PLANAD 2026–2030: proteção da pessoa ou gestão do uso?

Por que o novo plano preocupa ao deslocar a política sobre drogas da prevenção, acolhimento e recuperação para a centralidade da redução de danos

O novo **Plano Nacional de Políticas sobre Drogas – PLANAD 2026–2030** foi aprovado pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD e se apresenta como instrumento de organização da política brasileira sobre drogas para os próximos anos. O documento afirma ter sido construído com base em participação social ampla, por meio de consultas públicas virtuais, presenciais, temáticas e interinstitucionais.[1]

A pergunta essencial, porém, é outra: **o novo PLANAD fortalece a proteção da pessoa, da vida, da família, da prevenção, do acolhimento e da recuperação — ou desloca o centro da política pública para a gestão do uso?**

Essa pergunta é necessária porque direitos da pessoa que usa drogas não se confundem com legitimação do uso de drogas. O Estado deve proteger a pessoa, não a droga. E proteger a pessoa significa prevenir o uso, tratar a dependência, acolher a pessoa que sofre, promover recuperação, fortalecer apoio e mútua ajuda, reinserir socialmente e enfrentar a oferta ilícita.

A pessoa tem direitos. O uso de drogas não pode virar o centro da política pública.

O primeiro direito é a vida.

Lei, PNAD e PLANAD: cada um no seu lugar

A política sobre drogas no Brasil não nasce no PLANAD. Sua base legal está na **Lei nº 11.343/2006**, que institui o **Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD**. A própria ementa da lei indica seu núcleo: instituir o SISNAD, prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes, e estabelecer normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas.[2]

A **Política Nacional sobre Drogas – PNAD**, aprovada pelo **Decreto nº 9.761/2019**, é o marco político-administrativo que orienta a ação do Poder Público federal. O decreto aprova formalmente a PNAD e o faz tendo em vista a Lei nº 11.343/2006.[3]

O PLANAD, por sua vez, é plano executivo. Sua função é organizar metas, ações, monitoramento e indicadores. Ele não pode substituir a Lei nº 11.343/2006 nem redirecionar materialmente a PNAD vigente.

A síntese é simples:

A Lei estrutura. A PNAD orienta. O PLANAD executa.

Quando um plano executivo deixa de executar a política vigente e passa a reorganizá-la em torno de outra matriz, surge um problema de coerência jurídica, técnica e institucional.

A promessa de participação social e o resultado final

O próprio PLANAD afirma que sua revisão teve como diretriz metodológica a centralidade da participação social. Segundo o documento, o processo buscou ampliar os espaços de debate, absorver percepções de diferentes setores, instituições e grupos sociais e incorporar propostas de intervenção a partir dos territórios, regiões e grupos sociais específicos.[4]

O Relatório das Consultas Públicas mostra que o processo, promovido no âmbito do **MJSP/SENAD/CONAD**, reuniu milhares de participantes e contribuições. Nas consultas com participação e acompanhamento do **DEPAD/MDS**, houve manifestação expressiva de movimentos representativos das entidades de acolhimento e de outros participantes quanto à necessidade de inserir **"acolhimento"** e **"tratamento"** como eixos do PLANAD. O próprio MDS referendou esse entendimento, destacando que tratamento e acolhimento compõem tanto as diretrizes da PNAD vigente quanto as finalidades do SISNAD.[5]

O relatório também lembra que a política nacional deve refletir as ações de **tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social**, inclusive com previsão orçamentária para essa área.[6]

Esse dado é decisivo. Se as escutas apontaram com força para tratamento e acolhimento, e se a PNAD vigente já prevê essas dimensões, o PLANAD deveria refletir essa centralidade de forma inequívoca. No entanto, o documento final não dá a esses temas a mesma força que confere à redução de danos.

Redução de danos: de instrumento auxiliar a eixo organizador

A redução de danos pode existir como instrumento auxiliar em situações específicas. Pode servir como estratégia inicial de aproximação, cuidado emergencial e mitigação de riscos. O problema não está em reconhecer que há situações em que a pessoa precisa ser alcançada onde está.

O problema surge quando a redução de danos deixa de ser uma ferramenta entre outras e passa a organizar a política pública como um todo.

No novo PLANAD, a redução de riscos e danos aparece entre os princípios norteadores do plano.[7] Além disso, há um eixo próprio chamado **Redução de Danos**, definido como conjunto de políticas, programas e práticas voltadas a reduzir riscos e prejuízos decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas para o usuário, seus familiares e a sociedade.[8]

O documento vai além: prevê institucionalização das práticas de redução de riscos e danos sociais e de saúde na política sobre drogas, criação de uma política nacional de redução de danos, incentivo a políticas municipais com financiamento próprio, destinação de equipes de redução de riscos e danos para atuar no sistema prisional, formalização da categoria profissional de "redutor de danos" e divulgação ampla da redução de danos como estratégia da política sobre drogas.[9]

Esse conjunto revela uma mudança de centro de gravidade. A redução de danos deixa de ser acessória e passa a funcionar como princípio, eixo, política nacional, critério de serviço, estratégia transversal e campo profissional.

Quando a redução de danos deixa de ser instrumento auxiliar e passa a organizar toda a política, o sistema perde equilíbrio.

Uma política nacional sobre drogas não pode se limitar à gestão do uso. Ela precisa oferecer caminhos reais de prevenção, tratamento, acolhimento, recuperação, abstinência possível, apoio e mútua ajuda, reinserção social e redução da oferta.

O que a ciência do NIDA ensina sobre adicção e tratamento

A crítica ao novo PLANAD não é apenas jurídica. É também científica.

O **National Institute on Drug Abuse – NIDA**, uma das principais referências internacionais sobre adicção, define a dependência como uma doença complexa, porém tratável, que afeta o funcionamento cerebral e o comportamento.[10]

Os princípios científicos do NIDA caminham na direção oposta a qualquer política de resposta única. O NIDA afirma que **nenhum tratamento é adequado para todos** e que a escolha do ambiente, das intervenções e dos serviços deve considerar as necessidades particulares de cada pessoa.[11] Também afirma que o tratamento precisa estar prontamente disponível, atender múltiplas necessidades do indivíduo, durar tempo suficiente e ser continuamente avaliado e ajustado.[12]

Esses princípios são fundamentais para o Brasil. Eles mostram que uma política pública séria não pode reduzir a complexidade da adicção a uma única matriz. A dependência atinge cérebro, comportamento, saúde física e mental, família, trabalho, escola, vínculos sociais e comunidade. Por isso, a resposta precisa ser plural.

O NIDA também afirma que o tratamento da dependência deve ajudar a pessoa a parar de usar drogas, manter um estilo de vida livre de drogas e recuperar funcionamento produtivo na família, no trabalho e na sociedade.[13]

Esse ponto é essencial. A meta não pode ser apenas administrar riscos. A política pública precisa abrir caminhos de recuperação.

Tratamento, acolhimento e recuperação exigem rede plural

A legislação brasileira reconhece o **acolhimento em comunidade terapêutica acolhedora**. O art. 26-A da Lei nº 11.343/2006 estabelece que esse acolhimento se caracteriza pela oferta de projetos terapêuticos que visam à abstinência, pela adesão e permanência voluntárias e pela condição de etapa transitória para reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas.[14]

Além disso, a Lei nº 13.886/2019 autorizou a SENAD, como órgão gestor do Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD, a financiar políticas públicas destinadas às ações e atividades desenvolvidas pelas comunidades terapêuticas acolhedoras referidas no art. 26-A da Lei nº 11.343/2006.[15]

Portanto, comunidades terapêuticas acolhedoras não são uma exceção informal ou uma política tolerada de forma precária. São uma modalidade legalmente reconhecida.

É importante reconhecer que o PLANAD menciona o Ministério da Saúde, os CAPS e outros dispositivos da rede pública, o que é necessário e relevante. O problema não está em mencionar o SUS, a RAPS ou os CAPS, mas em não contemplar com o devido peso outras modalidades legalmente reconhecidas e socialmente demandadas, como as comunidades terapêuticas acolhedoras, os grupos de apoio e mútua ajuda, a participação das famílias e os caminhos de recuperação orientados à abstinência possível e à reinserção social.

As comunidades terapêuticas não estão fora da rede. O próprio Ministério da Saúde, em seu **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial no SUS**, registra que as comunidades terapêuticas integram a RAPS de forma intersetorial e atuam também de forma complementar no SUAS.[16] A Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a RAPS, permanece como referência normativa da política de atenção psicossocial, conforme página oficial de legislação do Ministério da Saúde.[17]

Portanto, a crítica não é contra CAPS, SUS ou RAPS. Ao contrário: uma política pública séria precisa de CAPS, SUS, SUAS, atenção básica, assistência social, famílias, comunidades terapêuticas, grupos de apoio e mútua ajuda, justiça, educação, trabalho e reinserção.

O risco do PLANAD está em apresentar uma rede formalmente ampla, mas programaticamente orientada por uma centralidade excessiva da redução de danos, sem dar ao acolhimento, à recuperação, às comunidades terapêuticas e à mútua ajuda o peso compatível com a lei, a PNAD, a ciência e a procura real das famílias.

Também não se trata apenas de previsão legal. Há relevância social concreta. O **III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira**, realizado pela Fiocruz/ICICT em parceria com a SENAD, foi produzido para subsidiar políticas públicas de prevenção e tratamento, com base em pesquisa nacional que ouviu 16.273 brasileiros.[18] A leitura da tabela específica do relatório referente à busca de ajuda indica prevalência de **0,61**, ou seja, **61% em escala proporcional**, para comunidades/fazendas terapêuticas entre as formas de busca de ajuda para problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas.[19]

Esse dado precisa ser levado a sério. Ele mostra que as comunidades terapêuticas não são periféricas na realidade brasileira. São uma das principais portas de busca de ajuda para pessoas e famílias afetadas pelo uso problemático de substâncias.

O próprio Poder Público federal reconhece a relevância dessa rede. Notícia oficial do MDS, publicada em 2026, informou que a pasta possuía quase **600 contratos ativos** com unidades de acolhimento, que se convertem em mais de **16 mil vagas**.[20]

Ignorar ou enfraquecer esse segmento não atinge apenas instituições. Atinge pessoas, famílias e comunidades que buscam ajuda concreta.

Apoio e mútua ajuda: continuidade que sustenta a recuperação

Outro ponto que não pode ser secundarizado é o papel dos grupos de apoio e mútua ajuda.

O NIDA reconhece que grupos de apoio e mútua ajuda podem complementar e estender os efeitos do tratamento profissional, oferecendo suporte comunitário para alcançar e manter a abstinência e hábitos de vida saudáveis ao longo da vida. Embora cite, no contexto norte-americano, Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e Cocaína Anônimos, o princípio é mais amplo: recuperação exige continuidade, vínculo e pertencimento.[21]

No Brasil, essa dimensão também se expressa nos grupos de apoio e mútua ajuda da Cruz Azul no Brasil, no Amor-Exigente e em outras iniciativas que apoiam pessoas e famílias na reconstrução de suas vidas. A experiência histórica da Cruz Azul, nascida no mundo em 1877, mostra que a mútua ajuda é parte antiga e indispensável do cuidado em álcool e outras drogas.[22]

A importância desse apoio contínuo também aparece em pesquisa alemã realizada pelas cinco grandes federações de ajuda mútua e abstinência. O levantamento de 2017 apontou que **87% dos participantes permaneceram abstinentes** no período analisado e que, entre os que tiveram recaída, **77% retornaram à abstinência estável**. Embora se trate de realidade institucional alemã, o dado reforça um princípio aplicável também ao Brasil: grupos de apoio e mútua ajuda não são periféricos; eles ajudam a sustentar a abstinência, reduzir o impacto das recaídas e preservar os efeitos do cuidado e do tratamento.[23]

Essa constatação é profundamente coerente com a experiência de quem atua no campo da recuperação. A recuperação não é apenas um evento clínico. É um processo de continuidade, vínculo, pertencimento, responsabilidade, convivência e reconstrução de vida.

Por isso, uma política nacional sobre drogas precisa fortalecer, e não marginalizar, as redes de apoio e mútua ajuda. Elas não substituem a rede pública, nem as comunidades terapêuticas, nem o atendimento profissional. Elas complementam e sustentam a caminhada de recuperação.

O risco concreto: financiamento, editais e efeito cascata

O PLANAD não é apenas um documento de opinião. Ele se apresenta como instrumento de planejamento e gestão governamental, com objetivos, metas, indicadores e monitoramento anual.[24]

Isso significa que seu conteúdo terá efeitos práticos. Estados, municípios, conselhos de políticas sobre drogas, Ministérios Públicos, órgãos de controle, gestores públicos e formuladores de editais poderão usar o PLANAD como referência para financiar, priorizar, reduzir, excluir ou reorganizar serviços.

Daí o risco concreto: se o plano nacional desloca a política para a centralidade da redução de danos e não assegura com clareza a importância de tratamento, acolhimento, recuperação, comunidades terapêuticas, apoio e mútua ajuda e reinserção social, pode ocorrer um efeito cascata.

Esse efeito pode aparecer em editais, contratos, planos estaduais e municipais, recomendações administrativas, pareceres técnicos e decisões de financiamento. O risco é que uma modalidade legalmente reconhecida, financiada e procurada pela população seja progressivamente esvaziada por não estar refletida no PLANAD com a centralidade que a lei, a PNAD, a ciência e as escutas públicas recomendam.

Prevenção e redução da oferta também são indispensáveis

Outro desequilíbrio importante está na forma como a política criminal e de segurança é tratada.

O PLANAD traz pontos positivos ao falar em inteligência, recuperação de ativos, asfixia financeira de organizações criminosas e reinvestimento em políticas públicas.[25] Esses elementos são importantes e devem ser fortalecidos.

Mas isso não pode enfraquecer a necessidade de reduzir a oferta, restringir a disponibilidade de drogas, proteger territórios vulneráveis e enfrentar o tráfico ilícito. A política sobre drogas precisa proteger crianças, adolescentes, famílias e comunidades também contra o aliciamento, a violência e o poder econômico das organizações criminosas.

Sem redução da oferta, a prevenção luta contra uma porta aberta.

Álcool: uma política séria não pode esquecer a droga mais presente

A discussão sobre drogas não pode se limitar às substâncias ilícitas. O álcool é uma droga lícita, socialmente difundida e de enorme impacto sobre famílias, saúde, trabalho, trânsito, violência e sofrimento psíquico.

Uma política pública séria precisa enfrentar o álcool com prevenção, responsabilidade, regulação, cuidado, tratamento, acolhimento e recuperação. Não há política séria sobre drogas se o álcool ficar em segundo plano.

O futuro: proteção da pessoa ou gestão do uso?

O Brasil precisa decidir qual caminho pretende seguir.

Um caminho é o da proteção da vida: prevenção, tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, fortalecimento das famílias, redução da demanda e enfrentamento da oferta ilícita.

Outro caminho é o da gestão do uso: redução de danos como eixo organizador, direitos desconectados da recuperação, enfraquecimento de comunidades terapêuticas, marginalização de grupos de apoio e mútua ajuda e normalização indireta do uso.

A pessoa tem direitos. O uso de drogas não pode virar o centro da política pública.

O novo PLANAD deveria executar a Lei nº 11.343/2006 e a PNAD do Decreto nº 9.761/2019. Não deveria redirecionar a política nacional para uma matriz que reduz a centralidade da prevenção, do tratamento, do acolhimento, da recuperação e da reinserção social.

A política pública sobre drogas precisa proteger a pessoa. Precisa acolher a pessoa que sofre. Precisa apoiar famílias. Precisa reconhecer a pluralidade de caminhos de cuidado. Precisa respeitar a ciência. Precisa respeitar a lei. Precisa preservar a vida.

Qual legado queremos deixar?

A pergunta final é simples:

Qual legado queremos deixar para nossos filhos, netos e para o nosso país?

Um Brasil que administra a permanência no uso?

Ou um Brasil que oferece prevenção, cuidado, tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social e esperança?

O primeiro direito é a vida.

E a política sobre drogas precisa começar por ele.

Artigo de Rolf Hartmann, presidente da Cruz Azul no Brasil

14 de junho de 2026.

Notas de rodapé

[1] BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos. **Plano Nacional de Políticas sobre Drogas 2026–2030**. Brasília: MJSP/SENAD/CONAD, jan. 2026. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/plano-nacional-politica-sobre-drogas-2026-2030-v2.pdf. Acesso em: 14 jun. 2026.

[2] BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 14 jun. 2026.

[3] BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 14 jun. 2026.

[4] BRASIL. **Plano Nacional de Políticas sobre Drogas 2026–2030**, op. cit.

[5] BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos; Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório das Consultas Públicas de revisão do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas**. Brasília: SENAD/CONAD, 2025. Documento em PDF.

[6] BRASIL. **Relatório das Consultas Públicas de revisão do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas**, op. cit.

[7] BRASIL. **Plano Nacional de Políticas sobre Drogas 2026–2030**, op. cit.

[8] Ibid.

[9] Ibid.

[10] NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. **Principles of Drug Addiction Treatment: a research-based guide**. 3. ed. Bethesda: National Institutes of Health, 2014. Revised January 2018. Disponível em: https://nida.nih.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition. Acesso em: 14 jun. 2026.

[11] Ibid.

[12] Ibid.

[13] Ibid.

[14] BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**, op. cit., art. 26-A.

[15] BRASIL. **Lei nº 13.886, de 17 de outubro de 2019**. Altera a Lei nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986, para autorizar a destinação de recursos do Fundo Nacional Antidrogas às comunidades terapêuticas acolhedoras, entre outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13886.htm. Acesso em: 14 jun. 2026.

[16] BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. O documento registra que as comunidades terapêuticas integram a RAPS de forma intersetorial e atuam também de forma complementar no SUAS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf. Acesso em: 14 jun. 2026.

[17] BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação: Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/legislacao. Acesso em: 14 jun. 2026.

[18] BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p. Disponível em: https://arca.fiocruz.br/handle/icict/34614. Acesso em: 14 jun. 2026.

[19] BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**, op. cit. Tabela referente à busca de ajuda para problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas; leitura do valor 0,61 como proporção, correspondente a 61%.

[20] BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Alckmin e Wellington Dias participam da inauguração da Comunidade Terapêutica Fazenda da Esperança no DF**. Brasília: MDS, 30 jan. 2026. Atualizado em: 4 jun. 2026. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/alckmin-e-wellington-dias-participam-da-inauguracao-da-comunidade-terapeutica-fazenda-da-esperanca-no-df. Acesso em: 14 jun. 2026.

[21] NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. **Principles of Drug Addiction Treatment**, op. cit. Trecho sobre grupos de apoio e mútua ajuda e menção, no contexto norte-americano, a Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous e Cocaine Anonymous.

[22] CRUZ AZUL NO BRASIL. **21 de setembro: 147 anos de fundação da Cruz Azul Internacional**. Blumenau: Cruz Azul no Brasil, 21 set. 2024. Disponível em: https://cruzazul.org.br/21-de-setembro-147-anos-de-fundacao-da-cruz-azul-internacional/. Acesso em: 14 jun. 2026.

[23] DIE FÜNF SUCHT-SELBSTHILFE- UND ABSTINENZVERBÄNDE. **Statistik 2017 der fünf Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände**. Dortmund; Hamburg; Hamm; Kassel; Wuppertal, 2018.

[24] BRASIL. **Plano Nacional de Políticas sobre Drogas 2026–2030**, op. cit.

[25] Ibid.