com escolas, empresas, programas habitacionais e familiares.

2.3.11. É DE LEI E REDUC

Trata-se da realização de Consulta Pública Temática Livre realizada pelas organizações Centro de Convivência É de Lei (É de Lei) e Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (Reduc). A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.



Data de realização: 01 de julho de 2025

Modalidade: Virtual

Nº de Participantes: 59

Nº de Contribuições: 21

Eixos debatidos:

I NOVO EIXO – “ACOLHIMENTO e ESPIRITUALIDADE”

PRINCIPAIS DESAFIOS: Captura do conceito de espiritualidade por comunidades terapêuticas confessionais com práticas violadoras de direitos humanos; Financiamento público a instituições religiosas que condicionam o cuidado à conversão, abstinência ou imposições morais; Violação do princípio da laicidade do Estado e sua descaracterização por meio de convênios com entidades religiosas no SUS e SUAS; Ausência de políticas públicas que valorizem práticas espirituais plurais, especialmente de povos indígenas, comunidades quilombolas e saberes de matriz africana; Imposição de práticas religiosas como parte do cuidado, configurando coerção espiritual e cerceamento da liberdade de consciência; Falta de formação dos profissionais da saúde sobre os fenômenos religiosos e espirituais, muitas vezes reduzidos a visões patologizantes ou alienantes; Estigma e preconceito contra usuários de drogas com vivências de fé, tanto por setores conservadores quanto por setores progressistas; Instrumentalização da espiritualidade como justificativa moral para práticas de confinamento, exclusão e disciplinamento.

PROPOSTAS: 1) Proibir o repasse de recursos públicos para instituições confessionais ou comunidades terapêuticas que imponham práticas religiosas a usuários, garantindo a proteção da liberdade de crença, a observância dos direitos humanos e promovendo a alocação ética e legal de recursos conforme os princípios do Estado laico; 2) Considerar como violação de direitos humanos a imposição de práticas religiosas em serviços para pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas, assegurando o cuidado em liberdade, o respeito à autonomia dos sujeitos e a responsabilização institucional por práticas coercitivas; 3) Reafirmar, no novo Planad, a laicidade do Estado como princípio orientador da política sobre drogas e dos serviços públicos de saúde e assistência social, fortalecendo a neutralidade institucional e impedindo a captura religiosa das políticas públicas; 4) Estabelecer diretrizes claras para evitar a vinculação do cuidado à obrigatoriedade de participação religiosa ou espiritual, garantindo o respeito à diversidade de crenças e convicções e promovendo práticas de cuidado baseadas na escuta, na ética e na liberdade de consciência; 5) Encerrar o financiamento público às comunidades terapêuticas que condicionem o cuidado à conversão religiosa, à abstinência obrigatória ou a práticas moralizantes, assegurando a destinação dos recursos a serviços públicos baseados em evidências, em direitos humanos e em princípios democráticos; 6) Priorizar o financiamento dos CAPS, UAA e dos Centros de Convivência como dispositivos de cuidado em liberdade, territoriais e plurais, fortalecendo a RAPS, ampliando o acesso à saúde mental comunitária e assegurando o cuidado integral e não-coercitivo; 7) Criar mecanismos de fiscalização permanente, por meio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Políticas sobre Drogas, sobre entidades terapêuticas com vínculo religioso, promovendo o controle social e prevenindo a violação de direitos nos contextos de cuidado institucional; 8) Garantir transparência e controle social sobre recursos destinados a entidades do campo da



saúde e assistência social com interface espiritual, garantindo o uso legal, ético e participativo dos fundos públicos, conforme os princípios constitucionais da administração pública; 9) Reconhecer a espiritualidade como dimensão humana legítima, desde que respeite a liberdade de crença, a diversidade e a autonomia dos usuários, desde que respeite a liberdade de crença, a diversidade de expressões espirituais e a autonomia dos usuários em seus processos de cuidado; 10) Valorizar práticas espirituais não institucionalizadas, de povos originários, comunidades quilombolas, terreiros e culturas populares, promovendo a equidade no reconhecimento de saberes e combatendo o epistemicídio e o racismo estrutural nas políticas públicas; 11) Garantir formação crítica e continuada dos profissionais do SUS, SUAS e rede intersetorial sobre espiritualidade, religiosidade e diversidade de expressões de fé, qualificando o cuidado, prevenindo abordagens reducionistas e assegurando práticas acolhedoras e fundamentadas em direitos; 12) Estimular uma compreensão teórica e conceitual aprofundada dos fenômenos espirituais e religiosos no campo da saúde e da política sobre drogas, promovendo a produção de conhecimento interdisciplinar e plural que oriente práticas públicas fundamentadas em justiça e diversidade; 13) Incluir usuários, lideranças religiosas e representantes de espiritualidades diversas nas formações e nos espaços de construção de políticas públicas, assegurando a participação social, a democratização do conhecimento e o protagonismo de sujeitos historicamente marginalizados; 14) Produzir materiais educativos que abordem espiritualidade, cuidado, diversidade religiosa e laicidade para profissionais e para a população, contribuindo para a formação cidadã, a superação de preconceitos e a promoção de uma cultura institucional de direitos; 15) Fomentar projetos baseados em práticas populares e ancestrais de cuidado espiritual, como o uso de plantas medicinais (Ayahuasca, Jurema Preta, dentre outras), assegurando o reconhecimento jurídico e cultural desses saberes e ampliando as possibilidades de cuidado no território; 16) Apoiar iniciativas como Farmácia Viva, oficinas de autocuidado e experiências de espiritualidade popular nos territórios, fortalecendo o cuidado comunitário, o protagonismo popular e a valorização dos saberes locais na saúde mental e no cuidado em liberdade; 17) Valorizar os Centros de Convivência como espaços de espiritualidade em liberdade e cuidado comunitário de baixa exigência, assegurando seu financiamento e seu papel estratégico na atenção psicossocial de base territorial; 18) Garantir que lideranças indígenas e quilombolas possam ministrar formações e atuar como educadores populares dentro do SUS; 19) Fortalecer a educação popular em saúde, acesso à justiça e garantia de direitos como estratégias de redução de danos e enfrentamento do fundamentalismo, assegurando práticas emancipatórias, pluralistas e fundamentadas na dignidade humana; 20) Realizar conferências, rodas de conversa e espaços de escuta com usuários sobre espiritualidade, fé, cuidado e políticas públicas, promovendo a participação ativa dos sujeitos na construção das diretrizes e práticas de cuidado em saúde mental e no campo das drogas; 21) Criar diretrizes intersetoriais sobre espiritualidade no cuidado em liberdade, articulando saúde, assistência, cultura, educação e direitos humanos, assegurando coerência institucional, transversalidade e efetividade nas ações públicas.

2.3.12. CRP 01/DF, COLETIVO BATEU E TULIPAS DO CERRADO

Trata-se da realização de Consulta Pública Temática Livre realizada pelas organizações Conselho Regional de Psicologia 01/DF, Coletivo Bateu de Redução de Danos e Tulipas do Cerrado. A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.



Data de realização: 01 de julho de 2025

Modalidade: Híbrida – Brasília/DF

Nº de Participantes: 40

Nº de Contribuições: 21

Eixos debatidos:

I EIXO III - REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem contribuições.

PROPOSTAS: 1) Institucionalizar a política de Redução de Danos no SUS e no SUAS, com financiamento público contínuo; 2) Regulamentar, em nível nacional, a profissão de agente de redução de danos; 3) Garantir kits de RD, espaços seguros de cuidado e materiais educativos; 4) Cobrar do GDF formação continuada em redução de danos para agentes comunitários, profissionais da saúde, educação e segurança pública, com foco em escuta qualificada, gênero e raça; 4) Cobrar do GDF formação continuada em redução de danos para agentes comunitários, profissionais da saúde, educação e segurança pública, com foco em escuta qualificada, gênero e raça; 5) Fortalecer a RAPS com ampliação de CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, unidades de acolhimento e Centros Pop; 6) Garantir ações de RD em eventos financiados com recurso público (distribuição de água, insumos e espaços de cuidado); 7) Reservar cotas do FUNPAD para projetos exclusivamente voltados à Redução de Danos; 8) Refinar e regulamentar novos mecanismos de controle e fiscalização de práticas violadoras de direitos (ex: torturas atitudinais e práticas manicomializantes).

I EIXO VI - GOVERNANÇA PARTICIPATIVA

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem contribuições

PROPOSTAS: 1) Garantir paridade nos conselhos de políticas sobre drogas: 50% usuários/as das políticas, 25% sociedade civil, 25% governo; 2) Estabelecer que a presidência dos conselhos seja eleita democraticamente, com preferência para membros da sociedade civil; 3) Criar fóruns descentralizados e itinerantes de escuta e deliberação sobre a política de drogas; 4) Propor editais de apoio e formação para conselheiros da sociedade civil, visando ampliar sua capacidade de incidência; 5) Impedir o uso de fundos públicos para entidades privadas de perfil asilar, fundamentalista ou punitivista; 6) Garantir que os conselhos sejam escutados e respeitados em suas deliberações, com fiscalização de ilegalidades em editais; 7) Criar mecanismos de controle para evitar conflitos de interesse, como membros do CONEN que são beneficiários de recursos.

I EIXO VII - ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem contribuições.

PROPOSTAS: 1) Revogar a Portaria nº 926/2023 do MDS (defesa de CTs); 2) Garantir que as

ações sejam baseadas em evidências produzidas por mecanismos oficiais de controle e direitos humanos (como o Mecanismo Nacional de Combate à Tortura); 3) Mapear universidades e centros de pesquisa que atuam com RD, saúde mental e cuidado em liberdade; 4) Financiar pesquisas públicas em parceria com movimentos sociais e territórios; 5) Garantir avaliação participativa das políticas públicas com envolvimento direto de pessoas usuárias; 6) Criar observatórios e centros de monitoramento vinculados à sociedade civil e às universidades.

2.3.13. FECTERS

Trata-se da realização de Consulta Pública Temática Livre realizada pela organização Federação das Comunidades Terapêuticas do Rio Grande do Sul (FECTERS). A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.

Data da realização: 01 de julho de 2025

Modalidade: Virtual

Nº de Participantes: 5

Nº de Contribuições: 6

Eixo debatido:

I NOVO EIXO – “ACOLHIMENTO e ESPIRITUALIDADE”

PRINCIPAIS DESAFIOS: Fragilidade da rede; Políticas públicas ambíguas e punitivas; Estruturas precárias; Ausência de programas educativos de reinserção; Violação de liberdade de pensamento; Perseguição a instituições vocacionais; discriminação.

PROPOSTAS: 1) Implantação de centros integrados; 2) Apoio de formação de grupos de mútua ajuda; 3) Programa de reinserção sociofamiliar; 4) Marco Legal e ético das comunidades terapêuticas; 5) Fundo permanente para políticas de cuidado e prevenção; 6) Reconhecer a espiritualidade como integrante do programa terapêutico.

2.4. Consulta Pública Interinstitucional

A Consulta Interinstitucional teve como objetivo central promover a escuta qualificada e o recebimento de propostas técnicas de órgãos federais e dos Conselhos Nacionais, aproveitando a expertise institucional acumulada na implementação de políticas públicas relacionadas à temática das drogas. Buscou-se, com isso: i) fortalecer a articulação intersetorial entre os diferentes poderes; ii) incorporar a experiência prática dos órgãos públicos na formulação do novo Planad; iii) promover a convergência de esforços governamentais no enfrentamento da questão das drogas; iv) garantir que o novo plano reflita as realidades institucionais e operacionais dos diferentes

poderes; e v) estabelecer bases sólidas para a implementação coordenada das futuras ações.

A participação efetiva de órgãos e Conselhos Nacionais no processo consultivo constitui elemento essencial para o fortalecimento dos princípios de governança democrática e participativa que fundamentam a construção de políticas públicas no Estado brasileiro. Tal engajamento institucional é imprescindível para assegurar que o novo Plano Nacional de Políticas sobre Drogas incorpore adequadamente a expertise técnica e a experiência prática acumuladas pelas instituições públicas nacionais, resultando na formulação de políticas mais eficazes, humanizadas e consonantes com as especificidades e demandas da realidade socioeconômica e cultural brasileira.

O processo foi estruturado para maximizar a contribuição técnica dos órgãos convidados e garantir que suas experiências práticas sejam adequadamente incorporadas ao novo Planad, seguindo quatro fases distintas:

Fase Preparatória: Envio de convite formal, documentos orientadores, cronograma de atividades e instrumentos de coleta das contribuições aos órgãos convidados;

Fase de Consulta: Realização de reuniões técnicas e coleta estruturada de propostas, organizadas segundo os oito eixos temáticos definidos no Art. 4º da Resolução Conad nº 13/2025;

Fase de Sistematização: Compilação e sistematização das contribuições recebidas, organizando-as por eixo temático e relevância estratégica neste relatório;

Fase Devolutiva: Apresentação dos resultados consolidados aos participantes por meio deste relatório para análise das contribuições no processo de revisão do novo Planad.

A consulta foi estruturada para contemplar diversos órgãos federais, organizados nos seguintes blocos institucionais:

Bloco Judiciário: Defensoria Pública da União (DPU), Ministério Público Federal (MPF) e Conselho Nacional de Justiça (CNJ);

Bloco Legislativo: Tribunal de Contas da União (TCU);

Bloco Executivo: Ministério da Saúde (MS), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Ministério dos Povos Indígenas (MPI), Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai) e Ministério da Igualdade Racial (MIR);

Conselhos Nacionais: Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda).

Cabe informar que a consulta ao TCU, excepcionalmente, não visou à contribuição de propostas por aquele órgão, mas somente garantir a transparência e legalidade de todo o processo consultivo.

Ainda, registra-se que foram encaminhados convites formais a todos os órgãos e entidades supracitadas, observando-se, contudo, que nem todos apresentaram manifestação no prazo estabelecido. Consequentemente, as propostas sistematizadas no presente documento referem-se exclusivamente às contribuições efetivamente recebidas dos órgãos que responderam positivamente à convocação e encaminharam suas respectivas colaborações técnicas dentro dos parâmetros metodológicos estabelecidos.

A publicação com as orientações e regras para as consultas interinstitucionais foram devidamente

publicizadas e estão disponíveis no seguinte link de acesso, disponível no site do Ministério da Justiça e Segurança Pública: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/consultas-interinstitucionais-planad.pdf>.

Complementarmente, foi enviada pela Senad uma lista de perguntas norteadoras para cada eixo para guiar a consulta. Não era obrigatório que as contribuições fossem respostas a essas perguntas. Somente algumas instituições fizeram uso das perguntas como guia, como será observado a partir das contribuições expostas nas próximas seções.

Na Tabela 6, descreve-se um resumo das consultas interinstitucionais em ordem de data, todas realizadas com a participação da Senad.

Tabela 6: Resumo das Consultas Interinstitucionais

#	Instituições	Data	Modalidade	Eixos debatidos	Nº Participantes	Nº de contribuições
1	MPI e Funai	12/08/2025	Híbrida	II, III, V e dois novos eixos	54	90
2	MIR	13/08/2025	Híbrida	I, II e III	5	5
3	Fiocruz	14/08/2025	Presencial	Todos	17	8
4	MDS	15/08/2025	Híbrida	Todos	5	5
5	MS	18/08/2025	Híbrida	I, III, V e VII	4	18
6	DPU	18/08/2025	Híbrida	Todos	4	8
7	CNS	18/08/2025	Híbrida	I, II, III, IV, V e VI	-	49
Total					89	183

2.4.1. ESTRATÉGIA NACIONAL POVOS INDÍGENAS NA POLÍTICA SOBRE DROGAS DA SENAD

Trata-se da realização de Consulta Interinstitucional realizada conjuntamente pelo Ministério dos Povos Indígenas (MPI), Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai) e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos do Ministério da Justiça e Segurança Pública (Senad/MJSP), com participação de organizações indígenas, com o tema “perspectivas indígenas e indigenistas para o novo Planad”. A referida consulta contou com a participação das seguintes organizações: Associação Povos da Terra, Federação do Povo Indígena Huni Kui do Estado do Acre, Articulação dos Povos Indígenas da região Sul, Associação das Mulheres Indígenas Ticuna, Conselho Gestão Território do Povo Tikuna, Rede de Jovens Indígenas Comunicadores do Alto Rio Solimões, Programa de Proteção dos Defensores dos Direitos Humanos e Ambientalistas, Hospital Universitário Federal da Grande Dourados, Universidade Federal do Amazonas, Departamento , Departamento de Articulações dos Jovens Indígenas Magüta do Alto Rio Solimões, Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus, Universidade Federal da Grande Dourados, Centro de Formação



Popular Vida e Juventude, Escritório Social de Tabatinga, Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões, Secretaria Municipal de Assistência Social de Tabatinga/AM, Organização Pan Americana de Saúde. A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.

Data da realização: 12 de agosto de 2025

Modalidade: Híbrida – Brasília/DF

Eixos debatidos:

I EIXO NOVO: “DIREITOS E MEDICINAS NATURAIS E ORIGINÁRIAS”

PRINCIPAIS DESAFIOS: “Medicinas indígenas foram subalternizadas, sendo considerada apenas a biomedicina enquanto modelo de atenção e de cuidado. As leis que atingem os povos indígenas nunca foram elaboradas com a participação dos povos indígenas. O adoecimento dos povos indígenas está relacionado a multifatorialidade, não está centrada na ausência de doenças, mas está correlacionada a garantia do território e de segurança alimentar e ao fortalecimento cultural. Indígenas são criminalizados e encarcerados pelo porte e tráfico de drogas (cannabis e ayahuasca), quando as mesmas substâncias que não são consideradas drogas pelos povos indígenas, mas medicinas que compõem suas tecnologias de cuidado, proteção e prevenção. A Resolução Conad nº1, de 2010, não contempla o uso tradicional da ayahuasca pelos povos indígenas, apenas os usos realizados por instituições formalmente constituídas, como as igrejas apagamento das culturas medicinas dos povos indígenas. Como contemplar a diversidade de povos na política sobre drogas? A região do Alto Solimões, no Amazonas, tem enfrentado muitos problemas com drogas que não eram conhecidas anteriormente e o uso tem sido realizado por crianças e jovens.”

PROPOSTAS: “1) Inserir no Planad a diferença conceitual sobre o que é droga e as substâncias que são utilizadas nas medicinas indígenas (rapé, cannabis, ayahuasca, kampo, tabaco); 2) Instituir, no âmbito do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas – PNAD, o Eixo “Direitos e Medicinas Naturais Originárias de Povos Indígenas”, com a finalidade de reconhecer, proteger e fortalecer as práticas tradicionais e espirituais relacionadas às medicinas naturais dos povos indígenas, respeitando suas nomenclaturas originárias, protocolos culturais e espirituais, e garantindo a autonomia e a autodeterminação desses povos; 3) Reconhecimento e valorização dos conhecimentos indígenas na formulação das políticas públicas; 4) Fortalecimento das medicinas indígenas e rituais sagrados como proposta de cuidado protetivo e preventivo para o bem viver; 5) Criação de consultas ou conferências regionais para escuta dos povos indígenas em relação aos problemas decorrentes da política sobre drogas e para reformulação da Resolução Conad nº 1/2010; 6) Reformulação da Resolução Conad nº1 de 2010 em relação à ayahuasca, pois uma pessoa indígena que não tenha um CNPJ de uma instituição religiosa pode ser presa. A resolução do Conad está centrada no uso realizado por igrejas e destitui os povos indígenas enquanto detentores originais desse conhecimento; 7) Descriminalização das práticas cerimoniais, espirituais e terapêuticas indígenas, quando realizadas conforme protocolos culturais comunitários reconhecidos; 8) Reconhecimento dos modos de uso das medicinas indígenas (ayahuasca, maconha e tabaco especialmente) dos povos indígenas como patrimônio imaterial cultural brasileiro; 9) Assegurar que as práticas



cerimoniais indígenas realizadas conforme protocolos comunitários não constituirão ilícito penal ou administrativo, sendo vedada qualquer forma de criminalização ou apreensão arbitrária de elementos sagrados; 10) Promover a articulação das práticas tradicionais aos serviços públicos de saúde e atenção psicossocial; 11) Fomento a realização de conferências com lideranças espirituais indígenas sobre medicinas indígenas; 12) Reconhecimento do uso medicinal e ancestral da cannabis pelos povos indígenas; 13) Reconhecimento das nomenclaturas originárias para as medicinas indígenas. P. ex.: cannabis, maconha e tabaco não são nomenclaturas utilizadas pelos povos indígenas; 14) representação dos povos indígenas no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad); 15) Instituir um Comitê Nacional de Medicinas Naturais Originárias de Povos Indígenas, com composição majoritária indígena, vinculado à Comissão Nacional de Políticas sobre Drogas – ao Conad; 16) O Poder Executivo, por meio da Conad, Senad e outros, proporcionará espaços de debates das organizações representativas indígenas, sobre as medicinas naturais originárias; 17) Cuidado territorializado e de base comunitária com os povos indígenas às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas; 18) Articulação de trabalho intersectorial entre saúde e demais áreas para o cuidado aos indígenas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas; 19) Proteção às crianças e jovens indígenas em relação ao uso prejudicial de álcool e outras drogas; 20) - Inserção de especialistas das medicinas indígenas nos CAIS e em linhas de cuidado de redução de danos em protocolos de saúde; 21) - Fomento e fortalecimento pela Senad às associações indígenas para criação de conselhos locais para o reconhecimento das medicinas indígenas; 22) Reconhecimento do uso espiritual do Shuru Dumne (maconha) e das cinco medicinas utilizadas pelo povo Huni Kuin.”

EIXO NOVO: “POVOS E COMUNIDADES INDÍGENAS E TRADICIONAIS NA POLÍTICA SOBRE DROGAS”

PRINCIPAIS DESAFIOS: “A inclusão do Eixo “Povos e Comunidades Indígenas e Tradicionais na Política sobre Drogas” é fundamental para garantir que as ações de prevenção, cuidado e redução de danos respeitem e fortaleçam a diversidade cultural, espiritual e territorial dos povos e comunidades. O reconhecimento da autonomia e da autodeterminação é condição indispensável à construção de estratégias eficazes, pois as formas de compreensão do uso de substâncias, bem como os caminhos de cuidado, variam segundo as cosmologias, saberes tradicionais e práticas de cada povo. O Eixo deve assegurar: Participação efetiva por meio de consultas prévias, livres e informadas (conforme a Convenção 169 da OIT), envolvendo povos indígenas e comunidades tradicionais na formulação, implementação e monitoramento das políticas. Reconhecimento do uso religioso de substâncias como legítima manifestação de liberdade cultural e religiosa, evitando criminalização ou estigmatização. Criação de uma Comissão Permanente composta por representantes indígenas, com atribuições de construir, avaliar e monitorar as ações do Planad. Inclusão de representantes indígenas e especialistas em saberes tradicionais no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad); 5) Integração transversal da espiritualidade como eixo estruturante do cuidado, valorizando rituais, crenças e cosmologias originárias, com protagonismo das lideranças tradicionais; 1. Consulta prévia, livre e informada (Convenção 169 da OIT): Garantir que o processo seja real, não apenas formal, considerando as línguas maternas, tempos próprios de decisão coletiva e protocolos comunitários. 2. Respeito ao uso ritual de substâncias: diferenciar o uso sagrado de substâncias de contextos problemáticos de consumo. ;3. Representação qualificada e com poder real: Garantir que representantes indígenas e de comunidades tradicionais em conselhos e comissões tenham autonomia, poder deliberativo e apoio técnico. 4. Proteção



de saberes tradicionais: Evitar a apropriação indevida e a descaracterização dos rituais e conhecimentos originários e tradicionais. 5. Territorialização das ações: construção de estratégias de redução de danos e cuidado em liberdade aos territórios indígenas e tradicionais. Sistematização do debate sobre espiritualidade: Incorporar, de forma transversal nas ações do Planad, a dimensão da espiritualidade como eixo estruturante do cuidado em contextos indígenas, respeitando e fortalecendo as práticas tradicionais, os rituais, as crenças e as cosmologias próprias de cada povo. Tal abordagem deve ser orientada pelo protagonismo das lideranças e guardiões de saberes, reconhecendo que a espiritualidade, em suas múltiplas expressões, constitui elemento central na promoção do equilíbrio individual e coletivo, na prevenção e no enfrentamento de questões relacionadas ao uso de substâncias. A implementação deve ocorrer por meio de processos participativos, que garantam a autonomia cultural e a autodeterminação dos povos indígenas, assegurando que os conhecimentos tradicionais não sejam subalternizados ou descaracterizados.”

PROPOSTAS: “1) Promover consultas prévias, livres e informadas com as comunidades indígenas e quilombolas sobre o Planad, visando a construção coletiva de estratégias territorializadas de redução de danos e cuidado em liberdade para as pessoas com demandas de álcool e outras drogas; 2) Criar uma Comissão Permanente, com os povos indígenas, para construção, avaliação e monitoramento das ações vinculadas ao Planad; 3) Reconhecimento expresso no Planad do uso religioso de substâncias por povos indígenas, como manifestação legítima de liberdade cultural e religiosa; 4) Inclusão de representantes indígenas e de especialistas em saberes tradicionais no Conad.”

I EIXO II – PREVENÇÃO

PRINCIPAIS DESAFIOS: “Ausência de abordagem contínua e institucionalizada de prevenção ao uso de drogas no currículo escolar indígena; Influência das redes sociais, gerando adultização precoce e mudança de hábitos entre jovens; Processos de aculturação que incentivam a experimentação de drogas; Presença de facções criminosas dentro das aldeias e escolas, associada ao abandono do Estado e à precariedade da infraestrutura escolar; Falta de oportunidades de emprego, levando jovens ao aliciamento para atividades ilícitas, como cultivo de drogas em áreas de fronteira; Dificuldade de manter ações voluntárias sem apoio financeiro; Atuação de profissionais externos que desconhecem a realidade local, somada a barreiras linguísticas que dificultam a comunicação com jovens; Currículo escolar distante da realidade cultural indígena, gerando desinteresse, ansiedade e afastamento da própria cultura; Predominância de divulgação de ações repressivas em detrimento de iniciativas preventivas.”

PROPOSTAS: “1) Inserção de conteúdos de prevenção e redução de danos no currículo escolar, da educação básica ao médio, com implementação contínua e apoio governamental; 2) Contratar no mínimo um profissional de redução de danos ou prevenção que seja contínuo dentro das escolas (líderes, sábios, redutores de danos) e que conheçam a realidade da comunidade e falem as línguas nativas; 3) Valorização e integração da cultura indígena no ambiente escolar, por meio de festividades, tradições e resgate das raízes culturais; 4) Identificação e fortalecimento das redes comunitárias (igrejas, escolas, grupos de dança, esportes) para suporte aos jovens e fortalecimento do sentimento de pertencimento; 5) Adoção de metodologias pedagógicas dinâmicas (teatro, jogos, rodas de conversa) em substituição a palestras tradicionais; 6) Criação de bibliotecas comunitárias como espaços de conhecimento e cultura; 7) Apoio e tratamento a usuários por meio de espaços comunitários com atuação integrada de profissionais de saúde e



assistência social; 8) Ampliação e divulgação de ações preventivas não repressivas, garantindo visibilidade e impacto dos projetos; 9) Adequação das estratégias de prevenção às características culturais, linguísticas e socioeconômicas específicas de cada comunidade.”

I EIXO III – REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: “1) Ausência de formações sobre o tema de educação em redução de danos para profissionais da rede: Enfraquecimento das práticas tradicionais de cuidado e espiritualidade, como o uso das medicinas indígenas como práticas de cuidado na redução de danos; Não territorialização das práticas metodológicas de atuação com povos indígenas; Ausência de atuação com povos indígenas nas áreas do SUAS, do SUS e da Educação; Falta de abordagem culturalmente adequada; Desvalorização dos saberes tradicionais e da cosmovisão indígena nos serviços de saúde; Ausência de integração entre medicina ocidental e práticas espirituais indígenas; Descontextualização cultural nos serviços de redução de danos; Deficiências estruturais nos serviços;; Carência de equipes multiprofissionais nas aldeias (como psicólogos e assistentes sociais); Falta de itinerância e presença constante dos profissionais nas comunidades; Dificuldade de acesso a tratamentos especializados fora das aldeias; 3) Impactos na juventude indígena: Perda de referências culturais e identitárias; Altos índices de suicídio relacionados à falta de oportunidades; Conflito entre permanência na comunidade e desejo de estudar ou trabalhar fora; Encantamento com a vida urbana e vulnerabilidade ao tráfico; 4) Problemas com programas existentes: Projetos de curta duração sem continuidade (geralmente um a dois anos); Ausência de políticas públicas específicas para juventude indígena; Falta de financiamento sustentável para iniciativas de redução de danos; 5) Questões socioculturais: Presença de igrejas evangélicas que não respeitam a espiritualidade indígena; Racismo estrutural e discriminação nos serviços de saúde; Ruptura familiar e comunitária devido ao uso problemático de álcool e outras drogas.”

PROPOSTAS: “1) Ampliação das formações sobre redução de danos para rede; 2) Fortalecimento do Programa Saúde na Escola (PSE) adaptado culturalmente às comunidades indígenas; 3) Fortalecer a rede de proteção: saúde, assistência social, cultura, esporte, educação e RAPS; 4) Formação em redução de danos (saúde, sociais e econômicos) para profissionais de saúde indígena e demais atores da rede de saúde municipal e estadual, além de profissionais dos sistemas de educação, assistência e demais áreas que atuam junto a povos indígenas; 5) Sensibilização do CONDISI e as lideranças dos territórios sobre a metodologia de redução de danos, apresentando a proposta em reunião do conselho; 6) projetos de redução de danos para o uso abusivo de álcool e drogas nas aldeias indígenas, através da utilização das práticas de cuidado e saúde dos povos originários, incentivando o fortalecimento do uso tradicional das medicinas indígenas nos territórios com indicadores de uso prejudicial de substâncias, incluindo a população indígena como agente transformador e redutor de danos nas ações; 7) Fortalecer a implantação dos CAIS Povos Indígenas cujas equipes contem com redutores de danos pode ser uma proposta para termos esses agentes no cotidiano dos territórios; 8) Formação continuada sobre a metodologia de educação em redução de danos aos profissionais e comunidades; 9) Mapeamento de atores que estão próximos das comunidades para posterior formação na metodologia de educação em redução de danos e educação popular; 10) Função de agente de redução de danos na área de Saúde da Família de Saúde Indígena; 11) Ações de redução de danos (Educação, SUS e SUAS) territorialidade com as comunidades, baseadas na educação popular práticas políticas pedagógicas participativas e troca de saberes; 12) Inclusão de indicadores e orientações ministeriais para a formação e educação continuada dos profissionais da rede de educação em redução de danos



e dos profissionais das áreas socioassistencial, saúde educação e judiciária sobre redução de danos e Substâncias; 13) Inclusão de indicadores/orientações Ministeriais para realização de oficinas práticas pedagógicas pelas Redes Educação em Redução de Danos - aos profissionais da área de Socioassistencial, Saúde Educação, Judiciária sobre Redução de Danos e Substâncias nas comunidades indígenas; 14) Integrar pajés, curadores tradicionais e medicinas ancestrais nos serviços de saúde; 15) Respeitar e incorporar práticas espirituais indígenas nos tratamentos; 16) Fortalecer a identidade e a autoestima através da valorização cultural; 17) Ampliar a presença de equipes multiprofissionais nas aldeias; 18) Desenvolver atendimento itinerante com abordagem culturalmente sensível; 19) Formar profissionais para trabalhar com acolhimento adequado; 20) Criar programas de redução de danos de longo prazo que garantam continuidade; 21) Desenvolver projetos que valorizem talentos e habilidades dos jovens; 22) Estabelecer oportunidades após a conclusão de formações (ex: manejo florestal, pesqueiro, etc.); 23) Elaborar campanhas educativas para quebrar estigmas; 24) Articular com Ministério Público e órgãos de segurança para evitar criminalização; 25) Desenvolver políticas intersetoriais saúde, educação e assistência social; 26) Envolver a comunidade e as lideranças no desenho das intervenções; 27) Promover o protagonismo da juventude na concepção das estratégias; 28) Valorizar atividades tradicionais, como roça e artesanato, como formas de educação cultural; 29) Formação de profissionais de saúde e assistência com enfoque intercultural; 30) Apoio e financiamento a projetos de prevenção e cuidado dentro das comunidades; 31) Desenvolvimento de protocolos específicos de redução de danos para contextos indígenas; 32) Inclusão de lideranças tradicionais na elaboração e acompanhamento das políticas; 33) Direcionamento de projetos para serem geridos por organizações indígenas em vez de municípios; 34) Projetos de geração de renda e economia indígena; 35) Implementar oficinas de artesanato, manejo florestal e pesca sustentável; 36) Desenvolver agricultura orgânica valorizando saberes e cadeias produtivas próprias; 37) Educação de jovens e adultos: Promover alfabetização bilíngue, e oferecer formação técnica e inclusão digital para reduzir vulnerabilidade social; 38) Cooperativas comunitárias: Organizar comercialização de produtos da comunidade e fornecer apoio logístico e jurídico para as cooperativas.”

I EIXO V – ACESSO AO CUIDADO E AOS SISTEMAS DE DIREITOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: “Questões geográficas dificultam o acesso aos serviços oferecidos pelo SUAS e SUS; Linhas de cuidado precisam estar alinhadas a população; Inadequação das políticas ao contexto de campo, floresta e água; Não compreender ou falar o idioma por parte da equipe; Falta de uma visão intergeracional para as estratégias de cuidado; Ausência de participação dos povos indígenas nos espaços de cogestão; Presença do tráfico de drogas nos territórios promovendo coerção; Identificar os povos indígenas como se todos fossem iguais, sem considerar as diferentes etnias e características culturais, por exemplo; Ausência de registro de raça/cor da pele/etnia pelos serviços; Poucos serviços recebendo o incentivo por prestar atendimento à população indígena. Os principais desafios apontados incluíram a barreira linguística, que limita a comunicação e a compreensão mútua, evidenciando a necessidade de acompanhamento por intérpretes qualificados em situações de apoio e assistência social. Somado a isso, foi trabalhado também a questão do despreparo e a insuficiência de compreensão por parte de muitos profissionais e instituições, sobre os costumes, valores e práticas culturais dos povos indígenas, o que compromete a efetividade das ações e o respeito à diversidade. Outro aspecto tratado foi a carência de estrutura física, recursos humanos e protocolos adequados para lidar com as especificidades de cada comunidade, especialmente em territórios remotos. Em paralelo, o

racismo estrutural e institucional, manifestado em atitudes discriminatórias, na invisibilização de demandas e na subpriorização de políticas voltadas a esses povos, o que reforça desigualdades históricas e dificulta ainda mais o acesso pleno a direitos e serviços essenciais.”

PROPOSTAS: “1) Propor desenho territorial das linhas de cuidado da RAPS; 2) Rever cardápio de equipamentos da rede; 3) Realizar estratégias de cuidado integralizadas; 4) Criar estratégias diferenciadas de escuta; 5) Pensar ações de economia solidária, geração de renda; 6) Rever os critérios de implantação e habilitação dos serviços da RAPS; 7) Implantar os comitês de enfrentamento ao racismo na RAPS, ampliando para a população indígena; 8) Investir na equipe de redutores de danos nos territórios, principalmente redutores indígenas; 9) Fortalecer o eixo 7 da RAPS – reabilitação psicossocial; 10) Reconhecer os diferentes espaços de cuidado que não somente o espaço físico dos serviços, mas com ações locais nas aldeias; 11) Realizar a destinação social de bens apreendidos pelas ações de combate ao tráfico de drogas, para apoiar ações de cuidado; 12) Fortalecer as ações de redução de danos; 13) Fortalecer o repasse do incentivo financeiro para serviços que atendem população indígena; 14) Fortalecer ações de educação permanente, sendo uma delas a importância de registrar informações sobre raça/cor da pele/etnia; 15) Capacitação de profissionais: inclusão de conteúdos sobre cultura, etnias indígenas e realidade específica das comunidades atendidas; Redução da estigmatização; Promoção da mediação cultural; Criação de oportunidades de imersão nas comunidades para melhor compreensão de valores e modos de vida; 16) Estratégias estruturais: Ampliação do alcance de instituições básicas e primárias em regiões remotas; Garantia de que serviços essenciais cheguem de forma efetiva a todas as comunidades; 17) Fortalecimento comunitário: promoção da autonomia dos povos; reconhecimento e valorização da medicina tradicional e do modo de viver próprios de cada cultura; Incorporação de tecnologias e conhecimentos indígenas à rede formal de cuidado; Garantia de direitos: Assegurar moradia, alimentação e trabalho; Ampliar a articulação entre instituições; dotar a intersetorialidade como estratégia para efetivar direitos de forma integrada e sustentável.”

2.4.2 MINISTÉRIO DA IGUALDADE RACIAL (MIR)

Trata-se da Consulta Interinstitucional realizada pela Diretoria de Políticas de Combate e Superação do Racismo, da Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas e Combate e Superação do Racismo, do Ministério da Igualdade Racial (Separ/MIR) com participação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos do Ministério da Justiça e Segurança Pública (Senad/MJSP), para fins de construção do novo Planad. A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.

Data da realização: 13 de agosto de 2025

Modalidade: Híbrida – Brasília/DF

Eixos debatidos:

I EIXO I – DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SUSTENTÁVEL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem contribuição.

PROPOSTAS: “1) Prever no âmbito do Plano Nacional Sobre Drogas apoio a iniciativas e estratégias de comunicação e educação com objetivo de reduzir e retardar o uso e prevenir o abuso de substâncias”.

I EIXO II – PREVENÇÃO

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem contribuição.

PROPOSTAS: “1) Prever no âmbito do plano cursos, rodas de conversa e ações de conscientização para sensibilizar os jovens em relação aos cuidados com a saúde mental, prevenção do alcoolismo, uso de outras drogas e promoção da saúde sexual; 2) Criação de observatórios para elaboração de dados oficiais sobre a violência policial contra a juventude negra e saúde integral da juventude negra.”

I EIXO III – REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS:

PROPOSTAS: “1) Criar programas e políticas públicas de atenção que trate o uso de drogas com abordagem de saúde pública na perspectiva da redução de danos; 2) Estabelecer mecanismos e equipamentos públicos de acolhimento para jovens negros que enfrentem abuso e dependência de drogas, bem como assegurar acompanhamento profissional para aqueles que tenham sido vítimas de abuso sexual.”

2.4.3 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

Data da realização: 14 de agosto de 2025

Modalidade: Presencial – Rio de Janeiro/RJ

I Eixos debatidos: TODOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: “Implantação da Rede de Atenção Psicossocial. Um dos principais gargalos da política atual é a baixa implantação dos dispositivos já previstos em legislação e portarias ministeriais. Essa insuficiência compromete a efetividade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, por consequência, fragiliza a garantia de cuidado para as populações que dele necessitam. Dispositivos fundamentais, como os Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades (CAPS, CAPSad e CAPSi), as Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil (UAA e UAI), Consultórios na Rua (CnaR), Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais, Centros de Convivência, entre outros, ainda não estão plenamente disponíveis em todo o território, revelando lacunas significativas que reduzem a cobertura e tornam desigual o acesso



ao cuidado. Limites normativos e de cobertura. Sem a consolidação dessa rede mínima, torna-se inviável pensar em novos avanços. As exigências populacionais para a criação de CAPS dificultam a implementação nos pequenos e médios municípios. Soma-se a isso a falta de estratégias efetivas de regionalização e expansão da cobertura, resultando em grandes vazios assistenciais no país. Impactos da criminalização: Outro ponto estruturante diz respeito ao impacto profundamente negativo da criminalização do uso de substâncias psicoativas. Ao longo da história, essa lógica tem alimentado um ciclo de desigualdades, violência de Estado e exclusão social. A criminalização produz mais danos do que benefícios: reforça estigmas, legitima práticas de encarceramento em massa e dificulta o acesso a políticas de proteção social, saúde e justiça. Racismo estrutural e violência de Estado Foi consenso que as políticas de drogas não podem ignorar a intersecção entre desigualdade, pobreza e racismo estrutural. O atravessamento da violência de Estado sobre populações vulnerabilizadas não apenas amplia o sofrimento, como também legitima práticas seletivas de repressão e exclusão. Fragilidade da produção de evidências A política sobre drogas carece de dados robustos. A ausência de pesquisas nacionais de avaliação de desfechos de tratamento, taxas de reinternação e custo-efetividade de diferentes modalidades de cuidado limita a capacidade de planejar ações consistentes. As Comunidades Terapêuticas, em especial, ainda operam com pouca transparência e sem regulamentação adequada por órgãos técnicos. Governança e participação social A governança da política também apresenta fragilidades. Mecanismos de participação social têm perdido espaço, e a ausência de processos democráticos para garantir protagonismo da sociedade civil compromete a legitimidade e a continuidade das políticas. Formação profissional e práticas de cuidado. Outro grande desafio é a alta rotatividade de equipes e a insuficiência de processos permanentes de educação em saúde e política de drogas. Há fragilidade na atenção primária, precariedade da rede, disputas entre modelos de cuidado que criam barreiras de acesso, estigmatização das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas e atravessamentos religiosos e moralizantes que orientam práticas sem base científica.”

PROPOSTAS: “Soluções: Consolidação e expansão da RAPS O primeiro passo é garantir a implantação plena dos dispositivos previstos em lei, fortalecendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A partir daí, pode-se revisar a portaria da RAPS, diminuindo exigências populacionais e criando estratégias de regionalização que ampliem a cobertura e assegurem maior capilaridade, especialmente em pequenos e médios municípios. Descriminalização e intersectorialidade: A política nacional deve caminhar para a descriminalização das drogas, alinhada a uma lógica de saúde pública. Isso implica construir uma política intersectorial robusta, articulando saúde, assistência social, educação, habitação, trabalho, cultura, esporte e segurança pública. A estratégia “Moradia Primeiro” (Housing First) deve ser incorporada como eixo estruturante, reconhecendo a moradia como condição básica de proteção social e cuidado. Reparação e equidade: A nova política precisa ser reparadora, reconhecendo o racismo estrutural e a violência de Estado. Deve prever recursos voltados para a equidade, a justiça social, o desenvolvimento comunitário e a valorização da diversidade cultural. Liberdade religiosa, interseccionalidade e equidade devem estar explicitamente garantidas como princípios orientadores. Produção de evidências e pesquisa nacional: É urgente investir em pesquisas robustas que avaliem desfechos de tratamento, reinternações, qualidade da atenção e custo-efetividade das práticas existentes. No caso das Comunidades Terapêuticas, sua regulamentação deve ser responsabilidade da ANVISA, com base em critérios técnicos claros. Essas instituições não devem integrar a RAPS, por não se configurarem como dispositivos de saúde. Fortalecimento da governança participativa: É necessário consolidar mecanismos de participação e controle social, com protagonismo efetivo da sociedade civil e dos grupos mais afetados pelas políticas sobre drogas. Isso inclui a realização de eleições democráticas

nos conselhos de política sobre drogas em todos os níveis de gestão, a criação de painéis de indicadores nacionais e a garantia de monitoramento e avaliação permanentes da política de drogas. Formação e qualificação dos trabalhadores: A política precisa investir em processos de educação permanente, com a criação de centros de referência em redução de danos e política de drogas. Essa formação deve ser contínua, adaptada às necessidades de cada território, e voltada para superar a rotatividade de equipes e a fragilidade da atenção primária. Redução de danos como eixo estruturante: A Redução de Danos deve ser reafirmada como diretriz central da política de drogas. Isso significa compreender o cuidado não apenas como tratamento clínico, mas como promoção de autonomia, direitos e dignidade. Linhas de cuidado claras, livres de moralismo e atravessamento religioso, precisam ser consolidadas para garantir acesso universal e integral. Integração com marcos nacionais e internacionais: A política deve se articular aos marcos já existentes — SUS, SUAS, estatutos de direitos — e às diretrizes das conferências nacionais de saúde mental. Deve também alinhar-se às resoluções do CONAD, do CNDH e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), incorporando indicadores de combate ao racismo, promoção de justiça social, saúde sexual e reprodutiva e proteção social. A reunião realizada na FIOCRUZ reafirmou que a construção de uma política nacional sobre drogas não pode ser restrita a ajustes pontuais, mas exige um reposicionamento profundo, capaz de enfrentar de forma integrada os desafios históricos que marcam esse campo. Ficou claro que apenas uma política baseada nos direitos humanos, na intersetorialidade e na participação social poderá responder às complexidades que envolvem o uso de drogas no Brasil. A implantação plena da RAPS, a descriminalização das drogas, a reparação histórica das populações vulnerabilizadas, o fortalecimento da governança democrática e o investimento em formação profissional e pesquisa foram destacados como pilares de um novo paradigma. Mais do que propostas técnicas, essas diretrizes expressam o compromisso de consolidar um Estado democrático que reconhece a diversidade, promove a equidade e assegura a liberdade como princípio inegociável. Dessa forma, os encaminhamentos da reunião apontam para a necessidade urgente de transformar a política de drogas em um instrumento de garantia de direitos, proteção social e promoção de autonomia. Uma política que não apenas reduza danos, mas que efetivamente amplie vidas, possibilidades e horizontes para todos aqueles que historicamente foram silenciados ou excluídos das decisões que definem seus destinos.”

2.4.4 MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME (MDS)

Trata-se da realização de Consulta Interinstitucional realizada pelo Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas da Secretaria Executiva do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (Depad/SE/MDS) com participação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos do Ministério da Justiça e Segurança Pública (Senad/MJSP), para fins de construção do novo Planad. A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.

Data da realização: 15 de agosto de 2025

Modalidade: Híbrida – Brasília/DF



“Este Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome – MDS, na condição de membro do Conselho Nacional sobre Drogas – Conad, e órgão presente em todas as consultas públicas presenciais de atualização do Planad, por meio deste Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas – Depad, indica, por meio do presente documento, cinco propostas para os princípios, eixos e objetivos do Plano Nacional de Política sobre Drogas que está sendo desenvolvido, em conformidade à metodologia apresentada pela Resolução Conad nº 13/2025. A presente Nota Técnica está dividida da seguinte maneira. Primeiramente, seguiremos com a apresentação objetiva das propostas elaboradas por este Ministério. Em seguida, serão apresentadas as justificativas e embasamentos teóricos, normativos, constitucionais e científicos que fundamentam cada uma das contribuições indicadas.”

I Eixos debatidos: TODOS OS EIXOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: “Fundamentos Teóricos e Justificativas das Propostas do MDS ao Planad: 1. Inserção dos termos “acolhimento” e “tratamento” no Eixo 5 do Planad (2025): A justificativa para a proposição da inserção dos termos “acolhimento” e “tratamento” no eixo 5, “acesso ao cuidado e aos sistemas de direitos” está fundamentada nos resultados e devolutivas obtidas após a realização das consultas públicas presenciais, previstas no artigo 8º da Resolução Conad nº13, e no alinhamento do Planad à atual e vigente Política Nacional sobre Drogas (Pnad), estabelecida pelo Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Em relação aos resultados das consultas populares, acompanhadas pelo Depad/MDS, também foi unânime a indicação dos movimentos sociais representativos das entidades de acolhimento e outros presentes em todas as audiências quanto à inserção dos termos “acolhimento” e “tratamento” enquanto Eixos do Planad, como forma de garantir, no Plano, o acolhimento como uma das ações da PNAD relativas à redução da demanda de drogas, refletidas no Planad em elaboração. Além dos resultados da participação social, os quais serão levados em consideração para a elaboração do Planad, conforme estabelece o artigo 8º, inciso II, da Resolução Conad nº13/2025, o MDS, na referida reunião intersetorial junto ao Conad, referendou esse posicionamento, ao entender que as ações de acolhimento, como uma forma de tratamento, compõem, não somente as diretrizes da atual e vigente Política Nacional sobre Drogas (Pnad), mas também estão inseridas no rol das finalidades do Sistema Nacional e Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad, instituído pela Lei nº11.343/2006. Quanto à atual Pnad, importa mencionar que tal marco legal está vigente, portanto, necessariamente, o Planad deve refletir os princípios e pressupostos constantes na Política Nacional sobre Drogas, vigente. Desse modo, o tratamento e o acolhimento são ações previstas que norteiam os Pressupostos da Pnad, presentes nos itens 2.7, 2.8, 2.9, 2.15 do Anexo do Decreto nº 9.761/20219, assim como estão presentes nos Objetivos da Política Nacional sobre Drogas, nos itens 3.3, 3.4, 3.16, 3.22, 3.23, e, finalmente, no eixo específico da Pnad: item 5 – “Tratamento, Acolhimento, Recuperação, Apoio, Mútua Ajuda e Reinserção Social”, especificamente, nos itens 5.1.1, 5.1.2 e 5.1.3. Neste último item, em especial, faz-se menção à importância de refletir os Eixos da Pnad e do Planad no Orçamento Geral da União, instrumento essencial para serem efetivamente executadas as diretrizes da Política e do Plano Nacional sobre Drogas: “5.1.3. No Orçamento Geral da União devem ser previstas dotações orçamentárias, em todos os ministérios responsáveis pelas ações da Pnad e da Política Nacional sobre o Álcool, que serão distribuídas com base em avaliação das necessidades específicas para a área de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social, para estimular a responsabilidade compartilhada entre o governo e a sociedade”. Item 5.1.3 do Anexo do Decreto nº9.761, de 11 de abril de 2019. Acrescenta-se que a Política de Acolhimento já está

inserida no Plano Plurianual – PPA (2024 – 2027), compondo o atual Orçamento Geral Público. De acordo com as Leis Orçamentárias vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA), a política de financiamento federal de vagas de acolhimento está classificada como o Programa 5134 - “Cuidado e Acolhimento de Usuários e Dependentes de Álcool e Outras Drogas”, estando vinculada à Ação 21FR - “Apoio e Acolhimento Objetivando a Reinserção de Usuários e Dependentes de Álcool e Outras Drogas”. Além disso, está atrelada ao Órgão 55000 - “Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS” e à Unidade Orçamentária (U.O.) 55101 - “Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS / Administração Direta” (Anexo LOA – 2025). Finalmente, cabe reforçar que, além das ações intersetoriais articuladas pelo Programa a nível do Sisnad, a Política de Acolhimento possui integração junto ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo classificadas, as entidades de acolhimento, como Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, conforme o Inciso II, do Artigo 9º da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a qual “Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Cabe, ainda, elencar referências bibliográficas que fundamentam as evidências científicas acerca da eficácia do acolhimento enquanto forma alternativa de tratamento o TUS. Conforme consenso encontrado na literatura, o processo de tratamento e de recuperação de pessoas com TUS é complexo, depende de diversas variáveis e de diferentes métodos acessíveis que possam ser adequados às diferentes condições, tipos de substâncias, níveis e graus de necessidades apresentados por cada pessoa, especificamente. De acordo com Vanderplasschen (2013), por exemplo, o tratamento em Comunidades Terapêuticas (CT) apresentou resultados “significativamente melhores em comparação com outras intervenções”, evidenciando: a. melhorias na redução do uso de substâncias; b. desenvolvimento de habilidades para “recusa” e para interação social; c. melhoria na saúde mental, na qualidade de vida e no bem-estar dos(as) acolhidos(as) após o tratamento em CT; d. melhoria na empregabilidade e na diminuição da reincidência criminal, quando for o caso, para as pessoas que concluíram o tratamento em comunidades terapêuticas. Em razão de todos os argumentos aqui reunidos, conclui-se que a Política de Acolhimento corresponde a uma política pública já estruturada por meio de Programa inserido no PPA 2023 – 2026, previsto na LDO 2025 e na LOA 2025, inerida na estrutura de Programas e do Planejamento Estratégico Institucional do MDS, com dotação orçamentária própria, além de estar alinhada com os objetivos da Política Nacional sobre Drogas (Pnad) e do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), o que justifica que deve ser refletida no Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad). Diante do exposto, a proposta deste Ministério, portanto, quanto à inserção dos termos “acolhimento” e “tratamento” no Eixo 5 do Planad em desenvolvimento, tendo em vista as considerações quanto à importância estratégica dessas duas ações de redução de demanda de drogas e que contribuem diretamente para a Prevenção do Uso, para a recuperação de pessoas com TUS e para sua reinserção social, já presentes nos princípios, pressupostos e objetivos do Sisnad e da atual e vigente PNAD, combinado com o notável impacto da garantia dessas ações no Orçamento Público da União, concretiza-se na alteração da redação do Eixo 5, o qual passará a ser redigido da seguinte forma: EIXO 5 – “Acesso ao cuidado, ao acolhimento, ao tratamento e aos sistemas de direitos”. 2. Inserção da “espiritualidade” como um dos Princípios norteadores de todos os Eixos do Planad: A justificativa para a proposição da inserção do termo “espiritualidade” e do conceito de “liberdade de consciência e de crença”, incluindo a “prestação de assistência religiosa nas entidades civis”, assegurados no artigo 5º, incisos VI e VII da Constituição Federal de



1988 como “Direitos e Garantias Fundamentais”, como um princípio norteador de todos os Eixos do Planad está fundamentada nos resultados e devolutivas obtidas após a realização das consultas públicas presenciais, previstas no artigo 8º da Resolução Conad nº 13/2025, além das bases jurídicas, legais, constitucionais e científicas que embasam as evidências das contribuições da prática da espiritualidade com a saúde mental das pessoas que a praticam. Além da Constituição Federal, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada em 1948 pela Organização das Nações Unidas (ONU), no que refere à religião, dispôs no seu artigo 18 que: “Todo ser humano tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; esse direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença pelo ensino, pela prática, pelo culto em público ou em particular”. Baseado em aspectos balizados no marco-legal, no subtópico que segue, serão abordados os fundamentos legais e constitucionais, assim também como os resultados das manifestações populares dos movimentos sociais nas suas participações das consultas públicas presenciais para elaboração do Planad. Em seguida, serão abordados os fundamentos científicos que fortalecem a justificativa de inclusão do direito à prática da espiritualidade como um dos princípios norteadores dos Eixos do Planad.

2.1. “Espiritualidade”:
Consultas Públicas e Fundamentos Legais Como resultado da realização das consultas públicas presenciais, previstas no artigo 8º da Resolução Conad nº13/2025, o qual prevê a garantia da “participação social para a elaboração da Política Nacional sobre Drogas e do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas”, eventos os quais foram acompanhados por este Depad/SE/MDS, a manifestação dos movimentos sociais que estiveram presentes representando as entidades executoras da política de acolhimento foram unânimes em eleger a inserção do termo “espiritualidade” como um dos Eixos do Planad 2025. Este Depad, ao analisar a pauta, chegou ao entendimento de que a prática da “espiritualidade” deve ser compreendida como um Princípio norteador de todos os demais Eixos presentes no Planad, aos moldes do texto constitucional, o qual assegura a prática da crença/espiritualidade como uma das Garantias e com um dos Direitos Fundamentais, elencados nos incisos VI e VII do artigo 5º da Constituição Federal de 1988. Nesses moldes, a Constituição Federal assegura o direito à “liberdade de crença e religiosa”, ao “livre exercício dos cultos religiosos”, à “proteção aos locais e culto e suas liturgias”, assim como à “prestação de assistência religiosas nas entidades civis e militares de internação coletiva” como Direitos e Garantias Fundamentais, os quais norteiam os demais deveres e direitos protegidos pela Carta Magna brasileira. Nesse sentido, este Departamento entende que o direito individual à expressão da “espiritualidade”, assim como o direito de não expressá-la, combinado com o direito coletivo da prática e do “livre exercício dos cultos religiosos” e da “prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva” são fatores que agregam à eficácia e efetividade do tratamento do Transtorno por Uso de Substâncias – TUS realizado por intermédio do acolhimento ofertado pelas entidades, conforme as evidências científicas que serão apresentadas no próximo subtópico desta Nota Técnica. Destaca-se que o acolhimento, em conformidade com o marco legal vigente, não corresponde legalmente e conceitualmente a uma forma de internação, uma vez que, dentre outros aspectos, o acolhimento é calcado nos institutos da voluntariedade e do tratamento “não médico-hospitalar”. No entanto, em função da decisão voluntária da pessoa em realizar o acolhimento como forma de tratamento do TUS, simetricamente, é garantida a ela a assistência religiosa aos moldes do inciso VII do artigo 5º da CF 88. Semelhantemente, o princípio da “prática da espiritualidade” e a garantia da “liberdade de expressão da crença”, assim como a salvaguarda do direito à “realização de cultos e liturgias religiosas” como parte do tratamento oferecido por intermédio dos serviços de acolhimento. Assegurar o direito à “prática da espiritualidade” como um princípio norteador do Planad garante a liberdade e a voluntariedade



das pessoas em participar dessas atividades. Ao mesmo tempo, a preservação desse direito corresponde à garantia da liberdade de expressão da crença ou das práticas religiosas por parte das entidades de acolhimento, tendo como fundamento técnico a contribuição positiva dessas atividades no tratamento do TUS às pessoas acolhidas. Por sua vez, a tese da contribuição positiva da prática de atividades para o tratamento de TUS está, atualmente, embasada em algumas evidências científicas as quais, gradativamente, vêm ganhando espaço no campo de estudos e pesquisas científicas neurológicas e psicossociais, conforme será detalhado à frente. De antemão, faz-se alusão a algumas instituições que são consideradas referências científicas que já tratam do tema “espiritualidade” de forma empírica e que tem se posicionado no sentido de reconhecerem benefícios positivos ao bemestar humano e à saúde física e mental relacionados a práticas da espiritualidade, como a Organização Mundial de Saúde – OMS e a renomada Universidade de Harvard.

2.2. Evidências científicas quanto à relação entre a “espiritualidade” e saúde: As pesquisas científicas que associam a relação entre a prática da espiritualidade, em sua diversidade, com o bem-estar humano e saúde, atualmente, estão em andamento e em estágio de desenvolvimento em diversas ramificações do campo da ciência. Novas descobertas continuam a enriquecer a compreensão humana acerca dessa complexa relação, principalmente aquelas voltadas aos supostos benefícios que a prática da espiritualidade possui na saúde mental humana. O Artigo “Diretrizes para integrar a espiritualidade na prevenção e tratamento de álcool e outros transtornos por uso de substâncias” (“Guidelines for integrating spirituality into the prevention and treatment of alcohol and other substance use disorders”), escrito por Pinto e Almeida (2023), publicado pela Revista de Psiquiatria Brasileira¹, reconhece que a espiritualidade pode desempenhar um importante papel na prevenção e no tratamento dos transtornos por uso de substâncias. “É fundamental ter em mente que esses elementos são complementares, e jamais se deve negligenciar a importância do tratamento multidisciplinar no âmbito do sistema de saúde.” (...) “A interação entre a abordagem profissional multidisciplinar e o reconhecimento da importância da R/E deve ser uma via de mão dupla. Isso significa que os profissionais de saúde devem valorizar e respeitar a R/E dos pacientes, da mesma forma que grupos religiosos devem reconhecer que medidas técnicas e profissionais oferecem uma contribuição valiosa para a prevenção e a recuperação”. (p.1). De acordo com o artigo “Espiritualidade e Saúde: um olhar por meio de diferentes atores sociais” (Trindade et. al 2022), publicado em 29 de janeiro de 2022 na revista Research, Society and Development², menciona que: “A Organização Mundial de Saúde desde o final dos anos 70 reconhece o bem-estar espiritual como uma dimensão importante para o equilíbrio do indivíduo, assim, pensar em saúde não é somente remeter a dados biológicos, físicos e mentais, mas a uma busca constante de bem-estar, qualidade de vida e equilíbrio em todos os aspectos da existência” (p. 1). O objetivo do artigo foi “analisar como a espiritualidade pode influenciar na saúde e aspectos emocionais de diferentes atores sociais com crenças e religiões diversas” (p.1). Para tanto, os(as) autores(as) abordam o conceito de saúde como um conceito amplo e complexo: “portanto, para falar que alguém tem saúde, é necessário “passar por todas as dimensões constituintes do ser humano [...] na qual saúde não é apenas ausência de moléstia, mas completo bem-estar físico, social, mental e espiritual” (Martins, 2010; apud Schiassi Hernandez; 2022: p.9). Sob essa perspectiva, os autores mencionam pesquisas que já haviam identificado a relação entre a prática da espiritualidade e benefícios à saúde holística das pessoas pesquisadas: “ainda de acordo com Toniol (2015), em seus estudos a maioria dos textos traz uma conexão positiva entre espiritualidade, cura, recuperação e bem-estar. Além disso, traz que esta influência da espiritualidade sobrevém tanto nos aspectos físicos como emocionais dos sujeitos” (p.9). “Vemos a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1998 inserindo a espiritualidade no conceito de saúde como uma das



dimensões, além das políticas públicas, iniciarem o reconhecimento desta dimensão. Mais uma vez, podemos trazer a terapia ocupacional relacionando esta vertente, na qual prioriza um acolhimento integral, no qual cada sujeito é visto como único, integrante de um contexto, fazendo parte de uma cultura, assim, consegue articular e integrar a pessoa como um todo, ou seja, é necessário incluir em todo o processo uma “totalidade individualizante, cuja marca é sintetizada pela tríade corpo-mente-espírito” (p.9) Como resultados, o estudo analisou que os dados coletados na pesquisa apontam influências positivas na saúde das pessoas que praticam atividades voltadas à espiritualidade: “(...) a espiritualidade como dispositivo pessoal importante para enfrentar as divergências do cotidiano. E o quanto a saúde é influenciada por ela, estando relacionada em todos os aspectos da vida dos sujeitos. Assim, pelas falas observamos que ambos os temas se apresentam entrelaçados e fazendo parte da totalidade humana. Portanto, é fundamental enfatizar a necessidade de pesquisar mais sobre a temática saúde e espiritualidade” (p.10). No manual “Padrões Internacionais para Tratamento de TUS”, elaborado pelo Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes – UNODC e pela Organização Mundial de Saúde – OMS, publicado em 2020 pela Organização das Nações Unidas – ONU, cita o importante papel de pessoas-referências, como líderes espirituais ou líderes comunitários, no processo de tratamento realizado por pessoas com TUS em grupos de ajuda mútua ou em comunidades terapêuticas: “Para proporcionar uma gestão de recuperação eficaz, é necessário envolver todo o sistema, integrando todas as modalidades de tratamento e a participação de partes interessadas fora do setor da saúde. Múltiplas partes interessadas nas comunidades desempenham um papel e devem ser envolvidas no processo de recuperação. Estas incluem famílias e cuidadores, amigos, vizinhos, grupos de autoajuda mútua, líderes espirituais e comunitários, partes interessadas do setor educacional, do sistema de justiça criminal, bem como de instalações esportivas e recreativas”. (p. 80). Neste aspecto, a participação de membros das comunidades e das famílias das quais participam as pessoas em acolhimento é importante para fortalecer as identidades sociais, além da potencialização das redes de apoio, as quais são fundamentais para a melhoria da autoestima e da saúde mental por parte das pessoas em tratamento. Além disso, a prática de atividades de espiritualidade que as pessoas já possuem algum vínculo podem reforçar a habilidade delas em atravessar os processos de sofrimento ao longo da recuperação. “Ao contrário dos programas de terapia intensiva, os planos de tratamento voltados para a recuperação expandem seu foco, da assistência médica primária para a assistência social, trazendo profissionais de outras áreas. Idealmente, os profissionais devem funcionar como uma equipe multidisciplinar (composta por assistentes sociais, psicólogos, conselheiros de pares e, potencialmente, idosos, líderes espirituais e outros líderes comunitários), e também incluir amigos e familiares que os apoiem.” (p. 83). A partir dessa base de conhecimento, compreende-se que a dimensão da “prática da espiritualidade” está associada mais ao indivíduo, enquanto a dimensão das atividades de “cultos”, “rituais” e “liturgias” estão mais associadas ao aspecto do coletivo. Importa mencionar que os estudos que buscam evidências que associem o fator “espiritualidade” ao bem-estar e à saúde holística humana, portanto, estão sendo desenvolvidos a décadas por renomadas instituições internacionais que representam o campo científico internacional. Além disso, cabe destacar que inúmeros outros estudos, também conduzidos por importantes institutos internacionais, estão em processo desenvolvimento, como aqueles que serão citados abaixo. Na Escola de Saúde Pública de Harvard (T.H. Chan/Harvard), vários projetos estão em andamento, mostrando a crescente importância dessa área de estudo. Os pesquisadores estão explorando como a espiritualidade e a religiosidade podem ser integradas ao tratamento psiquiátrico e ao bem-estar mental. Por exemplo, um estudo conduzido por pesquisadores da Harvard T.H., A Chan School of Public Health e do Brigham and Women’s Hospital, concluiu que



a espiritualidade deve ser incorporada ao cuidado de doenças graves e à saúde geral. Eles enfatizaram a importância da espiritualidade no tratamento de doenças e na promoção do bem-estar geral, indicando que ela deveria ser uma parte vital do cuidado centrado na pessoa. Outro estudo publicado na PubMed⁷ apresenta uma revisão da evidência científica atual sobre a relação entre espiritualidade, religiosidade e saúde mental. Esta revisão abrange uma gama de aspectos, incluindo depressão e psiquiatria, e destaca a complexidade e a diversidade dessa relação. Estudo publicado no “Frontiers in Psychology” examinou a relação entre espiritualidade, comportamentos relacionados à saúde e bem-estar psicológico. Sob as perspectivas das fundamentações constitucionais, legais, popular e científicas, portanto, o texto proposto por este Departamento, quanto à inserção do termo “espiritualidade” entre os princípios norteadores de todos os Eixos do Planad 2025 é: Inciso XIV – “A garantia do direito à prática da espiritualidade como liberdade de consciência e de crença e da prestação de assistência religiosa nas entidades civis”. 3. Reclassificar os Eixos 7 e 8” como “Objetivos” do Planad: O Depad compreende que os atuais Eixos 7 e 8, respectivamente “Adoção e implementação de políticas baseadas em evidências e construção de indicadores para avaliação de políticas, programas e projetos”, e “Cooperação Internacional” correspondem a Objetivos do Planad (atividades meio), e não Eixos específicos. Tal entendimento é reforçado ao se analisar os Objetivos do Planad, constantes nos incisos I e artigo 6º da Resolução Conad nº 13/2025, os quais já contemplam parte da redação proposta para os atuais Eixos 7 e 8, também estabelecidos pela mesma Resolução: Art. 6º São objetivos do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas: I - definir ações estratégicas, metas e indicadores para a consecução dos objetivos da Política Nacional sobre Drogas; II - determinar ciclos de implementação, monitoramento e avaliação; III - estabelecer estratégias de governança e de gerenciamento de riscos que possibilitem a execução, o monitoramento e a avaliação; e IV - orientar os entes federativos quanto ao diagnóstico prévio e à elaboração dos planos regionais que deverão estar alinhados com o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas e a Política Nacional sobre Drogas. Nesse interim, ao se referir à construção de políticas baseadas em evidências e à construção de indicadores que permitam a avaliação das políticas, programas e projetos, assim como à cooperação internacional, entende-se que os atuais Eixos 7 e 8 sejam reclassificados como Objetivos do Planad, uma vez que suas redações já estão praticamente contempladas de forma integral nos incisos I e III do artigo 8º da Resolução Conad nº 13/2025, que define os Objetivos do Planad. 4. Atualizar e padronizar a nomenclatura presente no Planad 2022 – 2027 que se refere às pessoas com dependência química: Visando a adequação dos termos à literatura mais atualizada sobre o tema, em observância ao artigo 19, inciso II da lei nº 11.343/2006, que estabelece “a adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam”, a proposta deste Ministério quanto à atualização dos termos e nomenclaturas que se referem à pessoa com “dependência química” ou à pessoa com “Transtorno por Uso de Substâncias – TUS” está fundamentada na análise do atual Planad 2022 – 2027, ainda vigente. O Planad 2022 – 2027 se utiliza de termos como “pessoa com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas”, “uso, ao uso indevido e à dependência do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas”, “uso indevido de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas e com dependência química”, “consumo abusivo (ou nocivo) de álcool”, dentre outros para se referir a pessoas com TUS. Quanto à atualização dos termos, importa mencionar que o Depad tem utilizado termos como “pessoas com TUS”, acompanhando as atualizações científicas acerca do fenômeno, fundamentado no DSM-5, em português: “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”. O DSM-5 é a 5ª edição do Manual, publicado em 2013 e produzido pela



Associação Americana de Psiquiatria – APA9. No que diz respeito ao TUS, o DSM-5 trouxe algumas mudanças significativas em relação à versão anterior (DSM-IV), visando aprimorar a precisão do diagnóstico e a compreensão dos aspectos do uso de substâncias e dependência. De uma maneira geral, o termo “TUS” combate a ideia da “patologização”, uma vez que o “novo” conceito centra a ideia na pessoa e não na condição por ela apresentada ou no diagnóstico a ela atribuído. Assim, a atualização de termos é uma tendência que está acontecendo, gradativamente, em vários segmentos, corroborando para uma maior humanização no tratamento oferecido às pessoas que buscam reabilitação em seu quadro de saúde mental. A Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID), em sua versão mais recente, CID-11, publicada em 2019 e em vigência desde janeiro de 2022, estabelece, como uma de suas doenças ou problemas de saúde catalogados os “Transtornos decorrentes do uso de substâncias ou comportamentos aditivos”. De acordo com o sítio eletrônico da OMS, os transtornos por uso de substâncias, catalogados no CID-11, têm por definição: “Transtornos devidos ao uso de substâncias e comportamentos aditivos são transtornos mentais e comportamentais que se desenvolvem como resultado do uso, predominantemente, de substâncias psicoativas, incluindo medicamentos, ou comportamentos específicos e repetitivos de recompensa e de reforço”. Ainda, em conformidade com a OMS, em seu sítio eletrônico, o CID-11 está sendo implementado, progressivamente, pelos sistemas de Saúde públicos e privados dos 117 países que fazem parte da OMS, tendo sido elaborado um Guia de Implementação ou Transição para a nova classificação. Além disso, foi observado, no Planad 2022 - 2027 o uso do termo “Comunidade Terapêutica”, ao passo que a lei nº11.343/2006 define o termo “Comunidades Terapêuticas Acolhedoras”, para se referir às entidades de acolhimento. Assim sendo, este Ministério propõe, em consonância com a diretriz dada pela lei nº 11.343/2006 no sentido de proceder com a atualização constante dos termos, seguindo a literatura científica atualizada, que os termos a serem utilizados para se referir à pessoa com dependência química, no Planad em construção, sejam padronizados e atualizados para “pessoa com dependência química” ou para “pessoa com transtorno por uso de substâncias” (TUS), como forma de acompanhar a nomenclatura contemporânea nacional e internacional, visando priorizar o cuidado à pessoa e não estigmatizá-las a partir de termos desatualizados que acabam por estigmatizar a pessoa com a condição a ser tratada. Do mesmo modo, propõe que, caso seja utilizado o termo “Comunidade Terapêutica”, que seja substituído pelo termo “Comunidades Terapêuticas Acolhedoras”, em sintonia com a Lei nº 11.343/2006, no sentido de fortalecer o uso das nomenclaturas mais atualizadas e sintonizadas com o marco legal vigente.

5. Inserção do Eixo “Reinserção Sociofamiliar” A proposta de inserir o eixo “reinserção sociofamiliar” dentre os eixos previstos pelo artigo 4º da Resolução Conad nº 13/2025 encontra ressonância nos Pressupostos 2.8 e 2.9 – “a” da Política Nacional sobre Drogas – PNAD, em vigência, aprovada pelo Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, de acordo com as citações, in verbis, do Item 2 da norma: “PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS”: “2.8. As ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas mantenham-se abstinente em relação ao uso de drogas. 2.9. Buscar o equilíbrio entre as diversas diretrizes, que compõem de forma intersistêmica a Política Nacional sobre Drogas e a Política Nacional sobre o Alcool, nas diversas esferas da federação, classificadas, de forma não exaustiva, em: a) ações de redução da demanda, incluídas as ações de prevenção, promoção à saúde, cuidado, tratamento, acolhimento, apoio, mútua ajuda e reinserção social”. Pnad – Decreto nº 9.761/2019 A ideia da reinserção sociofamiliar no contexto do Planad amplia, portanto, a ideia da reinserção social, que já está prevista como



uma ação componente da Política Nacional sobre Drogas e passa, ainda, a abranger a dimensão familiar, expandindo a compreensão humanizada acerca do Plano Nacional de Drogas. Além disso, a reinserção sociofamiliar é uma das características da Política de Acolhimento, executada por este Depad/MDS, aos moldes do que estabelece a Resolução Conad nº 01, de 19 de agosto de 2015, uma vez que tem como fundamento a contratação de vagas de acolhimento para pessoas com TUS em comunidades terapêuticas acolhedoras, as quais tem como um dos seus objetivos promover a reinserção sociofamiliar das pessoas acolhidas, conforme aponta a Resolução em destaque: Art. 2º As entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, são pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que apresentam as seguintes características: I - adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sóciofamiliar e econômica do acolhido; (...) Tal compreensão é proposta pela lei nº 11.343/2006, quando entende a pessoa usuária e dependente de substâncias sujeito pleno de acesso ao direito ao cuidado, ao acolhimento e ao tratamento, contribuindo para a reconstrução dos vínculos familiares e reintegração da pessoa à comunidade e ao mundo do trabalho. Nesse sentido, acrescenta-se que, de acordo com o artigo 5º da lei nº 11.343/2006, são Objetivos do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad: Art. 5º O Sisnad tem os seguintes objetivos: I - contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados; II - promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país; III - promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios; IV - assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata o art. 3º desta Lei. Desse modo, ressalta-se que a inclusão social e, portanto, sociofamiliar, corresponde ao primeiro objetivo elencado entre as finalidades a serem alcançadas pelo sistema, corroborando com a ideia de que o direito à proteção, ao cuidado, à recuperação e à reinserção sociofamiliar e econômica das pessoas estão no centro das políticas a serem desenvolvidas no âmbito do Sisnad. Adiciona-se, ainda, o fato de que a reinserção sociofamiliar também corresponde a uma das competências da Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e Gestão de Ativos – Senad, ao se refere às suas atribuições quanto ao assessoramento do Ministro da Justiça e Segurança Pública, conforme estabelece o artigo 20 do Decreto nº 11.348, de 01 e janeiro de 2023, que “aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Justiça e Segurança Pública e remaneja cargos em comissão e funções de confiança”, conforme citação abaixo: “Art. 20. À Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (Senad) compete: I - assessorar e assistir o Ministro de Estado quanto às: a) políticas sobre drogas relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas, a redução da oferta e a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas; e Nesse sentido, o Decreto nº 11.348/2023 também reforça a importância dada pela Lei nº 11.343/2006 quanto ao papel central dada à recuperação e reinserção sociofamiliar das pessoas usuárias de substâncias como preponderantes do marco legal derivado da “nova lei de drogas”, a qual, tem como escopo, a humanização do tratamento dado pelo Poder Público ao usuário e dependente de substâncias e a importância da conscientização e da recuperação das pessoas como uma das estratégias mais efetiva para a redução da demanda e da oferta de drogas no país. Diante do exposto, e tendo o marco legal acima citado como referência,



este MDS reforça a importância da inserção do eixo “reinserção sociofamiliar” dentre os Eixos que compõem o Planad 2025.”

PROPOSTAS: “1) Inserção dos termos “acolhimento e tratamento” e” no Eixo 5 do rol dos eixos definidos no artigo 4º da Resolução Conad nº13/2025, com a seguinte redação: a. EIXO 5 – “Acesso ao cuidado, ao acolhimento, ao tratamento e aos sistemas de direitos”; 2) Inserção da “espiritualidade” como um dos Princípios norteadores de todos os Eixo do Planad, segundo a redação: a. INCISO XIV – “a prática da espiritualidade como liberdade de consciência e de crença e a garantia da prestação de assistência religiosa nas entidades civis”; 3) Reclassificação os Eixos 7 e 8 previstos no artigo 4º da resolução Conad nº13/2025, como “Objetivos do Planad”, reunidos no artigo 6º da Resolução Conad nº 13/2025; 4) Atualização e padronização da nomenclatura do Planad 2025, referente aos termos “pessoa com transtorno por uso de substâncias – TUS” a ser utilizado em substituição aos termos derivados de “dependentes químicos”, e “comunidade terapêutica acolhedora” em substituição ao termo “comunidade terapêutica”; 5) Inserção do eixo “Reinserção Sociofamiliar” dentre os Eixos do Planad (2025).”

2.4.5 MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)

Trata-se da Consulta Interinstitucional realizada pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (DESMAD/SAES/MS) com participação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos do Ministério da Justiça e Segurança Pública (Senad/MJSP), para fins de construção do novo Planad. A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.

Data da realização: 12 de agosto de 2025

Modalidade: Híbrida – Brasília/DF

Eixos debatidos:

I EIXO II – PREVENÇÃO

PRINCIPAIS DESAFIOS: De que forma o Planad pode incentivar a formação continuada de profissionais (educadores, profissionais de saúde, assistentes sociais) para atuarem de forma qualificada na prevenção ao uso de drogas?

PROPOSTAS: “1) Fomentar a articulação em colaboração com o Ministério da Saúde (SAES, SGTES, SAPS) para incentivar, apoiar e participar da formação continuada de profissionais (educadores, profissionais de saúde, assistentes sociais e outros) para atuarem de forma qualificada na prevenção ao uso de álcool e outras drogas em diferentes contextos.”



I EIXO III – REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Como podemos garantir que as abordagens de Redução de Danos sejam verdadeiramente acessíveis, voluntárias, baseadas em evidências científicas e respeitem a autonomia e a dignidade dos usuários de drogas? Qual o papel dos profissionais de saúde, assistentes sociais, políticas intersetoriais e da própria comunidade na oferta e no apoio a programas de Redução de Danos? De que forma o Planad pode apoiar a integração de serviços de Redução de Danos com outras políticas públicas, como saúde (RAPS), assistência social (SUAS), moradia, acolhimento, cultura e trabalho, para oferecer um cuidado mais integral? Esta proposta está vinculada às diretrizes da RAPS e 0301080313 AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS se apresenta como o segundo procedimento mais realizado pelos CAPS do Brasil que atendem pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (CID F10.0 a F19.9 - dados do Sistema de Informações Ambulatoriais), o que mostra a apropriação da RAPS frente a essas práticas e sua relevância para o cuidado. Destaca-se o aumento significativo desta prática na RAPS entre 2013 e 2024, passando de 0 para 8.134 procedimentos registrado. Como o Planad pode fomentar a pesquisa e a produção de conhecimento sobre Redução de Danos adaptadas à realidade brasileira, incluindo a avaliação de custo-efetividade dessas intervenções?

PROPOSTAS: “1) Apoiar e garantir a implementação das ações de Redução de Danos por meio da elaboração da Política Nacional de Redução de Danos no âmbito do SUS e a ampliação da oferta e fortalecimento dos profissionais redutores de danos nos serviços que compõem a RAPS; 2) Fomentar editais de pesquisa alinhados aos princípios e diretrizes da RAPS, em parceria com o Ministério da Saúde e DESMAD, considerando que a Redução de Danos é diretriz e prática da RAPS e do SUS.”

I EIXO V – ACESSO AOS CUIDADOS E SISTEMAS DE DIREITOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: “Como podemos garantir o acesso as diferentes modalidades de tratamento, acolhimento, cuidado e promoção de direitos das pessoas usuárias, garantindo sua autonomia e um projeto terapêutico singular?”

O acolhimento é entendido como uma estratégia de cuidado abrangente, que constitui um direito do usuário e uma ação fundamental na estruturação dos serviços da RAPS. O acolhimento vai além de uma simples recepção; ele engloba toda a trajetória do usuário no serviço, desde a chegada até o acompanhamento durante o tratamento. Seu princípio reside na escuta atenta e isenta de julgamentos, na humanização do atendimento e na responsabilização do profissional pela demanda apresentada, com o objetivo de encontrar respostas apropriadas e eficazes. Essa abordagem atua como uma estratégia e uma tecnologia de intervenção que reestrutura os processos de trabalho, aumenta o acesso e fortalece as conexões entre usuários e profissionais. No acolhimento, o profissional não apenas identifica e avalia as demandas de saúde mental, mas também classifica riscos, propõe soluções acordadas e, quando necessário, encaminha o usuário para outros serviços da rede. Assim, assegura-se a integralidade do cuidado, tanto no serviço em questão quanto em outros dispositivos da RAPS. O acolhimento também é uma técnica para reorganizar os serviços, que pode mudar as dinâmicas de recepção e atendimento, principalmente para pessoas que estão passando por um sofrimento psíquico intenso e que têm necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Ele depende não apenas de condições estruturais, mas também das habilidades clínicas e interpessoais da equipe, coordenando ações imediatas



quando são urgentes e planejamentos de médio prazo quando a situação requer uma avaliação mais detalhada. Segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento é uma ação técnico-assistencial fundamentada em princípios técnicos, éticos, humanitários e solidários, reconhecendo o usuário como um participante ativo na promoção da saúde. O acolhimento, estabelecido como diretriz na Política Nacional de Humanização, engloba uma dimensão ética, que envolve o reconhecimento e o respeito às diferenças; uma dimensão estética, que se refere à elaboração de estratégias que valorizam a vida; e uma dimensão política, que diz respeito ao compromisso coletivo com o “estar com” e ao fortalecimento do protagonismo dos usuários. Assim, o acolhimento se apresenta como um instrumento eficiente para a reestruturação da atenção à saúde mental no Brasil, em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica, como a territorialidade e a formação de redes. Ele se configura como uma “tecnologia do encontro”, fundamentada na escuta atenta, no vínculo, na resolutividade e na responsabilização, transformando-se em um componente essencial para a eficácia e a humanização da RAPS. Além disso, o acolhimento se configura como prática dos CAPS e outras serviços da RAPS, o que apoia e justifica a proposta acima. No contexto dos CAPS, o acolhimento é um procedimento que abrangem diferentes ações como: I. 0301080232 ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II. 0301040079 ESCUTA INICIAL/ORIENTAÇÃO (ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA) III. 03.01.08.002-0 ACOLHIMENTO NOTURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL IV. 03.01.08.003-8 ACOLHIMENTO EM TERCEIRO TURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL V. 03.01.08.019-4 ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL Destacamos ainda que os procedimentos que envolvem o acolhimento, assim como as ações de Redução de Danos, têm aumentado expressivamente no contexto dos CAPS no atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (CID F10.0 a F19.9 - Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA), chegando a 111,7% para o procedimento “Acolhimento Inicial” e 431,5% para “Acolhimento a demanda espontânea”. Ainda na questão 5, agrega-se a garantia da promoção de direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas a prática da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, com o entendimento de que estes temas são parte de um conjunto de aspectos a serem considerados durante a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) com o intuito de identificar as crenças pessoais da pessoa e como elas afetam a qualidade de vida e podem contribuir para o cuidado. Incluir este tema no cuidado é buscar compreender como a espiritualidade ajuda a pessoa a lidar com as dificuldades em sua vida, estruturando a experiência, atribuindo significado a questões espirituais e pessoais, considerando sempre diferentes crenças religiosas, por exemplo, budistas, cristãos, hindus e muçulmanos, bem como outras pessoas com crenças ou cosmovisões diferentes que não se encaixam em uma orientação religiosa específica. Para muitas pessoas, religião, crenças pessoais e espiritualidade são uma fonte de conforto, bem-estar, segurança, significado, senso de pertencimento, propósito e força. No entanto, algumas pessoas sentem que a religião tem uma influência negativa em suas vidas. Por essa razão, há a necessidade de permitir que diferentes aspectos dessa questão sejam abordados no cuidado as pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Vale destacar, que essas práticas, quando avaliadas pela pessoa e profissionais de saúde como parte do PTS, devem ser ofertadas externas aos serviços de saúde, em locais apropriados e que possam contemplar todas as crenças pessoais, devendo os serviços realizarem as devidas articulações com os territórios e promover o poder contratual das pessoas usuárias. Com relação a garantia do acesso as diferentes modalidades de tratamento para pessoas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, o Desmad/MS sugere incluir no Eixo V a importância do fortalecimento e ampliação da rede de Unidades de Acolhimento (UA)

na RAPS (Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012) que são residências temporárias para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e que estão em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acolhimento terapêutico e protetivo, por até 6 meses com funcionamento 24h, em um ambiente de moradia inserido na comunidade, e de acordo com o projeto terapêutico singular elaborado e pactuado com a pessoa usuária e o CAPS de referência. Atualmente existem UAs para adultos (maiores de 18 anos) e para crianças e adolescentes (de 10 a 18 anos incompletos). As UA contam com equipe qualificada e funcionam exatamente como uma casa, onde o usuário é acolhido e abrigado enquanto seu tratamento e projeto de vida acontecem nos diversos outros pontos da RAPS. De acordo com evidências publicadas em 2025 nas bases de dados BVS e Google Acadêmico, que investigaram, por meio de estudos primários qualitativos, questões relacionadas às UA da RAPS, os achados reforçam a importância das UA como dispositivos estratégicos no cuidado em saúde mental e atenção às pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas. Entretanto, também evidenciam a necessidade de investimento em infraestrutura, qualificação profissional e maior articulação intersetorial para que o potencial terapêutico das UAs seja plenamente realizado. Um aspecto comum entre vários estudos foi a possibilidade que as UAs oferecem para suprir as necessidades básicas, como alimentação, higiene e sono na quantidade e em local adequado, como também a construção de uma rotina flexível, estabelecimento de regras e limites em conjunto também servem ao propósito de proteção. Seguem abaixo os aspectos específicos abordados pelos estudos, que embasaram a proposta: I. O ambiente acolhedor e a postura dos cuidadores desempenham papel essencial na eficácia do cuidado. Um estudo realizado em São Paulo (Gomes et al., 2021) destaca que o vínculo, o acolhimento e o reconhecimento dos sujeitos como protagonistas de sua trajetória de cuidado são centrais para a efetividade das intervenções. O espaço físico da UA também foi apontado como elemento estruturante do cuidado, funcionando como dispositivo terapêutico, capaz de facilitar ou dificultar os processos de reabilitação psicossocial. II. O estudo de Exner et al. (2020), realizado em São Paulo, investigou as estratégias de cuidado percebidas por profissionais atuantes em uma Unidade de Acolhimento. A pesquisa revelou que todos os participantes destacaram a importância de se construir uma escuta qualificada, centrada na singularidade de cada usuário, como eixo estruturante do cuidado. Além disso, os profissionais indicaram a necessidade de articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destacando que o trabalho em rede é imprescindível para garantir continuidade e integralidade no cuidado oferecido. As estratégias terapêuticas foram marcadas pela ênfase na autonomia, vínculo e responsabilização mútua entre equipe e usuários. III. Em Recife (Galindo, 2019), observou-se que fatores como o desejo do próprio usuário em se tratar, o apoio familiar e as atividades terapêuticas facilitam o processo de cuidado, enquanto a ausência de estrutura, de regras claras e de limites constituem obstáculos. A relação entre profissionais e usuários é atravessada por tensões, exigindo preparo técnico e sensibilidade ética dos cuidadores. IV. Já na região Sul (Foppa e Grigolo, 2020), os autores identificaram diferentes “tipos” de moradores nas UA, revelando como as trajetórias individuais influenciam na dinâmica institucional. A singularidade das experiências exige uma abordagem que vá além da normatização, permitindo que a escuta e o cuidado sejam adaptados às necessidades específicas de cada sujeito. V. No Rio de Janeiro (Almeida e Cunha, 2021), o estudo ressaltou o papel social e simbólico das UAs, evidenciando como os espaços e os agentes sociais contribuem para a reconstrução dos vínculos sociais dos usuários. O trabalho das equipes deve articular cuidado clínico com práticas que promovam autonomia, pertencimento e reinserção social. Nesse sentido, o DESMAD recomenda que o Planad possa garantir que os CAPS I, CAPS AD, CAPS AD III, as UA e os Leitos de Saúde Mental em Hospital



Geral, sejam os serviços de referência no SUS para o cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.”

PROPOSTAS: “1) Fortalecimento e ampliação da rede de Unidades de Acolhimento (UA) na RAPS (Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012); 2) Garantir que os CAPS I, CAPS AD, CAPS AD III, as UA e os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, sejam os serviços de referência no SUS para o cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.”

EIXO VII – ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS E CONSTRUÇÃO DE INDICADORES QUE PERMITAM A AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS, PROGRAMAS E PROJETOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: “Como o Planad pode fomentar a pesquisa científica de qualidade sobre drogas, que seja independente, multidisciplinar e que responda às necessidades do país e das comunidades afetadas? Que tipos de indicadores (de processo, resultado e impacto) são essenciais para monitorar e avaliar a eficácia, eficiência e equidade das políticas, programas e projetos sobre drogas? Para avaliar a eficácia, eficiência e equidade das políticas públicas do SUS para pessoas que usam álcool e outras drogas, sugere-se fomentar a realização sistemática de inquéritos nacionais alinhados aos princípios e diretrizes da RAPS para a produção de indicadores, fornecendo dados primários sobre a população e permitindo a análise de diversos aspectos da saúde pública.

Como podemos garantir que os dados coletados para esses indicadores sejam confiáveis, desagregados (por gênero, raça, idade, território etc.) e utilizados para aprimorar as políticas e não para punir ou estigmatizar? Como o Planad pode promover a capacitação de gestores, profissionais e conselheiros para a compreensão e utilização de evidências científicas e indicadores na tomada de decisão? De que forma podemos criar uma cultura de avaliação contínua das políticas sobre drogas, que permita corrigir rotas, aprender com os erros e otimizar o uso dos recursos públicos?

PROPOSTAS: “1) Fomentar editais de pesquisa e a produção de inquéritos populacionais alinhados aos princípios e diretrizes da RAPS, em parceria com o Ministério da Saúde, DESMAD, universidades e institutos de pesquisa; 2) Qualificar o preenchimento dos dados de gênero, raça, etnia, idade, classe social, dentre outros, utilizando campos obrigatórios; 3) Formar trabalhadores e trabalhadoras da RAPS para compreender a importância dos registros e reduzir subnotificação; 4) Padronização dos instrumentos de coleta e integração de sistemas (prontuário eletrônico nos CAPS); 5) Desagregar os dados por variáveis sociais (gênero, raça/cor, faixa etária, território, situação de rua), permitindo identificar desigualdades no acesso e nos resultados, reconhecendo que os impactos diferem quando gênero, raça e classe se sobrepõem; 6) Os dados devem orientar planejamento, monitoramento e avaliação de políticas, e não subsidiar ações de segurança pública ou repressão; 7) Incluir usuários, familiares e trabalhadores no processo de análise, garantindo que os números sejam traduzidos em melhorias concreta; 8) Fomentar a articulação em colaboração com o Ministério da Saúde (SAES, SGTES, SAPS) CONASS, CONASEMS e colegiados de gestão da RAPS, para incentivar, apoiar e participar da formação continuada de profissionais (educadores, profissionais de saúde, assistentes sociais e outros) para atuarem de forma qualificada na prevenção ao uso de álcool e outras drogas em diferentes contextos; 9) Fomentar a análise sistemática dos dados com feedback contínuo, a partir de dados dos sistemas de informação do SUS e elaborar painéis de dados com relatórios regulares que possam apoiar a avaliação contínua das políticas; 10) Institucionalizar a avaliação como parte da política, prevê-la em normativas e incluir nos planos

municipais/estaduais/nacional de drogas a obrigatoriedade de avaliações periódicas e criar equipes ou núcleos de monitoramento e avaliação dentro das secretarias de saúde, assistência e justiça, com apoio técnico; 11) Reservar orçamento para avaliação (dados, formação, pesquisas), evitando que seja sempre um item negligenciado; 12) Envolver CONASS, CONASEMS, colegiados gestores da RAPS e usuários dos serviços na elaboração de indicadores, monitoramento e avaliação das políticas sobre drogas; 13) Monitorar os registros de procedimentos da Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS considerando a diversidade de ofertas e a continuidade do cuidado.”

2.4.6 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

Trata-se da realização de Consulta Interinstitucional realizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) com participação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos do Ministério da Justiça e Segurança Pública (Senad/MJSP), para fins de construção do novo Planad. As propostas apresentadas foram extraídas da “5ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Domingos Sávio” e convergem com os eixos temáticos definidos na Resolução Conad nº 13, de 13 de fevereiro de 2025.

Data da realização: 18 de agosto de 2025

Modalidade: Híbrida – Brasília/DF

Eixos debatidos:

I EIXO I – DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SUSTENTÁVEL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem contribuição

PROPOSTAS: “1) Fortalecer mecanismos de prevenção e combate à tortura, com participação social, para fiscalizar centros de privação da liberdade em todas as instâncias governamentais. Assegurar os direitos fundamentais da população, sobretudo dos grupos vulnerabilizados, enfatizando que o uso de substâncias psicoativas, quando problemático, é multifatorial, relacionado a questões sociais como assistência, renda e moradia. Combater políticas repressivas, de privação da liberdade e de promoção do genocídio, assim como a mercantilização de espaços de privação de liberdade; 2) Criar um comitê interministerial ou grupo de trabalho, com participação de 50% de representantes de associações, coletivos e movimentos sociais de pessoas usuárias e familiares, para criar a nível nacional, estadual e municipal, programas que promovam a informação, capacitação e implantação do dispositivo de tomada de decisão apoiada tanto na rede de saúde mental álcool e outras drogas, como também nas políticas intersetoriais e no Sistema de Justiça, para substituir a incapacidade civil ou curatela, que reduz a autonomia da pessoa com sofrimento mental e outras deficiências e possibilita a violação de direitos; a substituição deve garantir às pessoas usuárias o direito de tomar decisões sobre suas vidas com o máximo de autonomia, de acordo com o Art. 12 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU e Decreto nº 6.949/2009), da Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) e suas respectivas repercussões



no Capítulo IV do Código Civil (Lei nº 13.105/2015); essa substituição deverá garantir a superação da exigência hoje corrente de requerer a curatela como pré-requisito para concessão de pensão, benefício de prestação continuada e outros benefícios sociais; 3) Reafirmar o trabalho autogestionário, na perspectiva da economia solidária, como política emancipatória, estimulando as atividades econômicas desenvolvidas e observadas pelas pessoas profissionais de saúde, usuárias da RAPS e que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas; 4) Retomar o fechamento dos hospitais psiquiátricos e de custódia, excluir as comunidades terapêuticas da RAPS e promover a desinstitucionalização através de SRT, em parceria com políticas intersetoriais, atingindo as pessoas em sofrimento mental e em uso prejudicial de álcool e outras drogas, assegurando acesso ao Programa de Volta Para Casa e às modalidades diversas de moradia, inclusive moradia individual assistida, garantindo a assistência em CAPS, CC, ESM na APS, ESF e NASF, a criação do CAPSi III dos leitos de saúde mental em Hospitais Gerais com a Equipe Multiprofissional, da UA(i) e do CnaR, orientados pela lógica da RD, assim como regulamentar a presença da(o) profissional Redutora(or) de Danos em todos os pontos da RAPS, incentivando o tratamento em liberdade em oposição às abordagens e instituições centradas na abstinência e extinguindo a internação em hospitais psiquiátricos e semelhantes, tendo em vista que os serviços substitutivos provaram ser capazes de atender as urgências psiquiátricas com qualidade e competência; 5) Promover a saúde mental e redução de danos através de ações intersetoriais, envolvendo Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sistema educacional, segurança pública, sistema judiciário e esferas pertinentes. Incluir educação sobre substâncias psicoativas, abordando seus aspectos benéficos e riscos numa perspectiva biopsicossocial, com estratégias de redução de danos; 6) Fomentar o conhecimento por meio da Educação Popular em Saúde, assim como na Educação Formal, abrangendo instituições públicas e privadas com abordagem interdisciplinar sobre os usos tradicionais e religiosos da Cannabis. Incluindo valorizar a voz do usuário, promover a consciência sobre os saberes ancestrais e reconhecer a importância cultural e histórica dos povos originários sobre a cannabis. Subeixos: Utilizar a arte como recurso nas escolas infantis para transmitir conhecimentos que reflitam saberes ancestrais, melhorando assim o acesso das crianças a ferramentas de transformação que respeitem a singularidade de cada indivíduo; Aprofundar o estudo das práticas tradicionais, por meio de uma rede que engloba benzedadeiras, erveiras e outros praticantes de saberes diversos, conectando essas tradições à etnobotânica, às neurociências e às sólidas evidências científicas desenvolvidas no Brasil; Estabelecer núcleos municipais de educação contínua em saúde relacionada à Cannabis sativa L., integrando essa abordagem como uma proposta a ser desenvolvida em diálogos descentralizados e focados nas realidades territoriais específicas. (dentro do Programa Saúde na Escola da Portaria interministerial nº 3.696/2010); fomentar todas as vertentes de conhecimento que advogam pelo uso da Cannabis como uma ferramenta para otimizar a experiência individual, visando a promoção da saúde e do bem-estar. Isso abrange a pesquisa do sistema endocanabinóide, que atua como provável regente fundamental de todos os sistemas do organismo; viabilizar carteira nacional de identificação de pacientes para garantir integridade e livre circulação com seus medicamentos (no momento atual); 7) Fomento e apoio às cooperativas e associações através da agricultura familiar, através da criação do Programa de Cultivo Controlado (cadastro de pacientes, profissionais de saúde etc.), apoio ao cultivo por pequenos grupos, como clubes e associações. Subeixos: Fortalecer as Associações canábicas, garantia de subsídios descentralizado nas três esferas para programas de reinserção social de sujeitos em situação de cárcere decorrentes de porte ou tráfico, assim como egressos do Hospital Psiquiátrico e Hospital de Custódia e Tratamento, como possível fonte de geração de renda, associado ao Programa de Volta para Casa; Estabelecer parcerias intersetoriais entre a



justiça e segurança pública, assistência e desenvolvimento social, cultura, esportes, trabalho e emprego, dentre outros, para definição de diretrizes e estratégias de reparação histórica, social, econômica e cultural das pessoas encarceradas e de seus familiares e comunidades, em decorrência da necropolítica de guerra às drogas, visando garantir a promoção da saúde mental das pessoas vulnerabilizadas; Fomentar as organizações sem fins lucrativos que promovem práticas terapêuticas integrativas em conformidade com a reforma psiquiátrica em todas as regiões do país, especialmente as mais vulneráveis; 8) Implantar e Capacitar as equipes dos CAPS em ações sobre redução de danos garantindo que as pessoas em uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas tenham acesso às estratégias do Programa de Redução de Danos e a criação de programas de avaliação para promoção, prevenção e tratamento existentes na área de álcool e outras drogas, estabelecendo e implantando ações preventivas ao uso abusivo de drogas, de forma intersetorial (cultura, arte, lazer, esporte, educação, emprego e geração de renda), bem como o tratamento e a reabilitação do (a) usuário (a) de álcool e outras drogas, em parceria com as secretarias de: assistência social (CREAS, CRAS), saúde, educação e segurança pública afim de dirimir a não acarretarão do trabalho extrapolado do trabalhador(a); 9) Fortalecer e ampliar os programas de prevenção ao uso/abuso de álcool e outras drogas retomando os princípios da Política Nacional de Redução de Danos no tratamento das pessoas com transtorno mental decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, promovendo a integralidade e intersetorialidade na atenção a usuários e familiares e respeitando às singularidades socioculturais de cada grupo. Garantir investimentos em programas Intersetoriais com foco em redução de danos, visando garantir moradia, tratamento e trabalho; 10) Instituir uma Comissão Permanente Intersetorial para Avaliação, Revisão e Aperfeiçoamento das Políticas de Drogas, promovendo a participação do controle social, sociedade civil e movimentos sociais. Assegurar o protagonismo das pessoas que usam substâncias psicoativas na elaboração de políticas públicas, sob a perspectiva antimanicomial e antiproibicionista de forma que a participação e controle social seja transversal e plural, com base na educação popular em saúde, e garanta o envolvimento de pessoas usuárias nos processos de formulação, monitoramento, controle e avaliação das políticas públicas e intersetoriais. Estruturar políticas que promovam participação popular contínua e equânime em todas as fases das políticas para saúde mental, álcool e outras drogas, inclusive por meio de auxílios e subsídios, respeitando direitos e particularidades de grupos vulnerabilizados. Garantir participação e controle social paritário em políticas de álcool e outras drogas, com perspectivas de redução de danos e antiproibicionistas, especialmente na fiscalização de comunidades terapêuticas ou instituições segregadoras até sua extinção, em todas as esferas governamentais; 11) Garantir o fortalecimento da educação permanente para os trabalhadores em saúde e de todos os níveis de atenção nas temáticas sociais, culturais e étnicas de cada território de saúde, contemplando os grupos sociais LGBTQIA+, negros, quilombolas, indígenas, idosos, ribeirinhos, fronteiriços, imigrantes, pessoas em situação de rua, privados de liberdade, profissionais do sexo, usuários de drogas, pessoas com transtornos mentais e com necessidades especiais. Estabelecer e garantir recursos específicos para financiamento de 12) Garantir financiamento tripartite no âmbito do SUS e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a implantação, qualificação e habilitação de leitos integrais de Atenção em Saúde Mental em Hospitais Gerais – adultos e infanto-juvenis, garantindo equipes especializadas multiprofissionais para atendimento e estabilização de pessoas em situações de crise e/ou intoxicação por álcool e outras drogas, com estratégias de Educação Permanente em Saúde Mental às equipes, em conformidade com a Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216 de 6 de abril de 2001 e Portaria nº GM/MS 148 de 31 de janeiro de 2012, Portaria e Consolidação n. 3/2017 GM/MS, anexo V (RAPS); 13) Atualizar as políticas de combate ao tráfico de drogas propondo a descriminalização dos usuários



e pacientes de cannabis, além de investimento em propagandas voltadas à orientação sobre os efeitos colaterais do uso adulto, semelhante às campanhas publicitárias do cigarro sobre o preconceito e estigma. Subeixos: Criar e promover políticas públicas para disseminação do conhecimento em vários ambientes educacionais sobre as circunstâncias históricas que resultaram na criminalização da Cannabis, enfatizando as ciências sociais da criminalização que abordam a motivação real dos interesses econômicos, políticos, questões sociais e raciais. Esse entendimento oferece uma consciência histórica valiosa sobre os motivos obscuros e fundamentam a defesa na luta pela descriminalização; destacar o protagonismo do paciente no tratamento canábico como um tema basal, obrigatório e prioritário em toda e qualquer formação custeada por verba pública destinada a profissionais da saúde e educação, contratando, reconhecendo e remunerando pacientes experts como participantes indispensáveis de tais formulações e ações; 14) Criação da Política Nacional de Uso Terapêutico de Cannabis sativa com a implementação de um Departamento ou Agência Nacional de Cannabis Terapêutica, e, assim, criar o grupo técnico de trabalho multidisciplinar e interministerial, visando à elaboração do plano de Política Nacional de Uso de Cannabis para o tratamento de enfermidades de impacto na Saúde Mental. Subeixos: Priorizar dentro da Política Nacional de Uso Terapêutico de Cannabis; 15) Garantir em todas as instituições de pesquisa, ensino e na rede de saúde e saúde mental o pleno direito à pesquisa, produção controlada, e utilização experimental ou regular de Cannabis medicinal, ayahuasca e outras substâncias alucinógenas no tratamento de diferentes formas de sofrimento mental, redução de danos de drogas mais severas e de transtornos e sintomas neurológicos; criar uma política formal de retirada da Cannabis do rol de drogas e entorpecentes da Anvisa e incluí-la na farmacopeia e lista dos medicamentos da Farmácia Viva, na abordagem da educação popular em saúde e PICS, e sua disponibilização no SUS, com implantação do Programa Farmácia Viva dos tipos 1, 2 e 3 em todo o país; e criar estratégias e as bases culturais e legais para implantar no país a descriminalização definitiva da posse de pequenas quantidades de Cannabis e outras drogas de uso pessoal, considerando a abordagem antiproibicionista e a redução de danos, como já ocorre em diversos países do mundo, como por exemplo Portugal, Uruguai, Espanha, Estados Unidos, etc.”

I EIXO II – PREVENÇÃO

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem contribuição

PROPOSTAS: “1) Promover o acesso aos cuidados em Saúde Mental para profissionais e estagiários/estudantes da área de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio de ações institucionais nos serviços de saúde visando contribuir para o rastreamento, prevenção, tratamento e reabilitação das condições de adoecimento psíquico e do uso nocivo de substâncias psicoativas, tendo em vista o maior risco de adoecimento psíquico nesta parcela da população e, sobretudo, pela elevada prevalência do consumo abusivo de álcool, tabaco e outras drogas; 2) Fortalecer e garantir a integração das políticas de cultura, esporte e lazer, essenciais à atenção integral e saúde mental da infância e juventude, contribuindo na garantia de estratégias multisetoriais para promoção e prevenção na saúde mental e demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, ampliando, para isso, o PSE, efetivando a lei nº 13.935/19 e incluindo o combate à violência infanto-juvenil, ampliando e qualificando as ações de apoio integral aos familiares; 3) Garantir financiamento com aumento proporcional aos municípios que desenvolvam ações estratégicas de promoção, prevenção e reabilitação de usuários (as) de substâncias psicoativas e em sofrimento psíquico; 4) Garantir o efetivo financiamento federal para programas de promoção, prevenção, atenção e reabilitação de usuários de substâncias psicoativas contemplando os diferentes níveis

de complexidade, com os devidos reajustes dos recursos repassados aos serviços de saúde mental nas três esferas, bem como sua ampliação, devendo estar compatível com as atividades e ações (aquisição de sedes próprias, atendimentos individuais, ações coletivas, oficinas, transporte, deslocamentos, dentre outras) a serem desenvolvidas em cada serviço, promovendo o cuidado em liberdade.”

I EIXO III – REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem contribuições

PROPOSTAS: “1) Utilizar a experiência de coletivos e movimentos sociais, como o Espaço Normal (Maré, Rio de Janeiro) na ampliação do programa ATENDA (desenvolvido pelo Espaço Normal) como uma metodologia de cuidado em saúde que foque em mais territórios, em diferentes regiões do país, com a mesma metodologia, a fim de se alcançar uma análise diagnóstica dos impactos positivos que este tipo de cuidado dentro da Política Nacional de Saúde Mental pode ter para indivíduos, seu entorno familiar e sua comunidade, em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas. A partir desse enfoque, implantar atendimento especializado na redução de danos as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas que precisam e queiram atendimento para o controle e gestão das mesmas em suas vidas; elencar estratégias para a expansão do cuidado em liberdade, fomentando as políticas de redução de danos; auxiliar na formação de profissionais redutores de danos, fortalecendo a responsabilidade com o cuidado e com a ética na promoção de saúde e garantia de direitos fundamentais nos territórios favelados; 2) Retornar a Política de Redução de Danos e instituir custeio mensal para que estados e municípios possam adquirir insumos para a promoção da redução de danos nos cuidados em saúde mental de pessoas em sofrimento psíquico associados ao uso de álcool e outras drogas; 3) Desenvolver projetos de saúde pública, estatal e gratuita junto às comunidades tradicionais e populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, ciganas, de pescadores, assentados, imigrantes, entre outras, com o objetivo de valorizar seus saberes e ciências tradicionais e ancestrais, firmando-as e qualificando-as para o tratamento de álcool e outras drogas, com o princípio ético do cuidado em Redução de Danos específicos para essas populações, considerando as diferenças e especificidades culturais de cada povo garantindo o Bem Viver, de acordo com *La Cumbre Mundial de Pueblos Indígenas y la Naturaleza*; 4) Reformular a Política Nacional Sobre Drogas, resgatando o caráter antimanicomial, tendo como norte a redução de danos, o antiproibicionismo, o antipunitivismo e os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS público, estatal, gratuito, laico e de qualidade, extinguindo qualquer tipo de abordagem de forças repressivas e de forças de segurança do Estado; 5) Reestruturar integralmente a abordagem às substâncias psicoativas, desvinculando as políticas sobre drogas do sistema de justiça criminal e abandonando práticas proibicionistas, de guerras às drogas e de necropolítica. Adotar uma regulamentação abrangente para produção, distribuição e comércio, alinhada aos princípios da redução de danos, defesa da vida, direitos humanos, dignidade humana e saúde integral. Os recursos fiscais resultantes desta regulamentação serão destinados para ações de redução de danos, para a Rede Intersetorial de Atenção em Álcool e outras Drogas, para a Rede de Atenção Psicossocial, e para reparação social e econômica das comunidades impactadas pelo proibicionismo; 6) Implementar efetivamente a Política de Redução de danos, bem como uma ética do cuidado, com a implantação e a ampliação das equipes de consultório na rua para atendimento das pessoas em vulnerabilidade social, no uso abusivo de álcool e outras drogas, articuladas com a Rede de Atenção Psicossocial; 7) Garantir e orientar Estados e municípios, de acordo com as suas especificidades locais, quanto ao repasse dos recursos do Ministério da Saúde



já previstos em legislação própria para a criação e implantação de Unidades de Acolhimento Adulto e Unidades de Acolhimento Infantojuvenil, ampliando e fortalecendo a rede destes equipamentos em nível nacional, reforçando sua relevância como dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial e ponto de acolhimento às demandas do uso abusivo de álcool e outras drogas e enfrentando o estigma/ preconceito à instalação destes serviços no território; 8) Pelo incentivo à criação de Fóruns Municipais intersetoriais de Políticas Públicas de álcool e outras drogas, que contemplem a discussão acerca da criminalização do uso e do encarceramento crescente de pessoas usuárias, em sua maioria pretos e pobres, sobretudo após a Lei nº 11.346/2006. Criação de dispositivos de comunicação popular para esclarecimento da sociedade a respeito da redução de danos como possibilidade de ajuda aos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, inclusive, as lícitas. Garantir acompanhamento intersetorial integral às pessoas em situação de rua, que apresentem transtorno mental e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, através de uma política de saúde integral, levando em conta as especificidades dessa população, particularmente a de não ter território definido, com atendimento e acompanhamento garantidos aos usuários e aos seus familiares, incentivando o controle social das ações. Pensar na reparação em políticas que pretendem legalizar substâncias químicas; revertendo o imposto para políticas de redução de danos, dessa forma utilizando para a incorporação, inclusão, inserção e reintegração da população vulnerabilizada; 9) Implementar a redução de danos como política pública de saúde e atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e fechamento das comunidades terapêuticas; 10) Garantir a política de Redução de danos como norteadora das práticas de cuidado com crianças, adolescentes, adultos e idosos nas ações individuais e coletivas considerando seu contexto socioeconômico e cultural e populações vulnerabilizadas em todos os níveis de atenção. Fortalecimento da política de redução de danos por meio do desdobramento de ações e políticas de sensibilização junto a sociedade, contrapondo ao ideário da guerra às drogas e abstinência; 11) Adotar a estratégia da redução de danos como orientadora de ações e políticas voltadas às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas e o tratamento em liberdade, assegurado nos serviços substitutivos da atenção psicossocial, em contraposição às internações em comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos; convocando a sociedade a um amplo debate sobre a necessária legalização e regulamentação de todas as drogas, tendo em vista os efeitos nefastos que a chamada “guerra às drogas” propiciaram, tais como o aumento da violência urbana e do encarceramento em massa de jovens negros e periféricos; 12) Revogar imediatamente a Resolução Conad nº 01/2018, que reforça o estigma sobre as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e privilegia abordagens incoerentes com o paradigma psicossocial, e elaboração de novos documentos sobre a temática, que respeitem a singularidade e o desejo do sujeito através das práticas de redução de danos; 13) Efetivar a Política de Redução de Danos, realizando diagnóstico situacional e pesquisas científicas para subsidiar as intervenções e revogar urgente a Política de Combate às drogas - Decreto nº 9.761/2019, que reforça a violência e opressão da população mais vulnerável, estimula a abstinência como principal forma de cuidado, incentiva e viabiliza a existência de tratamentos em Comunidades Terapêuticas, Hospitais Psiquiátricos, Clínicas Especializadas, Casa de Apoio e Convivência; 14) Propiciar o amplo debate sobre a legalização e regulamentação de todas as drogas, tendo em vista os nefastos efeitos e consequências que a criminalização destas substâncias produz, sendo as mais graves o encarceramento em massa, aumento da violência urbana, dos assassinatos de jovens, pobres, negros e periféricos e o afastamento das/os usuárias/os dos serviços de saúde e adotar a lógica da redução de danos como orientador de ações e políticas voltadas às/aos usuárias/os de álcool e outras drogas, incentivando o tratamento em liberdade nos serviços substitutivos da atenção psicossocial e demais políticas públicas, ampliando



os CnaR e as Unidades de Acolhimentos adulto e infantojuvenil, em oposição às comunidades terapêuticas, clínicas de reabilitação e hospitais psiquiátricos, com habilitação dos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD) para melhor cuidado de usuárias e usuários, fomentando a criação de uma cultura tolerante e respeitosa de cuidado às pessoas em uso prejudicial de drogas em oposição às abordagens centradas na exigência da exclusividade da abstinência; 15) Expansão dos serviços de acolhimento noturno e/ou final de semana para usuáries(as) com problemas relativos ao álcool e outras drogas exclusivamente na Rede SUS que sejam públicos, estatais, laicos e prezem pelo cuidado em liberdade e redução de danos, parando de estimular as comunidades terapêuticas; 16) Garantir que os recursos públicos nas esferas federal, estadual e municipal destinados à população que faz uso abusivo de álcool e/ou outras drogas sejam direcionados somente aos serviços de base territorial, que trabalham sob a lógica da Redução de Danos, regulamentando o agente redutor de danos como profissional da equipe mínima dos serviços de base territorial e comunitário, e o cuidado em liberdade, de acordo com os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira e do SUS, jamais para comunidades terapêuticas e repudiando qualquer parceria com comunidades terapêuticas, investindo, financiando e implementando os serviços de Atenção Psicossocial antimanicomiais e antiproibicionistas com supervisão clínico territorial, tais como CnaR, Centro de Convivência e Cultura, CAPSi, CAPSi III, CAPS II, CAPSad, CAPS III, CAPSad III, UAA/UAI, SRT e NASFs; 17) Promover o cuidado integral a crianças e adolescentes, rompendo com a lógica da medicalização da infância e a cultura do diagnóstico precoce, assegurando acesso, acolhimento e tratamento para crianças e adolescentes com sofrimento mental e em uso de álcool e outras drogas, por meio da criação, ampliação e fortalecimento de serviços substitutivos de base comunitária e intersetorial, com ações articuladas via matriciamento, de acordo com parâmetros territoriais e populacionais, em especial para áreas descobertas e de riscos, que garantam o atendimento prioritário de casos graves, mas também as diversas e complexas necessidades que esse público específico e suas famílias venham a demandar no campo da saúde mental, tanto nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenil (CAPS i), em unidades básicas de saúde (UBS) com equipes de saúde mental, equipes de saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família (NASF) quanto nas unidades de acolhimento infanto-juvenil (UA Infanto-Juvenil) ou em outros dispositivos substitutivos criados para essa população; 18) Garantir acesso aos cuidados de saúde independente da condição social ou econômica, garantida a política de cotas em todas as fases e espaços, da produção ao comércio da cannabis terapêutica e do cânhamo, integrando a política de Drogas, visando reduzir danos e alcançar a justa reparação histórica da população discriminada, encarcerada, dependente de diversas substâncias químicas, além de outros usuários dos CAPS, promovendo a inserção da cannabis como estratégia de cuidado, buscando a autonomia dos principais atores envolvidos e sob a ótica antimanicomial e anticarcerária. Subeixos: Promover uma conscientização coletiva visando esclarecer à sociedade todo o seu potencial, não só o terapêutico, assim como os seus diversos usos na indústria e questões espirituais e ritualísticas. Essa conscientização se dará por meio de palestras com profissionais habilitados e estudiosos do assunto, em suas diversas abrangências, nos maiores espaços possíveis das comunidades, como feiras, exposições, congressos e seminários; Conceder e assegurar o direito aos pacientes de saúde mental internados em instituições hospitalares, que enfrentam condições graves ou incapacitantes de saúde, de utilizar plantas ou substâncias da espécie cannabis, mediante sua própria vontade ou com a autorização de um responsável; Assegurar reparação histórica através da implementação de políticas públicas na área de saúde mental, envolvendo a Cannabis, destinadas à população que historicamente sofreu as consequências da guerra às drogas, o que engloba egressos do sistema prisional e seus



familiares, contribuindo dessa forma com uma abordagem mais equitativa e justa; 19) Garantir projetos de Educação/Formação Continuada permanente nos três níveis de atenção, englobando temáticas como: intervenção em crise, redução de danos, matriciamento, com foco no público de usuários de álcool e outras drogas, crianças e adolescentes, pessoas em restrição de liberdade do sistema judiciário, população LGBTQIA+, idosos, população negra e em situações de vulnerabilidades sociais executando tais projetos para e com residentes e servidores das Unidades de Saúde; 20) Criação da Política Nacional de Uso Terapêutico de Cannabis sativa com a implementação de um Departamento ou Agência Nacional de Cannabis Terapêutica, e, assim, criar o grupo técnico de trabalho multidisciplinar e interministerial, visando à elaboração do plano de Política Nacional de Uso de Cannabis para o tratamento de enfermidades de impacto na Saúde Mental. Subeixos: Priorizar dentro da Política Nacional de Uso Terapêutico de Cannabis sativa, políticas públicas voltadas para a juventude; enfatizar na Política Nacional de Uso Terapêutico de Cannabis sativa a participação ativa das famílias e do sujeito na obtenção de informações e na tomada de decisões relacionadas ao Projeto Terapêutico Singular - PTS; Reconhecer a autonomia do paciente e respeitar a sua perspectiva como a principal autoridade em relação às suas necessidades de saúde. Isso implica na superação de modelos médicos de tutelamento da voz de pacientes usuários de saúde mental e usuários de substâncias e subestimar/censurar a voz dos pacientes; incluir a perspectiva dos pacientes e usuários de Cannabis, tanto para fins terapêuticos quanto para uso adulto. Reconhecer o papel crucial do lazer e da recreação como uma dimensão indispensável desse ecossistema de pesquisa e cuidados em saúde; implementar cotas destinadas à população que historicamente sofreu as consequências da guerra às drogas, o que engloba egressos do sistema prisional e seus familiares, contribuindo dessa forma com uma abordagem mais equitativa e justa no setor da Cannabis; 21) Criação e ampliação de espaços de promoção de saúde da medicina tradicional indígena, fortalecendo o conhecimento dos povos originários em todo território nacional. Implementar na RAPS, estratégias de redução de danos ao uso abusivo do álcool e outras drogas no território. Incluindo abordagens específicas para populações indígenas e outros povos e comunidades tradicionais que valorizem suas culturas, tradições e bem viver. Considerando os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS; 22) Garantir às pessoas em situação de vulnerabilidade social, tais como população lésbica, gay, bissexual, travesti, transexual, “queer”, intersexo e assexual (LGBTQIA+), população negra, indígena, em situação de rua, em privação de liberdade ou egressas/os do sistema penal, quilombola, cigana, imigrantes, profissionais do sexo, desempregadas/os, adolescentes do sistema socioeducativo, usuárias e usuários de drogas em cenas de uso, mulheres e crianças vítimas de violência e pessoas com deficiência, o acesso aos cuidados em saúde mental de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, assegurando a desinstitucionalização, a inclusão e proteção social, em diálogo constante com as políticas intersetoriais, assim como fomentar políticas públicas, pesquisas e capacitação de trabalhadoras/es proporcionando o reconhecimento de determinantes em saúde de modo a garantir uma assistência livre de preconceitos e violências institucionais; 23) Fortalecer a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD) e de Direitos Humanos, especialmente nos cuidados às populações vulnerabilizadas, tais como indígenas, ribeirinhos, quilombolas, LGBTQIAPN+, profissionais do sexo, população do campo e florestas, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e pessoas em situação de violência, bem como ampliar a aplicação 24) Promover uma política de drogas libertária e centrada na saúde mental antipunitivista e não influenciada por julgamentos morais. Abolir a dicotomia entre drogas lícitas e ilícitas, evitando práticas que resultem em morte, encarceramento seletivo de populações vulnerabilizadas e



criminalização de territórios. Para fortalecer essa abordagem, assegurar que toda a infraestrutura burocrática e direcionamentos técnicos relacionados à política de drogas, como Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas (Sisnad) e Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas e Gestão de Ativos (Senad), estejam submetidos hierarquicamente ao Ministério da Saúde, garantindo a primazia da saúde pública na formulação e implementação de políticas que sejam antimanicomiais e pautadas pela redução de danos.”

I EIXO IV – SEGURANÇA PÚBLICA CIDADÃ E JUSTIÇA CRIMINAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem contribuições

PROPOSTAS: “1) Descriminalizar o uso e usuários de substâncias psicoativas e usuários dos serviços de saúde mental. Extinguir práticas de repressão, abuso de autoridade e uso da força por parte de profissionais da segurança pública; 2) Destinar os valores das penas pecuniárias das Varas Criminais do estado a serviços de saúde mental, nos termos da Resolução CNJ nº 154/2012, realizando as devidas pactuações para destinação dos bens apreendidos oriundos de crimes relacionados ao tráfico de drogas ilícitas, a serviços de saúde mental, nos termos dos art. 63 e 64 da lei nº 11.343/2006.”

I EIXO V – ACESSO AO CUIDADO E SISTEMA DE DIREITOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem contribuições

PROPOSTAS: “1) Fortalecer a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD) e de Direitos Humanos, especialmente nos cuidados às populações vulnerabilizadas; 2) Fomentar o funcionamento de uma rede de cuidado em Saúde Mental de qualidade, contínua, resolutiva e de base territorial, em todos os níveis de atenção à saúde, garantindo que as pessoas em sofrimento mental e em uso prejudicial de álcool e outras drogas possam ter acesso a tratamentos; 3) Fortalecer e ampliar práticas integrativas e assegurar o acesso amplo à maconha medicinal e fitoterápicos, promovendo a universalização do acesso a tratamentos alternativos, incluindo a consolidação da Farmácia Viva no Sistema Único de Saúde (SUS) com produtos derivados da maconha para fins terapêuticos/medicinais. Estabelecer um sistema público de suporte ao cultivo doméstico de maconha, com financiamento e consultoria especializada gratuitos, incentivando a autogestão.”

I EIXO VI – GOVERNANÇA PARTICIPATIVA

PRINCIPAIS DESAFIOS: Sem contribuições

PROPOSTAS: “1) Manter e aprimorar o modelo assistencial da RAPS, conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica, fortalecendo o CAPS com ações intra e intersetoriais, envolvendo outras políticas públicas, garantindo que os usuários da RAPS participem de atividades culturais, educacionais, esportivas, de lazer, geração de trabalho e renda, por meio de ofertas de vagas específicas/projetos destinados a esta população, evitando segregação e proporcionando inclusão nos espaços, objetivando prevenção e promoção em saúde mental, reinserção social, reabilitação psicossocial e melhoria na qualidade de vida com autonomia e independência, através de ações de consolidação de assistência aos usuários, em especial às crianças e adolescentes (e família), com



sofrimento psíquico e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas, TEA e demais transtornos globais do desenvolvimento, com ampliação de ofertas de serviços na rede intersetorial, bem como PIC's.”

2.4.7 DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO (DPU)

Trata-se da realização de Consulta Interinstitucional realizada pela Defensoria Pública da União (DPU) com participação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos do Ministério da Justiça e Segurança Pública (Senad/MJSP), para fins de construção do novo Planad. A seguir, registram-se as contribuições copiadas exatamente do jeito que foram enviadas à Senad.

Data da realização: 18 de agosto de 2025

Modalidade: Híbrida – Brasília/DF

“A Defensoria Pública da União, instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbida da promoção dos direitos humanos e da defesa dos vulneráveis, vem, por meio deste, apresentar suas contribuições para a construção do novo Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad). As propostas a seguir são de uma perspectiva construída através da atuação prática na defesa dos cidadãos afetados pelas políticas sobre drogas e refletem a análise de normativas e cenários concretos, conforme detalhado nos documentos em anexo.

Em um espírito de colaboração e visando a construção de políticas públicas mais robustas e eficazes, a DPU se concentra em responder às questões que dialogam diretamente com sua missão constitucional de garantir o acesso à justiça e a defesa dos direitos humanos da população vulnerável.”

Eixos debatidos:

I EIXO I – DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SUSTENTÁVEL

PRINCIPAIS DESAFIOS: “1. Quais são os principais desafios sociais e econômicos em nossa comunidade/região que estão interligados ao uso problemático de drogas e que precisam ser abordados pelo Planad? A Defensoria Pública da União (DPU) compreende que os desafios sociais e econômicos interligados ao uso problemático de drogas no Brasil não se originam nas substâncias em si, mas em uma estrutura de profunda desigualdade e exclusão. A política de drogas vigente, pautada em uma lógica de “guerra”, tem historicamente falhado por atacar as consequências mais visíveis do problema, e não suas causas estruturais, resultando na ampliação das vulnerabilidades e na violação sistemática de direitos. Para que o novo Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad) represente uma mudança efetiva, é imperativo que o diagnóstico parta do reconhecimento desses desafios fundamentais.

O principal desafio é a criminalização da pobreza e da exclusão social. A figura do usuário problemático de drogas frequentemente se sobrepõe à da pessoa em situação de rua, do jovem negro periférico e da mulher em extrema vulnerabilidade. Para esses grupos, o uso de drogas é,



muitas vezes, uma consequência da negação de direitos básicos como moradia, saúde, educação e trabalho. A resposta do Estado, contudo, tem sido predominantemente repressiva e higienista, focada na remoção de corpos indesejáveis do espaço público. Conforme alertado pela DPU em nota técnica conjunta com o Ministério Público Federal e a Defensoria Pública do Rio de Janeiro, políticas de “acolhimento sem consentimento” são, na prática, mecanismos de internação compulsória que reeditam a lógica manicomial, tratando cidadãos como objetos a serem removidos das ruas. Essa abordagem viola frontalmente o paradigma da Reforma Psiquiátrica e a dignidade humana. É nesse contexto que a atuação da DPU na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 976, no Supremo Tribunal Federal, tornou-se um marco ao buscar a efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua e proibir ações de zeladoria urbana que promovam o recolhimento forçado de bens e a remoção compulsória de pessoas. Um Planad eficaz deve, portanto, deslocar o eixo da segurança pública para o da assistência social e da saúde, investindo em moradia, programas de trabalho e renda e no fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em vez de em práticas coercitivas.

Outro desafio crucial reside na interseccionalidade entre gênero, raça e vulnerabilidade, que a atual política de drogas não apenas ignora, mas agrava. As mulheres, em especial, as mulheres negras e migrantes, são desproporcionalmente afetadas. Como apontado na “Proposta de Declaração sobre Imigração, Pobreza e Direitos das Pessoas Envolvidas no Tráfico de Drogas”, da Reunião Especializada de Defensores Públicos Oficiais do Mercosul (REDPO), a desigualdade de oportunidades, a violência de gênero e a falta de autonomia financeira são fatores que empurram muitas mulheres para posições subalternas no tráfico de drogas, resultando em encarceramento massivo. A atuação da DPU junto a essas mulheres revela que a resposta do sistema de justiça criminal raramente considera suas trajetórias de vida e os contextos de coação. A situação atinge um nível de perversidade ainda maior quando o Estado tenta violar a autonomia corporal dessas mulheres, como denunciado na Nota Técnica da DPU de São Paulo sobre a esterilização forçada de usuárias de álcool e outras drogas, uma prática que desconsidera sua capacidade civil e seus direitos sexuais e reprodutivos. A DPU também tem atuado de forma incisiva na defesa de gestantes e mães no sistema prisional, impetrando *habeas corpus* coletivos que resultaram em decisões históricas, como no HC 143.641 do STF, para garantir a substituição da prisão preventiva pela domiciliar, reconhecendo o impacto devastador do cárcere sobre as crianças e a violação do princípio do melhor interesse do menor. O novo Planad precisa incorporar uma perspectiva de gênero e raça transversal, promovendo alternativas penais, fortalecendo as Regras de Bangkok e garantindo que a política de cuidado em saúde respeite integralmente a autonomia e a dignidade das mulheres.

Essa teia de vulnerabilidade se estende para além das nossas fronteiras, alcançando de forma particularmente cruel os migrantes, o que representa uma complexidade adicional a ser enfrentada. A mesma declaração da REDPO evidência como a pobreza e a esperança por uma vida melhor tornam essas pessoas alvos fáceis para redes criminosas, que as usam em posições de alto risco. Quando presos, eles enfrentam o idioma, a xenofobia e o total desconhecimento de seus direitos. A atuação da DPU nas fronteiras, em cooperação com órgãos de outros países, busca justamente fazer essa distinção fundamental entre o grande traficante e o migrante usado como peça descartável no esquema. O Planad precisa evoluir para além da visão simplista do “traficante”, compreendendo as dinâmicas do tráfico de pessoas e oferecendo proteção, e não apenas punição, a essas vítimas.

Em suma, os desafios a serem enfrentados pelo novo Planad transcendem a questão das drogas



e residem no âmago das nossas mazelas sociais e econômicas. A DPU, a partir de sua vivência na defesa dos mais vulnerabilizados, sustenta que apenas uma política de drogas corajosamente pautada na promoção da cidadania, na justiça social, na equidade de gênero e raça e na saúde pública baseada em evidências poderá, de fato, construir uma sociedade mais segura e justa para todos.

2. De que forma as atuais políticas sobre drogas (ou a ausência delas) impactam a pobreza, a desigualdade e o acesso a oportunidades (educação, trabalho, moradia) em nosso território? A atual política de drogas no Brasil, fundamentada em uma lógica de “guerra às drogas”, transcende a esfera da segurança pública para se consolidar como um dos mais potentes vetores de aprofundamento da pobreza e da desigualdade social e racial em nosso território. Longe de atingir seus objetivos declarados de coibir o tráfico e o consumo, essa abordagem produziu um ciclo vicioso de encarceramento em massa, estigmatização e violação sistemática de direitos fundamentais, impactando desproporcionalmente as populações mais vulnerabilizadas e obstruindo seu acesso a oportunidades básicas como educação, trabalho e moradia.

A lei nº 11.343/2006, ao tentar diferenciar o usuário do traficante sem, contudo, estabelecer critérios objetivos para tal, abriu uma perigosa margem de discricionariedade para o sistema de justiça criminal. Na prática, essa subjetividade legal se traduziu em uma seletividade penal que mira um perfil específico: jovens, negros, de baixa escolaridade e residentes de periferias e favelas. É nesse contexto que a atuação da Defensoria Pública da União (DPU) se torna emblemática, não apenas na defesa individual, mas ao buscar incidir na própria estrutura da política que gera a violação de direitos. Em sua manifestação no Recurso Extraordinário 635.659, que debate a descriminalização do porte de drogas para consumo pessoal no Supremo Tribunal Federal (STF), a DPU argumenta que a criminalização do usuário é um “instrumento de estigmatização, segregação e encarceramento da população pobre e negra”, evidenciando como a norma penal opera como um mecanismo de controle social.

O impacto mais visível dessa política é o superencarceramento. O Brasil possui a terceira maior população carcerária do mundo, e o tráfico de drogas é o principal fator desse crescimento, especialmente entre as mulheres. Essa realidade, frequentemente denunciada pela DPU como um “estado de coisas inconstitucional”, cria um ciclo de pobreza de difícil rompimento. O indivíduo encarcerado, mesmo que por posse de uma pequena quantidade de substância ilícita, perde seus vínculos familiares e comunitários, abandona o estudo e o trabalho. Ao sair do sistema prisional, carrega o estigma de “ex-presidiário”, uma barreira quase intransponível para a reintegração ao mercado de trabalho formal. A falta de oportunidades a empurra para a informalidade precária ou, em muitos casos, de volta para a criminalidade como única via de subsistência.

No campo da educação, o impacto é igualmente devastador, ainda que mais sutil. A “guerra às drogas” militariza os territórios pobres, transformando escolas em espaços de medo, cercados por operações policiais violentas que interrompem aulas e traumatizam crianças e adolescentes. A presença ostensiva da polícia e a constante ameaça de violência desestimulam a frequência escolar e comprometem o desenvolvimento educacional. Além disso, a criminalização precoce de jovens por porte de drogas cria um histórico criminal que pode levar à evasão escolar e ao abandono de qualquer perspectiva de futuro que não seja a marginalização.

O direito à moradia também é diretamente afetado. As mesmas operações policiais que invadem escolas, muitas vezes resultam em invasões de domicílios sem o devido mandado judicial, em um claro desrespeito a garantias constitucionais. Essa rotina de violações, justificada pela busca por

drogas, impõe um estado de terror e insegurança jurídica aos moradores de comunidades. Em um caso de grande repercussão com atuação da DPU e da Defensoria Pública do Rio de Janeiro, a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 635, conhecida como “ADPF das Favelas”, o STF foi instado a reconhecer e frear a letalidade policial em operações em comunidades do Rio de Janeiro, que são, em sua maioria, justificadas pela lógica da “guerra às drogas”. A decisão liminar que restringiu tais operações durante a pandemia demonstrou a correlação direta entre essa política e a violação do direito à vida e à inviolabilidade do lar.

Diante desse cenário, a ausência de políticas sobre drogas pautadas pela saúde pública e pelos direitos humanos é tão problemática quanto a política repressiva vigente. A abordagem criminalizante impede que o usuário problemático procure e receba tratamento adequado, por medo de ser punido. A DPU tem defendido enfaticamente que a questão das drogas deve ser tratada sob a ótica da saúde, com a ampliação e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a implementação de políticas de redução de danos. Tal abordagem, além de ser mais humana e eficaz do ponto de vista sanitário, romperia com a lógica punitivista que alimenta o ciclo de encarceramento e pobreza.

Em suma, a atual política de drogas no Brasil funciona como uma engrenagem estrutural de produção e manutenção de desigualdades. Ao criminalizar a pobreza e estigmatizar indivíduos com base em critérios raciais e sociais, ela nega o acesso a direitos básicos e oportunidades, perpetuando um ciclo intergeracional de exclusão. A superação desse modelo não passa pelo recrudescimento da repressão, mas pela coragem de repensar a legislação a partir de uma perspectiva de direitos humanos e saúde pública, como defendido por instituições como a DPU. É imperativo promover um debate público honesto e baseado em evidências, que reconheça o fracasso da “guerra às drogas” e busque construir alternativas que promovam a cidadania, a inclusão e a justiça social para todos os brasileiros, e não apenas para uma parcela privilegiada do território.

3. Como o Planad pode promover ações de desenvolvimento social e sustentável que efetivamente reduzam as vulnerabilidades ao uso de drogas e suas consequências, especialmente para populações vulnerabilizadas? O Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad) representa uma oportunidade estratégica para reorientar a abordagem do Estado brasileiro sobre o fenômeno das drogas, deslocando o eixo de uma política centrada na repressão criminal para um paradigma de promoção da saúde, desenvolvimento social e sustentabilidade. Para que possa efetivamente reduzir as vulnerabilidades ao uso problemático de drogas e suas nefastas consequências, especialmente para as populações mais expostas à exclusão, o Planad deve ser implementado de forma a integrar transversalmente as políticas sociais, garantindo direitos e construindo oportunidades concretas onde hoje prevalecem o estigma e a violência.

Uma atuação eficaz do Planad começa pelo reconhecimento de que a vulnerabilidade ao uso de drogas está intrinsecamente ligada a determinantes sociais como a pobreza, a ausência de moradia digna, a evasão escolar e a falta de acesso ao mercado de trabalho formal. Portanto, suas ações não podem se limitar ao eixo da saúde ou da segurança, mas devem funcionar como um indutor de políticas de desenvolvimento social. Isso implica em fortalecer, com orçamento e diretrizes claras, programas de geração de emprego e renda, de economia solidária e de qualificação profissional, direcionados prioritariamente aos territórios e populações mais afetados pela violência da “guerra às drogas”. Trata-se de substituir a lógica da coerção pela lógica do cuidado e da oportunidade, oferecendo aos jovens alternativas de vida que lhes confirmem dignidade e perspectiva de futuro.

Nesse sentido, a experiência prática da Defensoria Pública da União (DPU) em casos concretos

revela a urgência dessa abordagem. Ao atuar na defesa de pessoas em situação de rua, por exemplo, a DPU constata que a criminalização do uso de drogas serve frequentemente como pretexto para a higienização de espaços públicos e a violação de direitos dessa população. Em uma atuação perante o Supremo Tribunal Federal, na ADPF 976, a DPU defendeu a necessidade de uma Política Nacional para a População em Situação de Rua que não fosse repressivista, mas que garantisse o acesso a programas de moradia e assistência social. O Planad pode e deve dialogar com tais iniciativas, promovendo ações de moradia primeiro (*housing first*) e fortalecendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em especial os da modalidade “AD” (Álcool e Drogas), para que ofereçam não apenas tratamento de saúde, mas um suporte integral que inclua auxílio para documentação, alimentação e inserção social. Ações de desenvolvimento sustentável, como a criação de hortas urbanas comunitárias e projetos de reciclagem geridos por pessoas em processo de reinserção, podem, simultaneamente, gerar renda, fortalecer vínculos comunitários e requalificar espaços urbanos degradados.

Ademais, o Planad deve ser um promotor ativo da equidade racial no acesso às políticas públicas. A atual política de drogas opera com um viés racial explícito, encarcerando massivamente a juventude negra sob a justificativa do combate ao tráfico. Uma política de desenvolvimento social efetiva precisa reverter esse quadro. Isso se traduz em ações afirmativas no acesso à educação, com programas de bolsas e de permanência estudantil para jovens de territórios vulnerabilizados, e no incentivo a programas de primeiro emprego e aprendizagem que contemplem cotas e metas raciais. A DPU, em sua atuação nos tribunais superiores, tem reiteradamente apontado a seletividade penal do sistema de justiça. O Planad pode combater essa estrutura ao investir em projetos culturais e educacionais dentro das comunidades, fortalecendo a identidade e a autoestima da juventude negra e oferecendo caminhos que não passem pela criminalidade imposta por um sistema racista.

Por fim, a efetividade do Planad está condicionada à sua capacidade de incorporar os princípios da redução de danos e de construir suas ações em diálogo permanente com a sociedade civil e, principalmente, com as próprias populações afetadas. É fundamental abandonar a imposição de modelos de tratamento baseados unicamente na abstinência, que se mostram ineficazes para grande parte dos usuários e que frequentemente violam a autonomia e a dignidade humana, como ocorre em internações involuntárias e em comunidades terapêuticas que não respeitam os direitos humanos. A DPU já se posicionou publicamente e atuou judicialmente contra modelos de internação compulsória desprovidos de critérios técnicos e que se assemelham a verdadeiras privações de liberdade. O Plano pode, em contrapartida, financiar e apoiar ações de base comunitária, programas de troca de seringas, distribuição de materiais informativos e a presença de redutores de danos nos territórios, que estabelecem vínculos de confiança e funcionam como porta de entrada para a rede de saúde e assistência social.

Portanto, o Planad só alcançará seus objetivos se for ousado em sua concepção e capilar em sua execução, atuando nas causas estruturais da vulnerabilidade. Isso exige uma articulação interministerial robusta, orçamento adequado e, acima de tudo, uma mudança de mentalidade: enxergar o usuário de drogas não como um criminoso a ser punido, mas como um cidadão de direitos que, como qualquer outro, necessita de acesso à saúde, educação, trabalho, moradia e cultura para construir uma vida plena e autônoma. A promoção do desenvolvimento social e sustentável não é, assim, uma ação acessória, mas o cerne de uma política sobre drogas que seja verdadeiramente humana, eficaz e comprometida com a redução das profundas desigualdades do Brasil.



4. Quais parcerias (entre governo, sociedade civil, setor privado, universidades) são essenciais para implementar projetos de desenvolvimento sustentável que também contemplem a questão das drogas?

A superação dos complexos desafios impostos pela atual política de drogas e sua interface com a desigualdade social demanda uma ação coordenada que transcende as capacidades de qualquer ator isolado. A implementação de projetos de desenvolvimento sustentável, que contemplem a redução de vulnerabilidades e a promoção da cidadania, depende intrinsecamente da articulação de uma robusta rede de parcerias entre o poder público em seus diversos níveis, a sociedade civil organizada, as universidades e o setor privado. É na confluência dessas forças que reside o potencial para construir soluções eficazes, humanas e duradouras.

O papel do Governo, em todas as suas esferas, é o de ser o grande articulador e garantidor dessa cooperação. Isso exige uma governança integrada que rompa com a fragmentação das políticas públicas. Ministérios como o do Desenvolvimento e Assistência Social, da Saúde, dos Direitos Humanos, da Igualdade Racial e da Justiça devem trabalhar em sintonia, alinhando metas e orçamentos para que as ações de desenvolvimento cheguem de forma coesa aos territórios mais necessitados. A experiência da Defensoria Pública da União (DPU) em litígios estruturais, que buscam a reestruturação de políticas públicas falhas, como as voltadas à população em situação de rua ou ao sistema prisional, evidencia a necessidade de respostas estatais coordenadas, que não podem ser alcançadas sem diálogo e planejamento conjunto.

Nessa arquitetura, a parceria com a sociedade civil é a viga mestra. As organizações não governamentais, os coletivos culturais e os movimentos sociais de base comunitária detêm um conhecimento profundo das realidades locais e, fundamentalmente, a confiança das populações que o Estado muitas vezes não consegue alcançar. Eles são essenciais não apenas como executores de projetos, mas como protagonistas na sua concepção, monitoramento e avaliação. A DPU, ao participar de audiências públicas no Congresso Nacional e no Supremo Tribunal Federal sobre a política de drogas, frequentemente o faz ao lado dessas organizações, amplificando vozes e saberes construídos no dia a dia da luta por direitos. O apoio e o financiamento a projetos de redução de danos, centros de convivência e cooperativas de trabalho geridas por essas entidades são exemplos práticos de como essa parceria pode gerar alternativas concretas à violência e à exclusão.

As universidades, por sua vez, são parceiras estratégicas na produção de conhecimento e inovação. A “guerra às drogas” foi construída sobre discursos ideológicos e desprovidos de evidências. Para desconstruí-la, é crucial o fomento à pesquisa acadêmica que possa mensurar os impactos sociais e econômicos da política atual e avaliar a eficácia de novas abordagens. Um exemplo notável é o projeto “Custos da Política de Drogas no Brasil”, uma colaboração que envolveu atores do sistema de justiça e organismos internacionais para calcular o peso financeiro e social da repressão, oferecendo dados robustos para um debate qualificado. Além da pesquisa, os projetos de extensão universitária podem levar serviços de saúde, assistência jurídica e projetos de incubação de negócios a comunidades vulneráveis, ao mesmo tempo em que formam profissionais com uma visão mais crítica e humanizada sobre a questão.

Por fim, o engajamento do setor privado é indispensável para fechar o ciclo de inclusão social. Essa parceria deve ir além de ações pontuais de filantropia e se consolidar em um compromisso com o desenvolvimento sustentável e a responsabilidade social corporativa. Empresas podem colaborar através da criação de programas de empregabilidade e capacitação profissional destinados a egressos do sistema prisional, pessoas em tratamento para o uso problemático de drogas e jovens



em situação de risco. A oferta de um emprego digno é, possivelmente, a mais eficaz política de prevenção e de reintegração social. Incentivos fiscais e selos de responsabilidade social podem ser mecanismos para estimular o setor privado a se tornar um aliado ativo na reconstrução de trajetórias de vida e na revitalização econômica de territórios estigmatizados.

5. De que maneira os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) podem ser integrados de forma prática nas estratégias do Planad relacionadas a este eixo? Quais ODS são prioritários neste contexto? A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, com seu lema de “não deixar ninguém para trás”, oferece uma matriz robusta e universalmente reconhecida para guiar a reestruturação do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad), alinhando-o a um compromisso global com a dignidade humana, a justiça e a equidade. A integração prática dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) às estratégias do Planad é não apenas uma oportunidade, mas uma necessidade para assegurar que a política sobre drogas deixe de ser um vetor de violações e se torne uma ferramenta de promoção do desenvolvimento. Nesse contexto, determinados ODS emergem como prioritários, servindo como pilares para uma abordagem mais racional e humana.

O ODS 1 (Erradicação da Pobreza) e o ODS 10 (Redução das Desigualdades) são o ponto de partida fundamental. A atual política de drogas, como já demonstrado, aprofunda a pobreza e a desigualdade ao criminalizar seletivamente indivíduos em situação de vulnerabilidade. Integrar esses ODS ao Planad significa, na prática, desenhar ações que ataquem as causas estruturais que associam pobreza e o mercado de drogas ilícitas. Isso se traduz em programas de transferência de renda condicionada à participação em cursos de qualificação profissional, o fomento a cooperativas e projetos de economia solidária em territórios marginalizados, e a criação de políticas de reparação para as comunidades mais vitimadas pela violência da “guerra às drogas”. A atuação da Defensoria Pública da União (DPU) em favor do acesso de populações vulnerabilizadas a benefícios sociais e ao auxílio emergencial durante a pandemia ilustra como a garantia de uma renda mínima é um passo essencial para reduzir a atratividade de atividades ilícitas e fortalecer a resiliência comunitária¹.

Diretamente conectado a estes, o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) exige uma mudança de paradigma, tratando o uso problemático de drogas como uma questão de saúde pública, e não de polícia. Na prática, isso implica em destinar recursos do Planad para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e o financiamento de programas de redução de danos. Ações como a disponibilização de tratamento de saúde acessível e voluntário, a distribuição de insumos de prevenção e o treinamento de equipes de saúde para um acolhimento sem estigma são a materialização do ODS 3. A DPU, em sua atuação perante o sistema de justiça, tem consistentemente defendido o direito à saúde e se oposto a medidas de internação compulsória que violam a autonomia do indivíduo, advogando por um modelo de cuidado em liberdade que é o cerne da proposta deste ODS.

O ODS 8 (Trabalho Decente e Crescimento Econômico) e o ODS 5 (Igualdade de Gênero) também são cruciais. A população egressa do sistema prisional, em grande parte encarcerada por delitos relacionados a drogas, enfrenta barreiras quase intransponíveis para acessar o mercado de trabalho formal. O Planad pode promover parcerias com o setor privado para a criação de cotas para egressos, além de certificar empresas com selos de responsabilidade social. Para as mulheres, que representam o segmento que mais cresce na população carcerária por tráfico, a integração do ODS 5 é vital. Isso significa desenvolver programas de geração de renda específicos para mulheres chefes de família em comunidades vulneráveis, oferecer creches e suporte para que possam



trabalhar e estudar, e garantir que não percam a guarda de seus filhos devido a uma condenação, combatendo um ciclo de desestruturação familiar e pobreza.

Finalmente, a implementação de todos os outros objetivos depende do ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes). Este é, talvez, o mais desafiador e transformador. Integrá-lo ao Planad significa promover uma profunda reforma no sistema de justiça para combater sua seletividade e letalidade. Isso se traduz em apoiar a fixação de critérios objetivos para diferenciar usuários de traficantes, medida longamente defendida pela DPU no debate do Recurso Extraordinário 635.659 no STF, como forma de reduzir o encarceramento em massa e a discricionariedade policial. Significa, também, investir em mediação de conflitos, em práticas de justiça restaurativa e no fortalecimento de ouvidorias e corregedorias dos órgãos de segurança. Instituições eficazes, no âmbito do ODS 16, são aquelas transparentes, que prestam contas à sociedade e que operam para proteger os direitos de todos, especialmente os mais vulneráveis, e não para oprimi-los.

A integração dos ODS ao Planad não pode ser um exercício retórico. Ela deve se manifestar em metas claras, indicadores de impacto mensuráveis e em um sistema de monitoramento transparente e participativo. Ao adotar a Agenda 2030 como seu roteiro, o Brasil pode alinhar sua política sobre drogas a um esforço global por um futuro mais justo e sustentável, transformando um de seus maiores desafios sociais em uma plataforma para a promoção de direitos e o fortalecimento da cidadania.

6. Quais são as necessidades específicas de comunidades tradicionalmente afetadas (ex: indígenas, quilombolas, ribeirinhos, periferias urbanas) no que tange ao desenvolvimento social e sustentável no contexto das políticas sobre drogas? A formulação de políticas de desenvolvimento social e sustentável no contexto das drogas exige um olhar apurado e sensível às realidades distintas das diversas comunidades que formam o Brasil. As necessidades de povos indígenas, comunidades quilombolas, populações ribeirinhas e moradores de periferias urbanas não são homogêneas; pelo contrário, são moldadas por suas culturas, seus territórios e pela forma específica como a dinâmica do tráfico e a violência da “guerra às drogas” os atingem. Reconhecer e endereçar essas especificidades é condição indispensável para a construção de qualquer política pública que se pretenda justa e eficaz.

Para os povos indígenas, a questão das drogas se entrelaça perigosamente com a invasão de seus territórios. As rotas do narcotráfico frequentemente atravessam terras indígenas, trazendo consigo a presença de facções criminosas, o aliciamento de jovens, a violência e a cooptação para atividades ilícitas, como o garimpo e a extração ilegal de madeira, que financiam o crime organizado. A necessidade primordial dessas comunidades é a garantia de sua integridade territorial e autonomia. Ações de desenvolvimento sustentável devem, portanto, focar no fortalecimento da vigilância e proteção territorial, conduzidas pelos próprios indígenas. Isso implica em apoiar e financiar seus planos de gestão territorial e ambiental, respeitando seus conhecimentos tradicionais. Em diversas ocasiões, a Defensoria Pública da União (DPU) atuou judicialmente para exigir do Estado a retirada de invasores de terras indígenas, como na Terra Indígena Yanomami, onde a contaminação por mercúrio e a violência armada, intimamente ligadas ao garimpo ilegal financiado por redes criminosas, representam uma ameaça existencial. A política sobre drogas, neste contexto, é indissociável da proteção ambiental e da defesa dos direitos originários.

As comunidades quilombolas, guardiãs de um patrimônio histórico e cultural afro-brasileiro, enfrentam desafios semelhantes de pressão sobre seus territórios, somados a um racismo estrutural que as torna alvo preferencial tanto da violência de grupos criminosos quanto da brutalidade



policial. Suas necessidades específicas envolvem a regularização fundiária de seus territórios como barreira de proteção e o fomento a projetos de etnodesenvolvimento. O desenvolvimento sustentável aqui significa investir em agricultura familiar de base agroecológica, no turismo de base comunitária e na valorização de suas manifestações culturais e saberes ancestrais. Essas atividades fortalecem a economia local e a identidade coletiva, criando alternativas robustas ao aliciamento pelo tráfico. A atuação da DPU na defesa do direito à consulta prévia, livre e informada, conforme a Convenção 169 da OIT, em projetos que afetam territórios quilombolas, reforça a necessidade de que qualquer política de desenvolvimento seja construída com, e não para, essas comunidades, garantindo seu protagonismo.

Para as populações ribeirinhas, especialmente na Amazônia, a vulnerabilidade se manifesta pela sua localização geográfica estratégica para as rotas fluviais do narcotráfico. A ausência do Estado se traduz na falta de serviços básicos como saúde e educação, enquanto a presença do crime impõe uma lei do silêncio e explora o conhecimento local sobre os rios e florestas. A necessidade central é a presença de um Estado social e não apenas policial. O desenvolvimento sustentável para os ribeirinhos passa pela melhoria da infraestrutura de transporte para escoamento de sua produção (como açaí, castanha e pescado), pelo investimento em energias renováveis, como a solar, e pela garantia de escolas e postos de saúde fluviais bem equipados. Ao prover cidadania e integrar economicamente essas comunidades de forma justa, o Estado diminui o poder coercitivo e a dependência imposta pelos grupos criminosos.

Nas periferias urbanas, o cenário é o da confrontação direta e cotidiana. A “guerra às drogas” justifica uma militarização do cotidiano, com operações policiais que violam direitos e ceifam vidas, majoritariamente de jovens negros. A necessidade mais urgente é a reorientação radical da segurança pública, com foco na inteligência e na desarticulação das altas finanças do tráfico, em detrimento da repressão violenta no varejo. O desenvolvimento social e sustentável nas periferias se materializa em investimentos maciços em saneamento básico, mobilidade urbana, equipamentos culturais e esportivos, e na qualificação de escolas públicas. É sobre transformar esses territórios em espaços de vida e potência, e não de sobrevivência. A histórica decisão na ADPF 635, a “ADPF das Favelas”, que contou com a participação de diversos atores, incluindo a DPU, e restringiu operações policiais no Rio de Janeiro, apontou para a urgência de proteger a vida e o cotidiano das favelas, reconhecendo que a paz não pode ser construída sob a mira de um fuzil.

Em suma, uma política de desenvolvimento social no contexto das drogas só será sustentável se for territorializada, culturalmente adequada e construída sobre o pilar do respeito aos direitos de cada comunidade. É imperativo abandonar as soluções genéricas e passar a escutar as necessidades específicas que emanam de cada território, seja ele uma floresta, um quilombo ou uma favela. A resposta do Estado deve ser a de garantir direitos e promover oportunidades, reconhecendo que a diversidade do Brasil exige uma diversidade de soluções.

7. Como garantir que as políticas e ações propostas sejam baseadas em evidências e nas reais necessidades das pessoas e dos territórios, evitando soluções genéricas? A garantia de que políticas e ações no campo das drogas sejam eficazes e legítimas depende de uma ruptura fundamental com o modelo atual, frequentemente pautado por ideologias e pânico moral, em direção a uma governança baseada em evidências científicas e na escuta ativa das reais necessidades das pessoas e dos territórios. Para evitar a repetição de soluções genéricas que historicamente fracassaram, é imperativo institucionalizar mecanismos de diagnóstico, participação social, monitoramento e avaliação que guiem o ciclo completo das políticas públicas,

desde sua concepção até sua contínua adaptação.

Primeiramente, toda e qualquer estratégia deve partir de um diagnóstico preciso e localizado. Isso significa ir além das estatísticas nacionais de apreensões e prisões e investir na produção de dados qualitativos e quantitativos sobre as dinâmicas locais do uso e do comércio de drogas, bem como sobre as vulnerabilidades sociais e as potencialidades de cada comunidade. É fundamental mapear, em cada território, quais são os determinantes sociais que mais impactam a população, qual a capacidade instalada da rede de saúde e assistência social e quais as iniciativas comunitárias já em andamento. A atuação da Defensoria Pública da União (DPU), ao demandar e utilizar dados detalhados sobre o perfil da população carcerária ou sobre as condições de cumprimento de pena em seus litígios, demonstra a importância da evidência para desvelar as falácias da “guerra às drogas” e direcionar a atuação do Estado para os problemas concretos, como o superencarceramento por pequenas quantidades de entorpecentes.

Em segundo lugar, a escuta das necessidades reais se materializa através de uma participação social efetiva e vinculante. A população afetada não pode ser vista como mera receptora de políticas, mas como protagonista em sua formulação. Isso requer o fortalecimento dos conselhos de direitos (como os de saúde, assistência social e políticas sobre drogas), a realização sistemática de audiências públicas e consultas prévias, especialmente em se tratando de comunidades tradicionais, e a criação de laboratórios de inovação social que envolvam moradores, gestores, técnicos e pesquisadores na co-criação de soluções. A DPU, ao promover audiências públicas para debater o sistema prisional ou a política de saúde mental, atua como uma catalisadora desse diálogo, assegurando que a expertise de quem vivencia o problema no dia a dia seja incorporada ao debate institucional. Garantir que as deliberações desses espaços participativos influenciem diretamente as decisões e o orçamento público é o que transforma a participação de um ato simbólico em um instrumento de poder democrático.

Adicionalmente, é crucial estabelecer um sistema de monitoramento e avaliação independente e transparente. As políticas públicas precisam ser constantemente avaliadas quanto aos seus resultados e impactos, não apenas em relação aos seus objetivos declarados, mas também quanto às suas consequências não intencionais. Isso envolve a definição de indicadores claros, que meçam, por exemplo, a redução de homicídios, o aumento do acesso a serviços de saúde, a melhoria nos índices de escolaridade e empregabilidade em territórios-alvo, e não apenas o número de prisões. Universidades e institutos de pesquisa independentes devem ser parceiros estratégicos nesse processo, garantindo a isenção e o rigor metodológico das avaliações. Os resultados dessas análises devem ser públicos e servir de base para o aprimoramento, a correção de rotas ou mesmo a descontinuação de estratégias que se mostrem ineficazes ou violadoras de direitos.

8. Quais indicadores poderiam ser utilizados para medir o impacto positivo das ações de desenvolvimento social e sustentável na redução dos problemas associados às drogas?

Os indicadores tradicionais da “guerra às drogas” — toneladas de substâncias apreendidas, número de prisões, operações policiais realizadas — são, na realidade, métricas de um esforço bélico, e não de bem-estar social. Eles informam sobre a intensidade da ação repressiva do Estado, mas calam sobre seu impacto real na vida das pessoas e comunidades. Um novo Planad, comprometido com o desenvolvimento social e sustentável, deve, portanto, inaugurar um painel de indicadores centrado na promoção de direitos, na redução de vulnerabilidades e na ampliação de oportunidades, tornando a política mensurável por sua capacidade de gerar cidadania, e não coerção.

No campo da saúde e da assistência social, a mudança de paradigma implica em parar de contar

internações e passar a medir o acesso ao cuidado. O principal indicador de impacto positivo seria o aumento do investimento público per capita na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em detrimento do financiamento de comunidades terapêuticas que não seguem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. O sucesso seria visível na redução do tempo de espera para acolhimento voluntário nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e na taxa de adesão aos Projetos Terapêuticos Singulares, que demonstram a capacidade do sistema de construir soluções de cuidado pactuadas com o indivíduo, respeitando sua autonomia. Um indicador-chave, alinhado a práticas internacionais de sucesso como o «Moradia Primeiro», seria a taxa de pessoas com uso problemático de drogas integradas em programas de habitação estável, pois a garantia de um lar é a premissa para a organização de outras dimensões da vida.

No eixo da justiça e da segurança, a métrica do sucesso deve ser a redução da violência e do encarceramento, e não o contrário. O indicador mais direto de uma política de drogas menos punitiva e mais justa seria a redução progressiva da taxa de encarceramento por tráfico de drogas, com dados desagregados por raça, gênero e tipo de delito. Essa meta está alinhada à atuação histórica da Defensoria Pública da União em busca do desencarceramento, incluindo a impetração de Habeas Corpus coletivos que buscam garantir a aplicação de medidas alternativas à prisão. Consequentemente, um indicador fundamental seria a elevação da taxa de aplicação de penas alternativas para delitos não violentos relacionados a drogas, medindo a capacidade do sistema de justiça de oferecer respostas que não impliquem na ruptura de laços sociais e produtivos. Ademais, em territórios vulnerabilizados, o sucesso de uma política de segurança cidadã seria medido pela redução da letalidade policial e das violações de direitos em operações, um tema central na atuação da DPU em casos de grande repercussão, como a ADPF 635 no STF.”

I EIXO II – PREVENÇÃO

PRINCIPAIS DESAFIOS: “1. Quais são as principais lacunas nas atuais estratégias de prevenção ao uso de drogas em nossa comunidade/região (escolas, famílias, mídia, etc.)? As estratégias de prevenção ao uso de drogas em nosso país, e de forma emblemática no Distrito Federal – sede do poder político e de instituições como a Defensoria Pública da União –, revelam um profundo abismo entre o discurso oficial e a realidade de desassistência vivida pelas comunidades. As principais lacunas não residem na falta de leis, mas na ausência de uma abordagem coerente, cientificamente embasada e verdadeiramente protetiva, que substitua o paradigma do medo e da repressão por uma cultura de cuidado, diálogo e promoção de direitos. Tanto em Brasília quanto no restante do território nacional, a prevenção tem sido, na prática, uma política de aparências, fragmentada e desprovida dos recursos necessários para alcançar efetividade.

No âmbito escolar, a lacuna é gritante. Prevalece um modelo de prevenção focado em palestras pontuais, baseadas no terror e na intimidação, que frequentemente estigmatizam o tema e afastam os jovens de um diálogo honesto. Falta uma política pedagógica contínua e transversal, que insira o debate sobre drogas no currículo de forma ampla, abordando-o a partir da promoção da saúde, do desenvolvimento de habilidades socioemocionais, do pensamento crítico e da valorização de projetos de vida. Em Brasília, apesar de sua alta renda per capita, a desigualdade entre o Plano Piloto e as cidades-satélites se reflete no acesso a programas de contraturno escolar, cultura e esporte, que são as mais eficazes ferramentas de prevenção primária, pois oferecem aos jovens alternativas e repertórios para além da vulnerabilidade. A carência desses programas nas periferias



do Distrito Federal, como Sol Nascente ou Estrutural, espelha uma realidade nacional onde a escola, desprovida de recursos e suporte, pouco consegue fazer para competir com o aliciamento do tráfico.

No seio das famílias, a desassistência é igualmente manifesta. A política pública falha em oferecer suporte e informação de qualidade para que pais, mães e responsáveis possam abordar o tema em casa sem tabus. A ausência de canais de diálogo e de serviços de orientação familiar deixa as famílias reféns de informações desencontradas e do pânico difundido pela mídia. O Estado deveria prover, por meio dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e das unidades básicas de saúde, programas de fortalecimento de vínculos familiares e de parentalidade positiva, que são essenciais para construir um ambiente doméstico de confiança e proteção, mas esses serviços encontram-se sobrecarregados e subfinanciados em todo o país.

A mídia, por sua vez, majoritariamente reforça o problema em vez de contribuir para a solução. A cobertura sensacionalista, que associa indelevelmente o uso de drogas à violência e à degradação moral, perpetua estigmas e desinforma. Faltam campanhas de comunicação pública que adotem uma perspectiva de saúde pública e redução de danos, que informem sobre os diferentes tipos de substâncias e seus riscos de forma objetiva, e que divulguem amplamente os serviços de ajuda disponíveis na rede pública. Essa abordagem proibicionista na mídia legitima a violência policial e a criminalização da pobreza, dificultando que usuários problemáticos ou suas famílias busquem ajuda por medo de represálias.

A atuação da DPU, ao defender o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), toca diretamente no cerne da questão da prevenção. Uma prevenção eficaz depende de uma rede de saúde mental robusta e capilarizada, capaz de oferecer cuidado e acolhimento antes que o uso de uma substância se torne um problema grave. No Distrito Federal, notícias recorrentes apontam para longas filas de espera por atendimento psicossocial, demonstrando que mesmo no centro administrativo do país, a rede é insuficiente. Essa realidade, potencializada em nível nacional, mostra que a principal lacuna da prevenção é, em última análise, uma lacuna de cidadania.

2. Como podemos garantir que as informações sobre drogas e seus riscos sejam claras, precisas, baseadas em evidências científicas e culturalmente adaptadas para diferentes públicos (jovens, adultos, pais, educadores)? Garantir que as informações sobre drogas e seus riscos sejam claras, precisas, baseadas em evidências científicas e culturalmente adaptadas aos diferentes públicos é um dos pilares para a reestruturação da política de drogas, substituindo o medo pela autonomia e o pânico pela saúde pública. A superação do atual modelo, marcado pela desinformação e pelo sensacionalismo, exige uma ação coordenada do Estado e da sociedade, fundamentada em princípios de responsabilidade, transparência e respeito à diversidade dos sujeitos e territórios.

O primeiro passo é o compromisso do Estado, especialmente do Ministério da Saúde, com a produção e centralização de informações cientificamente validadas. É imperativo criar e manter plataformas oficiais — portais na internet, materiais impressos e aplicativos — que funcionem como referência confiável. Este conteúdo deve ser desenvolvido em parceria com instituições de pesquisa de renome, como a Fiocruz e universidades públicas, assegurando que as informações sobre cada substância, seus efeitos, riscos e potenciais de dependência estejam despidas de juízos morais e alinhadas ao conhecimento científico atual. A Defensoria Pública da União (DPU), em sua defesa intransigente do Sistema Único de Saúde (SUS), implicitamente defende o direito à



informação como parte do direito à saúde, pois sem conhecimento claro, o indivíduo não pode tomar decisões conscientes sobre seu próprio bem-estar nem buscar o cuidado adequado.

Contudo, não basta que a informação exista; ela precisa chegar de forma eficaz a cada público. Para os jovens, a comunicação deve ser horizontal e utilizar suas linguagens e plataformas. Em vez de palestras proibitivas, a estratégia deve focar na criação de conteúdos para redes sociais, *podcasts* e jogos interativos, desenvolvidos com a participação dos próprios jovens. O foco deve ser na promoção da saúde, no desenvolvimento de habilidades para a vida e na redução de danos, oferecendo ferramentas para que saibam como agir em situações de risco, como identificar um uso problemático em si ou em um amigo e onde procurar ajuda sem medo de punição.

Para pais e familiares, a informação deve ser acolhedora e desmistificadora. É preciso criar guias e canais de diálogo, como grupos de apoio e linhas diretas de orientação, que os ajudem a superar o tabu e a construir uma comunicação aberta com seus filhos. O conteúdo deve oferecer estratégias práticas para abordar o tema em casa, diferenciar a experimentação do uso problemático e informar sobre os recursos disponíveis na rede pública de saúde e assistência social, combatendo a ideia de que a única solução é a internação ou a denúncia.

Para os educadores, a necessidade é de formação continuada. As Secretarias de Educação devem, em parceria com as de Saúde, oferecer cursos e materiais de apoio pedagógico que capacitem os professores a trabalhar o tema de forma transversal e contínua. O educador precisa se sentir seguro e preparado para mediar debates, identificar sinais de alerta e encaminhar adequadamente os alunos que necessitem de cuidado, transformando a escola em um verdadeiro espaço de proteção e promoção da saúde. A atuação da DPU em grupos de trabalho interinstitucionais que debatem políticas para a infância e juventude reforça a percepção de que a escola é um local estratégico para a garantia de direitos, e o acesso à informação qualificada é um deles.

A adaptação cultural é a chave para a efetividade em um país diverso como o Brasil. As estratégias de comunicação não podem ser genéricas. Para uma comunidade indígena, a abordagem deve ser construída em diálogo com suas lideranças e cosmologias; para uma periferia urbana, deve dialogar com a cultura local, como o funk ou o hip-hop; para uma população ribeirinha, deve utilizar os meios de comunicação acessíveis, como o rádio. Essa sensibilidade cultural só é possível com o envolvimento direto das comunidades na elaboração das campanhas e materiais.

Em suma, a transição de uma comunicação baseada no medo para uma política de informação transparente e adaptada é um ato de responsabilidade pública e de respeito à cidadania. Exige investimento, articulação intersetorial e, acima de tudo, a coragem de tratar a população não como um alvo de mensagens de interdição, mas como sujeitos de direitos, capazes de tomar decisões autônomas quando munidos de conhecimento claro, preciso e confiável.

3. Que tipo de programas de prevenção nas escolas seriam mais eficazes para proteger crianças e adolescentes, promovendo habilidades para a vida e resiliência? Os programas de prevenção mais eficazes para proteger crianças e adolescentes no ambiente escolar são aqueles que transcendem a abordagem restrita e pontual sobre substâncias para se dedicarem à construção de um ecossistema de proteção, bem-estar e desenvolvimento integral. Em vez de focar no “problema da droga”, a escola deve se concentrar em fortalecer o sujeito, promovendo habilidades para a vida, resiliência e um senso de pertencimento e propósito. Essa mudança de paradigma é crucial para romper com o ciclo de vulnerabilidade que a atual política de drogas aprofunda em todo o país.

Uma prevenção escolar eficaz ancora-se, primeiramente, no desenvolvimento de habilidades socioemocionais. Isso significa integrar ao projeto político-pedagógico, de forma contínua e transversal, atividades que ensinem os alunos a gerir suas emoções, a construir relações interpessoais saudáveis, a tomar decisões de forma consciente e a lidar com a pressão de grupo. Programas que promovem a empatia, a comunicação não-violenta e a resolução pacífica de conflitos são fundamentais. Ao aprender a navegar suas próprias angústias e as complexidades de suas relações sociais, o jovem se torna menos suscetível a buscar em substâncias uma via de escape ou um meio de aceitação social.

Em segundo lugar, a escola deve ser um ambiente de promoção da saúde em seu sentido mais amplo. Isso envolve garantir que os alunos tenham acesso a informações claras e cientificamente embasadas sobre o funcionamento do corpo e da mente, incluindo os efeitos das diversas substâncias psicoativas, mas sem recorrer ao alarmismo. O diálogo deve ser franco e pautado pela redução de danos, reconhecendo que a experimentação pode ocorrer e que, nesse caso, o jovem precisa saber como minimizar riscos e onde buscar ajuda. A presença de equipes de saúde escolar e a articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território são vitais para criar uma rede de cuidado efetiva.

Adicionalmente, programas eficazes são aqueles que transformam a escola em um espaço seguro e acolhedor, onde cada aluno se sente valorizado. Isso passa pelo combate a todas as formas de bullying e discriminação, pela promoção da diversidade e pela criação de canais de escuta e participação juvenil. Quando os jovens sentem que pertencem à comunidade escolar e que suas vozes são ouvidas, eles desenvolvem um vínculo positivo com a instituição, que se torna um fator de proteção. Ações de justiça restaurativa, por exemplo, podem ser implementadas para lidar com conflitos internos, ensinando responsabilidade e reparação em vez de simplesmente punir, construindo um ambiente de confiança mútua.

Por fim, a mais potente estratégia de prevenção é a oferta de projetos de vida. Escolas que oferecem educação em tempo integral com acesso a atividades de arte, cultura, esporte, ciência e tecnologia ampliam o repertório de mundo dos estudantes e abrem horizontes para o futuro. Ao se engajarem em projetos que lhes dão prazer e nos quais desenvolvem talentos, crianças e adolescentes constroem sua identidade e autoestima, fortalecendo sua resiliência. A atuação da DPU na defesa do direito à educação inclusiva e de qualidade, especialmente para populações vulnerabilizadas, alinha-se a essa perspectiva, pois garantir uma formação robusta e a permanência na escola é a política de prevenção mais estruturante que existe. É o caminho para assegurar que a juventude, especialmente aquela que vive nos territórios mais afetados pela violência da “guerra às drogas”, possa vislumbrar e construir um futuro onde o uso problemático de substâncias ou o envolvimento com o tráfico não sejam as únicas alternativas percebidas.

A escola mais eficaz na prevenção não é a que mais fala sobre drogas, mas a que mais investe em seus alunos enquanto seres humanos em pleno desenvolvimento. É a que protege, acolhe, ensina a pensar e a sentir, e que abre portas para o futuro, tornando-se, assim, um poderoso antídoto contra as múltiplas vulnerabilidades sociais.

4. Qual o papel da família, da comunidade e de outras instituições (igrejas, ONGs, centros comunitários) na prevenção ao uso problemático de drogas? Como o Planad pode apoiar essas iniciativas? A prevenção ao uso problemático de drogas transcende as fronteiras das políticas estatais formais, encontrando seu alicerce mais sólido na capilaridade e na legitimidade das redes de afeto e de convivência social. A família, a comunidade e as instituições da

sociedade civil, como igrejas, ONGs e centros comunitários, formam a primeira e mais importante linha de proteção e cuidado. O papel do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad) deve ser o de reconhecer, fortalecer e potencializar essas iniciativas, atuando como um fomentador de laços sociais, em vez de pretender substituir a potência que emana do próprio território.

O papel da família é insubstituível na construção de um ambiente de segurança emocional e diálogo, que constitui o principal fator de proteção para crianças e adolescentes. Um lar onde há escuta, afeto e comunicação aberta sobre os desafios da vida, incluindo a questão das drogas, é o espaço mais propício ao desenvolvimento de indivíduos resilientes e autônomos. No entanto, as famílias, especialmente as mais vulnerabilizadas pela pobreza e pela violência estrutural, precisam de suporte. O Planad pode apoiar essa base familiar ao garantir o financiamento e a expansão de programas vinculados à assistência social e à saúde, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), que oferecem serviços de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e ao promover campanhas de informação que forneçam aos pais e responsáveis ferramentas para um diálogo construtivo com seus filhos.

As comunidades e suas diversas instituições — sejam elas igrejas de diferentes matrizes, ONGs, associações de moradores ou centros comunitários — desempenham uma função crucial como espaços de pertencimento, solidariedade e oferta de oportunidades. Elas promovem a coesão social ao oferecerem atividades culturais, esportivas, de lazer e de formação que dão sentido à vida dos jovens e os conectam a uma rede de apoio mútua. Muitas dessas organizações já realizam um trabalho de prevenção e acolhimento notável, operando com recursos escassos e grande voluntarismo.

O Planad pode e deve ser o grande indutor dessas iniciativas de base comunitária. Isso se materializa de formas concretas: primeiro, por meio de editais públicos de financiamento que sejam desburocratizados e acessíveis, permitindo que pequenos coletivos e associações possam acessar recursos para seus projetos de arte, cultura, esporte e geração de renda. Segundo, através da oferta de capacitação e apoio técnico, ajudando essas organizações a aprimorarem sua gestão e a ampliarem o impacto de suas ações. Terceiro, o Plano pode funcionar como um articulador, criando redes de colaboração entre diferentes iniciativas no mesmo território e conectando-as aos serviços públicos da rede de saúde (CAPS, UBS) e de assistência social (CRAS, CREAS), para garantir que as pessoas acolhidas pela comunidade tenham acesso contínuo ao cuidado do Estado quando necessário. A articulação entre a rede de saúde, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e a rede de assistência social (SUAS) é fundamental para oferecer um cuidado integral, conforme defendido pela Defensoria Pública da União em sua análise sobre políticas de drogas.

É fundamental que esse apoio se dê com respeito à autonomia e à diversidade de cada instituição. O Estado não deve impor um modelo único de prevenção, mas sim valorizar as diferentes abordagens, desde que pautadas pelo respeito aos direitos humanos. O papel do Planad não é o de controlar, mas o de empoderar. Ao investir na força das famílias e da sociedade civil organizada, o Estado não apenas descentraliza e otimiza a política de prevenção, mas também fortalece o próprio tecido social. Uma comunidade unida, com laços de solidariedade e rica em oportunidades para seus membros, é, em si, o mais poderoso e sustentável programa de prevenção ao uso problemático de drogas.

5. Como as campanhas de mídia e comunicação podem ser utilizadas de forma mais efetiva para a prevenção, combatendo a desinformação e o glamour associado ao uso de algumas substâncias? As campanhas de mídia e comunicação representam um campo

estratégico, e largamente subutilizado, para a construção de uma política de prevenção eficaz, capaz de combater tanto a desinformação crônica quanto a glamorização do uso de certas substâncias. Para que sejam efetivas, essas campanhas devem abandonar a linguagem do pânico moral e da interdição, que se provou ineficaz, e adotar uma abordagem sofisticada, segmentada e pautada pela honestidade intelectual e pela promoção da saúde. Trata-se de ocupar o espaço público com narrativas que gerem reflexão crítica, e não apenas medo.

Uma estratégia de comunicação eficaz começa pelo reconhecimento de que não existe um público único. As mensagens precisam ser cuidadosamente calibradas para diferentes realidades e faixas etárias. Para o público jovem, a comunicação deve ser dialógica e ocorrer em seus próprios termos e plataformas, como as redes sociais. Em vez de peças publicitárias impositivas, o caminho mais promissor é o fomento ao letramento midiático: apoiar projetos que ensinem os jovens a analisar criticamente como o uso de substâncias é retratado em filmes, séries e na música. O objetivo não é censurar, mas desenvolver a capacidade de identificar interesses comerciais, idealizações e as consequências reais por trás da estética do glamour. Campanhas podem destacar narrativas de personalidades e influenciadores que falem abertamente não apenas sobre os riscos, mas sobre as pressões sociais e as questões de saúde mental que muitas vezes estão por trás do uso de drogas.

Para combater a desinformação, o Estado tem o dever de ser a fonte primária de informação confiável e acessível, como um contraponto às *fake news*. Isso implica em criar e promover continuamente canais oficiais com dados claros e objetivos sobre os efeitos e riscos das diferentes substâncias, incluindo as lícitas como o álcool, cujo consumo é frequentemente glamourizado e seus danos minimizados. Uma campanha efetiva, nesse sentido, seria aquela que, por exemplo, compara os riscos associados a diferentes drogas de forma objetiva, baseada em escala de danos cientificamente validada, permitindo que a sociedade compreenda o espectro real de perigo em vez de agrupar tudo sob o rótulo genérico e aterrorizante de “droga”.

Adicionalmente, as campanhas devem ir além do foco exclusivo nas substâncias ilícitas e abordar os padrões de consumo de forma mais ampla, promovendo a saúde e o bem-estar. Em vez de focar apenas no “não uso”, as mensagens podem e devem promover fatores de proteção: a importância do esporte, da cultura, dos laços comunitários e do cuidado com a saúde mental. Uma campanha de sucesso é aquela que associa o bem-estar e a realização pessoal a um estilo de vida saudável e equilibrado, oferecendo uma visão positiva e desejável que, por si só, se contrapõe ao apelo de substâncias como forma de escape ou diversão.

É fundamental também que a comunicação pública dê visibilidade às redes de cuidado e aos serviços de ajuda disponíveis. As pessoas precisam saber que existem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outras instâncias do SUS prontas para oferecer acolhimento e tratamento voluntário, gratuito e sem julgamentos. Divulgar histórias reais de pessoas que buscaram e encontraram apoio na rede pública, com respeito à sua identidade, é uma forma poderosa de desconstruir o estigma e o medo associados à procura de ajuda, uma barreira que a atual abordagem repressivista apenas solidifica.

Em última análise, o desafio é transformar a comunicação sobre drogas de um instrumento de controle social para uma ferramenta de emancipação e cuidado. Isso exige criatividade, sensibilidade e a coragem de tratar o cidadão como um interlocutor inteligente, capaz de processar informações complexas e tomar decisões responsáveis quando munido do conhecimento correto. A comunicação, assim, deixa de ser um fim em si mesma para se tornar parte integrante de uma política mais ampla de promoção da saúde, da cidadania e dos direitos humanos.

6. Quais são os fatores de risco e proteção mais relevantes em nosso contexto local que deveriam ser considerados ao se desenhar programas de prevenção?

O desenho de programas de prevenção eficazes exige uma análise aprofundada e honesta dos fatores de risco e de proteção que moldam a realidade de nossas comunidades. Em um país de profundas desigualdades como o Brasil, esses fatores não são abstratos, mas sim manifestações concretas das condições de vida, das oportunidades ofertadas e dos direitos que são sistematicamente violados. Ignorar esse balanço e propor soluções genéricas é condenar qualquer iniciativa à irrelevância.

Entre os fatores de risco, a desigualdade social e a ausência de oportunidades se impõem como o mais determinante. A falta de acesso à educação de qualidade, a um mercado de trabalho digno, a equipamentos de cultura e lazer e a uma moradia segura cria um ambiente de desesperança, especialmente entre os jovens das periferias. Nesse contexto, o tráfico de drogas pode surgir como uma das poucas alternativas de ascensão econômica, status e pertencimento. A evasão escolar, em particular, é um preditor crítico; um jovem fora da escola está exponencialmente mais exposto ao aliciamento e a outras formas de violência.

A exposição à violência, seja ela a violência comunitária perpetrada por facções ou a própria violência do Estado em sua “guerra às drogas”, é outro fator de risco devastador. Crianças e adolescentes que crescem em um cotidiano de operações policiais, tiroteios e violações de direitos têm sua saúde mental gravemente afetada, gerando traumas, estresse crônico e ansiedade que podem levar ao uso de substâncias como forma de automedicação ou escape. A DPU, ao atuar em casos de grande repercussão como a ADPF 635, que questionou a letalidade policial nas favelas do Rio de Janeiro, não está apenas defendendo o direito à vida, mas também combatendo um fator de risco que adocece o tecido social e empurra a juventude para um ciclo de violência e uso problemático de drogas.

A desestruturação dos vínculos familiares e comunitários também se apresenta como um risco significativo. Famílias atravessadas por dificuldades extremas, como o desemprego, a fome ou o encarceramento de um de seus membros — realidade massificada pela atual política de drogas —, têm sua capacidade de cuidado e proteção diminuída. A ausência de uma rede de apoio sólida deixa o indivíduo isolado e mais vulnerável.

Em contrapartida, os fatores de proteção são precisamente o avesso desses riscos, e é no fortalecimento deles que os programas de prevenção devem se concentrar. O principal fator de proteção é a existência de vínculos afetivos sólidos e de uma rede de apoio social, começando pela família e se estendendo à comunidade. Um ambiente familiar com diálogo, afeto e suporte, aliado a uma comunidade com fortes laços de vizinhança e solidariedade, cria um colchão de segurança que ampara o indivíduo diante das adversidades.

O acesso a uma educação pública, inclusiva e de qualidade é, como já mencionado, um pilar protetivo. Uma escola que acolhe, que promove o pensamento crítico, que oferece projetos culturais e esportivos e que ajuda a construir projetos de vida é a política de prevenção mais eficaz e de longo prazo que uma sociedade pode almejar.

Agarantia de acesso à saúde, em especial à saúde mental, é outro fator de proteção indispensável. A capacidade de buscar e encontrar acolhimento e tratamento para questões como ansiedade, depressão e traumas, de forma acessível e sem estigmas, é fundamental para evitar que o sofrimento psíquico se torne um gatilho para o uso problemático de substâncias. A luta pelo fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é, portanto, uma agenda central para a prevenção.



Finalmente, o desenvolvimento de um senso de propósito e de uma identidade positiva é um poderoso fator de proteção interno. Programas que promovam a autoestima, o protagonismo juvenil, o engajamento em causas sociais, a valorização da cultura local e o reconhecimento das potencialidades de cada indivíduo contribuem para que os jovens encontrem sentido e valor em suas vidas, fortalecendo sua resiliência para enfrentar os desafios sem recorrer ao uso de drogas como muleta.

7. Como podemos envolver os próprios jovens na concepção e implementação de estratégias de prevenção para que sejam mais relevantes e eficazes para eles?

O envolvimento direto dos próprios jovens na concepção e implementação de estratégias de prevenção é o fator determinante para que essas ações transcendam a irrelevância e se tornem verdadeiramente eficazes. Para que as políticas públicas dialoguem com a realidade da juventude, é preciso abandonar a lógica tutelar que historicamente as caracteriza e adotar uma abordagem de protagonismo, na qual os jovens deixam de ser meros “alvos” das ações para se tornarem sujeitos ativos e parceiros na sua construção. Isso exige a criação de mecanismos institucionais e metodologias que garantam uma participação significativa, e não apenas simbólica.

O primeiro passo é institucionalizar a escuta e a participação juvenil nos espaços onde as políticas são formuladas. Isso se materializa na criação de conselhos juvenis de políticas sobre drogas, com poder consultivo e deliberativo, em níveis municipal, estadual e nacional. É fundamental que esses espaços tenham representatividade, garantindo a presença de jovens de diferentes perfis, especialmente das periferias, de comunidades tradicionais e do movimento estudantil.

Um segundo mecanismo poderoso é a adoção de metodologias de prevenção por pares. Programas nos quais jovens previamente capacitados atuam como multiplicadores e educadores entre seus próprios colegas têm se mostrado extremamente eficazes. Esses “jovens multiplicadores” conseguem abordar os temas com uma linguagem e uma legitimidade que nenhum adulto conseguiria replicar, quebrando barreiras de desconfiança e estabelecendo um diálogo horizontal. O poder público pode fomentar essa abordagem ao apoiar e financiar projetos de formação de lideranças juvenis dentro das escolas e dos centros comunitários, oferecendo-lhes as ferramentas e o conhecimento científico sobre saúde e redução de danos para que possam, com autonomia, criar suas próprias oficinas, rodas de conversa e materiais informativos.

Além disso, é crucial envolver os jovens na própria criação das campanhas e materiais de comunicação. Em vez de contratar agências de publicidade para desenvolverem campanhas de cima para baixo, o Estado pode promover *hackathons* sociais, laboratórios criativos e concursos culturais que incentivem a juventude a produzir suas próprias peças de comunicação – vídeos para redes sociais, podcasts, músicas, peças de teatro, grafites. Ao se tornarem autores da mensagem, os jovens não apenas garantem que ela seja relevante e impactante para seu público, como também se engajam em um profundo processo de reflexão e aprendizado. Essa estratégia transforma a prevenção em um ato de expressão cultural e de apropriação do debate público.

Garantir que os jovens possam se organizar e se expressar livremente é uma condição prévia para que seu potencial criativo e crítico possa ser canalizado para a construção de soluções para os problemas que os afetam.

Em suma, para que as estratégias de prevenção sejam relevantes, o Estado precisa reposicionar-se: de provedor de soluções para facilitador de processos. O desafio é criar e sustentar as plataformas para que a energia, a criatividade e o conhecimento da juventude possam emergir e liderar a



construção de uma cultura de cuidado, saúde e direitos. O protagonismo juvenil não é apenas um método mais eficaz; é um imperativo democrático e a expressão mais autêntica de uma política pública que confia e investe em sua população.

8. De que forma o Planad pode incentivar a formação continuada de profissionais (educadores, profissionais de saúde, assistentes sociais) para atuarem de forma qualificada na prevenção ao uso de drogas? A qualificação dos profissionais da linha de frente é, de fato, a pedra angular para a reestruturação da política sobre drogas, e o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad) é a instância estratégica para orquestrar essa mudança. Compreendendo que seu poder reside menos na capacidade de financiamento direto e mais em sua competência para articular, induzir e regular as políticas do Estado, o Planad pode promover uma profunda transformação na capacitação de educadores, profissionais de saúde e assistentes sociais por meio de mecanismos institucionais de alta eficácia e baixo custo orçamentário direto.

O principal instrumento do Planad é sua capacidade de indução regulatória e de articulação interministerial. O Plano pode atuar em conjunto com o Ministério da Educação (MEC) para revisar e atualizar as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em Pedagogia, Medicina, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social. A inclusão de competências obrigatórias sobre saúde mental, o fenômeno das drogas sob a ótica da saúde coletiva e os princípios da redução de danos nas DCNs asseguraria que todos os novos profissionais já ingressassem no mercado de trabalho com uma base de conhecimento qualificada e humanista, alterando a cultura profissional em sua raiz. Esta é uma ação regulatória, de competência federal, que não demanda aporte de capital, mas sim de articulação política e técnica.

Em segundo lugar, o Planad deve atuar como o arquiteto de uma Rede Nacional de Formação e Apoio Técnico, utilizando a estrutura já existente nos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social. O Plano pode articular, por meio de portarias interministeriais, que a temática das drogas seja pauta prioritária e permanente nos programas de Educação Permanente em Saúde (EPS) do SUS e na capacitação continuada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Além disso, pode capitanear a expansão de metodologias como o Telessaúde e o Apoio Matricial, permitindo que equipes especializadas de grandes centros urbanos ofereçam, remotamente, supervisão clínico-institucional e consultoria para profissionais de CAPS, de consultórios na rua e do CRAS em regiões remotas.

O terceiro eixo de atuação é o de organizador e disseminador do conhecimento. O Planad pode liderar a criação de uma plataforma digital unificada de conhecimento, uma espécie de “biblioteca nacional” sobre políticas de drogas. Este portal não dependeria de novos aportes, mas da sistematização do vasto conhecimento já produzido por instituições como a Fiocruz, universidades federais, conselhos profissionais e ONGs. A plataforma centralizaria pesquisas, guias de boas práticas, protocolos clínicos, materiais pedagógicos e pareceres técnicos, incluindo as teses institucionais de órgãos como a DPU, que frequentemente produzem conhecimento qualificado a partir de casos concretos. Ao organizar e oferecer esse acervo de forma gratuita e acessível, o Planad combate a desinformação e empodera o profissional da ponta com o melhor conhecimento disponível, sem a necessidade de custear a produção de materiais inteiramente novos.

Por fim, o Planad pode ser o grande incentivador de cooperação horizontal entre os municípios e estados. Por meio do seu comitê gestor, o Plano pode identificar e dar visibilidade a experiências municipais e estaduais exitosas em formação profissional, promovendo seminários de intercâmbio,

editais de boas práticas e missões técnicas. Estimular que um município com uma rede de saúde mental bem-estruturada compartilhe sua expertise com outro que está em fase de implementação é uma forma de otimizar os recursos e disseminar a inovação no âmbito da federação.”

I EIXO III – REDUÇÃO DE DANOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: 1. Quais são as principais barreiras para a implementação e expansão de serviços de Redução de Danos em nossa região/comunidade (ex: falta de informação, preconceito, financiamento, questões legais)? A DPU é uma defensora da política de Redução de Danos como forma de garantir a dignidade e a saúde. A implementação dos serviços de saúde possui uma natureza técnica específica que pode fugir da alçada de conhecimento desta DPU.

Nada obstante, compreendemos que a implementação e a expansão de serviços de Redução de Danos no Brasil, política de saúde pública consagrada internacionalmente por sua eficácia em proteger a vida e promover a cidadania, enfrentam barreiras complexas que transcendem a simples falta de informação. Trata-se de um conjunto de obstáculos de natureza ideológica, jurídica, financeira e social que, articulados, criam um ambiente hostil à consolidação de uma cultura de cuidado pragmática e humanitária.

A barreira mais fundamental é de natureza político-ideológica, manifestada na persistência de um paradigma proibicionista que enxerga a abstinência como único resultado aceitável. Essa visão, que permeou a gestão federal da política de drogas em períodos recentes, promoveu um desmonte normativo e simbólico da Redução de Danos, tratando-a não como uma estratégia de saúde, mas como uma “apologia ao uso”. Essa disputa de narrativas se materializa em notas técnicas ministeriais que deslegitimam a abordagem, na priorização de modelos de cuidado baseados no isolamento, como o de algumas comunidades terapêuticas sem a devida fiscalização, e na resistência de gestores locais em implementar serviços que não se alinhem a uma visão estritamente abstêmia.

Derivada diretamente dessa disputa, ergue-se uma perigosa barreira de insegurança jurídica para profissionais e usuários. Redutores de danos que atuam nos territórios, distribuindo insumos como seringas, cachimbos ou piteiras, vivem sob a constante ameaça de serem criminalizados pela polícia sob a alegação de “associação para o tráfico” ou “incitação ao crime”. A ausência de uma legislação federal clara que proteja explicitamente a atuação desses agentes essenciais de saúde cria uma zona cinzenta que intimida os profissionais e afasta os usuários. A DPU tem atuado na defesa criminal de usuários, argumentando que a posse de insumos de saúde não pode ser confundida com a prática de um ilícito penal, pois se trata de uma ação inequívoca de saúde pública. A superação dessa barreira exige, portanto, uma blindagem normativa que confira segurança jurídica e reconhecimento institucional a essa prática.

A terceira barreira, de ordem estrutural, é o desfinanciamento e o conseqüente estrangulamento da RAPS. Serviços como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e os Consultórios na Rua, que são os locais por excelência para a prática da Redução de Danos, vêm sofrendo com a precarização, a falta de equipes completas e a insuficiência de recursos para ações no território. Sem investimento consistente, a capacidade do Estado de ofertar cuidado em liberdade e de forma comunitária fica severamente comprometida, abrindo espaço para o avanço de modelos de internação de baixo custo e de questionável eficácia terapêutica e respeito aos

direitos humanos. A atuação institucional em ações civis públicas que demandam a estruturação e o custeio adequado da RAPS é uma frente de batalha direta contra essa barreira, buscando garantir que a rede de cuidado psicossocial tenha as condições materiais para implementar as políticas que a lei já prevê.

Por fim, persiste a barreira do estigma social e da desinformação, que contamina a opinião pública, a mídia e, inclusive, parte dos próprios profissionais de saúde. A Redução de Danos é frequentemente retratada de forma caricatural como um incentivo ao uso de drogas, e não como uma estratégia pragmática para salvar vidas, prevenir infecções como HIV e hepatites, e criar um vínculo de confiança que pode, eventualmente, levar a um tratamento mais intensivo. Superar essa barreira exige uma comunicação pública inteligente e massiva, liderada pelo Ministério da Saúde, que explique os princípios e os resultados comprovados da Redução de Danos. Exige também a qualificação dos profissionais da rede, para que mesmo aqueles que não atuam diretamente com a temática compreendam e respeitem a abordagem, garantindo um atendimento livre de preconceitos em toda a rede SUS.

2. Que tipos de serviços de Redução de Danos (como testagem para ISTs, projetos de inclusão sociais e produtivas, programas de pós acolhimento, programas de moradia) são mais urgentemente necessários em nosso contexto? A Redução de Danos, em sua concepção mais potente, transcende a fundamental distribuição de insumos de prevenção para se consolidar como uma plataforma integral de resgate da cidadania. Em nosso contexto, marcado pela extrema vulnerabilidade social das pessoas que fazem uso problemático de drogas, os serviços mais urgentemente necessários são aqueles que atuam sobre os determinantes sociais da saúde, reconhecendo que a estabilidade de uma pessoa depende menos da abstinência e mais do acesso a direitos básicos como moradia, saúde integral e trabalho.

Primeiramente, é imperativa a implementação de serviços de saúde integral com foco em testagem e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). A população que usa drogas, especialmente de forma injetável ou em condições de extrema precariedade como nas cenas abertas de uso, apresenta prevalências altíssimas de HIV, hepatites virais e sífilis. A oferta de testagem rápida, sigilosa e acessível, realizada por equipes de Consultório na Rua ou em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) articulados aos CAPS-AD, é uma medida de baixo custo e altíssimo impacto. No entanto, a testagem por si só é insuficiente. É crucial garantir a vinculação imediata do usuário diagnosticado à rede de saúde, assegurando o início do tratamento e o acompanhamento contínuo. A Defensoria Pública da União (DPU), em sua atuação histórica na defesa do direito ao tratamento para pessoas vivendo com HIV/Aids, possui a expertise jurídica para demandar do Estado a garantia dessa linha de cuidado ininterrupta, um direito fundamental que não pode ser negado sob o pretexto do uso de drogas.

Em segundo lugar, e com igual urgência, está a necessidade de programas de moradia baseados no modelo *Housing First* (Moradia Primeiro). A ausência de um teto é um dos maiores vetores de agravamento da saúde e da exclusão social da população em situação de rua que faz uso de drogas. Exigir a abstinência como pré-condição para o acesso a um abrigo ou moradia tem se mostrado uma barreira intransponível e ineficaz. O modelo *Housing First* inverte essa lógica: oferece a moradia digna e individual como o primeiro passo, incondicional, a partir do qual se constrói, com a pessoa, um projeto de cuidado em liberdade. Esta abordagem, com resultados robustos em diversos países, reduz drasticamente o uso problemático de drogas e os custos para o sistema de saúde e segurança pública. A atuação da DPU na Arguição de Descumprimento de



Preceito Fundamental (ADPF) 976, que demandou do governo federal a elaboração de uma política nacional para a população em situação de rua que proibisse a arquitetura hostil e garantisse direitos básicos, representa um alinhamento direto com os princípios da Moradia Primeiro, ao defender a moradia como um direito humano incondicional e ponto de partida para a cidadania.

Por fim, são cruciais os projetos de inclusão social e produtiva e os programas de apoio pós-acolhimento. De nada adianta um processo de estabilização do uso de drogas se, ao final, a pessoa se depara com a mesma ausência de perspectivas que a levou à vulnerabilidade. É necessário criar e fortalecer iniciativas como cooperativas sociais, hortas comunitárias, projetos de economia solidária e programas de alocação de postos de trabalho em empresas parceiras, destinados especificamente a esse público. Para aqueles que passam por um período de acolhimento em serviços como as comunidades terapêuticas ou unidades de acolhimento, é fundamental a existência de programas de egressos, que ofereçam suporte na transição para a vida autônoma, com auxílio para moradia, suporte financeiro temporário e acompanhamento psicossocial continuado. A ausência desse suporte hoje resulta em altíssimas taxas de reincidência ao uso problemático e ao retorno para as ruas.

Portanto, os serviços de Redução de Danos mais urgentes em nosso contexto são aqueles que operam uma mudança de foco: da gestão de riscos de uma substância para a promoção dos direitos de uma pessoa. Testagem e tratamento de ISTs, moradia primeiro e inclusão pelo trabalho não são apêndices, mas o cerne de uma política de Redução de Danos que seja verdadeiramente transformadora e comprometida com a justiça social.

3. Como podemos garantir que as abordagens de Redução de Danos sejam verdadeiramente acessíveis, voluntárias, baseadas em evidências científicas e respeitem a autonomia e a dignidade dos usuários de drogas? A efetividade e a legitimidade das abordagens de Redução de Danos repousam sobre um tripé indissociável: a garantia de que sejam plenamente acessíveis, estritamente voluntárias e que respeitem, em todas as suas etapas, a autonomia e a dignidade da pessoa. Assegurar esses princípios não é uma questão de boa vontade, mas uma obrigação jurídica do Estado, que pode ser garantida por meio de diretrizes claras, mecanismos de controle robustos e uma vigilância institucional constante contra práticas coercitivas e violadoras de direitos.

O primeiro pilar, a voluntariedade, deve ser tratado como cláusula pétrea de qualquer política de cuidado. O respeito ao consentimento livre e informado é a base do direito à saúde e da própria noção de cidadania. No contexto da política de drogas, isso se opõe frontalmente a qualquer forma de internação involuntária ou compulsória que não siga os estritíssimos requisitos legais, como a determinação por um laudo médico circunstanciado que aponte a incapacidade do indivíduo de consentir e a insuficiência de todos os outros recursos extra-hospitalares. A Defensoria Pública da União (DPU), em consonância com os princípios da Lei da Reforma Psiquiátrica (lei nº 10.216/2001), possui uma longa trajetória de atuação judicial contra a banalização da internação compulsória, argumentando que ela frequentemente se converte em uma mera ferramenta de contenção social e segregação, e não em um ato de saúde. Para garantir a voluntariedade, é preciso fortalecer os serviços de base comunitária da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como os CAPS e os Consultórios na Rua, que operam na lógica do convencimento e da construção de vínculos de confiança, tornando a coação um recurso absolutamente excepcional.

O segundo pilar é a acessibilidade real, o que tecnicamente se traduz na implementação de serviços de “baixa exigência” (low threshold). Um serviço acessível é aquele que remove as barreiras burocráticas e morais para o acolhimento. Isso significa que a pessoa não precisa apresentar

documentos, ter um endereço fixo, estar abstinente ou se comprometer com um projeto terapêutico de longo prazo para receber cuidado imediato, como um curativo, um alimento, um kit de higiene ou um insumo de redução de danos. O objetivo inicial é o acolhimento incondicional. A exigência de múltiplas condições para o acesso apenas afasta os mais vulneráveis. A DPU, em sua atuação para garantir o acesso da população em situação de rua a políticas públicas, como no âmbito da ADPF 976, defende na prática o princípio da baixa exigência, ao lutar para que os serviços públicos se adaptem às necessidades da população, e não o contrário. Garantir a acessibilidade é, portanto, simplificar o acesso e levar o serviço onde as pessoas estão, com uma postura de acolhimento radical.

O terceiro pilar é o respeito à dignidade, que se materializa através de mecanismos rigorosos de fiscalização e controle social. Não basta que um serviço se autointitule de “cuidado” se, em seu interior, pratica a violação de direitos, como a supressão de correspondência, a imposição de dogmas religiosos, a restrição ao contato familiar ou a exploração do trabalho (laborterapia) sem a devida remuneração e consentimento. A garantia da dignidade passa pela criação de um sistema robusto de monitoramento de todos os serviços, sejam eles públicos ou conveniados, como as comunidades terapêuticas. Esse sistema deve envolver inspeções periódicas e não anunciadas, realizadas por equipes multidisciplinares que incluam membros do Ministério Público, da Defensoria Pública, dos conselhos profissionais e, fundamentalmente, de representantes de usuários e familiares. A DPU tem atuado em diversas frentes, por meio de ações civis públicas e recomendações, para exigir a fiscalização de comunidades terapêuticas que operam em desacordo com as normas de direitos humanos, buscando assegurar que o acolhimento não se transforme em cárcere. O fortalecimento dos Conselhos de Direitos e a promoção de ouvidorias independentes são, assim, ferramentas jurídicas e institucionais essenciais para proteger a dignidade e a autonomia dos usuários.

4. Qual o papel dos profissionais de saúde, assistentes sociais, políticas intersetoriais e da própria comunidade na oferta e no apoio a programas de Redução de Danos? A oferta e a sustentação de programas de Redução de Danos dependem de uma orquestração sinérgica de papéis e responsabilidades, na qual profissionais da linha de frente, a articulação entre as políticas de Estado e a própria comunidade atuam de forma coesa e interdependente. A falha de um desses componentes compromete toda a estrutura, tornando a política ineficaz. A consolidação dessa abordagem passa, portanto, pelo aprimoramento da atuação específica de cada um desses atores.

O papel dos profissionais de saúde e assistentes sociais é o da execução técnica e qualificada do cuidado no cotidiano. Para os profissionais de saúde, isso implica em ir além do diagnóstico e da prescrição, adotando uma postura de escuta e de construção de projetos terapêuticos singulares, que respeitem a decisão e o tempo do usuário. Tecnicamente, isso se traduz na oferta de insumos de prevenção (seringas, preservativos), na realização de curativos, na testagem para ISTs e no manejo de crises de abstinência ou de overdose. Para os assistentes sociais, o papel é o de articulador da rede de direitos, atuando para garantir o acesso do usuário à documentação civil, a benefícios sociais, a abrigos e a programas de moradia. A atuação desses profissionais é o elo de confiança entre o indivíduo e o Estado.

Contudo, a atuação desses profissionais se torna inócua sem o suporte das políticas intersetoriais. A Redução de Danos não é uma política exclusiva da Saúde, mas uma estratégia que exige a integração com a Assistência Social, o Trabalho, a Habitação, a Educação e a Cultura. Na prática, a intersetorialidade se materializa quando a equipe do Consultório na Rua consegue uma vaga

prioritária para seu paciente em um programa de moradia da prefeitura; quando o CAPS-AD articula com a Secretaria de Trabalho a inclusão de seus usuários em frentes de trabalho; ou quando a rede de saúde mental trabalha em conjunto com as escolas para identificar e acolher jovens em situação de vulnerabilidade. A ausência dessa articulação cria vazios assistenciais que engolem as pessoas. A DPU, em sua atuação em litígios complexos, como os que envolvem a garantia de direitos para a população em situação de rua, frequentemente demanda do poder público a criação de comitês e fluxos intersetoriais, evidenciando que a responsabilidade pela proteção social é compartilhada e que a omissão de uma pasta gera a sobrecarga de outra e a violação de direitos do cidadão.

Finalmente, a comunidade desempenha um duplo papel indispensável: o de apoio social e o de controle democrático. O apoio se manifesta no combate ao estigma e na criação de um ambiente de acolhimento que facilite a busca por ajuda e a reintegração social do indivíduo. Associações de moradores, igrejas e organizações não governamentais podem ser parceiras vitais, oferecendo espaços de convivência, atividades culturais e grupos de apoio mútuo. Por outro lado, a comunidade é a principal instância de controle social sobre a qualidade dos serviços públicos. É por meio dos conselhos locais de saúde, dos fóruns de saúde mental e da participação em conferências que a população pode fiscalizar a aplicação dos recursos, denunciar violações e demandar a expansão e a qualificação dos programas de Redução de Danos.

5. De que forma o Planad pode apoiar a integração de serviços de Redução de Danos com outras políticas públicas, como saúde (RAPS), assistência social (SUAS), moradia, acolhimento, cultura e trabalho, para oferecer um cuidado mais integral? O Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad) possui o potencial de superar sua função como um mero agregador de ações isoladas para se tornar o principal indutor da intersetorialidade, garantindo que os serviços de Redução de Danos se integrem de forma orgânica às demais políticas públicas. Para oferecer um cuidado verdadeiramente integral, o Planad deve atuar como uma instância de governança, estabelecendo os mecanismos normativos, os fluxos de pactuação e os instrumentos de monitoramento que obriguem os diferentes sistemas — como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e as políticas de moradia, cultura e trabalho — a dialogarem e operarem em conjunto.

Tecnicamente, a primeira função do Planad é a de indução normativa, estabelecendo protocolos e linhas de cuidado que sejam, por definição, intersetoriais. Em vez de cada ministério criar suas próprias regras, o Planad, por meio de seu comitê gestor, pode expedir resoluções e portarias conjuntas que determinem a criação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) integrados. Isso significa, por exemplo, que o PTS de uma pessoa atendida no CAPS AD deverá, obrigatoriamente, ser discutido e validado com o profissional de referência do CRAS ou CREAS que a acompanha, assegurando a complementaridade das ações de saúde e assistência social. Essa obrigatoriedade de construção conjunta do plano de cuidado é um mecanismo administrativo que força a comunicação entre as redes. A Defensoria Pública da União (DPU), ao demandar judicialmente um plano de atendimento para um cidadão em situação de extrema vulnerabilidade, frequentemente expõe a fragmentação do cuidado e a necessidade de uma resposta coordenada do poder público. A criação de protocolos integrados pelo Planad transformaria essa resposta, que hoje depende de uma ação judicial, em um procedimento padrão da administração.

O segundo mecanismo é o de pactuação federativa e governança. O Planad deve utilizar as instâncias de pactuação já existentes, como as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB)



do SUS e do SUAS, para inserir a política de drogas como pauta prioritária e vinculante. O Plano pode, por exemplo, condicionar a aprovação de planos de saúde e de assistência social estaduais e municipais à apresentação de um plano de ação intersetorial para a política sobre drogas, que detalhe os fluxos de atendimento, os pontos de contato entre as redes, as responsabilidades de cada setor e as metas a serem alcançadas. Essa seria uma forma de garantir que a integração não fique apenas no papel.

O terceiro instrumento é o monitoramento por meio de indicadores integrados. Para medir o sucesso de uma política de cuidado integral, não basta avaliar indicadores isolados de cada setor. O Planad deve coordenar a criação de um painel de monitoramento com indicadores que reflitam a eficácia da articulação entre as políticas. Por exemplo, em vez de medir apenas o número de atendimentos no CAPS AD, o sistema deveria monitorar “o percentual de usuários do CAPS AD que estão inseridos no Cadastro Único e recebendo benefícios sociais” ou “o tempo médio entre o acolhimento no Consultório na Rua e o acesso a uma solução de moradia”. Esses indicadores compostos forçam os gestores a olharem para além de suas próprias secretarias e a trabalharem em prol de resultados que efetivamente transformem a vida do cidadão em sua integralidade.

Ao atuar como indutor de normas, como articulador da governança federativa e como coordenador do monitoramento de resultados integrados, o Planad deixa de ser um documento de intenções para se tornar o motor de uma complexa engrenagem de cuidado. Ele passa a exercer sua vocação de plano de Estado, tecendo as conexões necessárias para que a Redução de Danos se efetive não como uma ação isolada da saúde, mas como o resultado de uma rede de políticas públicas que, juntas, garantem a proteção social e promovem a cidadania plena.

6. Como podemos envolver os próprios usuários de drogas e seus familiares na concepção, implementação e avaliação dos serviços de Redução de Danos para que atendam às suas reais necessidades? O envolvimento direto de usuários de drogas e seus familiares na concepção, implementação e avaliação dos serviços de Redução de Danos é a condição de possibilidade para que estes atendam às suas reais necessidades e superem uma lógica meramente assistencialista. A participação não deve ser encarada como uma concessão, mas como um direito e um princípio ordenador da política pública, garantindo que o conhecimento de quem vivencia o problema no cotidiano seja o principal insumo para o aprimoramento do cuidado. Para isso, é preciso institucionalizar canais de participação em todos os níveis do sistema, desde o atendimento individual até a formulação da política nacional.

A participação se materializa na construção conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS não pode ser um plano imposto pelo profissional, mas um acordo de cuidado pactuado com o usuário, respeitando seus objetivos, seus limites e seu tempo. Isso exige uma postura de escuta qualificada da equipe, que deve atuar como uma mediadora de possibilidades, apresentando as opções de cuidado disponíveis na rede, mas garantindo que a decisão final seja do sujeito. Além disso, os próprios serviços, como os CAPS-AD, devem instituir assembleias periódicas e conselhos gestores com representação paritária de usuários e familiares, criando um espaço formal para a avaliação contínua do serviço, a sugestão de melhorias e a resolução de conflitos internos.

7. Quais estratégias podem ser adotadas para reduzir o estigma associado tanto ao uso de drogas quanto à busca por serviços de Redução de Danos? A redução do estigma associado especificamente à busca por serviços de Redução de Danos é um desafio particular que exige estratégias focadas em desconstruir a percepção de que esses locais são extensões do sistema de justiça criminal ou espaços de julgamento moral. O medo e a vergonha que impedem

uma pessoa de se aproximar de um Consultório na Rua ou de um CAPS AD não derivam apenas do uso da substância, mas do temor concreto das consequências de ser identificado como “usuário de drogas” por uma instituição. Para combater esse estigma na porta de entrada do cuidado, as ações devem se concentrar em garantir a segurança jurídica do usuário, a confidencialidade do atendimento e a normalização da Redução de Danos como uma prática de saúde rotineira.

Primeiramente, é imperativo promover a desvinculação fática e simbólica entre os serviços de saúde e os aparatos de segurança pública. Muitos usuários evitam os serviços por temerem a vigilância policial em seu entorno, a troca de informações com o sistema de justiça ou o risco de serem criminalizados ao portar insumos de redução de danos, como seringas. Uma estratégia técnica para mitigar esse risco é a emissão, por parte dos serviços de saúde, de uma declaração de vínculo ou de porte de insumos. Este documento, de valor administrativo, pode atestar que a pessoa está em acompanhamento ou que os materiais em sua posse são para uso pessoal e visam à proteção de sua saúde. Embora não impeça uma abordagem policial, serve como um instrumento material de defesa.

A segunda estratégia, de ordem jurídica e administrativa, é a garantia absoluta da confidencialidade e do sigilo profissional. O usuário precisa ter a certeza de que as informações compartilhadas no ambiente de cuidado não serão utilizadas contra ele. Isso exige um treinamento rigoroso das equipes sobre o dever ético e legal do sigilo, além da implementação de sistemas de prontuário seguros. É preciso deixar claro, em todos os materiais de comunicação e no acolhimento inicial, que o serviço de Redução de Danos é um espaço de saúde, protegido pela mesma confidencialidade de uma consulta médica para qualquer outra condição. Em casos onde há quebra de sigilo – por exemplo, um profissional que compartilha informações com a polícia sem ordem judicial –, a DPU pode ser acionada para buscar a responsabilização civil e administrativa do agente e do serviço, reafirmando o direito fundamental à privacidade como um pilar essencial para a construção do vínculo terapêutico.

A terceira estratégia é a da normalização do cuidado, que busca integrar a Redução de Danos às práticas de saúde comuns, retirando-a do nicho da “marginalidade”. Isso pode ser feito ao instalar pontos de Redução de Danos dentro de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou ao realizar ações de testagem e distribuição de insumos em conjunto com outras campanhas de saúde, como as de vacinação ou de prevenção ao câncer. Essa integração física e programática ajuda a diluir o estigma, comunicando à sociedade que cuidar de quem usa drogas é uma ação de saúde tão legítima quanto qualquer outra. Outra forma de normalização é a comunicação: em vez de falar em “combate às drogas”, as campanhas devem usar a linguagem da saúde pública, falando em “promoção da saúde”, “prevenção de infecções” e “estratégias de autocuidado”.

8. Como o Planad pode fomentar a pesquisa e a produção de conhecimento sobre Redução de Danos adaptadas à realidade brasileira, incluindo a avaliação de custo-efetividade dessas intervenções? O Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad) deve desempenhar um papel estratégico no fomento à pesquisa e à produção de conhecimento sobre Redução de Danos, a fim de qualificar o debate público, orientar a alocação de recursos e embasar a tomada de decisão em evidências adaptadas à realidade brasileira. Para além de financiar projetos diretamente, o Planad pode atuar como um articulador e indutor da agenda nacional de ciência e tecnologia, utilizando a estrutura já existente no Estado para direcionar o foco acadêmico para as lacunas de conhecimento mais urgentes, incluindo a crucial análise de custo-efetividade dessas intervenções.



Uma primeira sugestão de estratégia ao Planad é a de atuar como um direcionador de linhas de pesquisa prioritárias junto às principais agências de fomento do país, como o CNPq, a CAPES e, fundamentalmente, o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit/MS). Por meio de seu comitê gestor interministerial, o Planad pode definir e publicar anualmente um edital de prioridades de pesquisa em política de drogas. Este documento não cria novos recursos, mas sinaliza para as agências e para a comunidade científica quais são as áreas de conhecimento consideradas estratégicas pelo Estado. Isso induz que os editais regulares dessas agências passem a incluir e a pontuar positivamente projetos que investiguem, por exemplo, “o impacto de programas de moradia primeiro na redução de internações hospitalares” ou “a custo-efetividade da dispensação de naloxona para a prevenção de overdoses”.

Outra estratégia possível, é a institucionalização de uma agenda de avaliação de custo-efetividade. A narrativa de que as políticas de Redução de Danos são mais “caras” é um dos principais entraves à sua expansão. O Planad pode, em parceria com o Ministério da Saúde, determinar que todos os novos serviços ou programas financiados com recursos públicos na área de drogas sejam implementados já com um componente de avaliação econômica. A questão a ser respondida não é apenas “o programa funciona?”, mas também “qual o custo evitado para o Estado com este programa?”. Por exemplo, uma análise de custo-efetividade pode demonstrar, com dados, que o investimento em uma equipe de Consultório na Rua é significativamente menor do que os custos gerados pelas internações de emergência, pelas complicações de doenças infecciosas e pelos processos no sistema de justiça que são evitados graças à atuação dessa equipe. Este tipo de evidência é um instrumento técnico poderoso para defender a alocação orçamentária para a Redução de Danos perante os órgãos de controle e o parlamento.”

I EIXO IV – SEGURANÇA PÚBLICA CIDADÃ E JUSTIÇA CRIMINAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: “1. Como as atuais políticas de segurança pública e justiça criminal relacionadas às drogas impactam as comunidades locais, especialmente as mais vulneráveis (jovens, negros, pobres)? Há desproporcionalidade nesses impactos? A análise das atuais políticas de segurança pública e justiça criminal revela que seus impactos não são meramente negativos; eles são, de forma inequívoca e sistemática, desproporcionais, operando como um catalisador de desigualdades que recai com força avassaladora sobre as comunidades mais vulneráveis. A chamada “guerra às drogas” no Brasil nunca foi uma guerra contra substâncias, mas sim uma guerra seletiva contra pessoas, cujos alvos são definidos por marcadores de raça, classe e território. A desproporcionalidade não é um efeito colateral indesejado, mas a própria essência de um modelo que utiliza o aparato penal como principal ferramenta de gestão da pobreza e de controle social.

Há desproporcionalidade dos impactos da política de guerra às drogas. Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) evidenciou como o ônus da criminalização por tráfico de drogas recai desproporcionalmente sobre pessoas negras, concluindo que a raça constitui uma variável relevante para a compreensão dos processos de criminalização secundária por tráfico de drogas, tanto no sentido de que o fato de uma pessoa ser negra aumenta sua probabilidade de ser criminalizada quanto no sentido de que a pessoa ser branca atua como proteção a essa mesma imputação (Soares e Maciel, 2023). O estudo indica que a população negra é mais frequentemente alvo de ações policiais ostensivas, que prescindem de investigações elaboradas e que são embasados em “fundamentada suspeita”. Nesse sentido, a pesquisa de Ramos et al. (2022) mostra como jovens

negros são entendidos como “elemento suspeito” pelas forças policiais, explicitando que o “viés racial, a seletividade, o *racial profiling* nas abordagens é parte da engrenagem racial e racista que estrutura a sociedade e, em particular, a justiça criminal”. Além disso, o estudo do Ipea verificou ainda que as pessoas negras estão menos propensas a terem mandado judicial resguardando a entrada em seus domicílios.

Em estudo subsequente, o Ipea debruçou-se com mais detalhes sobre a questão das buscas e apreensões domiciliares que ocorrem, em sua grande maioria, sem respaldo de mandado judicial. A busca e apreensão domiciliar é prática policial recorrente no combate ao tráfico de drogas, ocorrendo em quase a metade (49,1%) dos processos criminais por tráfico de drogas observados na pesquisa. Entretanto, dos casos em que os policiais entraram na residência do réu, apenas 15,6% o fizeram no cumprimento de mandado judicial. A dinâmica que antecede as violações dos domicílios é parcamente documentada: em geral, alega-se a existência de denúncia anônima ou outras justificativas não documentadas nos autos, estando os detalhes da dinâmica concentrados nos termos de depoimento dos agentes de segurança envolvidos na diligência. O estudo evidencia ainda que as entradas em domicílio ocorrem nos bairros mais pobres e de população majoritariamente negra, corroborando a hipótese de uma seletividade sociorracial e geográfica nas violações domiciliares. Bairros de maior renda e predominantemente ocupados por pessoas brancas estão significativamente menos sujeitos a incursões policiais domiciliares, enquanto bairros de menor renda e predominantemente ocupados por pessoas negras são os alvos dessa espécie de ação policial (Garcia *et al*, 2023).

Sobre o recorte de gênero, estudo realizado recentemente pela SASP/DPU (2025) para a Senad/MJSP, ressalta a situação das mulheres presas por transportarem drogas, especialmente no que tange à desproporcionalidade das penas aplicadas em face da insignificância daquelas mulheres na organização do tráfico, da frequente situação de vulnerabilidade em que se encontram, bem como da vitimização por tráfico de pessoas.

Dentro da estrutura organizada do tráfico, as mulheres presas representam o elo mais fraco que, além de arriscarem sua liberdade, colocam suas próprias vidas em perigo em arriscadas estratégias de transporte nacional e internacional.

Mesmo ocupando uma posição hierarquicamente inferior aos homens nesse contexto, elas são penalizadas de forma igual no crime de tráfico de drogas.

Em geral, as mulheres processadas por transportarem drogas tem suas penas agravadas pela transnacionalidade do delito, pelo fato ter ocorrido em estabelecimento prisional ou pela quantidade de drogas.

Entretanto, em que o agravamento da pena contribuirá para a redução da oferta de drogas no território nacional? Pode-se afirmar que a pena agravada, e o conseqüente aumento no tempo e custos de encarceramento para o Estado, em pouco ou nada contribuirá para o objetivo de redução da oferta e do consumo de drogas, visto que as mulheres que cumprem o papel de transporte são facilmente substituíveis na organização do tráfico.

Nesse sentido: Cumpre destacar que, geralmente, as mulheres, no tráfico de drogas, estão numa posição inferior, não se encontrando na cadeia de comando, mas sim ligadas a essa atividade em função de ligações familiares ou afetivas. O tráfico de drogas como em qualquer mercado, apresenta uma divisão sexual do trabalho, com risco de discriminação da mulher. Muitas delas

são apenas as que transportam uma mercadoria, ou levam drogas ilícitas para seus parceiros nas penitenciárias. A maioria delas não oferece qualquer risco à sociedade, mas estas são apenas com penas privativas de liberdade e excluídas da sociedade e separadas de seus filhos. As mulheres presas por tráfico não podem ser comparadas nem mesmo aos aviões do tráfico carioca, eis que não tentam em momento algum vender a droga, mas tão somente transportá-las (Boiteux e Pádua, 2013, p. 15).

Quando da aplicação da lei nº 11.343/2006, muitas vezes não se observa a proporcionalidade na aplicação das penas. Dessa forma, a mulher presa por tráfico, frequentemente coagida em diferentes circunstâncias, acaba recebendo uma pena condizente com um papel de liderança na organização criminosa.

O crescimento do encarceramento feminino no Brasil nas últimas décadas evidencia uma das principais formas de violência estatal contra as mulheres. Nos últimos vinte anos, o país quadruplicou a população carcerária feminina, tornando-se o terceiro maior do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos e da China. Segundo o Infopen Mulheres (2018 - 2ª edição), entre 2000 e 2016, a taxa de aprisionamento de mulheres aumentou em 455%, tendo sido constatado o crescimento do encarceramento de mulheres pelos crimes ligados ao tráfico de drogas. Quanto aos crimes, 48% das mulheres foram presas com base na Lei de Drogas.

Uma característica marcante do encarceramento feminino que deve ser observada com atenção, é o abandono por parte de familiares e companheiros (as). Cerca de 60% das mulheres presas não recebem visitas, e, no caso das visitas íntimas, apenas 9,68% delas são contempladas, mesmo quando mantêm relacionamentos extramuros. Entre os fatores que explicam esse cenário, destacam-se a recusa dos homens em passar por revistas constrangedoras e a escassez de unidades prisionais femininas no país, que frequentemente resulta na detenção das mulheres em locais distantes de suas famílias, dificultando as visitas (Becker, 2016). Tal situação é ainda mais grave quando se trata de mulher migrante, cujo contato familiar é ainda mais dificultoso.

Estudo realizado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC, 2025), que analisou 105 sentenças de ações criminais envolvendo os artigos 33 e 41, I, da lei 11.343/06, oriundas da 2ª Vara da Justiça Federal – São Paulo, prolatadas nos anos de 2018 e 2019, identificou que, em 22 casos analisados com indicadores de que as mulheres presas por tráfico estavam em situação de tráfico de pessoas para fins de exploração no transporte de drogas, 17 eram mulheres e seis homens. Dentre as mulheres, cinco eram brasileiras e 10 de outras nacionalidades, a maioria oriundas de países da América do Sul e África. Ou seja, existem elementos que indicam a correlação entre o tráfico de pessoas e o tráfico de drogas.

2. De que forma o Planad pode promover uma abordagem de segurança pública que seja cidadã, focada na prevenção da violência e na proteção dos direitos? Tomando o paradigma proibicionista como dado, resta-nos conceber políticas de segurança pública e justiça criminal que busquem reduzir os danos causados pela “guerra às drogas” a grupos que são desproporcionalmente vulnerabilizados pela criminalização: população negra e periférica, mulheres, povos indígenas, crianças e adolescentes e população em situação de rua. É preciso adotar explicitamente ações de reparação a esses grupos, na linha proposta pela Iniciativa Negra por uma Nova Política de Drogas (2023).

Sobre a questão racial, estudo do Ipea indica que a minimização do viés racial na aplicação da lei penal de drogas passa pela necessária mudança de foco de policiamento ostensivo para trabalhos

de investigação e de inteligência policial. Além disso, é preciso considerar as interseccionalidades que permeiam as políticas de drogas/políticas criminais, com a implementação de programas sociais com foco nos homens jovens, negros e de baixa escolaridade, bem como a promoção de alternativas de trabalho para essa população, que historicamente tem sido alvo da ação policial, em lugar de políticas sociais de promoção de cidadania (Soares e Maciel, 2023).

Adicionalmente, são necessárias ações de conscientização de atores do sistema de justiça para que considerem as situações de vulnerabilidade na determinação da pena, bem como o contexto recorrente de violações decorrentes das práticas policiais, tais quais as buscas e apreensões domiciliares sem mandado judicial.

No que tange às mulheres presas por tráfico internacional, é necessário um protocolo de atendimento humanizado que as reconheça como potenciais vítimas de tráfico de pessoas, entendendo que o melhor momento para identificação dessas dinâmicas ocorre no momento das audiências de custódia.

A transição de um modelo bélico para um modelo de cidadania exige uma reorientação estratégica profunda, que o novo plano tem a oportunidade histórica de liderar.

O primeiro passo fundamental é deslocar o foco da confrontação ostensiva no varejo para a investigação complexa no atacado. A estratégia atual, que concentra recursos em operações militarizadas em favelas e periferias, tem se mostrado ineficaz para desarticular as grandes redes criminosas e extremamente letal para as populações locais. Uma abordagem cidadã investiria maciçamente em inteligência e investigação financeira para asfixiar as estruturas econômicas e logísticas do crime organizado, incluindo o tráfico de armas e a lavagem de dinheiro. Isso significa fortalecer a cooperação entre as polícias, o Ministério Público e os órgãos de controle financeiro, em vez de promover incursões que vitimizam moradores e os próprios agentes de segurança de baixa patente. A atuação da DPU em zonas de fronteira demonstra que o sistema penal é implacável com as “mulas” — pessoas em extrema vulnerabilidade usadas no transporte —, mas raramente alcança os verdadeiros chefes do esquema. Uma política inteligente e cidadã inverte essa lógica, focando seus recursos onde o impacto na criminalidade é real e o custo em vidas humanas é minimizado.

Em segundo lugar, a proteção dos direitos passa pela implementação de mecanismos rigorosos de controle da atividade policial. Uma segurança que se pretende cidadã não pode conviver com os níveis alarmantes de letalidade e de violações de direitos que marcam a atuação policial no Brasil. O Planad deve estabelecer diretrizes nacionais para o uso da força, priorizando sempre a preservação da vida, e fomentar a adoção universal de tecnologias de transparência, como as câmeras corporais em uniformes policiais. É imperativo, como a DPU e outras instituições de justiça têm defendido em ações como a ADPF 635, que se estabeleçam protocolos que proíbam operações policiais em horários escolares ou que interrompam serviços essenciais, garantindo a proteção de toda a comunidade. O fortalecimento do controle externo, exercido pelo Ministério Público, pela Defensoria Pública e pela sociedade civil, é condição indispensável para que a polícia atue como uma garantidora de direitos, e não como uma ameaça a eles.

Além disso, uma segurança cidadã se constrói na proximidade e na confiança. O Planad deve ser um indutor de políticas de policiamento comunitário e de mediação de conflitos. O modelo de confronto cria uma relação de antagonismo entre a polícia e os moradores, inviabilizando qualquer construção de segurança baseada na cooperação. Em contraste, o policiamento comunitário,



focado na resolução de problemas locais e na construção de um diálogo permanente, previne a escalada da violência e fortalece o tecido social. Isso requer uma profunda mudança na formação e na cultura das polícias, que devem ser treinadas para mediar, acolher e proteger, e não apenas para reprimir.

Finalmente, a transformação mais estrutural reside na integração efetiva entre as políticas de segurança e as políticas sociais. A presença do Estado nos territórios mais pobres não pode se resumir ao braço armado. O Planad deve prever, como diretriz obrigatória, que qualquer plano de segurança para uma determinada área seja parte de um plano mais amplo de desenvolvimento social. A atuação da DPU no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), por exemplo, tem sido no sentido de reverter normativas que apostam no isolamento e na exclusão, como a internação de adolescentes, em favor de modelos de cuidado comunitário e integrado. A entrada do Estado em uma comunidade deve significar a chegada articulada de saúde, educação, cultura, assistência social e oportunidades de trabalho, com a segurança pública atuando como garantidora do ambiente para que esses direitos floresçam. Uma segurança cidadã é, em última análise, a segurança que promove a vida e a cidadania em sua plenitude.

3. Quais são as alternativas ao encarceramento por delitos relacionados a drogas que poderiam ser mais efetivas e humanas (ex: justiça restaurativa, penas alternativas, encaminhamento aos serviços públicos)? Em primeiro lugar, conforme Estudo sobre Vítimas de Tráfico de Pessoas Exploradas para Transporte de Drogas, elaborado pelo UNODC, DPU e MJSP, a aplicação do princípio da não punição da vítima de tráfico de pessoas.

Tal princípio tem sido tratado nos últimos 18 anos em uma série de recomendações, resoluções, decisões e diretrizes das Nações Unidas. Uma das primeiras e mais frequentemente citadas referências ao princípio são os Princípios e Diretrizes Recomendados sobre Direitos Humanos e Tráfico de Pessoas, publicados pela primeira vez pelo Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) em 2002.

O Princípio 7 do documento afirma que: As pessoas traficadas não devem ser detidas, acusadas ou processadas pela ilegalidade de sua entrada ou residência em países de trânsito e destino, ou pelo seu envolvimento em atividades ilegais, na medida em que tal envolvimento seja consequência direta de sua situação como pessoas traficadas.

A questão da não punição da vítima de tráfico de pessoas foi também abordada na primeira reunião intergovernamental do Grupo de Trabalho contra o Tráfico de Pessoas da Conferência das Partes da Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional, ocorrida em 2009, em que se recomendou: “No que diz respeito à garantia da não punição e não acusação de pessoas traficadas, Estados Partes devem: a) Estabelecer procedimentos adequados para identificar vítimas de tráfico de pessoas e prestar apoio a essas vítimas; b) Considerar, de acordo com sua legislação interna, não punir ou processar pessoas traficadas por atos ilegais cometidos por elas como consequência direta de sua situação como pessoas traficadas ou onde elas foram obrigadas a cometer tais atos ilegais.

Não obstante, apesar das reiteradas recomendações, verifica-se a falta de capacitação dos profissionais envolvidos no processo de identificação de vítimas de tráfico de pessoas faz com que essas não sejam formalmente identificadas. Por conseguinte, a aplicação da cláusula de não punição a indivíduos que cometem crimes, como resultado da sua situação de tráfico, pode ser dificultada. Desta forma, é premente a capacitação dos atores judiciais na temática de tráfico de pessoas.

É importante salientar que a justificativa para a não punição das vítimas de tráfico é que, embora aparentemente uma vítima possa ter cometido um delito, como passagem irregular pela fronteira de um Estado ou ilícito penal, a realidade é que a pessoa traficada age sem autonomia real.

Em segundo lugar, a partir da compreensão de que nas favelas e territórios periféricos há, em regra, a presença ostensiva de alguma facção, e que a sanção para quem comercializa drogas sem a sua autorização, é morte (Baer, 2021), em regra, haverá a dupla imputação do crime de tráfico de drogas com associação para o tráfico (art. 33 c/c art. 35 da Lei de Drogas) (DPERJ, 2019, p. 56-57).

Trata-se do “combo” destinado apenas aos favelados e periféricos, que são pobres e negros, em sua maioria. Supostamente a lei poderia incidir sobre qualquer pessoa, mas, na prática, ela incide sobre indivíduos específicos, os mais vulneráveis socialmente. Ocorre, assim, uma discriminação indireta, considerando a “adoção de critério aparentemente neutro (e, então, justificável), mas que, na situação analisada possui impacto negativo desproporcional em relação a determinado segmento vulnerável” (Ramos, 2017, p. 572), o que viola o princípio da igualdade e da proporcionalidade, sendo, portanto, norma inconstitucional. Segundo Pires (2014) sob “o manto da suposta neutralidade e universalidade dos direitos, as decisões prolatadas pelos tribunais brasileiros são, em sua quase totalidade, calcadas na “cegueira da cor” e não consideram o fator “raça” em suas análises”.

Além disso, nesses casos, verifica-se a ausência de exigibilidade de conduta diversa, elemento da culpabilidade consistente na expectativa de que o agente se comporte conforme a lei (Masson, 2017, p. 553). A culpabilidade se refere ao juízo de reprovação pessoal do agente, isto é, daquela pessoa específica que cometeu o fato criminoso, sendo avaliadas as circunstâncias concretas e o contexto do caso (Masson, 2017, p. 497). Assim, pergunta-se: poderia o agente agir de outra forma? Considerando que nos territórios periféricos em que há a presença ostensiva de facção, é altamente arriscado vender drogas de forma contínua individualmente – risco de morte –, é inexigível que o agente não se “associe”. Não se trata de reconhecer a inexigibilidade de vender drogas, mas sim de se “associar”, para que se possa exercer o varejo sem risco de morte. Portanto, é imperioso o reconhecimento do impacto desproporcional, bem como da inexigibilidade de conduta diversa, no que tange o art. 35 da Lei de Drogas, em localidade periféricas, em que há a presença ostensiva da facção.

Em terceiro lugar, a aplicação da Justiça de Transição, definida pela Organização das Nações Unidas (ONU) como “o conjunto de abordagens, mecanismos (judiciais e não judiciais) e estratégias para enfrentar o legado de violência em massa, para atribuir responsabilidades, para exigir a efetividade do direito à memória e à verdade, para fortalecer as instituições com valores democráticos e garantir a não repetição das atrocidades” (UN, 2014; tradução nossa).

Reconhecendo a seletividade da política de drogas proibicionista, funcionando como um instrumento para a acomodação e a manutenção das atuais injustiças que traçam linhas de continuidade com aquele regime. Pensar a mudança sob a perspectiva da justiça de transição consiste em um instrumento para enfrentar o passado e caminhar em direção a um futuro no qual o Estado represente, efetivamente, a busca pelo bem-estar e a dignidade de todas e de todos. Assim, seguindo a recomendação da Iniciativa Negra Sobre uma Nova Política de Drogas: “Anistia a pessoas envolvidas no conflito. Culminando em um processo de desencarceramento em um país que já tem a terceira população carcerária do mundo. Esse processo deve ser estabelecido junto a mediações locais continuadas e alternativas que permitam processos reconciliatórios entre pessoas autoras e vitimadas pela violência, garantindo reinserção e repactuação em territórios e processos de promoção da paz.

Em quarto lugar, sugere-se a elaboração de proposição legislativa similar à Lei 2292 de 2023 da Colômbia, que tem por objetivo adotar ações afirmativas para as mulheres chefes de família em matéria de política criminal e penitenciária, ao estabelecer que as mulheres chefes de família condenadas pela prática dos crimes cuja pena seja igual ou inferior a oito anos de reclusão, em que fique demonstrado por qualquer meio de prova que a prática do crime está associada a condições de marginalidade e preencham os requisitos legais, poderão obter como medida substitutiva à pena privativa de liberdade, de ofício ou a requerimento da parte, prestação de serviço de utilidade pública.

4. Como podemos melhorar a investigação, as estratégias de inteligência e o combate ao crime organizado transnacional e aos grandes traficantes? Para que a política de drogas no Brasil supere a ineficácia crônica e o altíssimo custo social, é crucial que o Planad promova uma reengenharia completa da atuação do Estado, operando em duas frentes simultâneas e interdependentes. Por um lado, é preciso qualificar radicalmente a persecução penal, direcionando o foco da investigação e da inteligência para o cume da pirâmide do crime organizado. Por outro, é imperativo desafogar o sistema de justiça da massa de casos de menor relevância, que podem e devem ser tratados por meio de alternativas ao encarceramento muito mais eficazes e humanas. Essas duas estratégias não são apenas complementares; uma é pré-condição para o sucesso da outra.

É necessário aumentar o investimento na área de inteligência, transferindo recursos relacionados ao combate no território, o qual produz mortes e não afeta a cadeia produtiva e varejo das drogas. Nesse sentido, destaca-se a pesquisa “Um Tiro No Pé: Impactos da proibição das drogas no orçamento do sistema de justiça criminal do Rio de Janeiro e São Paulo” (Cesec, 2021).

A melhoria da investigação e do combate ao crime organizado transnacional exige uma ruptura com o modelo atual de confronto territorial e ostensivo, que se provou ineficiente para desarticular as cúpulas do tráfico e devastador para as comunidades pobres. O novo Planad deve instituir como prioridade estratégica a descapitalização das organizações criminosas. A métrica de sucesso de uma política de segurança inteligente não pode ser o número de jovens presos no varejo, mas o volume de ativos ilícitos bloqueados, as redes de lavagem de dinheiro desfeitas e as rotas logísticas de armas e insumos interrompidas. Isso demanda um investimento maciço em inteligência financeira e na integração entre as polícias, o Ministério Público e órgãos como o Coaf, capacitando o Estado para seguir o dinheiro e, assim, sufocar o poder econômico que sustenta a violência. Ademais, como ressaltado na “Declaração da REDPO” sobre o caráter transfronteiriço do problema, é vital fortalecer a cooperação jurídica e policial internacional, especialmente com os países vizinhos, para compartilhar informações em tempo real e realizar investigações conjuntas que mirem os verdadeiros centros de comando do narcotráfico.

Contudo, o Estado não terá capacidade investigativa para se debruçar sobre operações complexas enquanto suas polícias, seus tribunais e, sobretudo, seu sistema prisional estiverem sobrecarregados com a repressão em massa a delitos de menor potencial ofensivo. É por isso que a adoção de um robusto portfólio de alternativas ao encarceramento é uma necessidade estratégica, e não apenas humanitária. O Planad deve ser o grande indutor de uma cultura de desencarceramento, começando pela aplicação ampla das penas alternativas já previstas em lei, como a prestação de serviços à comunidade, especialmente nos casos de “tráfico privilegiado”, uma tese constantemente defendida pela DPU para evitar que pequenos infratores primários sejam lançados em um sistema prisional superlotado.



Para os casos em que o delito é atravessado pelo uso problemático de drogas, a alternativa mais racional é o encaminhamento para a rede de cuidado, formalizando fluxos que conectem o sistema de justiça aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desde o primeiro contato com a autoridade, como na audiência de custódia. Em vez de uma denúncia criminal, o indivíduo pode receber um plano terapêutico singular, convertendo a resposta punitiva em uma oferta de saúde. Práticas como a justiça restaurativa e os acordos de não persecução penal também devem ser disseminados como ferramentas para reparar danos e promover a responsabilização sem recorrer à prisão. Essa diversificação de respostas é especialmente urgente para as mulheres, cuja presença no cárcere, muitas vezes por envolvimento em delitos de drogas, causa a desestruturação de famílias inteiras. Ao adotar essas alternativas, o sistema de justiça não apenas oferece respostas mais humanas e eficazes para os indivíduos, mas também libera recursos investigativos e processuais preciosos para, finalmente, concentrar sua força máxima naqueles que verdadeiramente lucram com a violência e a exploração em larga escala.

5. Como o Planad pode incentivar a cooperação entre as forças de segurança, o sistema de justiça e os serviços públicos para superação de barreiras de acesso a políticas públicas? A superação das barreiras de acesso a políticas públicas, frequentemente erguidas pela própria atuação desarticulada do Estado, exige que o Planad atue como um articulador-chefe, criando as estruturas e os incentivos necessários para transformar a atual dinâmica de antagonismo em um ecossistema de cooperação. A relação entre as forças de segurança, o sistema de justiça e os serviços públicos não pode mais ser uma via de mão única, onde a ação repressiva inviabiliza o trabalho de cuidado. É preciso construir pontes institucionais permanentes que façam da colaboração intersetorial a norma, e não a exceção.

Uma medida de altíssimo impacto seria a institucionalização de equipes multidisciplinares na porta de entrada do sistema de justiça. A audiência de custódia é o momento crucial onde se decide o destino de uma pessoa, e essa decisão não pode ser baseada apenas em um auto de prisão em flagrante. O Planad deve fomentar e normatizar a presença obrigatória de equipes psicossociais (compostas por assistentes sociais, psicólogos, entre outros) para avaliar as necessidades de saúde, moradia e trabalho do custodiado. Essa avaliação qualificada ofereceria ao magistrado subsídios técnicos para, em vez de determinar a prisão, encaminhar o indivíduo para a rede de cuidado, como os CAPS, ou para serviços de assistência social, como o CREAS. Essa prática, que transforma um ato puramente processual em um potente instrumento de diagnóstico e encaminhamento, já encontra inspiração em programas de sucesso como o PAI-LI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) em Minas Gerais, que há décadas demonstra a eficácia da colaboração entre justiça e saúde mental.

A cooperação, contudo, não pode se limitar ao nível individual; ela precisa ser uma estratégia territorial. O Planad pode induzir a criação de Pactos Territoriais pela Cidadania nas áreas mais conflagradas pela violência. Esses pactos se materializariam em comitês gestores locais com participação mandatória de representantes da segurança pública, do sistema de justiça (juiz, promotor, defensor público da comarca) e dos diretores dos equipamentos públicos locais (escolas, unidades de saúde, CRAS). O objetivo seria o planejamento conjunto: nenhuma operação policial poderia ser deflagrada sem um plano de contingência para garantir o funcionamento dos serviços essenciais, e as equipes de saúde e assistência poderiam solicitar apoio da polícia comunitária para realizar suas ações com segurança. Essa governança compartilhada muda a natureza da presença do Estado no território, de uma presença intermitente e violenta para uma presença coordenada e protetiva.



Por fim, a superação dos silos institucionais depende da construção de uma cultura e de uma linguagem comuns. O Planad deve ser o proponente de uma Política Nacional de Formação Intersectorial Continuada, que promova cursos e seminários conjuntos para policiais, juízes, defensores, promotores, conselheiros tutelares, profissionais de saúde e de assistência social. A convivência e o aprendizado compartilhado em espaços formativos são essenciais para quebrar estereótipos e construir a confiança mútua necessária para a atuação em rede. Essa colaboração seria imensamente fortalecida pela criação de uma plataforma segura de compartilhamento de dados anonimizados entre os sistemas de justiça, saúde e assistência, permitindo uma visão integral do cidadão e de sua trajetória, e possibilitando intervenções muito mais coordenadas e eficazes.

6. Quais indicadores poderiam ser construídos nas políticas de segurança e justiça criminal que gerariam novas estratégias no combate à criminalidade e na garantia de acesso a direitos e tratamento para usuários(as)? A geração de novas e mais eficazes estratégias no combate à criminalidade e na garantia de direitos depende fundamentalmente de uma revolução nos indicadores que utilizamos para medir o sucesso das políticas de segurança e justiça. As métricas atuais, focadas em produtividade repressiva — número de prisões, volume de apreensões —, criam incentivos perversos que alimentam o encarceramento em massa, a violência policial e a estigmatização de comunidades, sem, contudo, impactar as estruturas do crime organizado. O Planad deve, portanto, liderar a construção de um novo painel de indicadores de cidadania, que desloque o foco da contagem de atos de força para a aferição da redução da violência, da proteção de direitos e da confiança pública.

Para gerar estratégias que priorizem a vida, o principal indicador de segurança pública não pode mais ser o número de operações, mas sim o Índice de Redução da Letalidade. Essa métrica, que deve ser central e pública, mensuraria a diminuição do número absoluto de mortes e lesões corporais decorrentes de intervenções policiais, tanto de civis quanto dos próprios agentes. Incentivar a redução desse índice, em linha com as preocupações levantadas em litígios como a ADPF 635, forçaria os comandos a adotarem estratégias de menor confronto e maior inteligência. No âmbito da justiça, um indicador-chave seria a Taxa de Desvio para a Rede de Cuidados, que mediria o percentual de casos de delitos não violentos associados ao uso de drogas que são encaminhados, desde a audiência de custódia, para os serviços da RAPS e do SUAS, em vez de seguirem para o processo criminal. Isso avaliaria a capacidade do sistema de oferecer respostas sanitárias e sociais, e não apenas punitivas.

Além disso, são importantes, indicadores de vulnerabilidade relacionados aos marcadores sociais: raça/etnia, idade, gênero, nacionalidade, situação de tráfico de pessoas, situação de rua. Capazes de analisar a (in)existência de autonomia real, transtorno mental e dependência química, a partir de situações de vulnerabilidade agravada sociorracial e geográfica.

Para estimular o combate efetivo à criminalidade complexa, é preciso medir o que realmente enfraquece as grandes organizações. Em vez de contar as prisões no varejo, o Planad deve instituir o Índice de Descapitalização do Crime Organizado, que rastrearía o valor total em ativos — imóveis, veículos, contas bancárias — apreendidos e confiscados de facções criminosas, bem como o número de lideranças condenadas por lavagem de dinheiro. Outro indicador estratégico seria a Taxa de Resolução de Crimes Violentos Letais Intencionais. Ao contrastar o baixo índice de elucidação de homicídios com o alto número de prisões por tráfico, expõe-se a alocação ineficiente de recursos investigativos. Uma política de segurança bem-sucedida demonstraria um aumento progressivo na resolução de homicídios, provando que a capacidade policial está sendo

direcionada para os crimes que mais atentam contra a vida.

Finalmente, para garantir o acesso a direitos e reconstruir a legitimidade do sistema, os indicadores devem medir a integridade da justiça e a percepção dos cidadãos. Um indicador crucial seria o Tempo Médio de Duração da Prisão Provisória para delitos de drogas, cuja redução significaria maior respeito à presunção de inocência, uma luta constante da DPU contra a banalização do cárcere cautelar. O indicador final e mais importante, contudo, seria o Índice de Confiança Comunitária nas Instituições de Segurança e Justiça, a ser aferido por meio de pesquisas periódicas e independentes nos territórios mais afetados. O aumento da percepção de segurança e da confiança dos moradores na polícia e no judiciário seria a prova definitiva de que a estratégia mudou, e que o Estado passou a ser visto como um protetor de direitos, e não como uma fonte de medo e violência. Mudar os indicadores é uma ação estratégica poderosa; é redefinir o próprio conceito de sucesso, alinhando-o à construção de uma sociedade mais segura porque é mais justa.”

I EIXO V – ACESSO AO CUIDADO E SISTEMAS DE DIREITOS

PINCIPAIS DESAFIOS: “1. Quais são os principais obstáculos que as pessoas que usam drogas enfrentam ao tentar acessar serviços de cuidado em saúde (SUS, RAPS), assistência social (SUAS) e demais políticas públicas em nossa realidade? Os obstáculos que as pessoas que usam drogas enfrentam ao tentar acessar os serviços de cuidado são multifacetados, erguendo-se como um muro que combina a precariedade estrutural do Estado com as barreiras subjetivas do estigma e do preconceito. A realidade para a maioria dos usuários vulneráveis é a de um Estado que se faz muito mais presente e acessível por meio de sua face punitiva — a polícia e o sistema de justiça — do que por sua face protetiva, representada pelo SUS e pelo SUAS. O desafio central do Planad é inverter essa lógica, demolindo essas barreiras e tornando o cuidado a porta de entrada principal para a cidadania.

O primeiro e mais concreto obstáculo é a insuficiência estrutural da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A promessa da Reforma Psiquiátrica, de uma rede de cuidado comunitária, capilarizada e de base territorial, jamais foi plenamente concretizada. Em vastas áreas do país, simplesmente não há Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), especialmente os da modalidade AD (Álcool e Drogas) com funcionamento 24 horas, ou há um número insuficiente para a demanda. Essa lacuna é agravada por uma política de desfinanciamento crônico do SUS e por uma deliberada opção política, em gestões recentes, de desviar recursos para comunidades terapêuticas que, em muitos casos, operam com base em preceitos religiosos, exigem abstinência e não se submetem às diretrizes de direitos humanos do Estado, como a DPU e outros órgãos de controle têm sistematicamente denunciado. Para o cidadão, isso significa que, mesmo que ele deseje ajuda, a porta do cuidado pode simplesmente não existir em sua cidade ou estar longe demais para ser alcançada.

Mesmo onde os serviços existem, os usuários deparam-se com uma segunda barreira, talvez mais insidiosa: o estigma institucionalizado. O preconceito contra quem usa drogas ainda é endêmico entre os próprios profissionais que deveriam oferecer o cuidado. Muitas vezes, ao buscar uma Unidade Básica de Saúde ou um CRAS, o usuário é recebido com desconfiança, julgamento moral e até mesmo com a recusa de atendimento, numa clara violação do princípio da universalidade do SUS. Esse estigma pode se manifestar de formas extremas, como discutido na nota técnica da DPU que analisou a pauta da esterilização forçada de mulheres usuárias de drogas, demonstrando



como a autonomia e a dignidade dessas pessoas são questionadas e violadas dentro do próprio sistema que deveria protegê-las. O medo de ser maltratado, denunciado ou ter seus direitos violados afasta as pessoas do cuidado, empurrando-as para um maior isolamento.

Um terceiro obstáculo fundamental é a cultura da abstinência como condição para o cuidado. Muitos serviços, mesmo na RAPS, operam sob uma lógica de “alto limiar de exigência”, na qual o usuário só é plenamente acolhido se manifestar o desejo de parar de usar drogas. Essa premissa exclui a grande maioria da população que necessita de atenção, mas que, por diversas razões, não pode ou não quer cessar o uso em um primeiro momento. Para superar essa barreira, o Planad deve fomentar a expansão de serviços de baixo limiar de exigência, que oferecem cuidado de forma incondicional. Um caso de sucesso exemplar no Brasil são as equipes de Consultório na Rua, que vão ativamente ao encontro das populações mais vulnerabilizadas, em seus próprios territórios, ofertando cuidados de saúde e construindo vínculos de confiança sem exigir a abstinência como contrapartida. Da mesma forma, os Centros de Convivência e Cultura se mostram estratégicos ao oferecerem espaços de socialização, produção artística e pertencimento, que são, em si, formas poderosas de cuidado e de reconstrução de projetos de vida. O Planad precisa, portanto, investir não apenas em mais serviços, mas em serviços com a metodologia correta: abertos, flexíveis e radicalmente acolhedores, capazes de encontrar o cidadão onde ele estiver e na condição em que ele se encontrar.

2. Como podemos fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para que ela ofereça um cuidado verdadeiramente integral, humanizado, comunitário e baseado em evidências para usuários de drogas e suas famílias? O fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é a medida mais estratégica e necessária para consolidar uma política de drogas que seja, em sua essência, uma política de vida e de direitos. Para que a RAPS avance e ofereça um cuidado verdadeiramente integral, humanizado, comunitário e baseado em evidências, o novo Planad deve atuar como o principal indutor de sua expansão e qualificação, transformando-a na espinha dorsal da resposta do Estado e superando definitivamente a lógica do isolamento e da punição.

Para aprofundar a dimensão comunitária do cuidado, é preciso levar a RAPS para onde as pessoas estão, especialmente as mais vulnerabilizadas. Isso exige a universalização de serviços de baixo limiar de exigência, que não impõem a abstinência como condição para o acolhimento. As equipes de Consultório na Rua, por exemplo, são um caso de sucesso em diversas capitais brasileiras por sua capacidade de ir ao encontro da população em situação de rua, em seus próprios territórios, construindo vínculos de confiança e ofertando saúde de forma incondicional. O Planad deve estabelecer metas para que esse serviço se torne política permanente em todos os grandes e médios centros urbanos. Adicionalmente, é crucial fortalecer a Atenção Básica como a porta de entrada da rede, investindo maciçamente no modelo de “matriciamento”, no qual equipes especializadas dos CAPS oferecem suporte e formação continuada às Equipes de Saúde da Família, ampliando enormemente a capilaridade e a resolutividade do cuidado na comunidade.

Um cuidado integral transcende a questão da saúde e alcança todas as dimensões da vida do cidadão. O Projeto Terapêutico Singular, construído nos CAPS, deve ser um instrumento de articulação intersetorial, conectando o usuário não apenas a serviços de saúde, mas a uma rede de oportunidades. Isso significa integrar a RAPS a projetos de economia solidária e geração de renda, como as bem-sucedidas iniciativas de cooperativas e oficinas de trabalho que existem em cidades como Santos (SP), que promovem autonomia e inclusão social pelo trabalho. Significa



também articular o cuidado com a política de assistência social para garantir acesso a programas de moradia e benefícios, e com a cultura, por meio dos Centros de Convivência e Cultura, que funcionam como potentes dispositivos de ressocialização e reconstrução de laços afetivos e sociais.

A garantia de um cuidado humanizado passa, necessariamente, pela valorização e pelo suporte aos trabalhadores da rede. O Planad deve instituir uma política nacional de formação permanente e supervisão clínico-institucional, assegurando que as equipes tenham espaços contínuos para aprimorar suas práticas, discutir casos complexos e lidar com o intenso desgaste emocional da profissão, prevenindo o esgotamento e a reprodução de estigmas.

Por fim, um cuidado baseado em evidências deve se guiar tanto pela ciência quanto pela participação social. O Planad precisa fomentar a produção de pesquisas nacionais independentes que avaliem a eficácia das diferentes tecnologias de cuidado psicossocial em liberdade, para que as decisões políticas sejam informadas pela realidade brasileira. Igualmente crucial é fortalecer os mecanismos de gestão democrática, garantindo que usuários e familiares tenham assento e voz ativa nos conselhos gestores dos serviços e nas instâncias de formulação e fiscalização da política de saúde mental. A melhor evidência sobre a qualidade de um serviço advém da experiência de quem o utiliza. Ao investir nesses quatro eixos de forma articulada, o Planad não estará apenas fortalecendo uma rede de saúde, mas construindo a infraestrutura central para uma política de drogas que efetivamente protege, incluem e promove a cidadania.

3. De que forma o Planad pode promover uma melhor articulação entre os serviços de saúde e os serviços de assistência social para garantir um fluxo de cuidado contínuo e eficaz? Para que o fluxo de cuidado destinado a pessoas que usam drogas seja contínuo e eficaz, é imperativo que o Planad atue como o principal catalisador da articulação entre os serviços de saúde (SUS/RAPS) e de assistência social (SUAS). A divisão burocrática entre essas duas políticas não corresponde à realidade vivida pelos cidadãos, cujas necessidades de saúde são indissociáveis de suas vulnerabilidades sociais, como a falta de moradia, de trabalho e de laços comunitários. A superação da fragmentação atual exige a construção de uma arquitetura institucional que integre processos, equipes e recursos, garantindo que o cidadão seja acolhido em sua integralidade, e não por partes.

Uma estratégia fundamental para essa integração é a unificação da porta de entrada e do planejamento do cuidado. Atualmente, um usuário que busca um CRAS recebe um plano de acompanhamento focado no social, enquanto o que busca um CAPS recebe um projeto terapêutico focado na saúde, com pouca ou nenhuma comunicação entre eles. O Planad deve incentivar a criação de Pontos de Cuidado e Cidadania, espaços onde equipes da saúde e da assistência social atuam de forma co-localizada ou por meio de equipes móveis conjuntas. O objetivo é que o cidadão encontre uma resposta integral independentemente de qual porta ele acesse primeiro. Para formalizar essa união, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) da RAPS e o Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar (PIA/PIF) do SUAS devem ser unificados em um único instrumento, o Plano de Cuidado e Desenvolvimento Individual, co-gerenciado por ambas as equipes e pelo próprio usuário, articulando metas de saúde com metas de moradia, renda e reintegração social.

Para além da unificação dos planos, é preciso construir uma cultura de colaboração entre as equipes. O modelo do “matriciamento” ou Apoio Matricial, uma metodologia de sucesso já consolidada na Atenção Básica de saúde, deve ser expandido para se tornar intersetorial. O Planad pode

normatizar e financiar uma política nacional na qual equipes especializadas dos CAPS ofereçam, de forma regular e sistemática, suporte técnico, formação e discussão de casos para as equipes dos CRAS e CREAS. Essa prática qualifica os profissionais da assistência social para lidarem melhor com as complexidades da saúde mental e do uso de substâncias, ao mesmo tempo em que permite que os profissionais de saúde compreendam melhor os determinantes sociais que impactam o tratamento. Essa troca de saberes, já testada em diversas experiências municipais exitosas, quebra o isolamento profissional e constrói um campo de responsabilidade compartilhada.

Por fim, a articulação precisa de sustentação financeira para se tornar realidade. A cooperação entre secretarias distintas é frequentemente travada por barreiras orçamentárias. O Planad deve, portanto, prever a criação de fundos ou linhas de financiamento específicas para ações integradas SUS-SUAS.

4. Quais estratégias são necessárias para garantir que os serviços de cuidado sejam livres de estigma e discriminação, e que respeitem os direitos e a autonomia das pessoas que buscam ajuda? A garantia de um fluxo de cuidado contínuo e eficaz, embora dependa da arquitetura de articulação estrutural entre os serviços de saúde e de assistência social, somente se concretizará plenamente se a cultura de atendimento dentro dessas redes for profundamente transformada. Uma articulação burocrática perfeita será inócua se o cidadão, ao buscar ajuda, deparar-se com o muro do estigma, da discriminação e do desrespeito à sua autonomia. Portanto, para além de conectar o SUS ao SUAS, o desafio central do Planad é instituir estratégias que desarmem o preconceito e coloquem a dignidade e a vontade da pessoa que busca ajuda como o centro de gravidade de toda a política de cuidado.

A estratégia mais fundamental para assegurar serviços livres de estigma é a adoção da Redução de Danos como *ethos* orientador de toda a rede. O preconceito frequentemente se ancora em uma visão moralista que exige a abstinência como única meta aceitável, desqualificando e afastando aqueles que não podem ou não querem cessar o uso. O Planad deve promover a Redução de Danos não apenas como um conjunto de práticas, mas como o princípio ético-político que norteia o cuidado, capacitando todos os profissionais a acolherem as pessoas em suas condições reais, com foco na criação de vínculos, na minimização de riscos e na ampliação da qualidade de vida, independentemente da relação do sujeito com a substância.

Para que os direitos e a autonomia sejam respeitados, é preciso ir além das boas intenções e instrumentalizar essa garantia. A autonomia da pessoa em sofrimento psíquico ou em uso de drogas não é uma concessão, mas um direito fundamental. Conforme a Defensoria Pública da União tem sustentado com base na legislação e em tratados internacionais, a deficiência ou o uso de substâncias não afetam a plena capacidade civil da pessoa para exercer seus direitos, inclusive os sexuais e reprodutivos. Para efetivar esse princípio, o Planad deve incentivar a universalização de duas ferramentas: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que deve ser obrigatoriamente co-construído e pactuado com o usuário, assegurando o consentimento livre e informado em todas as etapas; e as Diretivas Antecipadas de Vontade, que permitem ao cidadão registrar previamente suas preferências de tratamento para momentos de crise, garantindo que sua voz seja respeitada mesmo em situações de maior vulnerabilidade.

Finalmente, a forma mais potente de garantir um serviço acolhedor e não discriminatório é fortalecer a voz e o protagonismo dos próprios usuários na gestão e avaliação do cuidado. O Planad deve criar um programa nacional de incentivo à inclusão de apoiadores por pares nas equipes da RAPS. Trata-se de pessoas com experiência vivida que são capacitadas para acolher,

orientar e apoiar seus pares no percurso pela rede, atuando como uma ponte de confiança e como um poderoso agente de desestigmatização. Além disso, é crucial aprofundar a gestão democrática dos serviços, garantindo a participação paritária de usuários e familiares nos conselhos gestores de todas as unidades da RAPS. A experiência do movimento da Luta Antimanicomial demonstra que o controle social é a ferramenta mais eficaz para fiscalizar, qualificar e humanizar os serviços de saúde mental. Um serviço que escuta e é gerido com a participação de quem o utiliza é, por sua natureza, um serviço que respeita e promove a cidadania.

5. Como podemos garantir o acesso as diferentes modalidades de tratamento, acolhimento, cuidado e promoção de direitos das pessoas usuárias, garantindo sua autonomia e um projeto terapêutico singular? Garantir o acesso a um cuidado plural, que respeite a autonomia do cidadão e se materialize em um projeto terapêutico singular, é o objetivo final de uma política de drogas verdadeiramente pautada na dignidade humana. Isso significa superar a lógica do modelo único e da solução padronizada, e construir uma rede de serviços suficientemente diversa e flexível para acolher as múltiplas necessidades das pessoas em suas diferentes fases da vida. O Planad deve ser o grande impulsionador dessa diversificação, assegurando que o cuidado em liberdade não seja apenas um discurso, mas uma realidade com múltiplas portas de entrada e trajetórias possíveis.

A existência dessa diversidade de serviços, contudo, só faz sentido se a pessoa tiver o poder de participar ativamente da construção de seu próprio caminho. É aqui que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) deixa de ser um mero documento para se tornar a ferramenta central de garantia da autonomia. O Planad deve estabelecer diretrizes claras para que o PTS seja um processo de pactuação e co-gestão do cuidado, no qual o usuário é o protagonista. Isso significa que seus saberes, desejos e projetos de vida são o ponto de partida para qualquer plano, e que o papel da equipe é o de apresentar opções, apoiar as escolhas e construir junto, e nunca o de impor um caminho. Essa premissa se ampara no princípio jurídico da plena capacidade civil de todas as pessoas, independentemente de seu diagnóstico ou condição de saúde, um direito intransigente defendido pela DPU em sua atuação, que afirma a capacidade do indivíduo para exercer plenamente seus direitos e tomar decisões sobre sua própria vida e corpo.

6. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde (Saúde da Família) na identificação precoce, no aconselhamento breve e no encaminhamento adequado de pessoas com uso problemático de drogas? A Defensoria Pública da União reconhece a Atenção Primária à Saúde, e em especial a Estratégia Saúde da Família, como um pilar de imenso potencial na construção de uma política de drogas mais humana e racional. Contudo, cabe a esta instituição ressaltar que a definição de protocolos clínicos e das atribuições técnicas específicas para a identificação precoce, o aconselhamento breve e o encaminhamento de usuários de drogas é matéria afeta ao campo do conhecimento da saúde, cuja competência recai sobre os gestores, conselhos e especialistas da área.

A nossa contribuição, portanto, se dá sob o prisma jurídico e da defesa dos direitos humanos, delineando os princípios e as garantias constitucionais que devem, incondicionalmente, nortear a atuação da Atenção Primária, independentemente dos modelos técnicos que venham a ser adotados.

Primeiramente, do ponto de vista do direito, a Atenção Primária é a principal materialização do dever do Estado de garantir o acesso universal e igualitário à saúde. Isso significa que toda Unidade Básica de Saúde tem a obrigação legal de ser uma porta de entrada acolhedora e livre de

discriminação para qualquer cidadão, inclusive para pessoas que usam drogas. O papel do Planad, sob essa ótica, é o de criar mecanismos que assegurem que nenhum serviço da APS possa, sob qualquer pretexto, negar ou dificultar o atendimento a um usuário de substâncias, garantindo que o estigma não se transforme em uma barreira de acesso a um direito constitucional.

Em segundo lugar, toda e qualquer ação desenvolvida pela Atenção Primária deve ser regida pelo princípio da autonomia e do consentimento informado. A identificação de um padrão de uso não pode se converter em vigilância, o aconselhamento não pode ser uma forma de coação e o encaminhamento deve ser uma opção oferecida, e não uma determinação imposta. Conforme a DPU tem sustentado em diversas frentes, com base na Constituição e em tratados internacionais, o uso de drogas ou a existência de um diagnóstico de saúde mental não retira do cidadão sua plena capacidade civil para tomar decisões sobre sua própria vida e seu tratamento. A função do profissional de saúde, sob o amparo da lei, é a de ser um conselheiro qualificado que apresenta informações e possibilidades, capacitando a pessoa a fazer suas próprias escolhas de forma livre e consciente.

Um terceiro pilar jurídico indispensável é a garantia do sigilo e da confidencialidade. Para que uma pessoa se sinta segura para dialogar abertamente sobre seu uso de substâncias com uma equipe de Saúde da Família, ela precisa ter a certeza absoluta de que suas informações não serão compartilhadas com os órgãos de segurança pública ou o sistema de justiça. O Planad deve reforçar normativamente a estrita separação entre a rede de cuidado e a rede de controle penal. A Atenção Primária é um espaço de saúde, e não pode, em nenhuma hipótese, ser instrumentalizada como um braço do sistema de vigilância ou repressão.

Por fim, a atuação da Atenção Primária efetiva o direito ao cuidado em liberdade e de base comunitária. Ao capacitar a equipe que está mais próxima da vida cotidiana das pessoas para ser o primeiro ponto de acolhimento e cuidado, o Estado cumpre seu dever de oferecer alternativas à lógica da internação e do isolamento. Do ponto de vista dos direitos humanos, fortalecer a APS não é apenas uma estratégia de saúde; é uma ação de fortalecimento dos vínculos comunitários e de garantia do direito fundamental de todo cidadão a ser cuidado em seu próprio território.

7. Como o Planad pode apoiar a capacitação de profissionais de saúde e assistência social para lidarem de forma mais eficaz e humanizada com as questões relacionadas ao uso de drogas? A capacitação dos profissionais de saúde e assistência social é, sem dúvida, um dos eixos mais estratégicos para a efetivação de uma política de drogas mais eficaz e humanizada. A Defensoria Pública da União, embora não possua a expertise técnica para prescrever metodologias pedagógicas ou currículos clínicos, tem o dever constitucional de zelar para que qualquer política de formação fomentada pelo Estado seja, antes de tudo, uma política de promoção e garantia dos direitos humanos. A nosso ver, o papel do Planad é assegurar que a capacitação transcenda a mera transmissão de conhecimento técnico e se torne um processo de profunda transformação da cultura profissional, alinhando-a com os preceitos da Constituição Federal e dos tratados internacionais.

Nesse sentido, a primeira diretriz que o Planad pode estabelecer é que toda e qualquer ação de capacitação seja incondicionalmente fundamentada no marco legal da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. A persistência de práticas desumanas e ineficazes muitas vezes decorre de uma cultura profissional ainda presa ao antigo modelo manicomial, que vê o usuário de drogas como um objeto de tutela, e não como um sujeito de direitos. Portanto, é imperativo que os programas de formação tenham como eixo estruturante os princípios da Lei nº 10.216/2001: o



direito ao cuidado em liberdade, a centralidade do território e da comunidade, e a busca pela reintegração social como objetivo maior do tratamento.

Em segundo lugar, o Planad pode garantir que a capacitação seja um espaço de formação intensiva em direitos humanos aplicados ao cuidado. Isso significa ir além de uma abordagem meramente biomédica e capacitar os profissionais para atuarem como verdadeiros promotores da cidadania. O conteúdo programático deve, obrigatoriamente, incluir módulos aprofundados sobre o direito à autonomia e ao consentimento livre e informado, reforçando que o uso de substâncias não subtrai do indivíduo sua plena capacidade civil para tomar decisões sobre a própria vida e saúde. A capacitação deve, ainda, abordar ativamente as múltiplas formas de discriminação que se somam ao estigma do uso de drogas — como o racismo, o machismo e a LGBTfobia — e reforçar o dever legal do sigilo profissional, estabelecendo uma barreira intransponível entre a rede de cuidado e o sistema de persecução penal.

Adicionalmente, para que o cuidado seja eficaz e humanizado na prática, a formação deve ser metodologicamente orientada pela Redução de Danos. Sob a ótica dos direitos, esta abordagem é a que melhor respeita a autonomia e a dignidade da pessoa, pois parte de suas necessidades e escolhas reais. O Planad deve assegurar que os profissionais sejam capacitados para além do paradigma da abstinência como única meta, habilitando-os a construir, junto com os usuários, uma ampla gama de estratégias que visem à melhoria da qualidade de vida e à minimização dos riscos, fortalecendo o vínculo e a adesão ao cuidado.

Por fim, a capacitação não pode ser um evento pontual, mas sim um processo de educação permanente, intersetorial e com participação social. O Planad deve fomentar a criação de espaços contínuos de supervisão e discussão de casos, que reúnam profissionais das diferentes áreas — saúde, assistência social, educação — para construir um saber comum. É fundamental, nesse processo, garantir a participação ativa de pessoas com experiência vivida, ou seja, usuários e familiares, não como meros ouvintes, mas como formadores e consultores, pois seu saber é insubstituível para a construção de práticas verdadeiramente acolhedoras e livres de preconceito.

8. De que maneira podemos garantir que os direitos básicos (moradia, alimentação, documentação, trabalho) das pessoas em tratamento ou em situação de vulnerabilidade devido ao uso de drogas sejam assegurados como parte do processo de cuidado?

A garantia dos direitos básicos como moradia, alimentação, documentação e trabalho não pode ser vista como uma etapa posterior ou um complemento ao processo de cuidado de pessoas que usam drogas; ela é, sob a ótica jurídica e dos direitos humanos, a própria condição de possibilidade para que qualquer cuidado em saúde seja eficaz e sustentável. O princípio da indivisibilidade dos direitos humanos nos ensina que o direito à saúde é inseparável do direito a uma existência digna. Portanto, o papel do Planad é o de arquitetar uma política na qual o processo de cuidado seja, em si, um processo de restauração da cidadania, articulando a rede de saúde com as estruturas de garantia desses direitos fundamentais.

Nesse sentido, a moradia deve ser compreendida como o ponto de partida terapêutico. É ilusório esperar que uma pessoa em situação de rua, imersa em uma luta diária pela sobrevivência, consiga se vincular a um projeto de cuidado contínuo. Por essa razão, o Planad pode adotar e fomentar, por meio de linhas de financiamento específicas, a implementação do modelo “Moradia Primeiro” (*Housing First*) em escala nacional. Esta abordagem inverte a lógica tradicional e excludente, que exige a abstinência como pré-condição para o acesso à moradia. Ao garantir um teto de forma incondicional, o Estado oferece a estabilidade e a segurança necessárias para que o indivíduo



possa, então, se organizar para cuidar de sua saúde e reconstruir seu projeto de vida.

É fundamental que a política de drogas seja pensada em sua universalidade, pois, embora as vulnerabilidades se manifestem de formas mais extremas em certos grupos, o estigma e os riscos de uma abordagem punitiva afetam cidadãos de todas as classes sociais. A Defensoria Pública da União, ao defender o acesso à justiça para todos os vulneráveis, reconhece que a vulnerabilidade pode se apresentar de múltiplas formas. Assim, um novo Planad deve, de fato, arquitetar estratégias que protejam e ofereçam cuidado a qualquer pessoa, independentemente de sua condição social, familiar ou profissional.

Paralelamente, a cidadania começa com o nome, com o registro civil. Sem documentação, o indivíduo se torna invisível para o Estado, impossibilitado de acessar benefícios sociais, matricular-se em cursos ou ser admitido em um trabalho formal. O Planad deve instituir a regularização documental como etapa formal e obrigatória do acolhimento na rede de cuidado. Para isso, é preciso transformar ações pontuais, como os exitosos “mutirões de cidadania” frequentemente organizados pelas Defensorias e parceiros, em um fluxo permanente. Isso pode se dar pela criação de postos avançados de identificação civil articulados diretamente com os Centros POP e os CAPS, garantindo que a emissão de documentos seja um processo ágil e desburocratizado para quem está vinculado à rede.

Para além da população em situação de rua, um dos maiores obstáculos ao cuidado para pessoas que mantêm seus vínculos familiares, de estudo ou de trabalho é o medo da consequência social e profissional. O estigma opera de forma silenciosa e potente, inibindo o pedido de ajuda. Um trabalhador teme ser demitido, um estudante teme ser expulso, e pais ou mães temem perder a guarda de seus filhos. Por essa razão, o Planad pode promover, para além dos serviços de cuidado, campanhas de informação que apresentem o uso problemático de drogas como uma questão de saúde, e não de caráter. Em paralelo, é imperativo fortalecer a garantia jurídica do sigilo profissional, estabelecendo canais de denúncia eficazes contra a quebra de confidencialidade em todos os serviços de saúde, públicos e privados. O cidadão precisa ter a segurança de que a busca por ajuda não se transformará em uma punição em outras esferas de sua vida.

O Planad pode também atuar na regulação da rede de cuidado privada e dos planos de saúde. Muitas pessoas que não dependem exclusivamente do SUS buscam ajuda em um mercado frequentemente dominado por comunidades terapêuticas e clínicas que operam sob a lógica do confinamento prolongado e de práticas não baseadas em evidências científicas. Em articulação com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o plano deve estabelecer diretrizes para que os planos de saúde sejam obrigados a cobrir prioritariamente modalidades de cuidado comunitário e ambulatorial, alinhadas à Reforma Psiquiátrica, como psicoterapia, centros de convivência e hospitais-dia. A internação, quando necessária, deve ser de curta duração e realizada preferencialmente em leitos de hospitais gerais, evitando que a lógica asilar, já combatida no SUS, se perpetue na rede privada como única opção para quem pode pagar.

A garantia de direitos deve se estender às esferas trabalhista e familiar. O processo de cuidado deve ser um fator de proteção, e não de ruptura. O Planad pode articular-se com o Ministério do Trabalho para criar protocolos de orientação para empresas sobre como lidar com casos de uso problemático de drogas entre seus colaboradores, incentivando a oferta de licença para tratamento e o apoio na reintegração, em vez da demissão sumária. No âmbito do direito de família, a atuação da DPU demonstra a frequência com que o uso de substâncias é instrumentalizado de forma punitiva em disputas de guarda. Em diálogo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o plano



pode fomentar a criação de diretrizes para que as varas de família avaliem essas situações com base no melhor interesse da criança e na capacidade parental concreta, e não em preconceitos, garantindo o direito à convivência familiar e oferecendo suporte para o tratamento dos genitores quando necessário.

Finalmente, a estratégia mais universal de proteção para todos os usuários, independentemente de sua classe social, é a efetiva descriminalização da posse de drogas para uso pessoal. Embora um usuário de classe média possa ter mais recursos para se defender de uma acusação criminal, o processo em si, o registro de antecedentes e as possíveis sanções profissionais são extremamente danosos. Ao retirar o usuário da esfera do direito penal e situá-lo exclusivamente na esfera do direito à saúde, o Estado estende a todos os cidadãos a garantia de que a resposta a uma necessidade de saúde não será a força policial ou uma sentença judicial, mas sim uma oferta de cuidado digno, sigiloso e pautado na autonomia.”

EIXO VI – GOVERNANÇA PARTICIPATIVA E ARTICULAÇÃO COM OS CONSELHOS ESTADUAIS, DISTRITAL E MUNICIPAIS DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

PRINCIPAIS DESAFIOS: “1. Como podemos fortalecer os Conselhos de Políticas sobre Drogas (municipais, estaduais, distrital e nacional) para que sejam espaços mais representativos, democráticos e com poder de influência real nas decisões políticas?”

O fortalecimento dos Conselhos de Políticas sobre Drogas em todos os níveis federativos é uma premissa indispensável para a reconstrução democrática desta política pública. Do ponto de vista jurídico, os conselhos são a materialização do princípio constitucional da participação social na gestão do Estado, um direito-dever que assegura que as decisões políticas sejam mais legítimas, transparentes e alinhadas às necessidades reais da população. Contudo, para que esses espaços superem o risco de se tornarem meramente homologatórios e exerçam uma influência real, o Planad deve atuar como um garantidor de sua representatividade, autonomia e poder deliberativo.

A primeira e mais fundamental estratégia é garantir a paridade e a representatividade efetiva. Um conselho democrático não é apenas aquele com igual número de assentos para o governo e a sociedade civil, mas aquele cujos assentos da sociedade civil refletem a diversidade de atores impactados pela política de drogas. Atualmente, esses espaços são frequentemente dominados por interesses que não representam as populações mais vulnerabilizadas. O Planad deve, portanto, estabelecer diretrizes nacionais que não apenas recomendem, mas exijam a criação de mecanismos para assegurar a participação de pessoas que usam drogas, familiares, trabalhadores da Redução de Danos, egressos do sistema prisional e representantes de movimentos de favelas e periferias. Para que essa participação seja viável, é preciso ir além do convite formal, criando fundos para custear o deslocamento e a permanência desses conselheiros e oferecendo formação para que possam incidir de forma qualificada nos debates técnicos e orçamentários.

Em segundo lugar, a influência real de um conselho depende de sua autonomia e de seu poder deliberativo. Um conselho subordinado administrativamente e financeiramente ao Poder Executivo torna-se refém das conveniências políticas do governo de turno. O Planad pode prever a criação de um marco regulatório que assegure autonomia administrativa para os conselhos e, crucialmente, que fortaleça o caráter vinculante de suas deliberações. Decisões estratégicas, como a aprovação do plano de aplicação dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas (Funad) ou a edição de normativas sobre modalidades de cuidado, deveriam, por força de lei, passar pela deliberação



e aprovação do respectivo conselho. A atuação da Defensoria Pública da União no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), ao questionar resoluções que violam direitos, como a que regulamentava o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas, ilustra a importância de um controle social ativo, mas que seria imensamente fortalecido se as decisões do colegiado tivessem força para, de fato, conformar a política pública.

Por fim, para que os conselhos sejam espaços de construção democrática, e não de mera disputa, o Planad deve fomentar a articulação e o apoio técnico entre os conselhos e as instituições do sistema de justiça. A presença de órgãos como a Defensoria Pública e o Ministério Público nos conselhos, não como membros com poder de voto, mas como assessores técnicos permanentes, pode qualificar o debate, oferecer subsídios jurídicos para a sociedade civil e garantir que as deliberações estejam alinhadas ao arcabouço constitucional de direitos. Essa colaboração fortalece os conselheiros da sociedade civil, muitas vezes em desvantagem técnica em discussões complexas, e assegura que o controle social seja exercido com a máxima potência, transformando os Conselhos de Políticas sobre Drogas em verdadeiras arenas de coprodução de uma política mais justa, eficaz e cidadã.

2. De que forma o Planad pode garantir e incentivar a participação ativa da sociedade civil, incluindo usuários de drogas, familiares, pesquisadores, profissionais da área e comunidades afetadas, na formulação, monitoramento e avaliação das políticas sobre drogas?

A garantia da participação ativa da sociedade civil não pode ser tratada como um anexo ou uma formalidade no âmbito do Planad; ela é, sob a ótica da Constituição de 1988, um princípio fundamental e a própria condição de legitimidade de qualquer política pública. Uma política sobre drogas formulada, monitorada e avaliada a portas fechadas está fadada a reproduzir as violências e as ineficácias do modelo atual. Portanto, o papel do Planad é o de ser um instrumento para institucionalizar e fortalecer os canais de controle social, assegurando que a diversidade de vozes — de usuários, familiares, pesquisadores, profissionais e comunidades afetadas — não seja apenas ouvida, mas que tenha poder deliberativo na condução da política.

Para isso, é crucial começar pela reestruturação da governança do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad), tendo o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) como seu epicentro democrático. O Planad deve propor uma nova legislação para o Conad que garanta, de forma blindada, a composição paritária entre representantes do governo e da sociedade civil. Mais do que isso, é preciso assegurar que a escolha dos representantes da sociedade civil ocorra por meio de um processo eleitoral transparente e autônomo, com assentos reservados para os segmentos mais diretamente implicados, como os movimentos de usuários, de familiares, da luta antimanicomial, de redução de danos, o movimento negro e a comunidade científica. Um Conad com essa composição deixa de ser um mero órgão consultivo e se torna uma arena plural e potente de formulação e pactuação política.

A participação, contudo, deve ser capilarizada para ser efetiva. Uma governança democrática se constrói de baixo para cima. Nesse sentido, o Planad deve instituir um Programa de Apoio e Fortalecimento dos Conselhos Municipais e Estaduais de Políticas sobre Drogas. Este programa deve oferecer suporte técnico e financeiro para a criação e o funcionamento regular desses conselhos nos entes federados, sempre com a diretriz da paridade e da representatividade. Para criar um fluxo deliberativo contínuo, o plano deve reinstaurar e tornar obrigatória a realização periódica da Conferência Nacional de Políticas sobre Drogas, precedida de etapas municipais e estaduais. Esse processo conferencial, cuja etapa nacional é prevista no próprio documento de



revisão do Planad, se tornaria o principal instrumento para que as demandas e propostas da base da sociedade civil sejam traduzidas em diretrizes vinculantes para a atualização e avaliação do plano nacional.

3. Quais são os principais desafios para uma articulação eficaz entre os conselhos de diferentes níveis (municipal, estadual, nacional) e entre os conselhos e os órgãos executivos responsáveis pela implementação das políticas? A articulação eficaz entre os conselhos de políticas sobre drogas, em seus diferentes níveis, e destes com os órgãos executivos, é o alicerce para a construção de uma política verdadeiramente democrática e conectada com a realidade social. A estrutura de conselhos é uma das mais importantes conquistas do desenho constitucional de 1988, concebida para materializar o princípio do controle social. Contudo, do ponto de vista jurídico e da atuação prática na defesa de direitos, observam-se desafios estruturais que frequentemente transformam esses espaços de participação em meras formalidades, esvaziando seu potencial transformador.

O principal desafio reside na natureza predominantemente consultiva e na baixa efetividade de grande parte dos conselhos, especialmente na esfera municipal. A legislação que os institui, em muitos casos, não lhes confere poder deliberativo, tornando suas resoluções meras recomendações que podem ser legalmente ignoradas pelo poder executivo. Essa fragilidade institucional gera um ciclo de frustração e desmobilização entre os representantes da sociedade civil, que, ao perceberem que sua participação não se traduz em impacto real nas políticas públicas, acabam por se afastar. Para superar essa barreira, é imperativo que o Planad atue como um indutor de reformas institucionais, condicionando o repasse de recursos do Fundo Nacional Antidrogas (Funad) à comprovação de que os conselhos estaduais e municipais possuem caráter deliberativo sobre matérias essenciais, como a aprovação do plano local de políticas sobre drogas e a fiscalização da aplicação dos recursos da área.

Um segundo obstáculo crítico é a assimetria de poder e de informação no interior dos próprios conselhos. Mesmo quando possuem poder de deliberação, a balança frequentemente pende para o lado do governo. Os representantes do executivo dispõem da máquina pública, de assessorias técnicas e do controle sobre a pauta e a secretaria do conselho, enquanto os conselheiros da sociedade civil atuam, em geral, de forma voluntária e com recursos limitados. Essa disparidade pode levar à captura do conselho pelo governo, que o utiliza para legitimar decisões previamente tomadas, em vez de submetê-las a um debate genuíno. O Planad pode mitigar esse desequilíbrio ao estabelecer diretrizes nacionais para a governança democrática dos conselhos, recomendando a adoção de presidências rotativas entre Estado e sociedade civil e o fortalecimento de assessorias técnicas independentes que possam qualificar o debate para todos os seus membros.

Por fim, a fragmentação do sistema federativo impede a construção de uma política coesa e articulada. Não há, atualmente, um fluxo contínuo e bem estabelecido de comunicação entre o Conad, os conselhos estaduais e os municipais. As diretrizes nacionais não permeiam as discussões locais, e as ricas experiências e demandas municipais raramente chegam para informar a política nacional. O Planad deve, portanto, estruturar formalmente um Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas que conecte esses três níveis, criando instâncias regulares de encontro, plataformas compartilhadas de informação e canais oficiais para que as deliberações locais possam subsidiar as nacionais. A garantia de uma política de drogas que seja, ao mesmo tempo, unificada em seus princípios de direitos humanos e plural em sua adequação às realidades locais, depende da superação desses desafios e da transformação dos conselhos em verdadeiras arenas de poder compartilhado.



4. Como podemos tornar os processos de consulta pública e as instâncias de participação social mais acessíveis, inclusivas e efetivas, garantindo que as contribuições da sociedade sejam de fato consideradas?

A efetividade de qualquer política pública, especialmente uma tão complexa e sensível como a de drogas, depende diretamente da legitimidade de seu processo de construção. A participação social, nesse sentido, não pode ser um mero rito protocolar, mas sim a espinha dorsal da formulação, do monitoramento e da avaliação do Planad. Para que as instâncias de consulta sejam verdadeiramente acessíveis, inclusivas e efetivas, é preciso superar a lógica formalista e construir uma arquitetura participativa que ativamente busque, acolha e vincule as decisões do Estado às vozes da sociedade, em especial daquelas mais afetadas e historicamente silenciadas.

Primeiramente, para garantir acessibilidade e inclusão, é preciso levar o debate para onde a vida acontece. O modelo tradicional de audiências públicas em auditórios de órgãos governamentais, embora importante, é inerentemente excludente. O Planad deve instituir uma política de participação territorializada, realizando “escutas ativas” nos próprios territórios, como em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), escolas, centros comunitários de favelas e periferias, e até mesmo em unidades do sistema prisional. Essa descentralização deve ser acompanhada de estratégias que removam as barreiras materiais à participação, como a oferta de auxílio transporte, alimentação e espaços de cuidado para as crianças durante as atividades, reconhecendo que a pobreza e as responsabilidades de cuidado são impeditivos concretos. A linguagem utilizada deve ser cidadã, e não técnica, traduzindo o “jargão” do planejamento em termos compreensíveis para todos, e é fundamental que o Estado ativamente convide e assegure a presença de representantes de movimentos sociais, de pessoas com experiência vivida no uso de drogas, de familiares e da população em situação de rua, garantindo que suas perspectivas não sejam apenas ouvidas, mas que tenham centralidade no processo.

Do ponto de vista jurídico, a efetividade se fortalece ao se dar poder às instâncias permanentes de controle social. O Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) e seus correlatos estaduais e municipais devem ser fortalecidos como os guardiões do processo participativo. O Planad deve garantir que a composição desses conselhos seja paritária, com representação robusta da sociedade civil, e atribuir a eles um papel vinculante no monitoramento da implementação do plano. As deliberações majoritárias desses conselhos, fruto de um debate democrático contínuo, devem ser tratadas pela gestão com um peso qualificado, exigindo justificativas igualmente qualificadas para qualquer desvio de rota. Ao fazer isso, a participação social deixa de ser um evento esporádico para se tornar o motor contínuo de uma política pública viva, democrática e verdadeiramente comprometida com os direitos de toda a população.

5. Qual o papel dos movimentos sociais e das organizações da sociedade civil na fiscalização das políticas sobre drogas e na defesa dos direitos das populações afetadas?

Como o Planad pode apoiar esse papel? O papel dos movimentos sociais e das organizações da sociedade civil na política de drogas é um exercício fundamental de cidadania e um pilar indispensável para a construção de um Estado Democrático de Direito. Em uma área tão marcada por violações de direitos e pela estigmatização de populações vulneráveis, a sociedade civil organizada atua como uma sentinela da Constituição, cumprindo a função de fiscalizar o poder público, defender os direitos dos mais afetados e, crucialmente, construir e propor novos caminhos. O Planad, para ser legítimo e eficaz, não deve apenas “escutar” esses atores, mas reconhecê-los como parceiros estratégicos, institucionalizando e apoiando seu papel de forma concreta.



Na fiscalização, os movimentos sociais são os primeiros a identificar e denunciar as violações que ocorrem nos territórios, longe do olhar das instituições formais: a violência de uma operação policial, a recusa de atendimento em um serviço de saúde, as condições desumanas em uma instituição de acolhimento. Eles produzem conhecimento a partir da realidade vivida, gerando relatórios e testemunhos que são insumos vitais para a atuação de órgãos como a Defensoria Pública e o Ministério Público. Na defesa dos direitos, essas organizações transcendem a denúncia e se tornam protagonistas da mudança, seja por meio da litigância estratégica nos tribunais, da incidência no legislativo para aprimorar as leis ou da mobilização social, que, como no caso da Luta Antimanicomial, foi a força motriz da maior reforma na política de saúde mental do país.

Para que o Planad possa apoiar e fortalecer esse papel, é preciso ir além de consultas esporádicas e construir mecanismos permanentes de participação e controle social. A primeira e mais fundamental estratégia é garantir a paridade na composição e o poder deliberativo dos conselhos de políticas sobre drogas em todos os níveis federativos. O modelo do processo de consulta do próprio Planad, que prevê a realização de etapas auto-organizadas pela sociedade civil, deve ser a regra, e não a exceção, assegurando que a voz dos mais afetados — usuários, familiares, trabalhadores da redução de danos, movimentos antiproibicionistas — tenha peso igual à do Estado na formulação e no monitoramento da política.

6. De que maneira a transparência na gestão dos recursos e na divulgação de informações sobre as políticas de drogas pode ser ampliada para fortalecer o controle social e a governança participativa? A ampliação da transparência na gestão dos recursos e na divulgação de informações é o alicerce sobre o qual se constrói uma governança verdadeiramente participativa e um controle social efetivo na política de drogas. Sob a ótica jurídica, a transparência não é uma faculdade do gestor público, mas um dever imposto pelo princípio constitucional da publicidade e pela Lei de Acesso à Informação. Para uma política de tamanha complexidade e impacto social, dar visibilidade a seus processos, custos e resultados é a única forma de construir legitimidade e garantir que suas ações estejam, de fato, alinhadas ao interesse público e ao respeito aos direitos humanos.

Além da transparência dos recursos, é fundamental garantir a publicidade dos dados sobre o impacto humano da política. As estatísticas tradicionalmente divulgadas, focadas em apreensões e prisões, contam uma história incompleta. O mesmo Painel da Transparência deve ser o repositório de um novo conjunto de “Indicadores de Cidadania”, que o Planad deve padronizar e tornar de notificação compulsória para todos os entes federados. Esses indicadores devem incluir dados sobre a letalidade em operações policiais, o perfil demográfico (raça, gênero, escolaridade) das pessoas presas e processadas por delitos de drogas, o tempo médio de prisão provisória e as taxas de acesso e continuidade do cuidado na RAPS. A divulgação sistemática e, crucialmente, desagregada desses dados é uma poderosa ferramenta para que a sociedade civil, a academia e a imprensa possam monitorar as desigualdades e a desproporcionalidade na aplicação da lei, exercendo um controle social qualificado e baseado em evidências.

7. Como o Planad pode promover a capacitação dos conselheiros e dos membros da sociedade civil para uma participação mais qualificada nos debates e na formulação de propostas? A efetividade e a legitimidade de qualquer política pública em uma democracia dependem diretamente da qualidade da participação social em sua formulação e fiscalização. Para que o novo Planad seja um reflexo das reais necessidades da sociedade, e não apenas um documento técnico, é imperativo que ele preveja mecanismos robustos para a capacitação de



conselheiros e membros da sociedade civil. Do ponto de vista jurídico, a participação social é um direito constitucional, e o dever do Estado não é apenas o de “ouvir”, mas o de criar as condições para que essa participação seja informada, qualificada e influente.

Nesse sentido, o Planad pode ser o grande articulador de uma Escola Nacional de Políticas sobre Drogas e Cidadania. Esta não seria necessariamente uma estrutura física, mas uma plataforma permanente e de acesso público para a formação, inspirada em modelos já existentes como os da Escola Nacional de Administração Pública (Enap) e da plataforma Participa + Brasil, porém com foco especializado. O objetivo seria oferecer, de forma gratuita e continuada, cursos e materiais que traduzam o complexo debate sobre drogas para uma linguagem acessível. Do ponto de vista dos direitos, o currículo dessa escola deveria priorizar a alfabetização jurídica e orçamentária. É crucial que os participantes compreendam o arcabouço legal que sustenta uma política de drogas baseada em direitos — como a Lei da Reforma Psiquiátrica e os tratados internacionais — e que aprendam a analisar o orçamento público, para que o controle social possa incidir sobre a alocação de recursos, fiscalizando se o Estado está de fato investindo mais em cuidado do que em punição.

Para que a participação seja mais do que simbólica, é essencial que o Planad estabeleça mecanismos de devolutiva obrigatória. Isso significa que toda contribuição recebida em consultas públicas ou por meio dos conselhos deve, por força normativa, gerar uma resposta pública e fundamentada do poder público, explicando como a proposta foi aproveitada ou justificando sua não incorporação. Essa medida transforma a participação em um diálogo efetivo e qualifica a própria gestão, que passa a ter o dever de prestar contas sobre como a voz da sociedade está, de fato, moldando a política nacional sobre drogas.

8. Quais mecanismos de controle social poderiam ser implementados para um acompanhamento permanente dos indicadores e metas do Planad? A questão central para o controle social do Planad não é a ausência de mecanismos, mas a fragilidade e a ineficácia dos que já existem. A Defensoria Pública da União entende que o ordenamento já prevê instâncias como os conselhos de políticas sobre drogas, porém, sua efetividade é frequentemente neutralizada pela falta de autonomia e paridade. Portanto, aprimorar o controle social significa transformar essas estruturas consultivas em espaços de deliberação real e juridicamente vinculante. Para tanto, o novo Planad deve condicionar o repasse de recursos federais à reestruturação dos conselhos estaduais e municipais, exigindo legalmente a paridade em sua composição e garantindo-lhes autonomia orçamentária para que possam exercer sua função fiscalizatória sem subordinação ao poder executivo. A legitimidade da política depende de um monitoramento que seja exercido por uma sociedade civil fortalecida e com poder de influência real, e não apenas simbólico.”

EIXO VII – ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS E CONSTRUÇÃO DE INDICADORES QUE PERMITAM A AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS, PROGRAMAS E PROJETOS

PRINCIPAIS DESAFIOS: “1. Qual a importância de basear as políticas sobre drogas em evidências científicas sólidas e atualizadas? Quais os riscos de não o fazer? A formulação de políticas públicas, especialmente aquelas com profundo impacto na vida e na liberdade dos cidadãos, não pode ser um exercício de voluntarismo, moralismo ou senso comum. Basear as políticas sobre drogas em evidências científicas sólidas e atualizadas é um imperativo do princípio constitucional da eficiência administrativa e a principal salvaguarda contra a adoção de medidas

arbitrárias e violadoras de direitos. A evidência, seja ela epidemiológica, social ou jurídica, fornece a racionalidade necessária para que a ação do Estado seja legítima, proporcional e efetivamente capaz de promover a saúde e a segurança, em vez de agravar os problemas que se propõe a solucionar.

A atual política de drogas é resultado de uma construção histórica permeada por preconceitos morais, de classe e de raça. Em sua origem, nas convenções internacionais sobre a matéria, a proibição de algumas drogas fundou-se no objetivo declarado de proteção da saúde pública.

No entanto, as evidências atuais de saúde não são suficientes para explicar as diferentes abordagens que se emprega na regulação de álcool e de drogas declaradas ilícitas. Estudos recentes têm contestado a suposição de uma conexão direta entre os níveis de danos individuais e sociais e a severidade da regulação. Por exemplo, Nutt *et al.* (2010) argumentam que o álcool é a droga mais prejudicial no Reino Unido em comparação com um conjunto de drogas lícitas e ilícitas; ainda assim, o controle do álcool adota a abordagem mais branda em nível global. Além disso, Room e Reuter (2012) argumentam que a abordagem aplicada às drogas ilícitas falhou em proteger a saúde pública, impedindo o bem-estar dos usuários e produzindo consequências adversas que, na prática, agravam a carga global da doença (*global burden of disease*).

O risco de não se produzir evidências sólidas, que informem a construção da política de drogas que queremos, é permitir que o debate público seja tomado por argumentos de ordem moral, sem qualquer embasamento científico, protelando uma política irracional e que não atinge aos fins pretendidos.

Ignorar a evidência significa, na prática, insistir em estratégias que já se provaram falhas, com um custo humano e social incomensurável. Para garantir que o novo Planad rompa com esse ciclo, é preciso institucionalizar a ponte entre a produção de conhecimento e a tomada de decisão. Embora o Brasil conte com instituições de excelência na produção de pesquisas, como a Fiocruz e o Ipea, falta um mecanismo que torne a incorporação de suas evidências um passo obrigatório no ciclo da política pública. Assim, é fundamental que o Planad preveja a criação de uma instância de avaliação de políticas de caráter permanente e autônomo, composta por pesquisadores e especialistas sem vínculo com o poder executivo, com o mandato legal de realizar avaliações de impacto periódicas e cujos pareceres sejam, por lei, um subsídio obrigatório para a alocação de recursos e a revisão das estratégias do plano.

2. Quais são os principais desafios para a produção, sistematização, disseminação e utilização de evidências científicas no campo das políticas sobre drogas no Brasil? O principal desafio no Brasil é o abismo existente entre o conhecimento científico produzido e a sua efetiva utilização pelo poder público, que frequentemente pauta suas decisões em ideologias e no clamor público, em detrimento dos dados.

No que tange ao conhecimento sobre os efeitos, danos e potenciais terapêuticos das drogas consideradas ilícitas, a proibição é em si um obstáculo a ser contornado para que a formulação da política seja melhor informada por evidências. Nesse sentido:

O regime de proibição representa um obstáculo à pesquisa científica, por diversos fatores, entre eles: aumento dos custos e do tempo de licenciamento de produtos delas derivados, pela autoridade responsável; exigência de controles policiais rigorosos e custosos; ausência ou baixa disponibilidade da substância, que acaba sendo ofertada a preços proibitivos; falta de recursos

para a pesquisa, pelo reduzido interesse de agências de financiamento no tema; e dificuldades para obter aprovação nos comitês de ética, devido ao estigma associado à substância (Nutt, King e Nichols, 2013). Tal problemática não se restringe à cannabis, abarcando outras substâncias psicoativas proibidas, tais como midomafetamina (MDMA, popularmente conhecida como ecstasy), psilocibina e dietilamida do ácido lisérgico (LSD), em relação às quais há inúmeras questões científicas não respondidas (Kempner, 2015; Nutt, King e Nichols, 2013; Soares, 2022).

Um obstáculo primário reside na produção de conhecimento, que sofre com financiamento escasso e politicamente orientado. No que tange à sistematização e disseminação, embora já exista o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (Obid), os dados permanecem fragmentados entre diferentes ministérios e pouco acessíveis ao público não especializado. É imperativo que o Planad promova a transformação do Obid em uma plataforma de dados integrados e de transparência ativa, com a obrigação legal de compartilhamento de informações entre os órgãos do Sisnad e a apresentação dessas informações em formato aberto e compreensível para qualquer cidadão.

O desafio mais complexo, contudo, é a utilização das evidências por parte dos gestores e do sistema de justiça. Para superar a cultura decisória refratária à ciência, o Planad deve institucionalizar mecanismos de tradução do conhecimento, como a criação de núcleos de avaliação de evidências dentro dos ministérios da Saúde e da Justiça, responsáveis por produzir sínteses e recomendações para os gestores. Além disso, é crucial investir na capacitação de agentes públicos para a compreensão e o uso de dados, garantindo que a tomada de decisão seja cada vez mais informada. Ignorar deliberadamente evidências científicas robustas na formulação de políticas que afetam direitos fundamentais é uma falha que, sob a ótica do direito administrativo, fragiliza a própria legalidade e a razoabilidade do ato público.

3. Como o Planad pode fomentar a pesquisa científica de qualidade sobre drogas, que seja independente, multidisciplinar e que responda às necessidades do país e das comunidades afetadas? Objetivamente, a partir da previsão de recursos e metas anuais de pesquisa, com inspiração nas pesquisas do *European Web Survey on Drugs* (EWSD) e observatórios/pesquisas latinoamericanas. Destacando-se os países que legalizam/regulamentam o uso de drogas, como Portugal, Holanda, Canadá, Argentina, Uruguai e Chile.

Para além disso, o Planad deve atuar na reestruturação de mecanismos já existentes. É imperativo reformar a governança do Fundo Nacional Antidrogas (Funad), principal ferramenta de financiamento, para que uma parcela de seus recursos seja legalmente vinculada à pesquisa e gerida por um conselho com representação paritária da comunidade científica e da sociedade civil. Essa medida garantiria que a alocação de verbas ocorra por meio de editais públicos e transparentes, com base no mérito acadêmico e na relevância social, e não por conveniência política. Adicionalmente, para que a pesquisa seja multidisciplinar e responda às necessidades do país, este conselho gestor deve ser orientado a fomentar estudos nas áreas de ciências humanas e sociais com o mesmo vigor que nas ciências da saúde. A definição das linhas de pesquisa prioritárias deve, ainda, ser legalmente vinculada às deliberações das conferências nacionais e dos conselhos de políticas sobre drogas, assegurando que a produção de conhecimento dialogue com as demandas da sociedade. Por fim, o Planad deve promover a criação de uma política de dados abertos e desburocratizar o acesso a substâncias controladas para fins científicos, removendo os entraves que hoje dificultam o trabalho de pesquisadores e universidades.

4. Que tipos de indicadores (de processo, resultado e impacto) são essenciais para

monitorar e avaliar a eficácia, eficiência e equidade das políticas, programas e projetos sobre drogas? Entendemos pela necessidade de alteração do foco da política: de uma perspectiva do sistema criminal para uma perspectiva de saúde pública e de direitos humanos. É essencial que os indicadores contemplem tanto as drogas lícitas quanto as drogas ilícitas.

Deste modo, os indicadores de sucesso da política devem estar no comportamento dos usuários e nos danos relacionados ao uso. Os indicadores de impacto que importam, considerando esse objetivo, são: prevalência de consumo de drogas lícitas e ilícitas; internações e óbitos relacionados ao consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Quanto à avaliação de equidade, são necessários indicadores que evidenciem o fardo desigual imposto a grupos-alvo da seletividade penal da guerra às drogas. É preciso monitorar o perfil socioeconômico das pessoas presas e réus processados por tráfico de drogas, a fim de informar a elaboração de ações que visem minimizar os danos da guerra às drogas

Como indicadores de processo, essenciais para medir a eficiência e a alocação de recursos, propõe-se o monitoramento do percentual do orçamento destinado à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em comparação com o sistema de segurança e prisional, e a taxa de implementação de protocolos de cuidado baseados em evidências e na Redução de Danos nos serviços. Para os indicadores de resultado, que aferem a eficácia e a equidade das ações, é crucial medir a redução da taxa de encarceramento por delitos não violentos, com dados obrigatoriamente desagregados por raça, gênero e idade, bem como o aumento do número de pessoas atendidas voluntariamente na rede de cuidado em contraposição ao número de internações.

Finalmente, como indicadores de impacto, que medem as transformações sociais de longo prazo, sugere-se a redução da letalidade policial nos territórios e a melhoria nos índices de reintegração social e econômica de egressos dos sistemas de cuidado e prisional. A legitimidade de todo esse processo, conforme ressaltado no questionário da consulta, depende da garantia de que os dados sejam confiáveis, públicos e geridos com controle social, para que sirvam ao aprimoramento da política, e não à estigmatização das populações.

5. Como podemos garantir que os dados coletados para esses indicadores sejam confiáveis, desagregados (por gênero, raça, idade, território, etc.) e utilizados para aprimorar as políticas e não para punir ou estigmatizar? Através da relação e comparação de dados oficiais já produzidos, como pelo IGBE, e pesquisas realizadas pelo Ipea, CESeC, Iniciativa Negra, Defensorias Públicas e a sociedade civil, bem como garantido que os bancos de dados do CNJ e da Senappen disponibilizem dados desagregados, o que hoje ainda não é efetivado (crimes da Lei de Drogas x situação de prisão x gênero, raça/etnia, idade, território, etc.).

A desagregação dos dados por marcadores como raça/cor, gênero, idade e território, por exemplo, não é uma opção, mas uma obrigação legal para o diagnóstico e combate às desigualdades e particularidades da política de drogas. O papel e desafio do Planad é criar um sistema de monitoramento que audite a conformidade de todos os órgãos dos sistemas de saúde, assistência social e segurança pública com essa exigência, estabelecendo protocolos unificados de coleta para garantir a confiabilidade e a comparabilidade nacional das informações.

Para assegurar o uso ético, é imperativo aplicar o princípio da finalidade, um dos pilares da LGPD. O Planad deve definir em seu texto, de forma explícita e vinculante, que o propósito da coleta e análise de dados é, exclusivamente, a avaliação e o aprimoramento de políticas públicas, vedando

expressamente sua utilização para fins de persecução penal, policiamento seletivo ou qualquer forma de estigmatização de indivíduos ou comunidades. Para garantir essa finalidade, a regra deve ser a anonimização de todos os dados sensíveis utilizados para fins estatísticos, protegendo a identidade e a privacidade dos cidadãos. A governança desse sistema de dados deve, por fim, ser submetida ao controle social, por meio de um conselho gestor com participação da sociedade civil, que teria a prerrogativa de fiscalizar os protocolos e assegurar que a utilização das informações se mantenha fiel ao seu propósito de promover direitos, e não de punir.

6. Qual o papel das universidades, institutos de pesquisa e da sociedade civil na produção e no controle social das evidências e dos indicadores utilizados nas políticas sobre drogas? A produção de evidências e o monitoramento de políticas públicas não podem ser monopólio do Estado. A legitimidade do Planad e a eficácia de suas estratégias dependem de um ecossistema de conhecimento plural e de uma fiscalização externa e independente. Nesse arranjo, as universidades, os institutos de pesquisa e a sociedade civil não são meros consultores, mas atores estratégicos com papéis essenciais e complementares, conforme, inclusive, questionado no próprio roteiro desta consulta.

Às universidades e institutos de pesquisa, como a Fiocruz e centros acadêmicos já atuantes na área, cabe o papel de produção de conhecimento independente e qualificado. Para que essa produção seja efetiva, o Planad deve ir além do reconhecimento e fomentar ativamente essa parceria, por exemplo, por meio da criação de editais de pesquisa específicos, financiados por agências como o CNPq, para a avaliação externa e autônoma das metas e indicadores do próprio plano. A política pública, para ser verdadeiramente baseada em evidências, deve submeter seus resultados ao escrutínio científico rigoroso e independente, garantindo que os dados não sejam apenas produzidos, mas também analisados criticamente.

Além disso, deve haver a previsão periódica de encontros nacionais e regionais presenciais e virtuais, com capacitações também baseadas em evidências.

À sociedade civil organizada, que já exerce um papel fiscalizatório por meio de organizações como o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) ou o Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), cabe a função de controle social sobre a integridade e o uso dessas evidências. O Planad pode e deve fortalecer esse papel, transformando-o de uma ação reativa para uma participação institucionalizada.

7. Como o Planad pode promover a capacitação de gestores, profissionais e conselheiros para a compreensão e utilização de evidências científicas e indicadores na tomada de decisão? Uma administração pública pautada pela eficiência, a tomada de decisão em políticas sobre drogas não pode se basear em improviso ou convicções morais, mas deve estar ancorada em evidências científicas e em indicadores robustos. O papel do Planad é criar uma cultura e uma infraestrutura institucional que tornem o uso de evidências uma prática rotineira e obrigatória para gestores, profissionais e conselheiros. Para tanto, é preciso aprimorar e articular mecanismos já existentes, realizar encontros nacionais e regionais presenciais e virtuais periódicos, com capacitações baseadas em evidências.

Inspirando-se em iniciativas como a EVIPNet Brasil e as plataformas de conhecimento do Ministério da Saúde, o Planad pode instituir um Centro Nacional de Evidências sobre Drogas, uma plataforma que atue como um *clearinghouse*, traduzindo e sintetizando pesquisas científicas complexas em formatos acessíveis, como sumários executivos e notas técnicas, para subsidiar a gestão.



Em paralelo, em parceria com escolas de governo como a Enap, pode avaliar a criação de uma Escola Permanente de Formação em Políticas sobre Drogas, com trilhas de aprendizagem contínua para os diferentes atores, capacitando-os não apenas na leitura de dados, mas na sua interpretação à luz dos direitos humanos.

Finalmente, o mecanismo mais eficaz de incentivo é vincular o repasse de recursos do Fundo Nacional Antidrogas à apresentação de projetos que sejam fundamentados em diagnósticos e evidências, exigindo que toda proposta de intervenção demonstre sua base factual e os indicadores que serão utilizados para aferir seu impacto, transformando a gestão baseada em evidências em uma condição para o financiamento e a execução da política.

8. De que forma podemos criar uma cultura de avaliação contínua das políticas sobre drogas, que permita corrigir rotas, aprender com os erros e otimizar o uso dos recursos públicos? Por meio da criação de uma cultura de avaliação contínua derivada dos princípios constitucionais de eficiência e *accountability* na administração pública. Para que o Planad seja uma política que aprenda com seus erros e otimize os recursos, é preciso ir além de avaliações esporádicas. É necessário o estabelecimento de metas e o reconhecimento da necessidade de justiça de transição.

A Defensoria Pública da União opina que o próprio ato normativo que instituir o novo Planad deve estabelecer a obrigatoriedade de ciclos de avaliação periódicos, cujos relatórios e recomendações sejam públicos e de resposta compulsória pelo Poder Executivo. Essa avaliação, para garantir isenção e legitimidade, deve ser conduzida por uma instância tripartite, composta por representantes do governo, de especialistas da comunidade científica e dos conselhos de políticas sobre drogas, assegurando o controle social. Ademais, em conformidade com os princípios da responsabilidade fiscal, os resultados dessas avaliações devem ser juridicamente vinculados ao ciclo orçamentário, condicionando a alocação de recursos para os anos seguintes ao comprovado alcance das metas e indicadores de direitos humanos, de modo a impedir a perpetuação de estratégias ineficazes e onerosas.”

I EIXO VIII – COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

PRINCIPAIS DESAFIOS: “1. Quais são as principais oportunidades e desafios para o Brasil na cooperação internacional em políticas sobre drogas, considerando os diferentes fóruns e organismos multilaterais (ONU, OEA, Mercosul, BRICS etc.)? A cooperação internacional em políticas sobre drogas apresenta ao Brasil um desafio dual: por um lado, a necessidade de navegar em um sistema multilateral historicamente fundamentado em convenções da ONU de viés proibicionista e punitivo; por outro, a oportunidade de exercer liderança na construção de um novo paradigma, alinhado à Constituição Federal de 1988 e a uma abordagem de saúde pública. O grande desafio é resistir a cooperações que meramente importam o modelo falido da “guerra às drogas”, enquanto a oportunidade reside em exportar e articular, em fóruns como o Mercosul e os BRICS, uma visão centrada na soberania, no desenvolvimento e na dignidade humana.

A cooperação em âmbitos como a ONU e a OEA, muitas vezes influenciada por uma agenda focada na repressão, representa o desafio de afirmar a soberania brasileira para implementar políticas de redução de danos e de cuidado em saúde que, embora mais eficazes e humanas, podem ser vistas com ceticismo por atores internacionais. A oportunidade para o Brasil é a de liderar um

movimento de reinterpretação progressista dos tratados internacionais, argumentando que o bem-estar e a saúde da população, fins últimos desses documentos, são mais bem atendidos por políticas de saúde pública do que pela criminalização. Juridicamente, trata-se de defender que a soberania nacional permite a adoção de modelos de cuidado que melhor se adaptem à realidade local, sem que isso represente uma afronta às obrigações internacionais.

No âmbito regional, especialmente no Mercosul, o desafio é superar uma cooperação historicamente focada quase que exclusivamente na repressão policial e no controle de fronteiras. A oportunidade, neste campo, é a de aprofundar e expandir modelos de cooperação jurídica e de direitos, a exemplo da Reunião Especializada de Defensores Públicos Oficiais do Mercosul (REDPO). Conforme deliberado nesse foro, do qual a DPU faz parte, é fundamental que a cooperação transfronteiriça inclua a garantia de assistência jurídica gratuita e qualificada para os cidadãos detidos em outros países, a facilitação de visitas virtuais para manutenção de laços familiares e a criação de protocolos para a aplicação de alternativas penais que considerem a condição de vulnerabilidade dos migrantes. O Planad pode ser o grande indutor dessa agenda, promovendo a celebração de acordos que garantam não apenas a troca de informações policiais, mas também a portabilidade de direitos e a colaboração entre os sistemas de justiça e de assistência social do bloco.

Finalmente, em espaços de cooperação Sul-Sul como os BRICS, o Brasil tem a oportunidade de construir alianças com nações que enfrentam desafios socioeconômicos similares, escapando da hegemonia do debate imposto pelo Norte Global. O desafio é alinhar agendas diversas, mas a oportunidade é a de compartilhar experiências de baixo custo e alto impacto em saúde pública, de integrar as políticas sobre drogas com programas de combate à pobreza e de desenvolver estratégias conjuntas de inteligência para o combate à lavagem de dinheiro e ao crime organizado que não se baseiem na militarização de territórios pobres. Essa cooperação permite ao Brasil não apenas receber, mas também ofertar conhecimento, consolidando sua posição como um ator propositivo na cena global por uma política de drogas mais justa, equilibrada e baseada em evidências.

2. Como o Brasil pode fortalecer sua posição e defender seus interesses (ex: soberania, desenvolvimento, direitos humanos) nas negociações e acordos internacionais sobre políticas sobre drogas? O fortalecimento da posição do Brasil no cenário internacional de políticas sobre drogas perpassa, necessariamente, a construção de uma diplomacia ativa e coerente com seus princípios constitucionais de soberania, desenvolvimento e prevalência dos direitos humanos. Em vez de atuar de forma reativa a um regime internacional de controle de drogas majoritariamente proibicionista, o Brasil deve assumir um papel de liderança na proposição de uma reforma desse sistema, com base na sua própria experiência e nos seus interesses nacionais.

Primeiramente, é crucial que a diplomacia brasileira defenda uma interpretação dos tratados internacionais de controle de drogas que seja subordinada ao direito internacional dos direitos humanos. O Brasil é signatário tanto das convenções sobre drogas quanto de um robusto arcabouço de tratados de direitos humanos, que são mais recentes e, em muitos casos, possuem status constitucional em nosso ordenamento. A posição jurídica a ser defendida é a de que a finalidade última dos tratados, a promoção da “saúde e do bem-estar da humanidade”, deve ser interpretada à luz dos direitos à vida, à saúde e à não-discriminação. Isso permite ao Brasil, sem necessitar romper com os tratados, argumentar legalmente que políticas de saúde pública, como a redução de danos e a descriminalização, são compatíveis e até mesmo mais eficazes para o

cumprimento desses objetivos do que a repressão pura e simples.

Em segundo lugar, a força da posição brasileira se multiplica quando articulada em bloco. O Brasil deve aprofundar seu engajamento e liderança em fóruns regionais como o Mercosul, a UNASUL e a CELAC, transformando-os de meros espaços de diálogo em plataformas para a construção de posições comuns e vinculantes a serem defendidas em arenas globais, como a Comissão de Entorpecentes da ONU em Viena.

Por fim, é estratégico que o Brasil lidere um esforço para ressignificar o princípio da “responsabilidade comum e compartilhada”. Historicamente, este princípio tem sido utilizado de forma assimétrica, com países consumidores do Norte Global demandando mais ações de repressão dos países produtores e de trânsito do Sul Global. A diplomacia brasileira deve defender que a responsabilidade compartilhada implica em obrigações mútuas e equilibradas. Isso significa exigir que os países centrais não apenas combatam o narcotráfico, mas também controlem rigorosamente o tráfico de armas que saem de seus territórios e alimentam a violência em nossa região; que implementem políticas eficazes para a redução de sua própria demanda interna; e que provejam cooperação financeira e técnica substancial, e sem condicionalidades, para o fomento de projetos de desenvolvimento alternativo e para o fortalecimento das redes de saúde pública nos países mais afetados. Ao adotar essa postura coerente e propositiva, o Brasil deixará de ser um mero implementador de uma agenda global e se tornará um protagonista na construção de um novo consenso internacional sobre drogas, mais justo, equilibrado e eficaz.

3. De que forma a cooperação internacional pode contribuir para o intercâmbio de boas práticas e conhecimentos em áreas como prevenção, tratamento, redução de danos, desenvolvimento alternativo, acolhimento, estratégias de ajuda mútua respeitando as particularidades do contexto brasileiro?

A cooperação internacional deve ser encarada como uma ferramenta estratégica para o aprimoramento da política de drogas, e não como um mecanismo de imposição de modelos estrangeiros. Para que o intercâmbio de boas práticas seja frutífero, o Planad deve estabelecer como premissa que toda e qualquer experiência externa seja criticamente adaptada às particularidades do contexto brasileiro, em estrita observância aos princípios da Constituição Federal, do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, o Planad deve priorizar o fortalecimento da cooperação horizontal Sul-Sul, especialmente no âmbito da América Latina e do Mercosul. Países da nossa região compartilham desafios sociais e econômicos semelhantes, tornando suas experiências particularmente relevantes.

A cooperação deve se dar por meio de plataformas temáticas de intercâmbio de conhecimento, superando a lógica de “pacotes prontos”. Em vez de importar um modelo fechado de tratamento, por exemplo, o Brasil pode participar ativamente de fóruns internacionais para debater os princípios da redução de danos, compartilhando as lições aprendidas com os Consultórios na Rua e aprendendo com as estratégias de prevenção de overdoses de outros países, para então desenvolver uma solução própria. O mesmo se aplica ao desenvolvimento alternativo e às estratégias de ajuda mútua. A cooperação com organismos como a Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (Cicad/OEA) e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) é valiosa, mas deve ser pautada como uma via de mão dupla, onde o Brasil não apenas recebe, mas também exporta o conhecimento acumulado em suas políticas de saúde pública.

Por fim, para garantir que a cooperação internacional respeite o contexto brasileiro e seja



democraticamente legitimada, é juridicamente imperativo que ela passe pelo crivo do controle social. O Planad deve estabelecer como procedimento obrigatório que qualquer acordo de cooperação técnica internacional na área de políticas sobre drogas seja submetido à análise e parecer do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), garantindo que sua composição paritária possa avaliar a compatibilidade das propostas com os direitos e interesses da população brasileira. Essa salvaguarda democrática assegura que o intercâmbio de práticas sirva para fortalecer o nosso modelo de cuidado, e não para enfraquecê-lo com propostas que violem os princípios de uma política de drogas humanizada, cidadã e soberana.

4. Como o Brasil poderia trazer experiências internacionais exitosas, garantindo sua adaptabilidade a realidade brasileira? A incorporação de experiências internacionais exitosas é um caminho estratégico para a qualificação da política de drogas no Brasil, contudo, o processo de adaptação à realidade nacional deve ser soberano, crítico e participativo. Do ponto de vista jurídico, qualquer modelo importado deve ser compatível com os preceitos da Constituição Federal, com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o arcabouço de direitos fundamentais. A finalidade não é a simples replicação, mas a inspiração para construir soluções próprias, adequadas às complexidades sociais, regionais e institucionais do nosso país.

Para isso, o Planad deve, em primeiro lugar, fortalecer e aprofundar os canais de cooperação técnica já existentes. O Brasil é parte de organismos multilaterais, como a OEA/CICAD, e de foros regionais, como a Reunião Especializada de Defensores Públicos Oficiais do Mercosul (REDPO), que já preveem o intercâmbio de boas práticas. É preciso, no entanto, ir além de encontros esporádicos e institucionalizar, no âmbito desses espaços, grupos de trabalho permanentes dedicados à análise crítica e à adaptação de políticas específicas, como os modelos de descriminalização ou as alternativas ao encarceramento, considerando as realidades compartilhadas da nossa região.

A forma mais segura e eficaz de garantir a adaptabilidade de uma política é por meio da experimentação controlada e da produção de evidências nacionais. O Planad pode ser o indutor da criação de um Fundo de Inovação para Políticas sobre Drogas, destinado a financiar projetos-piloto em municípios ou estados dispostos a testar modelos internacionais, como as salas de consumo seguro ou programas de justiça terapêutica. A condição para o financiamento seria a parceria obrigatória com universidades e institutos de pesquisa, como a Fiocruz, para garantir um acompanhamento rigoroso e uma avaliação de impacto independente. Essa estratégia permitiria analisar a viabilidade, os custos e os resultados de uma intervenção em um contexto brasileiro real antes de se decidir por uma expansão em escala nacional, gerando um corpo de conhecimento próprio para subsidiar decisões futuras.

Por fim, a adaptação de qualquer política à “realidade brasileira” será falha se não incluir a participação ativa dos cidadãos que serão diretamente afetados por ela. Um modelo que funciona em outra cultura pode encontrar barreiras ou produzir efeitos inesperados se não for dialogado com a sociedade. Portanto, o processo de estudo e adaptação de uma experiência internacional deve, obrigatoriamente, ser submetido a painéis deliberativos e audiências públicas com a participação de movimentos sociais, usuários dos serviços de saúde, familiares e lideranças das comunidades mais impactadas pela política atual. Apenas com a escuta e a incorporação desses saberes será possível ajustar os modelos, antecipar problemas e construir uma política que seja não apenas tecnicamente viável, mas, sobretudo, socialmente legítima e culturalmente adequada.

5. Como o Brasil poderia garantir acesso a medicamentos e substâncias controladas, para fins acadêmicos e medicinais, garantindo sua rastreabilidade e segurança? Garantir o

acesso a medicamentos e substâncias controladas para fins medicinais e acadêmicos, assegurando ao mesmo tempo sua rastreabilidade e segurança, é uma expressão direta do dever do Estado em efetivar, de forma equilibrada, o direito fundamental à saúde e o incentivo ao desenvolvimento científico, ambos inscritos na Constituição. A política de drogas não pode, a pretexto de coibir o uso indevido, criar barreiras intransponíveis que impeçam pacientes de acessarem tratamentos necessários ou que obstaculizem o avanço da ciência no país. A solução reside no aprimoramento dos mecanismos regulatórios existentes, tornando-os mais eficientes, transparentes e alinhados a esses direitos.

O Brasil já dispõe de uma base para o controle, como o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) da Anvisa, que monitora a dispensação de medicamentos em farmácias. Contudo, para uma segurança e rastreabilidade plenas, é imperativo que o Planad apoie a plena implementação e o aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Controle de Medicamentos, que prevê o rastreamento de medicamentos em toda a cadeia produtiva, desde a indústria até o consumidor, por meio de tecnologia de serialização individual. Do ponto de vista do direito do consumidor e do paciente, um sistema robusto de rastreabilidade não é apenas uma ferramenta de segurança contra desvios, mas uma garantia da procedência e qualidade do medicamento, protegendo o cidadão de produtos falsificados ou adulterados.

No que tange ao acesso para fins medicinais, especialmente no debate sobre a cannabis, o arcabouço regulatório atual da Anvisa, embora tenha representado um avanço ao permitir a importação e a comercialização de produtos, ainda impõe barreiras significativas de custo e burocracia, violando o princípio da universalidade do acesso à saúde. A via da importação individual é excessivamente onerosa para a vasta maioria da população. Uma solução juridicamente sólida e socialmente justa, que o Planad deve apoiar, por exemplo é a regulamentação do cultivo controlado da cannabis em território nacional por empresas farmacêuticas, instituições de pesquisa e associações de pacientes devidamente autorizadas. Tal medida, além de reduzir drasticamente os custos e democratizar o acesso, permitiria um controle sanitário muito mais rigoroso por parte da Anvisa em todas as etapas da produção, garantindo um produto final mais seguro e padronizado.

Para a pesquisa científica, a burocracia e a morosidade no processo de obtenção de autorizações para o uso de substâncias controladas representam um grave entrave ao desenvolvimento constitucionalmente incentivado. O Planad pode propor a criação de uma plataforma unificada e de trâmite prioritário para a liberação de insumos para pesquisas por instituições acadêmicas e científicas previamente credenciadas. A centralização do processo e a fixação de prazos para a análise pelos órgãos competentes, como a Anvisa, garantiriam a celeridade que a ciência requer, sem abrir mão dos controles. Adicionalmente, a criação de um banco nacional de substâncias controladas, gerido pelo Estado, poderia facilitar a distribuição segura e regulada desses insumos para os pesquisadores autorizados, assegurando a rastreabilidade e evitando que cada cientista precise navegar individualmente por complexos processos de importação ou aquisição.

6. De que maneira a cooperação internacional pode apoiar o Brasil no combate ao crime organizado transnacional envolvido no tráfico de drogas, incluindo o tráfico de armas e a lavagem de dinheiro? O enfrentamento ao crime organizado transnacional, que transcende fronteiras em suas operações de tráfico de drogas, armas e lavagem de dinheiro, exige uma resposta estatal que seja igualmente transnacional e colaborativa. Uma atuação meramente doméstica é, por definição, insuficiente. O papel do Planad é o de ser um articulador para que o Brasil aprofunde e qualifique sua cooperação internacional, movendo-se de um modelo reativo

para uma estratégia proativa e integrada, sempre pautada pelo respeito à soberania e aos direitos humanos.

Para tanto, é crucial fortalecer os mecanismos de cooperação policial e de inteligência já existentes, como a Comunidade de Polícias da América (AMERIPOL) e o Comando Tripartite na Tríplice Fronteira. A proposta é evoluir de trocas pontuais de informação para a criação de forças-tarefa de investigação conjunta e permanente, com equipes compostas por agentes de diferentes países, focadas não na repressão varejista, mas na desarticulação das altas cúpulas e, principalmente, de suas redes logísticas e financeiras. O Planad deve incentivar que o Brasil lidere a proposição de acordos para o compartilhamento de inteligência em tempo real e a realização de operações coordenadas que visem a asfixia econômica das organizações criminosas, que é seu ponto mais sensível.

Essa estratégia de enfraquecimento econômico do crime organizado deve ser apoiada pelo aprimoramento da cooperação jurídica internacional, especialmente na recuperação de ativos. O Brasil já participa de redes para este fim, como a Rede de Recuperação de Ativos do GAFILAT (RRAG), mas o processo de repatriação de valores ilícitos ainda é lento e burocrático. O Planad pode propor a negociação de acordos de cooperação, especialmente no âmbito do Mercosul e com outros parceiros estratégicos, para criar vias expressas que agilizem o congelamento, o confisco e a devolução de bens e valores desviados. Uma cooperação eficaz nesta área permite não apenas punir, mas também descapitalizar o crime e reverter seus lucros para o financiamento de políticas públicas, inclusive de saúde e assistência social.

É imperativo, contudo, que toda a cooperação internacional seja balizada por uma rigorosa perspectiva de direitos humanos. A troca de informações e a colaboração em investigações não podem servir de pretexto para a perseguição de atores de baixo escalão, que muitas vezes são pessoas em extrema vulnerabilidade social, ou para a violação do devido processo legal. O Planad deve estabelecer diretrizes claras para que os pedidos de cooperação feitos pelo Brasil e a colaboração com outros países se concentrem nos líderes das organizações e em crimes complexos, como a lavagem de dinheiro, e não na criminalização da pobreza ou da migração. A cooperação internacional deve, portanto, ser uma via de mão dupla, incluindo também, como preconiza a Declaração da REDPO, a colaboração entre as Defensorias Públicas e instituições de defesa de direitos, para garantir que os direitos fundamentais dos cidadãos acusados em jurisdições estrangeiras sejam plenamente respeitados.

7. Como podemos promover uma cooperação internacional que incentive alternativas econômicas sustentáveis para comunidades afetadas pelo cultivo ou tráfico de drogas?

A promoção de alternativas econômicas sustentáveis não é apenas uma estratégia de prevenção, mas uma obrigação do Estado em garantir o direito a um padrão de vida adequado e ao trabalho digno para as comunidades historicamente negligenciadas e cooptadas por economias ilícitas. A cooperação internacional, nesse contexto, deve ser um instrumento para fortalecer a capacidade do Estado de cumprir esse dever, e não para financiar um ciclo vicioso de repressão. O Planad deve, portanto, reorientar a diplomacia brasileira para que a colaboração com outros países e organismos multilaterais seja focada no desenvolvimento social, e não primariamente na guerra.

Para isso, é fundamental que o Brasil adote e adapte as melhores práticas do conceito de Desenvolvimento Alternativo, já consolidado no âmbito das Nações Unidas, em especial pelo Escritório sobre Drogas e Crime (UNODC), e com vasta experiência em países como Peru e Colômbia. Embora a realidade brasileira não seja a do cultivo em larga escala, muitas de nossas

comunidades, especialmente em regiões de fronteira, são profundamente afetadas pela logística do tráfico por falta de alternativas econômicas lícitas. O Planad pode criar um Programa Nacional de Desenvolvimento e Cidadania em Territórios Vulneráveis, com o mandato de buscar ativamente a cooperação técnica internacional para implementar projetos que fortaleçam a agricultura familiar, o extrativismo sustentável, o ecoturismo e outras cadeias produtivas locais, gerando renda e oportunidades que possam competir com o aliciamento pelo crime organizado.

Essa cooperação deve ser prioritariamente uma cooperação Sul-Sul, aprendendo com as nações vizinhas que enfrentam desafios análogos. O Planad pode liderar a criação de um grupo de trabalho permanente sobre o tema no âmbito do Mercosul e da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), promovendo um intercâmbio de tecnologias sociais. O Brasil, por exemplo, pode compartilhar sua expertise em programas de transferência de renda e de identificação de populações vulneráveis, como o Cadastro Único, enquanto aprende com a experiência peruana na criação de cooperativas de café e cacau em antigas zonas de cultivo ou com os programas de desenvolvimento territorial da Colômbia. Conforme ressaltado em debates internacionais dos quais a Defensoria Pública participa, como na REDPO, essa cooperação deve ser pautada pelo respeito à soberania, aos direitos humanos e, crucialmente, pela consulta prévia e participação ativa das comunidades locais, incluindo povos indígenas e tradicionais.

Por fim, é imperativo que o Brasil condicione a cooperação internacional em matéria de segurança a contrapartidas sociais. Historicamente, grande parte da ajuda internacional na área de drogas se concentrou em treinamento e equipamentos para as forças policiais, muitas vezes exacerbando a violência sem resolver as causas do problema. Sob a ótica jurídica, o Planad deve estabelecer uma diretriz nacional clara: acordos de cooperação internacional para o combate ao tráfico só serão firmados se contiverem um componente obrigatório e substancial de investimento em desenvolvimento econômico e social nos territórios que serão alvo das ações. Essa condicionalidade social utiliza a própria demanda por cooperação em segurança como uma alavanca para financiar o que realmente funciona, garantindo que nossos parceiros internacionais ajudem a construir escolas e postos de saúde, e não apenas a financiar o confronto.

8. Qual o papel da diplomacia brasileira e da sociedade civil na promoção de um debate internacional sobre políticas de drogas mais humano, equilibrado e baseado em evidências? Do ponto de vista jurídico-constitucional, a atuação externa do Brasil deve ser pautada pela prevalência dos direitos humanos e pela cooperação entre os povos, princípios que compelem a diplomacia brasileira a ser uma voz ativa na promoção de um debate internacional sobre drogas mais humano, equilibrado e baseado em evidências. Nesse cenário, o papel da diplomacia e o da sociedade civil são distintos, mas complementares e igualmente indispensáveis para superar o esgotado paradigma da “guerra às drogas”.

À diplomacia brasileira cabe a transição de uma postura historicamente reativa para um papel de protagonismo na construção de um novo consenso global, especialmente no Sul Global. O Brasil participa ativamente de fóruns cruciais como a Comissão de Narcóticos da ONU (CND), em Viena, e a Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (Cicad), da OEA. Nesses espaços, o país deve, de forma assertiva, pautar a necessidade de uma reforma das convenções internacionais sobre drogas, ou ao menos de sua interpretação, à luz dos direitos humanos. Isso significa liderar, em blocos como o Mercosul e a CELAC, a defesa de políticas que priorizem a saúde pública, o desenvolvimento alternativo e a proporcionalidade das penas, em linha com o espírito de cooperação regional já exemplificado por iniciativas como a Declaração da Reunião

Especializada de Defensores Públicos Oficiais do Mercosul (REDPO). A diplomacia deve, ainda, alavancar a tradicional liderança do Brasil em “diplomacia da saúde” para reenquadrar o debate, tratando o uso problemático de drogas como uma questão de saúde que demanda acesso a tratamento e redução de danos, e não primariamente como um problema de segurança.

Paralelamente, o papel da sociedade civil é o de atuar como uma força motriz de fiscalização, inovação e advocacy, garantindo que a voz das populações mais afetadas ecoe nos fóruns internacionais. Organizações brasileiras já participam de espaços como os diálogos da CND, mas essa participação precisa ser fortalecida e institucionalizada. O Planad pode ser um indutor desse processo ao prever, como boa prática, a inclusão de representantes da sociedade civil — como pesquisadores, defensores de direitos humanos e membros de redes de usuários e de redutores de danos — nas delegações oficiais do Brasil para essas conferências internacionais. Além de legitimar a posição brasileira, essa medida enriquece o debate com a experiência vivida e o conhecimento técnico independente. O plano deve, ademais, prever a criação de mecanismos de fomento para garantir a presença autônoma da sociedade civil nesses espaços, permitindo a produção de relatórios independentes e a articulação em redes transnacionais que pressionem por mudanças. A interação construtiva entre uma diplomacia oficial engajada com os direitos humanos e uma sociedade civil vibrante e autônoma é a fórmula mais potente para que o Brasil contribua efetivamente para um mundo onde a política de drogas promova a vida, e não a violência.”



3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório objetivou a consolidação de todas as propostas colhidas nas quatro modalidades de consultas determinadas pela Resolução Conad nº 13, de 13 de fevereiro de 2025, executadas no período de abril a agosto de 2025.

Dessa forma, a Senad e o Conad reafirmam o compromisso irrevogável com a inclusão da sociedade civil e o amplo diálogo democrático entre diversas instituições no processo de elaboração de políticas públicas sobre drogas a partir da exatidão e fidedignidade dos dados coletados nas consultas públicas realizadas nesse processo. Todas as contribuições foram submetidas a procedimentos de conferência, garantindo que nenhuma proposta fosse alterada em seu conteúdo original ou perdesse sua essência durante o processo de consolidação. Esse cuidado refletiu não apenas o respeito às manifestações dos participantes, mas também a responsabilidade institucional de preservar a integridade do processo democrático de construção da política pública.

A publicização das metodologias empregadas e, sobretudo, dos resultados obtidos em cada modalidade de consulta constitui garantia fundamental de que o processo participativo foi conduzido de forma íntegra e democrática. Tal transparência não apenas fortalece a legitimidade do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad) em construção, como ainda estabelece precedente para futuros processos consultivos no âmbito das políticas públicas brasileiras.

O presente relatório constitui, portanto, a materialização completa do processo consultivo, ou seja, um documento que consolida, de forma organizada e sistematizada, toda a riqueza das contribuições recebidas para subsidiar a redação final de um novo Planad coerente com os interesses da sociedade. Esta entrega representa o cumprimento integral do mandato estabelecido pela Resolução Conad nº 13, de 13 de fevereiro de 2025, e, com a subsequente publicação da Resolução nº 14, de 31 de março de 2026, configura a base sobre a qual será edificado o novo marco regulatório da política nacional sobre drogas, assegurando que a voz da sociedade brasileira seja refletida.



ANEXO

PROPOSTAS CONSULTAS PRESENCIAIS

Link de acesso: [CONSULTAS PRESENCIAIS Planad - PROPOSTAS](#)

PROPOSTAS CONSULTAS TEMÁTICAS LIVRES

Link de acesso: [Consultas Temáticas Livres](#)

PROPOSTAS CONSULTA VIRTUAL – PLATAFORMA PARTICIPA + BRASIL

Link de acesso: [Consulta Virtual](#)

Link da plataforma: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/consulta-reformulacao-planad>

PROPOSTAS DAS CONSULTAS INTERINSTITUCIONAIS

Link de acesso: [Consultas Interinstitucionais - Senad](#)





SECRETARIA NACIONAL DE
POLÍTICAS SOBRE DROGAS
E GESTÃO DE ATIVOS

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO