

A problemática de crack na sociedade brasileira

Uma avaliação da rede de atenção psicossocial de Recife



Suzanna de Kruijf

S1045741

Tese de mestrado

Orientadora Dra. M.L. Wiesebron

Latin American Studies

Universidade de Leiden

Julho de 2014

Índice

Lista de abreviaturas	p. 4
Introdução	p. 5
1. Políticas sobre drogas	p. 7
1.1 Drogas e seu consumo	p. 7
1.2 Definição de usuário de drogas	p. 10
1.3 Drogadição	p. 13
1.4. O proibicionismo e reducionismo	p. 14
1.5 Modelos de tratamento e a prevenção	p. 15
1.6 Redução de danos	p. 18
1.7 Legalização de drogas	p. 19
1.8 A política adequada sobre drogas?	p. 20
2. O surgimento das políticas públicas sobre drogas e a implementação do – serviço de saúde	p. 22
2.1 Políticas repressivas sobre drogas	p. 22
2.2 A criação dos serviço de saúde para os usuários de drogas	p. 26
2.3 Surgimento do crack e a definição do crack	p. 33
3. A rede de atenção psicossocial em Recife	p. 36
3.1 A situação da problemática de crack no Brasil	p. 37
3.2 A situação da problemática de crack e questão social em Recife	p. 41
3.3 Surgimento de crack em Pernambuco e em Recife	p. 43
3.4 Políticas públicas sobre drogas no Brasil, e particularmente em Recife	p. 44
3.5 Planos e programas implementados ao nível federal e estadual	p. 46
3.5.1 Crack, é possível vencer	p. 47
3.5.2 Programa Atitude	p. 48
3.6 A Rede de Atenção dos serviços sociais em Recife	p. 49
3.7 Os serviços da rede de atenção psicossocial de Recife	p. 51
3.7.1 CAPS ad	p. 51
3.7.2 Consultório de Rua	p. 51
3.7.3 Albergue Terapêutico	p. 52
3.7.4 Unidade de Desintoxicação	p. 52
3.7.5 Programa Atitude: Unidade de Acolhimento	p. 53
3.8 Equipe, profissionais e objetivos da rede	p. 53
3.9 Perfil dos usuários	p. 58

3.10 Rede de atenção e as políticas públicas	p. 60
Considerações finais	p. 64
Referências bibliográficas	p. 67
Anexo fotos	p. 72

Palavras chaves:

Crack, políticas públicas sobre drogas, redução de danos, rede de atenção psicossocial, assistência social, saúde mental e Recife

Número total de palavras: 26.113

Lista de Abreviaturas

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS ad)

Centro de Atenção, Prevenção, Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo (CPTRA)

Comissão de Narcóticos (CDN)

Conselho Nacional Antidrogas (CONAD)

Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN)

Estratégia de Saúde da Família (ESF)

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz)

Hospital Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)

Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)

Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC)

Organização Mundial de Saúde (OMS)

Organizações das Nações Unidas (ONU)

Partido de Trabalhadores (PT)

Partido Socialista Brasileira (PSB)

Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD)

Programa de Ação Nacional Anti- Drogas (PANAD)

Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (PROERD)

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Redução de Danos (RD)

Região Metropolitana de Recife (RMR)

Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)

Sessão Especial da Assembleia Geral (UNGASS)

Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Introdução

Na presente tese analisar-se-á a rede de atenção psicossocial de Recife e a problemática de crack tanto no Brasil, como na capital de Pernambuco, Recife.

Cabe destacar que o Brasil caracteriza-se tanto por conter extremas desigualdades sociais, como a ambição de combater essas desigualdades através de políticas públicas sociais inovadoras. A partir dessa premissa constata-se que a problemática de crack é um tema relevante, por abordar tanto os problemas da desigualdade social, como a implementação das políticas públicas sociais de drogas. O tema é relevante por ser uma problemática que chega a afetar todas as camadas sociais da sociedade brasileira. Não obstante, o grupo mais vulnerável a esta problemática é a classe social que se encontra justamente à margem da sociedade. Dentre este grupo há uma carência de acesso aos serviços sociais, baixo grau de escolaridade, enfim ausência de direitos sociais.

Resultados da pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) revelaram que o Brasil conta com 370 mil usuários regulares de crack e/ou formas similares de cocaína fumada, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Este dado confirma, portanto, a relevância da questão social de crack.

Seguindo a norma das presentes constatações, fez-se uma pesquisa de campo com a pergunta central: qual é o papel da rede de atenção psicossocial dentre a abordagem da problemática de Crack no Recife?

Segundo vários estudos, os conceitos desigualdade social e políticas sociais são conectados à problemática de crack e têm possibilitado, portanto, situar esta problemática na teoria. Através dessa consideração analisaram-se os seguintes conceitos no marco teórico: o que é um usuário de drogas, uma drogadição, qual é a lógica da redução de danos e da legalização de drogas. As drogas e o consumo delas datam dos princípios da humanidade e cobrem questões religiosas, econômicas, políticas, sociais e culturais, ou seja, o conceito drogas não é um conceito novo (Barreto de Almeida & Túlio Caldas). No entanto, a problematização de drogas é um fenômeno mais novo, já que o consumo de droga começou a ser problematizado somente ao final do século XIX e no decorrer do século XX no Brasil. Desde então, diferentes países têm introduzido várias políticas sobre drogas que eram de característica repressiva.

No segundo capítulo, o contexto histórico, as políticas sobre drogas serão analisadas através das convenções internacionais, como a Convenção da Haia e as Convenções- Irmãs da Organização das Nações Unidas e das Leis, como a Lei nº 6.368/76 e a Lei nº 11.343 de 2006. Somente a partir de 2000, as políticas brasileiras sobre drogas começaram a implementar as

políticas de redução de danos. Até então, a questão de drogas foi considerada como crime, que tinha como consequência a penalização do consumo, da posse, da produção e do tráfico. A segunda parte do segundo capítulo dedicar-se-á à criação dos serviços de saúde para os usuários de drogas. Primeiro, analisar-se-á o contexto histórico do tratamento de usuários de drogas, a Reforma Psiquiátrica e a criação e implementação dos serviços de saúde no Brasil. Em seguida, finalizar-se-á o capítulo com o surgimento e a definição do crack.

No terceiro capítulo, estudo de caso, analisar-se-á a rede de atenção psicossocial de Recife. Através de uma pesquisa de campo, foram obtidas as informações sobre a rede de atenção psicossocial em Recife. Durante a pesquisa de campo, visitaram-se vários serviços de saúde/assistência social, foram preenchidos 25 questionários anônimos por profissionais atuantes na rede de atenção e entrevistaram-se profissionais, acadêmicos, gestores, pesquisadores e também um secretário nacional. Além disso, participou-se no III Seminário Internacional da Rede de Pesquisa sobre Drogas em João Pessoa e o evento da Rede de Atenção Psicossocial em Recife. Iniciar-se-á o estudo de caso com a situação da problemática de crack no Brasil e em Recife e o surgimento do crack no Estado de Pernambuco e na Região Metropolitana de Recife. Em seguida, analisar-se-á as políticas públicas sobre drogas e os programas e planos implementados ao nível nacional, estadual e municipal. Na última parte deste estudo de caso, dedicar-se-á à rede de atenção e os seus serviços, onde analisar-se-á o perfil mais comum de usuários e o envolvimento das políticas públicas na rede de atenção.

Por fim, completar-se-á a tese com a conclusão final e as referências bibliográficas.

1. Políticas sobre drogas

Neste marco teórico analisar-se-á o tema políticas sobre drogas através dos conceitos drogas, consumo, definição de usuário de drogas, drogadição, redução de danos e a legalização de drogas.

Na primeira parte definir-se-á o conceito drogas e o seu consumo. Nesta parte tratar-se-á tanto as drogas lícitas como as drogas ilícitas com as visões de vários autores. Depois aclarar-se-á a definição de usuário de drogas e a drogadição. Na ultima parte analisar-se-á as diferentes políticas de drogas, como o proibicionismo, a redução de danos e a legalização. O capítulo finalizar-se-á com o ultimo conceito a política de drogas adequada.

1.1 Drogas e seu consumo

As drogas e o consumo delas datam dos princípios da humanidade e cobrem questões religiosas, econômicas, políticas, sociais e culturais (Barreto de Almeida & Túlio Caldas, 2011: 100). As drogas já foram usadas pelo homem há milhares de anos, sem que isto formasse um problema para a sociedade (Slapak & Grigoravicius, 2006: 240). Desde a pré-história os diversos usos das diferentes substâncias psicoativas não têm sido considerados como ameaçadores a ordem social, segundo MacRae. Esses diversos usos com fins de prazer, religiosos, tradicionais e curativos somente foram considerados ameaçadores no período da inquisição, particularmente a caça às bruxas e aos heréticos. O uso de drogas só começou a ser problematizado no final do século XIX com a implantação de uma nova ordem médica, principalmente nos países ocidentais (MacRae, 2007:1).

Acredita-se que somente substâncias ilícitas são consideradas como drogas, porém, toda substância que, após ser consumida, afeta as funções cerebrais do indivíduo, tornando-o ilimitado em suas ações, é considerada droga (Silva & Almeida, 2011: 2). Dita substância interfere o seu funcionamento psicologicamente, fisicamente e neurologicamente e transforma o ser humano, que normalmente era responsável e ciente dos seus atos e das suas obrigações perante sua família e a sociedade, em uma pessoa incapaz de conviver na sociedade. Resultando, portanto, em um certo distanciamento entre o usuário e a sua família e a sociedade (Silva & Almeida, 2011: 3).

Cabe sinalar que todo tipo de medicamento que é usado para aliviar a dor, considera-se como droga. O medicamento passa a ser visto como medicamento, quando ele tem fins terapêuticos. Portanto, é importante destacar que nem toda droga é medicamento, mas que todo medicamento é droga (Silva & Almeida, 2011: 3). O termino droga normalmente é utilizado para definir as substâncias ilícitas, excluindo as substâncias lícitas e socialmente

aceitas, como tabaco e álcool (Slapak & Grigoravicius, 2006: 246). Segundo estes autores, o uso de drogas lícitas, também chamadas de drogas sociais, somente chega a ser visto como problema quando se fala de abuso, porém, o uso de drogas ilícitas é socialmente rejeitado e considerado como problema (2006: 248).

Cabe dizer-se que o álcool e o tabaco também são considerados como drogas, embora como drogas lícitas. Segundo o Instituto de Estudos das Adições, o consumo (abusivo) de drogas lícitas causa 30 vezes mais mortes do que o consumo de drogas ilícitas (Slapak & Grigoravicius, 2006: 244). É importante realizar-se que o uso de certas substâncias, como o tabaco, o álcool e o café, que hoje em dia são considerados como drogas lícitas, foram proibidas em outros momentos do passado; enquanto o uso de substâncias ilícitas como a maconha, ópio e plantas que causam alucinações permitia-se (Slapak & Grigoravicius, 2006: 240).

O debate sobre as drogas ilícitas centraliza-se na distribuição delas. As drogas ilícitas referem-se ao narcotráfico e à via ilícita por qual as drogas ilícitas chegam ao mercado (Rekalde, 2003: 33). Degenhardt e Wall consideram as drogas ilícitas como drogas de uso não-médico que foram proibidas pelo tratado internacional de controle de drogas, porque apresentam e provocam riscos inaceitáveis de dependência. Drogas à base de plantas, como heroína, cocaína e maconha, drogas sintéticas, como anfetaminas, e as drogas farmacêuticas como metadona (2012: 56). Drogas lícitas podem ser consideradas lícitas quando seu consumo, produção e/ou distribuição são permitidos por lei, assim as drogas ilícitas são classificadas ilícitas porque seu consumo, produção e/ou distribuição são proibidos por lei (Agra, 2010: 14). O uso de drogas ilícitas é visto como uma desobediência à autoridade, o que ameaça a sociedade (Laranjeira, 2010: 627).

Segundo Romaní o uso de drogas é a incorporação de uma substância química ao organismo humano a qual contem características farmacológicas que agem sobretudo ao nível psicotrópico, cujas consequências, funções e efeitos são as consequências das definições sociais, culturais e políticas (2008: 302). Para entender a variação dos efeitos de drogas é importante analisar o contexto no qual a droga foi usada, o consumidor, a substância usada, as condições sociais daquele que a consome, a maneira de ter obtido a droga, as dosagens que cada usuário consome e a qualidade da substância (Romaní, 2008: 302). Becker S. Howard destaca que cada tipo de uso de droga gera um efeito diferente, isso devido ao fato que cada pessoa e cada lugar são diferentes. As pessoas que consomem drogas, normalmente só reconhecem ou focam-se em alguns efeitos que a certa droga gera, negando os outros efeitos que a droga traz com ela (Becker, 1980:180). Segundo Becker o conhecimento que um

indivíduo tem sobre uma droga influencia o modo de consumir, de interpretar os efeitos e a forma de como o usuário lida com os efeitos a longo prazo. Os efeitos de uma droga variam dependendo da quantidade e da forma como se consome. As pessoas costumam ter um certo conhecimento básico de drogas, por exemplo, a maioria das pessoas sabe que a dose normal de aspirinas é duas e que tem que ser tomadas oralmente, porém, poucas pessoas têm conhecimento sobre o consumo de drogas ilícitas (Becker, 1980: 181).

Segundo Almeida e Caldas as drogas não são apenas substâncias farmacológicas que passam a ser classificadas como boas ou más. As drogas envolvem questões variadas e complexas de sofrimento, prazer, liberdade, disciplina, moralidade, crime, violência, comércio, aventura e guerra (2011:100).

Os motivos de um indivíduo para consumir droga, os efeitos que ela causa e as implicações psicológicas e sociais que ela provoca, dependem das propriedades farmacêuticas dela, das atitudes e personalidade dos usuários e dos cenários sociais e físicos nos quais a droga foi usada (Norman & Zinberg, 1980: 236). Segundo Norman e Zinberg o efeito de uma droga varia muito dependendo do cenário no qual ela foi consumida, porque em cenários diferentes um usuário pode comportar-se de forma diferente. (*Ibidem*).

“As drogas psicoativas podem agir como remédios ou venenos, alimentos ou bebidas, analgésicos ou anestésicos ou instrumentos para sonhar, divindades ou demônios. Seus usos abrangem o nascimento e a morte, o prazer e a dor, o desejo e a necessidade, o vício e o hábito. Podem despertar e estimular a vigília ou adoecer e acalmar o ânimo; abrem o apetite ou tiram a fome; são atizadoras da sexualidade ou anuladoras da excitação. Seus usos múltiplos alimentam e espelham a alma humana” (Barreto de Almeida & Túlio Caldas, 2011:100).

Para entendermos o uso de drogas temos de apontar que as visões das pessoas quanto às drogas variam muito, desde os “demônios do mal” até os “paraísos artificiais” (Queiroz, 2007: 154). Embora Agra aponte que a droga, em si, nem é boa nem ruim, pois isto depende de vários fatores, como o contexto do usuário (2010: 12).

Segundo Nuño- Gurtiérrez *et al.*, o uso de drogas é visto pela sociedade mexicana como um comportamento socialmente reprovável. Por um lado o consumo de drogas considera-se como um vício, um conceito que provoca ideias, preconceitos, que podem complicar e dificultar o uso de serviços de saúde (mental). Por outro lado, considerar o consumo de drogas como uma doença cria crenças que propõem intervenções para resolver o

problema (Nuño– Gutiérrez *et al.*, 2006: 48). A problemática de drogas e a aparência extrema da drogadição são as consequências das desigualdades, a falta de oportunidade, o desemprego, o abandono escolar, a marginalização, a discriminação e o analfabetismo. A droga é considerada como um refúgio da realidade, como uma disfunção da sociedade (Kornblit *et al.*, 2010: 13).

O consumo de drogas chega a ser visto como problema de drogas, quando o consumo começa a representar um perigo e uma fascinação; isto acontece quando a droga permite a incorporação de normas e valores alternativos de um indivíduo aos da sociedade na qual o indivíduo vive (Kornblit *et al.*, 2010: 7-8). A percepção de que o consumo de substâncias é visto como um problema é uma consequência de uma certa construção social, que se refere mais à percepção que a sociedade tem desse problema, do que dos fatos objetivos (Slapak & Grigoravicius, 2006: 244). A percepção e a representação que um indivíduo tem sobre drogas são baseadas nas condições sociais, políticas e econômicas, nas quais ele vive (*Ibidem*). Por isto é importante ressaltar que cada sociedade tem a sua maneira de interpretar a realidade baseada nas consequências da evolução histórica, mudanças políticas, sociais e econômicas (Slapak & Grigoravicius, 2006: 240).

Entretanto, para Almeida e Caldas, o uso de drogas varia com o modo de consumir, as suas intenções e o seu alcance. O consumo de substâncias psicoativas, também chamadas de drogas, é um acontecimento comum e espalhado nas sociedades humanas, que ocorre e tem ocorrido em vários momentos de sua história (2011: 100). Atualmente a imagem social das drogas nos revela situações da marginalização, criminalidade e problemas da saúde que conduzem às consequências fatais, porém ao mesmo tempo, as drogas lícitas e ilícitas relacionam-se à vida noturna, às festas, diversão e juventude, (Rekalde, 2003: 5).

Segundo Kornblit *et al.*, é importante destacar que hoje em dia os jovens consideram o consumo geral como a maneira de satisfazer desejos e necessidades. A este respeito cabe refletir que a procura e a construção da identidade juvenil está relacionado com o consumo de diferentes praticas, como roupas, eletrônico, esportes, e também as drogas (2010: 4).

Jáuregui aponta que a drogadição forma um retrato fiel da sociedade ocidental, porque representa o individualismo moderno (2007: 3).

1.2 Definição de usuário de drogas

Quando definimos o conceito usuário de drogas, definimos um conceito no qual todas as pessoas estão incluídas direta e indiretamente. Ferreira aponta que o usuário de drogas não é apenas aquele usuário que é estigmatizado pelo consumo abusivo, mas também aquela pessoa

que fuma maconha com seus amigos, que toma uma cervejinha entre colegas, que usa medicamento antes de dormir e que toma um cafezinho quando sente sono (2005:23).

Segundo a Organização Mundial de Saúde um indivíduo está mais predisposto a usar drogas ilícitas:

- Quem não possui informações adequadas ou básicas sobre as drogas
- Quem não está satisfeito/feliz com sua qualidade de vida
- Quem possui relações frágeis com a sua família e a sociedade
- Quem tem (fácil) acesso às drogas (Silva & Almeida, 2011: 3)

Quando falamos de um usuário de drogas, temos que lembrar que existem vários tipos de consumidor. Há o consumidor experimental que consumiu uma a três vezes na sua vida e nunca mais voltou a fazer uso há um ano ou mais. Há o consumidor ocasional que consome uma a duas vezes por mês, existe também o consumidor habitual que faz uso semanalmente ou varias vezes por semana e há o consumidor intensivo que consome no mínimo uma vez por dia (Kornblit *et al.*, 2010: 9). Segundo os autores, os últimos dois consumidores são vistos como consumidores problemáticos, pelo fato de consumirem com frequência. Por outro lado, cabe destacar que o consumo experimental e/ou ocasional também pode ser problemático, quando consome de forma excessiva, embora seja só uma vez. O que faz o consumo problemático é a perda do controle de si mesmo ou estar envolvido em situações de risco para si mesmo ou para outros indivíduos sob a influencia de uma substância (Kornblit *et al.*, 2010: 9).

Segundo Jáuregui, o debate sobre drogas continua enfocando-se em apenas uma parte da sociedade, particularmente os adolescentes. As políticas existentes, como as do reducionismo e proibicionismo são dirigidas aos adolescentes, que parecem ser as únicas pessoas afetadas pelas drogas e por este problema. Com este enfoque o problema de drogas parece ter se modificado num debate sobre o controle social dos adolescentes. Sendo assim, a adolescência por si parece criar este problema (Jáuregui, 2007:1). O consumo de drogas é uma consequência de um serie das influências e acontecimentos que induz um indivíduo ao consumo (Kornblit *et al.*, 2010: 6). Por vincular este problema de consumo de drogas apenas a um grupo etário, os jovens, limita-se a análise do tema, não vendo as raízes sociais que influem esse grupo etário, para que adote tais comportamentos. Consequentemente, nega-se a responsabilidade dos adultos na construção de um mundo, que é oferecido aos jovens pelos mesmos adultos. Responsabilizar os jovens pelos problemas do consumo de drogas faz com

que o consumo de drogas pelos adultos seja camuflado (Kornblit *et al.*, 2010: 6).

Na sociedade o usuário de droga e a droga, especificamente a ilícita, não têm uma imagem positiva por serem associados à marginalidade e ao tráfico (Nardi & Rigoni, 2005: 274). Para o modelo da redução de danos, o usuário define-se como doente, incapaz de responsabilizar por suas escolhas, requerendo ser assistido por um especialista (Nardi & Rigoni, 2005: 277). A abordagem tradicional da abstinência define o usuário como marginal à sociedade, enquanto a abordagem da redução de danos define-o como membro da sociedade (Nardi & Rigoni, 2005: 277).

O abuso das drogas relaciona-se geralmente com a violência, já que as características farmacológicas das substâncias facilitam, mas por outro lado também podem dificultar comportamentos agressivos e as transformações individuais. A relação com a violência e o abuso das drogas observam-se nas vítimas de violência física. Por um lado, a intoxicação de substâncias psicoativas deixa um indivíduo mais vulnerável para a violência, mas por outro lado a intoxicação pode gerar violência (Medina-Mora *et al.*: 2001: 11).

Existem estereótipos vinculados ao consumo de drogas que geram discriminação dos usuários, como a estigmatização e a generalização (Kornblit *et al.*, 2010: 6). Segundo Velho e Bucher, existe a falta de um debate público sobre a questão de drogas ilícitas. Com as existentes crenças preconceituosas sobre drogas, surgiu uma demonização do usuário e do traficante (MacRae, 2007: 1). A sociedade cria um inimigo imaginário, que é a droga, especialmente a droga ilícita, que oculta alguns problemas reais e sérios da sociedade e que aumenta a marginalização dos usuários.

Segundo Kornblit *et al.*, estabelecem-se vários modelos sobre as drogas no século XX, que ajudam a entender os conceitos e interpretações acerca do consumo de drogas. Há o modelo ético-jurídico, o modelo médico-sanitário e o modelo psicossocial. O modelo ético-jurídico concentra-se nos direitos e categoriza o consumo de drogas como delito e os usuários como culpados por terem violado as leis e por isto deveriam ser penalizados. Esse modelo corresponde à política proibicionista (2010: 11). O modelo representa, segundo Graciela Touzé, um paradoxo, porque por um lado o usuário é considerado como viciado e suas ações são ilegais, pelas quais é visto como criminoso. Por outro lado, o modelo considera a droga como culpada e o usuário como sua vítima, por isso o consumidor é visto tanto criminal, como vítima (Kornblit *et al.*, 2010: 11). O modelo médico-sanitário considera o usuário como paciente que não é responsável pelo consumo de drogas. Sendo assim, o usuário passa a ser definido como paciente, em vez de viciado, que precisa de um tratamento em vez de punição (Kornblit *et al.*, 2010: 12). O modelo psicossocial estabelece o parâmetro que um usuário é

um doente e que a drogadição é uma consequência do seu mal estar psíquico. Seu interesse está no vínculo que uma pessoa tem com uma substância (Kornblit *et al.*, 2010: 12).

1.3 Drogadição

Somente a partir do século passado, o uso abusivo de substâncias ilícitas começou a ser considerado como um problema médico. Antes era apenas uma questão da moralidade e religiosidade (Nardi & Rigioni, 2005: 277). Atualmente, o conceito drogadição tem duas interpretações para a sociedade: primeiro considera-se a dependência de drogas como um vício, um comportamento condenável socialmente e como doença. Interpretando a drogadição como vício, Mario Souza destaca as crenças predominantes na sociedade que consideram a vontade o único fator resolutivo de uma drogadição (Souza & Machorro, 2006: 5). Entender o conceito drogadição como vício, implica mais um conceito moral que um conceito de saúde, pois o consumo considera-se como um ato imoral, negativo e voluntário. Quando o conceito drogadição é visto como uma doença, a drogadição chega a ser reconhecida como uma incapacidade para controlar o consumo. Ver a drogadição como uma doença também implica a aceitação social do problema pela sociedade e isto justifica a procura de ajuda ou tratamento nos serviços de saúde mental (Nuño – Gutiérrez, 2006: 49).

Em uma pesquisa sobre a representação social do autor Nuño- Gutiérrez, no qual foram entrevistados quinze poliusuários e seus pais, explica-se que o uso de drogas, no início, foi uma escolha própria que as vezes foi influenciada pelos amigos. Um dos entrevistados diz:

“ La enfermedad no depende de la voluntad de la gente, la enfermedad llega, no se agarra, igual ahorita yo me pudiera enfermar y no sé no por qué me enfermo y no es mi culpa. Los vicios son por voluntad propia, porque nadie va a estar diciéndote drógate, drógate todos los días hasta que te hartes. Los amigos no presionan, aunque sí influyen”¹ (Nuño– Gutiérrez, 2006:50).

Cabe destacar que os adolescentes entrevistados, consideraram seu uso como uma doença que eles procuraram voluntariamente (Nuño- Gutiérrez, 2006: 52). Os pais entrevistados confessaram que consideravam o comportamento dos seus filhos vergonhoso e reprovado,

¹ A doença não depende da vontade da gente, a doença chega não se agarra, por exemplo, se eu agora eu pudesse ficar doente sem saber porque não seria minha culpa. Os vícios, por outro lado, são por própria vontade, porque ninguém te disse, drogue-se, drogue-se todos os dias até ficar saciado. Os amigos não te pressionam, mas te influenciam.

porque não cumpriam com as normas e valores socialmente aceitáveis. Ao perceber que eles mesmos não puderam rejeitar o consumo através das suas próprias estratégias, reconheciam o seu problema, a drogadição, e o fato que precisavam de ajuda de especialistas (Nuño-Gutiérrez, 2006: 51). A comunidade de especialistas conceitua a dependência de drogas como uma doença mental que provoca persistentes modificações no funcionamento do cérebro (Laranjeira, 2010: 630). Os moralistas, segundo Norman e Zinberg, acreditam que no mundo de drogas apenas tem dois tipos de conduta, a de abstinência total e a de excesso do uso que leva ao vício (1980: 238).

1.4 O proibicionismo e reducionismo

O enfrentamento da questão de drogas precisa “da integração de vários órgãos públicos e instituições sociais nos diferentes níveis da administração pública” o que, segundo Silva e Almeida, na prática não se realiza o que torna uma ação eficiente e produtiva difícil (2011: 2).

Segundo Queiroz as opiniões sobre o uso e a dependência de drogas têm-se baseado em dois modelos, o modelo jurídico-moral e o modelo médico ou de doença. O modelo jurídico-moral segue as diretrizes da política de controle de drogas estadunidense², que considera o uso de drogas como uma violação das leis que merece punição. Para esse modelo o uso de substâncias ilícitas é moralmente incorreto. Separa as drogas ilícitas das lícitas e foca-se no controle das ilícitas, ou seja, na redução da oferta das drogas ilícitas. Ações tais como a redução da oferta das drogas que chegam ao país, a destruição de plantações de drogas e o encarceramento dos traficantes (2007: 154). O modelo é conservador e é apoiado pelos setores mais conservadores da sociedade e é utilizado como controle social.

“Se asocia el consumo de drogas ilegales con la inseguridad ciudadana, la violencia, la juventud, la pobreza, el delito, el peligro económico, político, social y moral; generando en la sociedad un sentimiento de amenaza continua y de temor (Del Olmo, R; 1992). Esta concepción está fuertemente ligada a la política prohibicionista y al proceso de criminalización de los usuarios, a quienes se asocia con la delincuencia y la violencia”³(Slapak & Grigoravicius, 2006: 245).

² Também conhecida como a Guerra às Drogas

³ O consumo de drogas ilícitas é associado com a insegurança cidadã, a violência, a juventude, a pobreza, o delito, o perigo econômico, político, social e moral, gerando um sentimento de ameaça contínuo e de temor na sociedade. Esta concepção está fortemente ligada à política proibicionista e ao processo de criminalização dos usuários, os quais são associados com a delinquência e a violência.

Segundo Ronaldo Laranjeira, os que defendem a política de proibição total do uso de drogas acreditam que a proibição total é a melhor solução à problemática de drogas, porque não causa nenhum dano social (2010:622). Para Slapak & Grigoravicius, a política repressiva (proibicionista) tem mostrada ser pouco eficaz quanto aos seus objetivos claros de diminuir ou até eliminar o consumo de drogas ilícitas. O consumo de drogas, segundo estes autores, até tem aumentado nos últimos anos mundialmente (2006: 243). Embora, os apoiadores da legalização das drogas ilícitas considerem que a proibição total aumente o dano social. A argumentação usada pelos defensores da legalização das drogas ilícitas é a história da Lei Seca americana, que estimulou a violência promovida pelo crime organizado. Com a Lei Seca o consumo de álcool, o que foi considerado uma droga ilícita durante aquela época, foi proibido. Apesar disso, o consumo de álcool diminuiu notavelmente, porém, o consumo de álcool de péssima qualidade aumentou o que resultou em problemas sérios na saúde pública. (Laranjeira, 2010: 622). Esta experiência nunca mais foi repetida pelos países ocidentais, embora os países islâmicos ainda utilizem uma política de controle rígido.

A política proibicionista sobre drogas provoca o crime, que está associado com o uso ilegal, corrupção, drogas de péssima qualidade no mercado negro e a dificuldade dos usuários de buscarem tratamento. Considerando todas essas consequências, os que defendem a política de legalização acreditam que a proibição total causa mais dano do que a legalização total. No entanto, essa argumentação não leva em consideração que a legalização gera mais oferta e expõe um número maior de pessoas ao consumo de drogas e aos seus problemas (Laranjeira, 2010: 622-623).

Nos últimos duzentos anos, segundo Laranjeira, temos lutado para controlar a produção, distribuição e o uso das drogas, no entanto, poucas ações tiveram sucessos. No século XVII, os europeus trouxeram o tabaco da América Latina, e em seguida os países tentaram proibir o seu uso, mas desistiram. Entre 1920-1933, após de ser introduzida a Lei Seca, o uso de álcool foi proibido nos Estados Unidos, mas esta Lei também foi abolida (Laranjeira, 2010: 626). Constatando as consequências trazidas pela política proibicionista, parece, conforme MacRae, necessário e também prudente buscar conviver com as drogas de melhor maneira possível, em vez de aplicar políticas repressivas como as de ‘guerra às drogas’. Porém, isso não quer dizer que nenhum tipo de controle seja errado ou insensato.

1.5 Modelos de tratamento e a prevenção

Em contraste à política proibicionista existe uma outra orientação de política sobre drogas, chamada do modelo médico. Este modelo médico considera o consumo de drogas como uma

doença biológica que requer tratamento. O foco desse modelo está nos programas de tratamento, de prevenção e da redução da demanda. Nesse modelo a abstinência total vê-se como a única meta aceitável do tratamento (Queiroz, 2007: 154). Segundo Nardi e Rigoni, os modelos de tratamento que trabalham com a abstinência total criam uma separação entre o usuário e a droga, impossibilitando o acesso e o acolhimento dos usuários nos serviços de saúde (2005: 277). Existe a ideia que a vontade é o único fator resolutivo de uma drogadição. Sendo assim, o uso de serviços da saúde vê-se como desnecessário, já que a cessação do consumo somente depende de uma decisão de um indivíduo; a vontade de deixar de consumir (Nuño- Gutiérrez *et al.*, 2006: 49). Nesse sentido a intervenção terapêutica não seria necessária e o uso de serviços da saúde significaria um auto- reconhecimento de um usuário como viciado e isto poderia resultar em uma exclusão dos grupos sociais e da sociedade (*Ibidem*).

Segundo Souza, a intervenção terapêutica é necessária e, com isto, a drogadição requer um conjunto de recursos psicológicos, terapia farmacológica, apoio emocional e suporte familiar e social. Para um tratamento de uma drogadição necessita-se uma intervenção terapêutica especializada que saiba lidar com a gestão da drogadição e a particularidade de todos os usuários (Souza & Machorro, 2006: 5-6). Interpretando o uso como doença, deixa os usuários entenderem os problemas associados às drogas, como a incapacidade de controlar o consumo, os problemas familiares, escolares e também laborais. Além disso, não culpa a vontade própria como razão única do consumo (Nuño – Gutiérrez *et al.*, 2006: 51-52).

As expectativas apontam, segundo Medina-Mora *et al.*, que o problema das drogas continuará crescendo, porque a população vulnerável aumenta paralelamente ao problema (Medina-Mora *et al.*: 2001, 6). As dependências não indicam e representam apenas um transtorno, mas também vários problemas médicos e comunitários nas áreas familiares, individuais e sociais (Medina-Mora *et al.*: 2001, 11).

Conforme MacRae, hoje em dia é preciso procurar evitar o abuso de drogas que pode causar grandes danos ao indivíduo ou à sociedade e por isso a prevenção ao uso de drogas é importante. Para poder realizar uma política de prevenção efetiva necessita-se conhecer e entender o contexto sociocultural no qual o uso ou abuso de drogas ocorre. A prevenção, sob a forma da auto atenção: a necessidade do indivíduo de cuidar-se, sempre tem estado presente na humanidade. O objetivo geral da prevenção é melhorar a resistência das pessoas às condições ameaçantes para a saúde (Romaní, 2008: 303). Para Romaní, as campanhas preventivas como ‘drogas não’ ou ‘um mundo sem drogas’ são campanhas irrealizáveis e mal formuladas (2008: 304).

Para ter um sistema de controle, que funciona bem, precisa-se da intersetorialidade entre a justiça, a saúde pública e a segurança social (Laranjeira, 2010: 628). O sistema de controle de drogas sueco destaca-se dos outros sistemas no mundo, inclusive Europa, por ser mais restritivo, porque o uso de drogas não é tolerado. Em 1977 o objetivo do sistema de controle sueco era criar uma sociedade sem drogas e recursos foram investidos na prevenção, no tratamento e na política de controle. Hoje em dia, na Suécia o número de dependentes químicos é, em comparação com os outros países da Europa, muito mais baixo (Laranjeira, 2010: 628). É importante olhar historicamente para a política de álcool sueco que foi adotada desde o século XIX, tendo como base a limitação da produção e venda de bebidas alcoólicas. Esse modelo tem sido um sucesso, sendo que a população sueca é a população europeia que menos consome (Laranjeira, 2010: 629). Embora o consumo de drogas seja inaceitável na Suécia, o objetivo da política não é reprimir os usuários. O objetivo é oferecer cuidado e tratamento para os que caírem na tentação do mundo de drogas e com esse tratamento e cuidado o usuário se tornaria livre de drogas e reintegrado na sociedade. Por tanto, a partir dos anos 80 o uso de droga passou a ser penalizado pelo governo sueco e a pena mais comum é a multa (*Ibidem*).

Laranjeira aponta que o consumo da maconha é considerado como “porta de entrada”, o que significa que a experimentação da maconha leva o indivíduo a experimentar outras drogas. O grande foco da política sobre drogas sueca é, por isso, a maconha, e como desestimular e desincentivar o seu consumo (*Ibidem*). Segundo Milagres a maconha é classificada como uma droga leve, que não vicia, mas que habitua ser representada como a porta de entrada para outras drogas mais pesadas (2003: 10). Segundo o site de Anti Drogas a maconha não pode ser conceituada como a porta de entrada para outras drogas, porque geralmente o primeiro contato que as pessoas têm com as drogas é o álcool e o tabaco.

“Quem fuma ou bebe está mais propenso a consumir maconha, mas isso não quer dizer que todo mundo que consome álcool e cigarro vai usar outra droga. Não há nada na composição da maconha que faça as pessoas buscarem drogas mais fortes e a maior parte das pessoas que fumam maconha não vai experimentar outras substâncias, no entanto, alguns especialistas alertam sobre a probabilidade de isso ocorrer por curiosidade ou para fugir das próprias dificuldades”⁴.

⁴http://www.antidrogas.com.br/mostraperg_resp.php?c=71&msg=Maconha%20abre%20a%20porta%20para%20o%20mundo%20das%20drogas?

1.6 Redução de danos

Além da política repressiva de drogas e o modelo médico, existe a política de redução de danos, cujas estratégias da redução de danos e riscos podem ser definidos, conforme Rekalde, como um conjunto de estratégias individuais, coletivas e da sócio– sanitárias, que procuram reduzir os danos (físicos, psíquicos e sociais) causados pelo consumo de drogas. Para mais, a política busca não estigmatizar o usuário de drogas (2003: 9-10). A política de redução de danos procura minimizar as consequências danosas do uso/abuso de drogas. Nessa política o respeito e tolerância à “liberdade de escolha” estão centrais e têm como objetivo principal a redução dos riscos de infecção pelo HIV e hepatite (Nardi & Rigoni, 2005: 274). Outro princípio da redução de danos é a possibilidade do usuário de drogas refletir sobre seu uso e sobre o que é melhor para sua saúde. Para Coppel e Doubre, limitar a redução de danos ao AIDS e outras doenças significa impossibilitar as chances de mudança nas políticas sobre drogas (Nardi & Rigoni, 2005: 279).

A política de redução de danos aceita a liberdade individual de um usuário e seu desejo de consumir. Segundo Rekalde a sociedade deveria aceitar e normalizar o uso menos arriscado e problemático, já que o consumo de drogas é multicausal (uso experimental, ocasional, recreativo etc.) (2003:10). As intervenções devem realizar isto e compreender que alguns usos causam mais danos que outros. Além disso, a população usuária não é igual, portanto as intervenções devem levar isto em conta (Rekalde, 2003: 10). Todas essas diferenças geram diferentes níveis de risco. A redução de danos aponta que o uso de drogas sempre tem feito parte da sociedade e por isso acredita que um mundo livre das drogas seria utópico. Ademais, seu fim não é a culpabilização, mas o resgate do usuário (Nardi & Rigoni, 2005: 274). A política de redução de danos aceita abertamente a tolerância com os usuários e a descriminalização dos usuários e do consumo, mas segundo Laranjeira, o objetivo da política de redução de danos deveria ser a redução (total) do uso de drogas (Laranjeira, 2010: 628).

Na década de setenta houve uma decisão do governo neerlandês a introduzir uma lei que tolerou a posse de pequenas quantidades de maconha, com o intuito de dar mais importância à repressão das drogas mais pesadas. Nesse período não houve aumento de consumo. Contudo, de 1980 a 1988, foi tolerado e regulado a venda de maconha nos *coffeeshops*, que resultou num aumento dos usuários. No entanto, a experiência holandesa tem mostrado que a despenalização não resulta necessariamente num aumento do consumo de maconha (Laranjeira, 2010: 627).

Os preconceitos existentes dizem que a execução de redução de danos provoca e incentiva o uso de drogas. Sendo assim, o trabalho do redutor de danos passa a ser comparado com a ilegalidade e a marginalidade e o redutor considerado como suspeito, em vez de um trabalhador da saúde (Nardi & Rigoni, 2005: 274).

1.7 Legalização de drogas

Stel aponta que em um ambiente político legal e liberal das drogas o consumo de substâncias aumenta, pois a disponibilidade cresce. Quanto mais usuários há, quanto mais abuso terá. Portanto, uma política liberal e legal traz vantagens quanto à problemática social. Com a legalização de drogas o Estado teria mais controle sobre a oferta das drogas: a qualidade e os pontos de venda (Stel, 2001: 333). O uso de drogas ilícitas e lícitas pode causar dependência, problemas psicológicos e habituação, ou seja, os efeitos das substâncias lícitas e ilícitas são parecidos. Porém, por causa da ilegalidade das certas substâncias os usuários correm mais risco. Risco de adquirir uma doença transmitida (no caso do compartilhamento da mesma seringa), a moradia anti-higiênica na rua, o uso das drogas impuras de péssima qualidade e o risco de ser detido pela polícia. O uso de substâncias ilícitas pode resultar em uma exclusão social (Stel, 2001: 334).

Os defensores da legalização das drogas ilícitas acreditam que os danos diminuiriam se as drogas fossem legalizadas, mas os que não estão a favor da legalização acreditam que os danos causados pelas drogas aumentariam (Stel, 2001: 337). Os defensores da legalização opinam que a legalização faria o controle social da produção, tráfico e consumo mais eficaz, pois a proibição resulta nas práticas incontroláveis e, além disso, é uma política contraprodutiva. Por outro lado, cabe aceitar que a legalização aumentaria o consumo, porque o preço das drogas deveria diminuir tanto para destruir a concorrência do mercado negro (*Ibidem*).

Se o consumo de maconha fosse legalizado, uma das consequências, conforme Laranjeira, seria o aumento do consumo, especialmente da população mais jovem, o que tem sido o caso com a legalização do tabaco e do álcool. A legalização provocaria menos violência, mas poderia ter como consequência complicações na formação escolar desse grupo (Laranjeira, 2010: 623). Embora Agra aponte que a legalização ou a regulamentação da maconha não leva necessariamente a um aumento de usuários de maconha, já que na Holanda cerca 5% da população fuma maconha, contra 9% de países como Estados Unidos (Agra, 2010: 37). Também destaca que a discussão sobre a legalização da maconha está ganhando cada vez mais espaço no Brasil (2010: 36).

Uma crítica a legalização de drogas é que os apoiadores não aclaram como deveria funcionar ou ser implementada essa política, mas abordam apenas argumentos a favor. As vantagens da legalização de drogas são: (1) a quantidade de crimes associados ao uso de drogas diminuiria, porque retiraria o lucro dos traficantes e (2) a legalização de drogas levaria benefícios para a saúde pública com a disponibilidade de seringas, agulhas limpas e de drogas mais puras preveniria doenças como AIDS, por exemplo (Laranjeira, 2010: 625).

O exemplo uruguaio nos mostra como a política de legalização de maconha poderia ser aplicado. No ano passado Uruguai aprovou uma lei que legalizou a produção, a venda, e o uso da maconha. Com esta lei Uruguai tornou-se o país com a legislação mais liberal de maconha do mundo. O país acredita que a política de legalização é mais adequada que a política proibicionista, porque com esta lei o governo pode regular e controlar a venda, produção e consumo da maconha. Além disso, a legalização deve ser acompanhada com a prevenção e o cumprimento das regras. A maconha é vendida nas farmácias, onde os clientes registrados podem comprar uma quantidade máxima por mês. Para mais, é permitido a posse de seis plantas de maconha⁵.

1.8 A política adequada sobre drogas?

Analisando todas estas políticas sobre drogas, é importante refletir que política sobre drogas ilícitas seria a mais adequada. Segundo Silva e Almeida, o abuso de drogas é uma questão de saúde pública e de defesa social. A questão de drogas é e sempre será um problema complexo de combate, devido aos vários fatores que se envolvem no consumo, na estratégia certa de fiscalização, no controle dos produtos lícitos e ilícitos, no tratamento dos usuários e na penalidade dos traficantes (2011: 2). Para obter uma política sobre drogas adequada precisa-se apresentar dados e informações e realizar uma política que será aliviada continuamente. Necessitam-se governos democraticamente eleitos, que saibam lidar com a problemática de drogas porque uma política sobre drogas somente será adequada e eficaz quando as estratégias forem tão complexas quanto o tamanho do problema (Laranjeira, 2010: 625 - 627).

Para Bejerot, a sociedade deveria minimizar o acesso às drogas e assim o número de pessoas usuárias de substâncias psicoativas diminuiria. Além disso, a política deveria focalizar-se no usuário e sua influência em outros usuários. Os usuários deveriam ser responsabilizados por seu comportamento (Laranjeira, 2010: 629).

Segundo os cientistas sociais Castel e Coppel existem três níveis de controle de regulação:

⁵ <http://www.nrc.nl/nieuws/2013/12/11/wiet-legaal-in-uruguay-meest-liberale-wietwetgeving-ter-wereld/>

- Heterocontroles: controles como leis, instituições de saúde
- Controles societários: os controles de pressão informal, como a pressão da sociedade, os vizinhos, a família etc.
- Autocontroles: os controles que os usuários têm sobre seu uso.

Segundo MacRae, uma política sobre drogas eficaz seria uma política que aplicasse esses controles na prática, em particular os controles societários e os autocontroles (2007: 3). Os heterocontroles seriam mais apropriados para enfrentar situações ameaçadoras.

Segundo Laranjeira as políticas sobre drogas podem aprender das políticas sobre álcool e podem seguir as diretrizes delas, já que o álcool é um dos fenômenos mais pesquisados por acadêmicos na área de álcool e outras drogas. As políticas sobre álcool têm implementado ações de preço e taxação, estudos mostram quanto maior o preço, quanto menor o consumo. Também têm implementado políticas que dificultam e diminuem o acesso físico ao álcool, o que resulta em um maior respeito ao limite de idade. A proibição da propaganda é um fator importante na diminuição de consumo e igualmente as campanhas preventivas na mídia e nas escolas que têm como objetivo informar os cidadãos sobre os efeitos de álcool. Essas políticas sobre álcool podem muito bem ser usadas como exemplo para as políticas sobre drogas, visando à diminuição do acesso e do consumo (Laranjeira, 2010: 624). A solução, conforme Laranjeira, não é legalizar as drogas, mas “promover a prevenção e o tratamento baseados em evidências e não em ideologia” (2010: 626).

2. O surgimento das políticas públicas sobre drogas e a implementação do serviço de saúde

Neste contexto histórico analisar-se-á as políticas públicas sobre drogas do Brasil de ordem cronológica, iniciando com as políticas e as Leis aprovadas e implementadas no século XX, a partir de 1910. Depois tratar-se-á a criação das clínicas que têm atendidas os dependentes de drogas e a implementação do sistema que fornece serviços de saúde aos usuários de drogas, como a implementação da rede de atenção psicossocial, oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Por fim, terminar-se-á com o surgimento e a definição do conceito crack.

2.1 Políticas (repressivas) sobre drogas

Até 1910, a venda e o uso de substâncias psicoativas no Brasil não foram controlados pelo Estado. Naquela época o controle consistia-se em forma de condenação pública do consumo de drogas por jornais conservadores e grupos moralistas. Tolerava-se a prática de intoxicação, ao passo que fez parte do mundo dos bordéis chiques frequentados pelos jovens oligárquicos (Rodrigues, 2002: 103).

A partir dos anos 20 a situação modificou-se, com a Convenção de Haia, na qual o Brasil havia participado. Na Convenção de Haia, os países participantes⁶ haviam concordado com o fortalecimento do controle sobre opiáceos e cocaína. Com isto a tolerância perante o consumo dos jovens oligárquicos cessou, porque os jovens encontravam-se entre as classes perigosas e marginais. Seguindo o modelo de Haia, em 1921 surgiu a primeira lei no Brasil que limitava o consumo de ópio, cocaína, heroína e morfina e que punia a utilização dessas substâncias, com a exceção de consumo com prescrição médica (Rodrigues, 2002: 104). Cabe destacar que somente a partir dos anos 20 o mundo, inclusive o Brasil, iniciou a política repressiva de controle.

Em 1930, foi aprovada a Lei de Fiscalização de Entorpecentes, que explicitava o posicionamento proibicionista do Brasil em relação às drogas (Alves, 2009: 2314). Depois da Convenção da Haia de 1921, o Brasil frequentava todas as outras convenções⁷ sobre controle de drogas, e assinava todos os acordos. Assim sendo, (re) formava a sua política sobre drogas através dos compromissos internacionais e acordos externos, que foram baseados no proibicionismo estadunidense, ou seja, a política adotada pelo Brasil era uma política de

⁶ Os países participantes eram China, Noruega, Honduras, Países Baixos e Estados Unidos. A convenção foi implementada em 1915 e depois da incorporação ao Tratado de Versalhes em 1919, entrou em vigor mundialmente.

⁷ Convenções de Genebra de 1931 e 1936

proibição total à produção, circulação, consumo e tráfico de substâncias psicoativas (Rodrigues, 2002: 104).

Em 1938 o Decreto-Lei 891-1938 foi aprovado pelo Estado Novo de Getúlio Vargas, que aprimorava a Antidrogas- Lei de 1921, baseando-se nos acordos de convenções internacionais (Rodrigues, 2002: 104). Nos anos 40 o porte e o consumo de drogas ilícitas passaram a ser criminalizados pelo Estado brasileiro (Alves, 2009: 2314). No entanto, com a entrada do Código Penal de 1940, após o Estado Novo, decidiu-se por não criminalizar a utilização de drogas. Nos anos 40, a Organização das Nações Unidas marcou um momento importante na criação e consolidação das políticas públicas sobre drogas de orientação proibicionista. Em 1946, a ONU criou a Comissão de Narcóticos (CDN), que construiu políticas que fortalecia a repressão e o controle internacional às drogas (Alves, 2009: 2311). A CDN organizou as três Convenções internacionais, conhecidas como as Convenções - Irmãs da ONU, com o objetivo de formar uma política de drogas aos seus estados-membros. Durante o período da Guerra Fria (1947-1989), estas três convenções de drogas, a Convenção Única sobre Entorpecentes (1961), Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971) e a Convenção das Nações contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas (1988) foram pactuadas. A política nacional antidroga brasileira baseava-se nas convenções internacionais e seguia as diretrizes do proibicionismo (Lima, 2010: 103).

A partir da década de 60, quando havia a ditadura militar, a droga passou a ser associada às manifestações políticas democráticas, à liberdade e aos movimentos, especialmente as drogas psicodélicas. Conforme Pedrinha, o lema político brasileiro era “o que é bom para os Estados Unidos é bom para o Brasil” (2008: 5492), assim sendo, a política antidroga baseava-se na política antidroga estadunidense. Em 1967, teve a reforma da lei sobre tóxicos, que foi incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro da Convenção Única sobre Entorpecentes, que abrangia a política proibicionista (Rodrigues, 2002: 104).

Em 1972, quando a guerra às drogas foi declarada pelo governo de Richard Nixon, o Brasil executava uma política proibicionista que seguia as diretrizes da política sobre drogas ilícitas estadunidense. A guerra às drogas distinguia os países produtores dos países consumidores das substâncias ilícitas. Essa identificação considerava os países produtores como os culpados da situação e os países consumidores como as vítimas (Rodrigues, 2003: 258). Durante a Ditadura Militar, uma das suas finalidades era, então, a repressão e combate ao tráfico de entorpecentes. Cabe dizer que o proibicionismo consolidava-se abaixo da ditadura. O governo militar colocou em pauta a obrigação de interferir na problemática de drogas, por meio de uma política repressiva. Como o Brasil foi avaliado como um país não

produtor de plantas especiais pela política de guerra às drogas, o país não passou por um processo de intervenções armadas dos Estados Unidos, como outros países na América Latina. Segundo Lima, é importante apontar que a influência estadunidense não dominava tanto as políticas da Ditadura Militar, comparando com o Uruguai e a Argentina (2010: 111- 112).

Em 1970, a legislação brasileira de drogas estava em plena concordância com as Convenções- Irmãs da ONU (Alves, 2009: 2314). Em 1976, a Ditadura Militar aprovou a Lei nº 6.368, que abordava temas como prevenção, repressão ao tráfico ilícito e ao uso indevido de entorpecentes.

“O fato do Brasil ter adotado uma resposta eminentemente repressiva à questão das drogas, cuja resposta foi atualizada com a Lei nº 6.368, merece contínua problematização, pois parece se tratar de uma estrutura repressiva que advém de determinações mais profundas da formação social brasileira e que se atualizou ao longo do século XX, alinhando-se a própria estrutura do proibicionismo internacional para a área das drogas” (Lima, 2011: 114).

O país adotou uma política repressiva de tolerância zero e com a caída da Ditadura Militar e a entrada da democracia, o país ainda seguiu com a mesma Lei nº 6.368 (Lima, 2011: 114). A Lei 6.368 de 1976 substituiu o termo combate por prevenção e repressão e introduziu a diferenciação do traficante e do usuário, com relação à duração das penas (Pedrinha, 2008: 5493).

Ao final da década dos anos 80, depois da guerra fria e com a entrada do neoliberalismo, o Brasil passou por um processo de empobrecimento das classes sociais, um incremento das taxas de desemprego e marginalização social, o que, segundo Pedrinha, incrementava o Estado Policial (2008: 5494). Com estes acontecimentos, criou-se uma cena, na qual a droga começou a ser associada com as classes mais baixas da sociedade. Segundo o Ministério de Saúde, é importante destacar que o tráfico de drogas é considerado como possibilidade de produção de renda e medida de proteção para os jovens das comunidades empobrecidas (2003: 26).

Além disso, havia nos anos 80 a criação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, que formulava a Política Nacional de Entorpecentes através do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN). Em 1998, o CONFEN foi transformado em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes foram transformados em

Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD). O CONAD e o SISNAD continuavam com a mesma política dos seus antecessores. Nesta reorganização da estrutura política antidroga, criou-se a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) como órgão executivo (Alves, 2009: 2315). Na atualidade, as políticas públicas sobre drogas são de responsabilidade da SENAD, que foi criada em 1998. A SENAD estrutura as atividades da redução da oferta e demanda das drogas e coordena as características da recuperação de dependentes (Moraes, 2008: 123).

Na mesma década dos anos 90, lançou-se o Programa de Ação Nacional Anti- Drogas (PANAD), depois da Convenção da Organização das Nações Unidas contra o tráfico ilícito de drogas de 1988 e a Convenção de Viena contra o tráfico ilícito de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas em 1991. O Brasil adotou uma nova política criminal sobre drogas, a militarização, para satisfazer as críticas da ONU. Com esta militarização o Brasil declarou a guerra ao tráfico de drogas e, assim, as Operações Rio tiveram lugar⁸. Pedrinha destaca que a juventude pobre do Brasil é estigmatizada como traficante de drogas, já que o comércio ilícito de drogas por jovens ultrapassou 50%, com que o comércio ilícito de drogas tornou-se o motivo fundamental da criminalização da juventude pobre do Brasil (2008: 5495).

Neste âmbito, em 1998 organizou-se a Sessão Especial da Assembleia Geral (UNGASS), onde a ONU reafirmou as diretrizes das políticas sobre drogas das Convenções – Irmãs e onde estabeleceu-se o objetivo de erradicar os cultivos de plantas e vegetais para a produção de drogas ilícitas. Cabe apontar aqui, que a ONU reafirmou esta meta em 2003. As políticas sobre drogas proibicionistas fomentaram a sobrecarga ao sistema justiça, já que o porte e o consumo de drogas ilícitas consideravam-se como crimes que mereciam punição. Como as políticas sobre drogas enfocaram-se, principalmente, na redução da oferta de drogas, a redução da demanda, que promovia a prevenção e tratamento para os usuários dependentes, confrontava uma importância secundária na pauta política. Dentre as políticas proibicionistas, o tratamento considera a abstinência total como única meta possível (Alves, 2009: 2311). Contrário a isso, a partir de 2000, as políticas brasileiras sobre drogas iniciaram uma política que favorecia a redução de danos (2009: 2314).

Somente a partir do ano 2000, o governo brasileiro começou a reformar as suas políticas sobre drogas com, por exemplo, a aprovação da Lei nº 11.343 de 2006. Lima aponta que o país viveu por mais de quarenta anos com a mesma base legislativa, que foi adotada depois da Convenção de 1961. Com os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica e a luta pelos Direitos Humanos, as políticas sobre drogas modificaram-se (2011:

⁸ As Operações Rio realizaram-se em 1994, 1995, 2007 e 2008, que tiveram como finalidade, a destruição do tráfico de drogas nas favelas do Rio de Janeiro (Pedrinha, 2008: 5495).

114). Por fim, em 2006 a Lei nº 11.343 substituiu a Lei nº 6.368, que procura não descriminalizar qualquer tipo de droga, embora o porte continue sendo considerado como crime. Além disso, a Lei introduziu o tratamento obrigatório e a “concessão de benefícios fiscais para iniciativas de prevenção, tratamento, reinserção social”. Ademais, o usuário de drogas, que porta uma pequena quantidade de drogas para o seu próprio uso, não arriscará mais prisão, mas poderá ser obrigado a frequentar cursos educativos, pagar multa e/ou prestar assistência aos serviços sociais etc. (Lima, 2011: 115). Com a entrada do novo milênio, as políticas públicas sobre drogas posicionaram-se em defesa dos direitos humanos e da redução de danos (Lima, 2011: 118).

A Lei nº 11.343/2006 apresenta alguns avanços como a distinção da condição de usuários e dependentes de drogas, a abordagem das atividades preventivas ao uso indevido e a introdução de penas alternativas. No entanto, as atividades de repressão à produção não autorizada são acentuadas com o aumento de penas. As atividades de atenção aos usuários e seus familiares objetivam o desenvolvimento da qualidade de vida e trabalham com a política de redução de riscos e danos (Alves, 2009: 2317).

A nova Lei 11.343/2006 inovou, por um lado, com os eixos de prevenção do consumo de drogas e de reinserção social de usuários; por outro lado, suplicou a repressão ao tráfico e à produção de drogas (Pedrinha, 2008: 5496).

Em 2010, o Presidente Luiz Inácio da Silva publicou o Decreto n. 7.179/2010, que queria executar de maneira descentralizada e integrada a prevenção do uso, o tratamento e a reinserção social de usuários e o combate ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas (Santos, 2011: 24).

2.2 A criação dos serviços de saúde para os usuários de drogas

O Decreto 4.292/1921, que especificou o termo droga como “uma qualidade designativa às substâncias mencionadas como venenosas”, introduziu a criação das clínicas para usuários de drogas. Este termo somente perderia o seu significado com a aprovação da lei em 2006. Assim sendo, segundo Pedrinha, a drogadição consolidava-se em doença compulsória. Os experimentadores, usuários e dependentes oficialmente não eram mais criminalizados, mas tinham a obrigação de passar pela internação obrigatória ou facultativa. Nas clínicas, as doses homeopáticas servidas para os pacientes deveriam substituir o consumo de drogas e com a redução progressiva e a eliminação gradativa das doses o interno deveria alcançar a abstinência. A alta do paciente dependia de uma decisão judicial (Pedrinha, 2008: 5491).

Segundo Moraes, a dependência de drogas começa a ser considerada como doença a partir de 1969, quando uma revisão é feita pela Organização Mundial de Saúde na Classificação Internacional das Doenças, introduzindo o conceito farmacodependência. Em 1975, o termo é revisado e ampliado, classificando a dependência como uma doença mental, que estabelece junto com a Reforma Psiquiátrica um novo modelo de atenção à saúde mental, que orienta o desempenho do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (2008: 123).

“Situada no contexto da reforma psiquiátrica, a atenção psicossocial tem como proposta compreender a determinação psíquica e sociocultural do processo saúde-doença. Considera os conflitos e contradições constitutivas dos sujeitos e intervém na organização das relações intra- institucionais, horizontalizando as ações e valorizando a equipe multidisciplinar” (Moraes, 2008: 124).

Em relação à saúde, a Lei nº 5.726, aprovada em 1971, ainda não se refere ao tratamento dos usuários dependentes, Alves destaca que a Lei somente faz referência aos “infratores viciados”, que correspondiam àqueles que “em razão do vício, não possuíam condições de discernimento acerca do caráter ilícito de seu ato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (2009: 2314). O tratamento psiquiátrico continha uma internação hospitalar pelo tempo necessário à sua recuperação, então o tratamento não se considerava como garantia à saúde, mas como uma reabilitação criminal do usuário dependente. A Lei de 1976 amplia, parcialmente, a abordagem do tratamento e da recuperação dos usuários de drogas. A assistência à saúde não se considerava apenas como uma reabilitação criminal do usuário dependente, mas como uma reabilitação para dependentes de substâncias entorpecentes. No entanto, os serviços de saúde para os dependentes de drogas somente começaram a ser construídos na segunda metade dos anos 80, com os serviços extra-hospitalares especializados na assistência aos usuários dependentes. A internação hospitalar psiquiátrica foi, naquela época, o único recurso terapêutico para os usuários dependentes (Alves, 2009: 2314).

Nos anos 80 foi criado o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, que formulava a Política Nacional de Entorpecentes através do CONFEN. Uma das iniciativas era apoiar os centros de referência em tratamento, que foram criados nos anos 80 vinculados às universidades públicas. Embora, na década de 70, fossem criadas as comunidades terapêuticas como instituições não governamentais. Então, no Brasil já havia centros de tratamento, no entanto, eles não foram criados pelo Estado brasileiro, mas pelas organizações não governamentais.

Em 1986 com a 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde, surge a concepção atual de promoção da saúde de oferecer os meios necessários para realizar maior controle sobre as vidas, assim para melhorá-las. A Organização Pan-americana de Saúde começou a realizar atividades para promover a saúde, que incluía o desenvolvimento humano e a qualidade de vida aceitável, e o conceito de que a saúde é um estado de “bem estar geral da pessoa” (Gelbcke & Padilha, 2004: 273).

Segundo Gelbcke e Padilha, antes da 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde, a OMS já estava estabelecendo o plano mundial de Saúde para Todos com cuidados primários de saúde, anotados na Declaração de Alma-Ata (1978). Saúde para Todos significava um apoio à igualdade e aos sistemas nacionais de saúde (2004: 273). Assim sendo, em 1988, a nova Constituição começou a promover a universalização do atendimento de saúde e saúde como direitos a todos (Santos, 2011: 29). A promoção da saúde, conforme Gelbcke e Padilha, introduziu estratégias políticas e educacionais que são usadas por governos para alcançar e garantir a igualdade e o desenvolvimento sustentável da região americana (2004: 276).

Ao final da década dos anos 80, o Ministério da Saúde, especificamente a Coordenação Nacional de DST/AIDS, começou a focar-se no surgimento do aumento de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Assim em 1989, teve a primeira tentativa de introduzir um programa de trocas de seringas em Santos, a despeito de que o programa não tenha sido executado. Nos anos 90 o Governo brasileiro e o Banco Mundial fizeram um acordo, que foi financiado pelo escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), de oferecer projetos de atenção ao uso de drogas injetáveis, como o programa de trocas de seringas. Assim em 1995, o programa de trocas de seringas efetivou-se em Salvador, Bahia, como pioneiro do Brasil e da América Latina (Andrade, 2011: 4666). Segundo Andrade, as políticas públicas de saúde focalizaram-se nas pessoas que usavam drogas, pelo medo de que essas doenças espalhassem-se pela sociedade (2011: 4666).

Entre 1995 e 2003 surgiu uma série de mais de 200 programas de redução de danos no Brasil. Com a autorização dos estados e dos municípios, várias associações foram criadas, como a Associação Brasileira de Redutores de Danos em 1997 e a Rede Brasileira de Redução de Danos em 1998. Logo os Programas de Redução de Danos expandiam-se a outras populações além dos usuários de drogas injetáveis, como os meninos na rua, usuários de crack, profissionais do sexo etc. (Andrade, 2011: 4666). Segundo Moraes, a política de redução de danos foi estabelecida numa esfera de reflexão sobre a guerra às drogas, aceitando que uma sociedade sem drogas não existe e nunca existirá (Moraes, 2008: 123).

Cabe destacar, que os profissionais do Programa de Redutores de Danos notaram certa mudança nos usuários de drogas injetáveis, que limitavam o uso injetável ao uso de cocaína de melhor qualidade ou até ao crack (Andrade, 2011: 4666). Os primeiros Programas de Redutores de Danos foram confrontados com muitas dificuldades, já que o seu trabalho foi visto como ilegal e uma maneira de promover o consumo de drogas. Contudo, baseando-se nas experiências dos outros países, os programas começaram a ser mais aceitos pela população brasileira e em 2003 existia um total de 273 Programas de Redutores de Danos. Isso alterou, quando os financiamentos do Ministério de Saúde foram transferidos para os estados e municípios em 2004, o que resultou em uma rápida declinação destes Programas. Andrade anota, que dos 136 Programas existentes em 2005, as equipes técnicas foram substituídas por voluntários ou autônomos e a maioria dos Programas ainda dependiam dos recursos federais (2011: 4667).

Uma importante mudança, que foi introduzida a partir de 2000, foi a distinção entre as ações antidrogas e as de prevenção, tratamento, reinserção social e recuperação. A Lei n° 4.345/2002 afirma, por um lado, que o tratamento dos usuários dependentes será feito de maneira multiprofissional com a assistência de sua família, sempre que possível. Por outro lado, considera o uso indevido de drogas, como uma ameaça à humanidade e à sociedade, relacionado-o ao tráfico e outros crimes (Alves, 2009: 2315). Cabe destacar que as políticas antidrogas brasileiras seguem diretrizes contraditórias.

Com a formulação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, confirma-se a responsabilidade do SUS em garantir o direito à atenção aos usuários de álcool e outras drogas, até então feito pelas instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas. A política de saúde prevê a criação de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas com a implementação dos CAPS ad, que cumprem um papel significativo dentro o funcionamento da rede de atenção, promovendo o vínculo entre os aparatos comunitários sociais e de saúde para a integralidade da inclusão social e da atenção de usuários e familiares. Esta rede de atenção psicossocial foi criada com a lógica de redução de danos, em concordância com os direitos de cidadania dos usuários de álcool e outras drogas (Alves, 2009: 2315-2316).

Em 2002, a Portaria GM/ 336 foi publicada, a qual estabeleceu diretrizes para a organização dos serviços de saúde mental, como os CAPS e também os CAPS ad (CAPS de Álcool e outras Drogas). Em 2002 a rede dos CAPS ad foi criado e em total 42 CAPS ad foram implementados em quatorze estados brasileiros, como serviço da Reforma Psiquiátrica

(Ministério de Saúde, 2003: 38-39). No ano 2002, o SUS gastou R\$ 74.447.824,64 com 96.295 internações psiquiátricas hospitalares dos usuários de drogas (2003: 42).

O CAPS ad é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pessoas que sofrem de transtornos resultantes do uso e dependência de droga. Este serviço trabalha com a lógica de redução de danos. Conforme o Ministério de Saúde, o CAPS ad oferece atendimento diário a pessoas que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas, “permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua; este serviço deve ser apoiado por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária” (Souza & Kantorski, 2009: 376). O CAPS ad oferece três tipos de tratamento: o intensivo, o semi-intensivo e o não intensivo. O intensivo é para os pacientes que necessitam acompanhamento e cuidado diariamente, o semi-intensivo é para os pacientes que ainda precisam de acompanhamento e cuidado frequente, mas não diariamente e o não intensivo é o atendimento com frequência menor. O CAPS ad funciona de segunda- feira a sexta- feira das 08.00 às 18.00 horas, oferecendo atividades individuais e grupais (Souza & Kantorski, 2009: 376).

“A vulnerabilidade para o uso indevido de álcool e drogas é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e outras drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente” (Ministério de Saúde, 2003: 43).

Segundo Souza e Kantorski, o uso de drogas pode ser considerado como uma maneira de lidar com problemas familiares. Para uma reabilitação, reinserção social e/ou tratamento das pessoas que consomem drogas, precisa-se da rede social dos pacientes, que pode proporcionar meios de intervenções mais adequadas. A rede social de um indivíduo é “o conjunto de vínculos relacionados ao indivíduo, quer por laços de parentesco, amizade ou conhecidos” (Souza & Kantorski, 2009: 374). Para a reinserção social na comunidade, as pessoas que sofrem de problemas de saúde geralmente precisam de apoio social. O cuidado de saúde não consiste apenas no tratamento de problemas, mas também na reintegração dos pacientes à vida dia a dia na sociedade. Conforme Souza e Kantorski, as pessoas que são integradas as suas comunidades e que têm uma rede social, pretendem viver mais e por isso é importante tratar os pacientes como seres humanos que fazem parte de um contexto social complexo (2009: 374).

Na década de 2000 criou-se a Rede de Pesquisa sobre Drogas em parceria com o Instituto de Drogas e Toxicodependência de Portugal e o Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento, que organiza cursos para os profissionais da saúde e da assistência social (Andrade, 2011: 4667). A Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, envolveu-se na ampliação da rede de CAPS ad, que foi criada em 2002 e contava 258 CAPS ad em 2010 (Andrade, 2011: 4667-4668).

O Governo Federal lançou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) em 2009 e o Plano de Integração das ações voltadas para a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e de outras drogas (O Plano Crack) em 2010, depois da expansão e visibilidade da utilização do crack no Brasil.

“Diante de acentuada vulnerabilidade social e das carências no campo da saúde, educação e segurança pública das populações menos favorecidas, sobretudo daquelas vivendo nas periferias das cidades grandes e de médio porte, em particular das pessoas que fazem uso de drogas ilícitas, uma política de Estado que integrasse a atenção a todas estas deficiências seria, sem dúvida, um elemento importante na resolução do problema” (Andrade, 2011: 4668).

A problemática de drogas vem ganhando, nas últimas décadas, uma extensão tão grave, segundo Gelbcke e Padilha, que é considerado um desafio para a saúde pública do país. Sendo assim, o Ministério de Saúde cria estratégias de promoção, prevenção e assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com prioridade à reinserção social e reabilitação deles. Entre as estratégias situam-se a expansão da rede ambulatorial e a fortificação de iniciativas municipais e estaduais, visando à internação hospitalar e o tratamento ambulatorial, com destaque na reabilitação psicossocial dos usuários (2004: 276).

Os Planos foram criados, segundo Andrade, num âmbito de pânico social associado ao uso de crack e num contexto de carência de ações eficazes junto com os usuários de drogas (2011: 4668). Cabe apontar que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que faz parte dos Programas de Atenção Básica em Saúde, facilitaria o funcionamento dos CAPS ad, se incluísse a atenção ao uso de drogas nas suas ações (Andrade, 2011: 4668). Os CAPS ad prestam atendimento clínico diariamente, evitando as internações, aos usuários de álcool e outras drogas. Para isto os CAPS ad dependem da ESF e das ações de RD. Conforme Andrade,

as ações desenvolvidas no domínio da ESF continuam frágeis nas comunidades socioeconomicamente desfavorecidas, onde o acesso aos serviços de saúde mantém-se difícil. Justamente nessas mesmas comunidades, onde o uso, abuso e tráfico de drogas são mais fortes, as ações governamentais têm dificuldades de incluir todos os cidadãos, especialmente os mais desfavorecidos. A população alvo dos CAPS ad e dos Programas da Atenção Básica, é caracterizada pela ausência de vínculos institucionais e, na maioria das vezes, foi criada num âmbito onde faltavam estes vínculos. Por isto não tem-nos como referência. Além disso, é importante anotar que, segundo Andrade, os serviços de saúde nem sempre levam as normas culturais e o estilo de vida dos pacientes em conta (2011: 4668-4669).

“Fica para estes serviços a visão cômoda, mas equivocada, de que esta pessoa não quer se cuidar, o que ratifica a exclusão social e a precariedade da assistência à saúde em que ela vive. Some-se a isto a dificuldade de acesso a estes serviços, o que muitas vezes demanda custos com transporte, não previstos entre os poucos recursos disponíveis” (Andrade, 2011: 4669).

Os Projetos de Redução de Danos, financiados pelo Ministério de Saúde, querem oferecer atenção básica de saúde para a população mais vulnerável, como crianças, mulheres, jovens e usuários de álcool, crack e outras drogas que se encontram na rua. No início do funcionamento, os Projetos encontram bastantes dificuldades, como a falta do conhecimento, do equipamento para o trabalho de campo, do veículo para deslocar-se às ações de campo e para encaminhar os usuários que se situam em situações graves (Andrade, 2011: 4669).

Quando os CAPS ad não dão conta de lidar com os casos mais complexos, podem encaminhá-los para as Comunidades Terapêuticas ou para leitos em Hospitais Gerais. Nos leitos dos Hospitais Gerais, segundo Andrade, preserva-se mais a identidade do paciente e assim coloca-se a doença drogadição no mesmo nível que outras doenças (2011: 4669).

Segundo Santos, o tratamento recomendado para usuários que ainda não estão viciados é a psicoterapia e os grupos de apoio. Recomendam-se para os viciados, medicamentos que reduzem os sintomas de abstinência e as terapias (2011: 24).

Para Gelbcke e Padilha, há certa relação entre a promoção da saúde e a redução do problema das drogas, já que a promoção da saúde preocupa-se com a capacitação, a educação, respeito aos direitos humanos, justiça social, igualdade no atendimento. Indica-se que o problema pode ser reduzido através da promoção da saúde. Promover a saúde significa

procurar uma vida mais saudável e acompanhar os indivíduos ao alcançar uma vida melhor, neste caso uma vida sem ou com um uso regulado de drogas (2004: 277).

2.3 Surgimento do crack e a definição do crack

O crack teve a sua origem nos bairros pobres de Nova Iorque, Los Angeles e Miami na década de 80. A droga atraía usuários que não tinham condições de pagar cocaína, que é mais cara que o crack, e os usuários de drogas injetáveis. Na década de 90 o crack chegou a São Paulo e depois espalhou-se pelo país inteiro (Santos, 2011: 16).

Para determinar o conceito de usuário de crack/cocaína existem alguns pontos consensuais, como a funcionalidade, a vulnerabilidade e a relação com o cuidado. Com a funcionalidade entende-se “a ruptura que o usuário de crack apresenta em sua vida social em decorrência do uso da substância”. Assim sendo, existem usuários funcionais e disfuncionais no seu padrão de vida. A vulnerabilidade consiste na gravidade social, física e psíquica que o uso representa. A relação com o cuidado significa, por fim, a oferta do cuidado e o acesso aos serviços de saúde e à rede de apoio social (Ministério de Saúde, 2010: 5).

Segundo Santos, a quantidade de usuários de crack cresce cada dia mais, devido à facilidade de obtenção da droga, o preço baixo e a rapidez de causar dependência (2011: 11). Faz citação da Mariana Araguaia da Equipe Brasil Escola, que aponta que o crack era uma das drogas mais usadas em 2011, que atinge qualquer classe de sociedade, e não apenas as classes mais baixas. Segundo Araguaia, o crack causa rapidamente dependência por causa da dopamina que provoca prazer, euforia e excitação (Santos, 2011: 12).

“O crack é uma substância extraída do princípio ativo da cocaína, extraída da planta *Erytronxylon coca*. Sendo uma mistura de cloridrato de cocaína (em pó), bicarbonato de sódio ou amônia e água destilada. A mistura é fervida para separar a parte sólida, e depois resfriada. A parte sólida é posta para secar e depois talhada em pequenos pedaços, denominados por “pedras”” (Santos, 2011: 13).

Esta droga é fumada com objetos diversos como latas, cachimbo, canudos ou garrafas plásticas e chega ao cérebro em 8 a 15 segundos. Os efeitos de crack duram apenas dois minutos, por isso considera-se o crack como a droga que mais causa dependência. Além de produzir sensações de poder, euforia e prazer, ele causa insônia, hiperatividade, falta de apetite, depressão, ideia de perseguição e irritabilidade. Ao longo prazo, ele causa danos permanentes, como agravos cérebros e dificuldades respiratórias (Santos, 2011: 13). Quando a

droga é usada em grande quantidade, ela provoca reações agressivas e paranoicas e efeitos como suor intenso, tremores musculares, alargamento das pupilas e forte aceleração dos batimentos cardíacos. Andrade destaca que o crack, que tem como componente ativo a cocaína, é conhecido como droga da morte (2011: 4671).

Para o Ministério de Saúde é importante oferecer suporte social para os usuários funcionais para que se mantenham na funcionalidade. Entretanto, a rede dos serviços de Saúde Mental atende os usuários disfuncionais, porque representam um maior risco de vulnerabilidade e dano. A vulnerabilidade tem a ver com o gênero, idade, escolaridade, rede de apoio familiar e social, co- morbididades, conflito com a lei e com o tráfico (2010: 5-6). Para o SUS a expansão e a informatização do acesso da rede de saúde mental são importantes, já que o não acesso a esta rede pode causar maior risco de agravos. A atenção aos usuários de crack no âmbito do SUS representa um acesso universal e intersetorialidade, que quer garantir a continuidade da assistência para os usuários. Dentro dessa atenção os CAPS ad formam o centro da rede de serviços, na qual o CAPS ad vincula os diferentes serviços de saúde mental (2010: 7).

O objetivo principal do Consultório de Rua, que faz parte da rede de atenção do SUS, é oferecer cuidado a usuários que não são assistidos e que não têm vinculações com os serviços de saúde. Também promovem a inclusão social, os direitos humanos e a cidadania no acolhimento dos usuários (Ministério de Saúde, 2010: 13).

“A rede de atenção psicossocial do SUS, integrada em si, firma a necessidade de respostas de uma rede de potencial mais intersetorial, ágil, flexível e resolutive, que facilite o transite dos usuários de álcool e outras drogas, e que acolha e proteja suas diferentes demandas de cuidado” (Ministério de Saúde, 2010: 16).

As Casas de Acolhimento Transitório funcionam como albergues 24 horas para os usuários que sofrem dos transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Oferecem atenção e cuidados contínuos para usuários que se encontram num estado de vulnerabilidade e riscos. A permanência dos pacientes varia de 30 a 40 dias, dependendo do projeto terapêutico individual, que define o tempo de internação. As Casas de Acolhimento encaminham nos usuários para os CAPS ad onde podem seguir seus projetos terapêuticos. A sua equipe técnica é composta por educadores sociais, redutores de danos, profissional de nível superior e os profissionais de apoio (Ministério de Saúde, 2010: 17).

Cabe concluir que as políticas públicas sobre drogas do Brasil caracterizam-se pela posição proibicionista e reducionista. O Brasil seguiu por décadas as diretrizes estadunidenses como a guerra às drogas, que definia ‘a droga’ como ‘inimiga’ da sociedade. Além disso, o Brasil baseava as suas políticas nas convenções internacionais e acordos afirmados, que davam prioridade à repressão e ao controle do consumo, à posse, e à redução da oferta. Mesmo com a caída da ditadura militar, a volta da democracia e a aprovação da Lei de 1976, o país seguiu o caminho repressão. Somente a partir do ano 2000 o Brasil iniciou uma política de drogas que favorecia a redução de danos e começou a distinguir as ações antidrogas de prevenção, tratamento, reinserção social e recuperação.

Quanto às políticas do serviço de saúde, o uso de droga só chegou a ser considerado como doença a partir do ano 1969. Antes o tratamento era visto como uma reabilitação criminal do usuário dependente. Desde então a convicção, que a instituição tinha a ver com a clausura foi desconstruída. No entanto, somente a partir da segunda metade dos anos 80 o governo brasileiro iniciou a criação dos serviços de saúde, cuja responsabilidade é garantir a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Com a implementação dos CAPS ad a política de saúde prevê a criação de uma rede de atenção. Esta rede de atenção foi criada com a lógica de redução de danos, em concordância com os direitos de cidadania dos usuários de álcool e outras drogas.

3. A rede de atenção psicossocial em Recife, Pernambuco

Neste último capítulo, estudo de caso, analisar-se-á a rede de atenção psicossocial de Recife. Através de uma pesquisa de campo, foram obtidas informações sobre a rede de atenção psicossocial em Recife. Por um período de seis semanas fez-se uma pesquisa qualitativa em Recife, visando-se pesquisar a rede de atenção psicossocial que atende usuários de crack. Os objetivos da pesquisa qualitativa foram: (1) analisar a problemática de crack com a visão dos acadêmicos, gestores, psicólogos e atuantes dentro a rede de atenção psicossocial e dentro as políticas de drogas ao nível nacional, estadual (Pernambuco) e municipal (Recife), (2) identificar a rede de atenção psicossocial de Recife (a rede de saúde e a rede de assistência social) (3) analisar o funcionamento da rede de atenção psicossocial de Recife, (4) entender os objetivos da rede de atenção psicossocial e (5) identificar as dificuldades dos serviços da rede de atenção psicossocial dentro a abordagem do tratamento de um usuário de crack. Estes objetivos foram pesquisados através de questionários anônimos e entrevistas semi-estruturadas. Em total, foram preenchidos 25 questionários anônimos por funcionários, como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, redutores de danos e terapeutas ocupacionais, que trabalham num serviço de saúde ou serviço de assistência social. Além disso, foram entrevistados 20 pessoas, entre elas: psicólogos, psiquiatras, professoras universitárias, técnica de Saúde Mental, médicos, pesquisadores da FIOCRUZ, secretário nacional, presidente do Conselho Estadual de Políticas, assistente social, terapeuta ocupacional e enfermeiro de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ad, redutor de danos, psicóloga de Albergue Terapêutico, psicóloga da Unidade de Desintoxicação, policial militar, gerente e coordenadora regional do núcleo de Recife do Programa Atitude e atuante na gerência de políticas municipais sobre drogas do Instituto Assistência Social e Cidadania. Ademais foram feitas observações participantes, como a reunião de pré- e pós-campo de Consultório de Rua, visita domiciliar de um usuário de crack com a equipe de Consultório de Rua, um grupo de usuários do CAPS ad René Ribeiro, reunião técnica do CAPS ad Centro de Atenção, Prevenção, Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo (CPTRA), reunião de leitos integrais no hospital Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira e uma tentativa de encaminhamento de um usuário de crack de CAPS ad ao programa Atitude.

Também foram visitados os seguintes serviços de saúde e de assistência social: Albergue Terapêutico Celeste Aida, Unidade de Acolhimento Atitude, CAPS ad Luis Cerqueira, Consultório de Rua, CAPS ad René Ribeiro, CAPS ad CPTRA, Unidade de Desintoxicação (IMIP) e Instituto RAID. Além disso, participou-se em dois eventos, o evento de Rede de Atenção Psicossocial 1 (RAPS) em Recife e o III Seminário Internacional da Rede

de Pesquisa sobre Drogas em João Pessoa. Também assistiu-se aulas do Curso de “atualização em atenção integral para usuários de álcool, crack e outras drogas para profissionais atuantes em hospitais gerais” realizado pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas da Universidade Federal de Pernambuco.

Iniciar-se-á o estudo de caso com a situação da problemática de crack no Brasil e em Recife e o surgimento do crack na Região Metropolitana de Recife e no Estado de Pernambuco. Depois analisar-se-á as políticas públicas de drogas e os programas e planos em Recife e no Brasil. A terceira parte dedicar-se-á à rede de atenção e os seus serviços, onde analisar-se-á o perfil mais comum de usuários e o envolvimento das políticas públicas na rede de atenção.

3.1 A situação da problemática de crack no Brasil

Cabe destacar que a problemática de crack é um fenômeno, relativamente, recente no Brasil. O crack começou a surgir no início dos anos 90 em São Paulo. Apesar da sua curta existência, o fenômeno tem recebido muito espaço na mídia, mas também nas políticas públicas do Governo Federal. Na mídia a droga é chamada de ‘droga da morte’ que atinge toda a sociedade e a família. Será que a problemática é tão grande e grave como ela é retratada?

Segundo o psicólogo Marcelo Agra⁹, a situação da problemática de crack no Brasil é uma situação grave. O Brasil está correndo um risco muito grande, embora o crack esteja sendo colocado na mídia quase como se fosse um espécie de mal do mundo, como se fosse uma droga que chegou para destruir a sociedade brasileira.

“Eu situaria o crack, se fossemos falar de uma forma muito reduzida, como sintoma mesmo de algo que a gente vive de ponto social. A gente tem por exemplo as Cracolândias que são as grandes representantes dessa gravidade que tenta atribuir ao uso de crack e que a gente vê ali por exemplo são situações de forma muito clara, a gente percebe que aquelas pessoas que estão ali, elas não estão ali somente por causa do crack. A situação deles já era muito grave, antes do uso de crack” (Agra).

O entrevistado aponta que a situação da problemática de crack no Brasil refere-se à situação social da sociedade, ou seja, a desigualdade social. O maior problema dos usuários de crack, segundo Agra, não é o crack.

⁹ Entrevista com o psicólogo Marcelo Agra, no dia 5 de dezembro de 2013, no seu consultório particular em Recife.

A psicóloga Renata Almeida¹⁰ concorda com Marcelo Agra sobre o papel da mídia dentre a problemática de crack.

“O Crack é um problema serio, mas não tão serio como a mídia coloca. Ele atinge uma classe muito vulnerável, e assim consegue tornar as pessoas, dependentes rapidamente pela própria violência e também pelas classes sociais. A mídia termina estigmatizando os usuários de crack e afastando os usuários das redes sociais, da assistência, de saúde e também da sociedade” (Almeida).

Coloca-se uma realidade diferente, embora Almeida aponte que temos de ter uma preocupação sobre o crack, mas não a preocupação que a sociedade tem sobre isto, como a ideia que a droga vai destruir o país. Comenta que há menos de um por cento de usuários de crack (Almeida).

A assistente social e professora universitária Roberta Uchôa¹¹ destaca que a problemática do crack foi muito destacada pela mídia, ela até opina que as empresas do álcool incentivam isso, por enfatizar a atenção no crack, em vez no álcool. A psicóloga Rameh-Albuquerque¹² concorda com o fato que a problemática de crack é grave, mas a questão de álcool e do tabaco é mais grave.

Para avaliar as cenas do uso de crack, e com isto também a problemática do crack, foi encomendada a maior pesquisa nacional sobre o crack pelo governo do presidente Lula no final de 2010. Nesta pesquisa de campo, avaliou-se a questão dos usuários de drogas nas cenas do uso. Para avaliar a questão dos usuários, houve que mapear todos as cenas pelo Brasil inteiro. O pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e médico, Francisco Bastos¹³ assinalou quão violentas são as cenas, visitadas pelos pesquisadores da FIOCRUZ. Segundo Bastos, as cenas brasileiras de uso são muito mais violentas que as cenas europeias

¹⁰ Entrevista com a psicóloga e fonoaudióloga Renata Almeida, que é coordenadora da especialização da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP): “Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas: Práticas e Saberes”, no dia 5 de dezembro na UNICAP.

¹¹ Entrevista com a assistente social e professora universitária Roberta Salazar Uchôa no dia 19 de novembro de 2013, na Universidade Federal de Pernambuco. Atua no Grupo de Estudos sobre Álcool e Outras Drogas.

¹² Entrevista com a psicóloga R.C. Rameh- de – Albuquerque, que é professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte. A entrevista foi no dia 10 de dezembro em Recife.

¹³ Entrevista com o médico Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos, atualmente pesquisador titular do Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde e coordenador da pesquisa da FIOCRUZ sobre “O perfil dos usuários de Crack e/ou Similares no Brasil”. A Entrevista teve lugar no III Seminário Internacional da Rede de Pesquisa sobre Drogas em João Pessoa, no dia 26 de novembro de 2013.

de uso, que também são violentas, porém não como as cenas de uso no Brasil. As cenas brasileiras são dominadas por facções criminosas e caracterizam-se pelo enfrentamento com a polícia.

Ao analisar a problemática de drogas no Brasil, deve levar-se em conta à complexidade da sociedade, ou seja, a desigualdade social: salários mínimos muito baixos, qualidade da escolaridade baixa e serviços de saúde precários que fortalecem a exclusão social de certos grupos. Em qualquer sociedade e em qualquer lugar as pessoas fazem uso de drogas, seja drogas lícitas ou ilícitas. A maior problemática de drogas no Brasil, segundo Uchôa, é o uso de drogas lícitas, como álcool, remédios etc..

Observa-se que a problemática não é apenas uma questão de saúde, mas principalmente uma questão de integralidade das políticas e também uma questão de como observar e acompanhar os usuários de forma integral. A questão de crack ainda é muito associada com a marginalização moral. O psicólogo Antônio de Padúa¹⁴ vê a questão de drogas mas como uma questão de responsabilização; é uma lógica de responsabilizar os usuários sobre as escolhas que eles fazem na vida, mas, ao mesmo tempo, deve realizar-se que nem todos os usuários têm tanta escolha. A maioria dos usuários de crack, mas também de outras drogas, nunca teve acesso a um serviço de saúde, nunca fez um exame de sangue e não faz uso dos serviços públicos. Isto mostra quantas pessoas estão excluídas da sociedade e quantas concentram-se à margem da sociedade (Padúa).

O secretário nacional de políticas de drogas do Brasil, Vitore Maximiliano Zili¹⁵, declara que o uso de crack tem se tornado um problema social e grave para a rede social e a rede de saúde pública. A porta de entrada é muito maior do que a porta da saída, então de fato, as pessoas tendem a permanecer no uso problemático de crack.

“O crack, muito fortemente e diferentemente de outras drogas, leva a uma desorganização muito grande na vida dos usuários dependentes, impede a continuidade da rotina de outras pessoas antes do uso de crack” (Maximiliano Zili).

¹⁴ Entrevista com o psicólogo Antônio Padúa, que é atuante na gerência de políticas municipais sobre drogas do Instituto Assistência Social e Cidadania (IASC), da Secretária de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, no dia 29 de novembro de 2013, no IASC

¹⁵ Entrevista com o secretário nacional de políticas de drogas no Brasil Vitore Maximiliano Zili, no III Seminário Internacional da Rede de Pesquisa sobre Drogas em João Pessoa, no dia 26 de novembro de 2013.

Uma grande maioria dos usuários de crack é poliusuária, o que torna a problemática mais grave. Visto o efeito muito rápido do crack, faz com que os usuários usem várias pedras¹⁶. Este formato de uso de várias pedras vincula os usuários fortemente com a rua, com as cenas de uso, que dá muita visibilidade ao problema, tornando o problema mais visível. Da uma visibilidade maior do que o uso de outras drogas.



Imagem de uma pedra de crack, fonte: Eus-R

Fazem com que as pessoas passem a acreditar que o maior problema do país seja o crack, é um problema grave, mas o problema mais grave é o álcool (Maximiliano Zili).

A psicóloga Julia Costa¹⁷ observa que há um recorde de classe dentre a problemática de crack, que envolve os jovens de classes mais baixas. Ver os usuários como doentes é uma questão interessante, abre uma perspectiva de trabalho integrado com a área de assistência social e outras áreas, mas como se fosse mais um trabalho para uma equipe de saúde. Opina que não é apenas um problema para a saúde, embora tenha se tornado um problema de saúde. Segundo Costa, a lógica de redução de danos aborda uma visão mais realista quanto ao problema e aponta que os casos dos dependentes de crack são casos duros, não é só a dependência, são os problemas sociais também. Por conseguinte, fundamentou a sua visão dentre a problemática com um exemplo sobre um caso de um aluno que foi flagrado fumando crack dentre a escola e que foi expulso pelo diretor quando este ficou ao tanto do incidente. Depois foi expulso de casa pelo irmão mais velho e foi para a rua. Este caso mostra que a problemática precisa mais de integração e de acompanhamento.

Segundo o gerente do programa Atitude, Rafael West¹⁸, a questão de crack é complexa e perpassa várias políticas públicas. Sempre teve foco na segurança pública. Apenas em 2006 (a Lei 11.343), o Brasil começou a considerar a problemática de crack, e de drogas, como problemática de saúde. Não deixa de ser vista como um crime, mas começa a ser considerada como uma problemática de saúde. Aponta que se precisa observar mais com cuidado o usuário de crack, que merece ter uma assistência de saúde, educação etc. O único problema dele não é o crack, já vem com um histórico de violência, baixa escolaridade, situação na rua.

¹⁶ O crack é cocaína transformada em pequenas “pedras”, que têm um valor de aproximadamente de R\$ 10,00.

¹⁷ Entrevista com a psicóloga Julia Costa no seu consultório particular no dia 3 de dezembro de 2013 em Recife.

¹⁸ Entrevista com o gerente do programa Atitude no governo do Estado do Recife e presidente do Conselho Estadual de Políticas, Rafael West, no dia 20 de dezembro na Secretária de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, em Recife.

Antes do uso de crack já estavam em outras situações sociais. Com o seguinte exemplo o West procura apresentar a questão da problemática que traz muitas outras questões sociais.

“Lembro de um caso de uma jovem de 21 anos, ela foi abusada sexualmente há 6 anos, já vivia na rua por 5 anos, passou muito pouco na escola e há 6 meses ela estava usando o crack, porque havia uma pessoa que estava violentando ela sexualmente. Ela falava que era única forma de sobreviver” (West).

3.2 A situação da problemática de crack e questão social em Recife

Padúa aponta que no Nordeste, em Recife, observa-se uma lógica dinâmica, uma questão moral, de que os usuários de drogas não querem que as pessoas saibam que são usuários, mesmo sendo visível. O uso de crack é mais escondido no Nordeste, comparado com o uso no Rio de Janeiro ou em São Paulo, onde os usuários compram, usam e ficam no mesmo local. Em Recife, ainda existe uma lógica de manter as aparências, já que o consumo é um tabu. O tabu não aborda apenas questões de drogas, mas também questões sexuais e questões de violência. O tradicionalismo ainda é bastante forte em Recife (Padúa).

Há 10 anos que os seis CAPS ad já existem e em 2008 surgiu o Consultório de Rua. Com esta expansão dos serviços de saúde o problema tornou-se mais visível. Graças ao feito de haver mais serviços, a população torna-se mais visível. Pode ser que a problemática tenha a mesma dimensão, mas cabe concluir que se tornou mais visível. A questão de acessos é muito importante dentre a problemática de drogas (Padúa).

Conforme Bastos, é uma surpresa que a maior concentração de usuários encontre-se no Nordeste. No Nordeste, encontraram-se cenas diferentes e pequenas, ao contrário das cenas de uso em São Paulo e Rio de Janeiro. No Nordeste não há fenômenos como Cracolândia, mas cabe realizar-se que os usos são muito disseminados por varias razões. Há uma ligação com a prostituição, turismo sexual e a exploração de menores. Formou-se um mercado que é mais ou menos parecido com o mercado que o Rio de Janeiro tinha, vinte anos atrás, aponta Bastos. Em São Paulo e Rio de Janeiro há um mercado muito grande, mas é frequentemente muito policiado. A partir de 2002, e especificamente os últimos cinco anos, o Nordeste, inclusive Recife, desenvolveu uma economia crescente, uma classe média crescente. A estrutura nordestina mudou completamente por causa destas mudanças sociais (Bastos).

40 por cento dos usuários do Brasil concentra-se no Nordeste. Com a pesquisa da FIOCRUZ o Recife teve 600 cenas de uso e estas cenas movem-se pela cidade. A situação é e grave, mas o problema não é o crack, senão é a falta das políticas públicas de inclusão para

um problema que é mais social do que de saúde. A questão não é apenas uma questão de ser pobre, já que os ricos têm possibilidades e um repertório de saídas e tratamentos em clínicas especializadas/ particulares. O crack de hoje é a cola de sapateiro de alguns anos atrás, então o fenômeno da problematização e marginalização de uma droga não é novo. Segundo Rameh - de- Albuquerque o estigma é produzido pelo senso comum e pelo papel da mídia.

Segundo a médica e pesquisadora da saúde pública da FIOCRUZ Teodósio¹⁹, os dados fornecidos pela FIOCRUZ demonstram que o maior número de usuários de crack concentra-se no Nordeste. Comprovando, portanto, que isto é um dado relativo e absoluto, que tem de ser visto com cuidado. A região Sul e Nordeste foram semelhantes, mas como a região Nordeste tem uma densidade de população maior (53 081 950 habitantes) do que a Região Sul (27 386 891 habitantes)²⁰, o Nordeste acabou sendo a região com a maior densidade de usuários de crack no Brasil. Os entrevistados da Região Metropolitana do Recife da pesquisa da FIOCRUZ revelaram que no Nordeste há uma dificuldade de acesso à cocaína e que o crack é uma das drogas mais acessível. Além disso, Teodósio destaca que no sudeste/sul a cocaína é mais acessível e mais usada.

“A situação de qualidade de vida e a situação sócio- econômica no Nordeste favorece mais o consumo do crack do que a região Sudeste, onde o acesso aos serviços é melhor” (Teodósio).

O Brasil tem uma sociedade capitalista e consumista, e assim tem um campo obvio em relação com as drogas.

“Você consome, no sentido de você poder tentar integrar-se na sociedade ou como uma forma de aguentar o sofrimento, através de drogas você consegue uma visibilidade social. O tráfico insere-se no mercado da sociedade capitalista e consumista” (Teodósio).

Em Recife, percebe-se que também há um consumo das classes sociais mais elevadas de crack, como no Instituto de Recife de Atenção Integral às Drogas (RAID), uma organização não

¹⁹ Entrevista com a médica e pesquisadora da FIOCRUZ Naíde Teodósio, no dia 2 de dezembro de 2013, na FIOCRUZ Pernambuco.

²⁰ IBGE – Censo demográfico: 2010: Resultados gerais da amostra:
http://biblioteca.ibge.gov.br/d_detalhes.php?id=799

governamental que atende pessoas de classe média e alta com problema de crack. O Instituto RAID é um instituto particular. Mas por outro lado, vê-se o problema de crack como um problema de saúde pública que traz consequências nocivas para as comunidades, que são mais notadas dentre as classes baixas (Teodósio). Além disso, Teodósio comenta que os grandes motivos do consumo de drogas são a sociedade brasileira, exclusão social, marginalidade social, educação de baixa qualidade e falta de perspectiva (de estudo, de emprego).

Uchôa aponta que em Recife não há esse tipo de cenas do uso, como é visto nas cidades São Paulo e Rio de Janeiro, onde há certas áreas, chamadas de Cracolândia, onde vários usuários reúnem-se, onde fazem uso de crack por um período muito longo.

“Aqui em Recife, não tem esse tipo de cenário de uso, aqui tem as cenas, mas itinerantes. Tem um processo migratório aqui no Recife, o que a pesquisa da FIOCRUZ tem mostrado. Tem um local, tem um espaço onde as pessoas fazem uso, chamado de ‘Chupa Chupa’ (que se situa num mangue), que é bastante escondido. Diferentemente, aqui no Recife temos um uso público mais aberto, as pessoas fazem uso abertamente, enquanto migram pela cidade. São espaços abertos de proteção” (Uchôa).

3.3 Surgimento de crack em Pernambuco e em Recife

Pouco sabe-se sobre a origem de crack em Recife, Pernambuco. Constata-se que o crack teve o seu surgimento em São Paulo, nos anos 90 e que a droga, em seguida, começou a espalhar-se por todo o território brasileiro. Ao solicitar informações sobre o aparecimento de crack em Recife, percebeu-se que existem poucos dados oficiais sobre o surgimento de crack, e que a maioria de informações baseia-se nas conversas com os usuários de drogas.

A partir disso, Rameh- de- Albuquerque aponta que há histórias de diferentes casos conhecidos sobre o surgimento do crack como uma estratégia de comércio do tráfico e que a oferta do crack é grande na região. Teodósio acrescenta que no Sudeste do país o surgimento do crack ocorreu há mais tempo do que nas outras regiões do país, embora a pesquisa da FIOCRUZ feita na Região Metropolitana do Recife revele casos de usuários recifenses que já consumem o crack há 16 anos. A partir da pesquisa da FIOCRUZ, a pesquisadora Teodósio aponta que em Recife há uma dificuldade de conseguir maconha de boa qualidade. A maioria dos usuários iniciou o uso por curiosidade e alguns por problemas familiares (Teodósio).

No primeiro relato da segurança pública, onde o uso de crack apareceu data do ano 2000. West explica que em 2002/2003 houve uma grande paralisação no comércio de

maconha na Região Metropolitana de Recife (RMR). Não vendiam mais maconha, e no mesmo momento os locais que costumavam vender maconha, começaram a vender crack, com a propaganda que o crack era uma maconha mais forte (West).

3.4 Políticas públicas sobre drogas no Brasil, e particularmente em Recife

Antes da Presidente Dilma tomar posse, Maximiliano aponta que houve uma mudança muito significativa durante a gestão do Presidente Lula, com a aprovação da Lei 2006. A mudança foi muito importante, porque antes a política seguia uma diretriz repressiva, onde os usuários eram detidos. Com a aprovação da Lei 2006, adaptou-se uma política de despenalização para os usuários de drogas. Da mesma forma que saiu o sistema de repressão, entrou o sistema de saúde. O país passou a reconhecer que o usuário dependente é uma pessoa que merece ajuda em vez de punição. Maximiliano Zili aponta que esta mudança ainda está ocorrendo. As redes estão ampliando-se agora, já que o país antes nunca teve uma rede de atenção para os usuários dependentes.

Segundo Agra, a política sobre drogas no Brasil, “a intencionalidade colocada no papel”, é uma das políticas mais elogiáveis que existe. A própria lógica de funcionamento de políticas que se pretende implementar, a criação dos serviços, a ideia dos CAPS, uma rede com equipamentos que não trabalham com internamento e a ideia de intersetorialidade.

“Só o que acontece, isso está colocado no papel, na pratica a gente não tem conseguido funcionar como está previsto. Esta política pra que ela funcione como pretende ela não pode prescindir, não pode abrir a mão a esta questão de intersetorialidade. No Brasil temos uma historia de muita fragilidade dessa coisa de intersetorialidade, de dialogo das áreas, justiça com a educação, saúde com a cultura” (Agra).

Segundo Bastos, uma resposta de segurança é a resposta mais simples e rápida a esta problemática. Opina que a agenda das políticas públicas não mudará até as eleições, porque é um tema muito delicado. Dentre as políticas públicas sobre drogas a saúde pública ganhou muito espaço, embora a segurança pública continue tendo um espaço dominante dentro da pauta. Existe uma possibilidade que com a aprovação da Proposta de emenda à Constituição, as políticas públicas sobre drogas mudem mais para o direito penal. Além disso, ele aponta que não existe uma substituição para o crack, o que dificulta muito a aproximação da problemática. (Bastos).

Segundo psiquiatra Gustavo Couto²¹, o então secretário de saúde durante a gestão do prefeito João Costa, a reforma psiquiátrica foi um momento marcante para a política sobre drogas tanto no Brasil, como em Recife. A reforma psiquiátrica foi um movimento com o objetivo de garantir os direitos dos pacientes e de integrar o indivíduo. A questão de drogas era uma questão de internação em regime fechado, então com o movimento as internações passaram a ser espaços abertos. Segundo Couto, ainda falta uma política de reintegração social no município. Além disso, aponta que o modelo pode ser reformado para ganhar mais potência em termos de respostas a esta problemática.

Teodósio comenta que se precisa prestar muita atenção à questão da abordagem e a prevenção na escola, escola da qualidade, lazer, questão da juventude e da mulher são fundamentais dentro o combate à situação. No entanto, aponta que a rede de atenção de Recife destaca-se de outros municípios.

Almeida explica que a gestão do Partido de Trabalhadores (PT) teve doze anos em Recife, os oito primeiros anos foram com o prefeito João Paulo Lima e Silva (2000-2008) que montou a rede de atenção psicossocial, que, segundo Almeida, tem sido um exemplo para o Brasil. Na saúde “o carro chefe” tornou-se o programa Mais Vida, que era para usuários de drogas e a rede saúde de transtorno mental. Houve muito investimento naquela área e os serviços estavam “lindíssimos”, funcionando bem. Depois de oito anos entrou o prefeito do João da Costa (2008-2012), que foi o candidato indicado pelo PT. Devido aos desacordos entre o João da Costa e o prefeito anterior João Paulo, a rede de saúde e o Programa Mais vida entraram em declínio durante a gestão do João da Costa, apesar de ele ser um gestor do mesmo partido. Não existia mais tanto investimento nessa área. Quando mudou a gestão mesmo com a gestão do Geraldo Júlio do Partido Socialista Brasileira (PSB) em 2013, mudou-se a execução das políticas públicas, e devido aos investimentos reduzidos a gestão “acabou o programa Mais Vida” (Almeida). Uchôa acrescenta que até 2012 o PT e o PSB estavam juntos na prefeitura do Recife e que a cultura política do país e de Recife ainda consiste em uma democracia fraca; relações pessoais e relações que vêm de famílias ainda são muito fortes. As diferenças de interesse podem mudar a política da prefeitura. Assim, o Prefeito investe mais na assistência social do que na saúde mental. Segundo Uchôa, a gestão de saúde é tipicamente uma política neoliberal.

²¹ Entrevista com o psiquiatra Gustavo Couto²¹, o então secretário de saúde durante a gestão do prefeito João Costa e atualmente psiquiatra na Unidade de Desintoxicação do hospital Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) de Recife. A entrevista teve lugar no dia 9 de dezembro de 2013, no IMIP.

Almeida concorda com Uchôa que cada gestão do prefeito tem as suas prioridades, e a área de álcool e outras drogas não é a prioridade do atual prefeito, embora acredite ou espere que o investimento federal possa melhorar a situação. No entanto, a rede de Assistência Social está recebendo bastante investimento, especialmente o Programa Estadual Atitude, que faz parte do Pacto Pela Vida²², já que o Recife era a segunda capital mais violenta, ficando só atrás de Maceió.

Ao contrário disto, a gerente de Atenção à Saúde Mental, Cleo Queiroz²³ destaca que a atual gestão vem dando continuidade da gestão do prefeito anterior, ele não fez mudanças. Acrescenta que a gestão aborda a ampliação das várias secretarias, seguindo o Ministério de Saúde e aborda a ampliação da rede. Queiroz desacorda com as opiniões dos acadêmicos que opinam que o programa Mais Vida acabou, porque a rede continua com a mesma política, só não possui mais esse nome. Há algumas diretrizes das próprias políticas que foram pactuadas na gestão anterior, que estão sendo implementadas durante o mandato do atual prefeito Geraldo Júlio.

O modelo implementado por Recife segue as orientações do Ministério de Saúde, cujas orientações foram estabelecidas na Constituição de 1988, quando o Sistema Único de Saúde foi criado. O modelo que a cidade segue é um modelo nacional do governo da república, então todos os estados, e todas as cidades seguem o mesmo modelo. No entanto, os modelos podem diferenciar pela organização do Estado ou do Município.

3.5 Planos e programas implementados ao nível federal e estadual

Dentre a pauta nacional das políticas de drogas, o Governo Federal tem implementado vários planos e programas para combater a existente problemática de crack. Neste parágrafo analisar-se-á tanto o programa nacional Crack, é possível vencer, tanto o Programa Atitude, Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares, que é um programa do Governo do Pernambuco. Ambos planos fornecem serviços de saúde e de assistência social aos usuários do crack.

²² “O Pacto pela Vida é uma política pública de segurança, transversal e integrada, construída de forma pactuada com a sociedade, em articulação permanente com o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Assembléia Legislativa, os municípios e a União” (<http://www.pactopelavida.pe.gov.br/pacto-pela-vida/>).

²³ Entrevista com a assistente social Cleo Queiroz, que é técnica da Gerência de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Secretária de Saúde Mental do município de Recife, no dia 3 de dezembro de 2013, na Prefeitura de Recife.

3.5.1 Crack, é possível vencer

A grande mudança com o governo Dilma ocorreu no final de 2011 com o lançamento do programa nacional Crack, é possível vencer, que trabalha com três eixos de (1) prevenção, de (2) cuidado e de (3) autoridade, enfrentamento ao tráfico de drogas. A estruturação de redes, a montagem de líderes de saúde para a dependência química, instalação de leitos e vários equipamentos. O programa nacional depende dos governos locais que têm de implementar o programa ao nível local (Maximiliano Zili).

Em 2011 havia o plano de Crack, é possível vencer, mas as atividades do plano foram implementadas pelos setores separadamente em Pernambuco. Agora reatualizou-se este plano com outros eixos que garantem a integração de forma intersetorial. O eixo de gestão encaixa-se na intersetorialidade entre as secretárias, e outros setores atuantes dentro o plano. Os casos dos usuários, as necessidades deles serão discutidas entre os setores diferentes para garantir o melhor cuidado das pessoas. O plano vai implementar as redes dos serviços. O eixo de cuidado vai ampliar a rede dos serviços, na rede de assistência social as casas de acolhimento vão de 10 a 23, os CAPS AD vão de seis a dez centros (de 24 horas), o Programa Atitude vai implementar serviços só para mulheres e adolescentes. O eixo de prevenção procura prevenir que as pessoas que não usam não se tornem usuários, prevenir que as pessoas usuárias não se ponham em situações de mais vulnerabilidade. O plano recebe verbas do Ministério da Saúde, da Educação e os serviços recebem recursos do município, que vêm do Governo Federal. Recebem recursos das Secretárias Estaduais. O consultório de rua recebe verbas do município (Padua).

Maximiliano Zili explica que o programa é estruturado com uma lógica, então os valores dependem dos serviços implementados nos municípios. Um CAPS AD tem um valor X e este valor é igual em todos os lugares. A responsabilidade é do Estado de implementar os serviços sociais. Todos os 27 Estados já assinaram o acordo com o programa federal. Em total há 136 municípios no país (com no mínimo 200.000 habitantes)²⁴, desses 136 municípios, 119 já assinaram o pacto com o programa federal, o que indica que todos os estados e os municípios estão recebendo recursos do programa para instalar os serviços, e os equipamentos no seu município.

²⁴ IBGE – Sinopse do Censo Demográfico de 2010:

http://www.planejamento.sp.gov.br/noti_anexo/files/Resolu%C3%A7%C3%A3o_09_SPDR_17-11-2011.pdf

3.5.2 Programa Atitude

Paralelamente ao Plano nacional Crack, é possível dizer que foi implementado o Programa estadual Atitude. O Estado de Pernambuco é um estado bastante violento, segundo os dados da segurança pública de Pernambuco, e com este fato, criou-se o programa Pacto pela Vida. Com este programa observaram-se que várias vítimas dos homicídios eram usuários de crack e que esta violência tinha relação com o mercado do crack. Neste âmbito criou-se, em 2010, um novo serviço o Programa Atitude, que é mais focado nos usuários de drogas que são vítimas de situações violentas ou nos usuários de drogas que cometem atos violentos.

O programa Atitude, que dá atenção integral aos usuários de drogas e seus familiares, recebe verbas do Governo do Estado e do Banco Mundial. Recebe anualmente 12 milhões de Reais. Este tem quatro modalidades de serviço de atender usuários de crack com grande exposição à violência: a primeira modalidade são as equipes de rua (com o lema “se o usuário não vai até o serviço, o serviço vai até o usuário”). Vão aos locais com a maior incidência de crack e de violência (homicídios), em Recife as áreas são Rua da Aurora, Casa da Cultura, Casa Amarela, Morro da Conceição, Várzea etc. São equipes rolantes, que são compostas por um psicólogo, assistente social, educadores sociais, redutores de danos, que atuam na estratégia de redução de danos e de riscos para desenvolver proteção social. Neste sentido, a redução de danos também começa a abranger aspectos que podem proteger mais em estas relações com a rua e a violência. A segunda modalidade são os centros de acolhimento e apoio, que funcionam 24hs por dia com uma equipe interdisciplinar, psicólogos, assistente social enfermeiros, terapêuticos, educadores sociais, redutores de danos com uma estratégia de baixa exigência, por exemplo, quando um usuário chega depois de três dias sem dormir é importante que ele tome banho e durma e em seguida os trabalhadores sociais do programa conversam com ele. Esta baixa exigência foi criticada bastante, no entanto, os serviços ficaram rapidamente lotados, 90 % é usuário de crack. A terceira modalidade: é o Centro de Acolhimento intensivo, os usuários já passam a morar no centro, não é mais um centro tão aberto, mas também não é fechado, pode-se sair quando quiser, mas sob a condição de permanecer lá por um período. É um espaço protegido. Foca-se no resgate familiar, questão de escolaridade, mercado do trabalho, para que possa integrar nas novas relações. A última modalidade é o aluguel social; um espaço de moradia fora do local ameaçador. Estas moradias sociais são residências sociais e a equipe fica acompanhando o residente. O programa foca-se nos usuários de crack que correm risco de vida, ou seja, o grupo mais vulnerável.

Os resultados foram divididos em três blocos. No primeiro, o público que é atendido, mais de 30 % consegue entrar numa lógica de abstinência, consegue melhorar a vida, reduzir

os riscos; melhorias significativas. O segundo bloco (um terço do público) consiste em usuários que não deixaram o uso de crack, mas reduziram os danos que têm com o uso de crack, muda o uso para um uso mais controlado. O terceiro bloco, o Programa não teve resultados significantes, continuaram com o uso abusivo, foram presos etc. (Rafael West & a coordenadora regional do núcleo do Recife Maria Carmen)²⁵.

3.6 A Rede de Atenção dos serviços sociais em Recife

Como apontado pelo Secretário Nacional Maximiliano Zili, cada Estado é responsável pela implementação e a criação da rede de atenção dos serviços sociais que fornecem assistência aos usuários de álcool e outras drogas, e também de crack. Neste estudo de caso observar-se-á a rede de atenção dos serviços sociais de Recife.

Segundo Rameh- de- Albuquerque o crack só começou a ter atenção das políticas públicas quando começou a atingir as classes mais favorecidas, e assim a problemática começou a receber investimentos. Recife é a segunda capital no Brasil em números de serviços de álcool e outras drogas (São Paulo é a primeira). Em 1985 foi feito o primeiro serviço estadual para a questão de álcool e outras drogas em Pernambuco, o Centro de Atenção, Prevenção, Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo (CPTRA), em total foram implementados, ao mesmo tempo, cinco serviços no Brasil (Rameh -de- Albuquerque). Há 20 anos o Recife tinha apenas um hospital psiquiátrico (o atual CAPS ad Eulâmpio Cordeiro), que fazia internação de dependentes de uso de drogas, especialmente de uso de maconha. Nesses últimos 20 anos Recife começou a implementar novos serviços de saúde. Na década 90 Recife passou por avanços, porém por avanços muito lentos, segundo Uchôa devido à política neoliberal. Somente a partir do século 21, Recife alcançou muito na área de álcool e outras drogas, parcialmente, por causa do prefeito que era bastante preocupado com a questão de Saúde Mental e as políticas de drogas. O Ministério de Saúde criou uma rede dos serviços de saúde mental, baseada no modelo federal. Esta rede consiste em atendimentos que servem como porta de entrada para os grupos com o menor acesso aos serviços de saúde. Em 1990, foi implementado o primeiro CAPS ad; o CPTRA (Uchôa).

O município é muito privilegiado em relação à rede, cabe destacar que a rede de atenção psicossocial consiste em duas redes: a rede de saúde e a rede de assistência social. Essas duas políticas são complementárias. Devido ao surgimento de crack em Recife, a cidade

²⁵ Entrevista com psicóloga Maria Carmen, coordenadora regional do núcleo do Recife, do programa Atitude, no dia 25 de novembro de 2013 na Unidade de Acolhimento do Programa Atitude.

começou a implementar outros serviços, os serviços de assistência social. Houve um investimento na assistência social, porque a problemática de crack requer uma abordagem interdisciplinar (questão de violência, de justiça, assistência social, de educação, saúde mental etc.). Assim começou a implementação dos serviços de assistência social, casas de acolhimento, abordagem de rua etc. A assistência social trabalha com duas modalidades de cuidado, casas de acolhimento (pessoas vulneráveis) e aluguel social. A saúde mental ainda tem como objetivo do tratamento a abstinência total.

A rede de saúde é dividida em seis distritos sanitários. Cada Distrito Sanitário tem um CAPS ad. A rede de atenção de saúde de Recife trabalha com as equipes de Consultório de Rua, que trabalham com a busca dos usuários de drogas, os CAPS, um serviço voluntário, cujas equipes são multidisciplinares e os Albergues Terapêuticos, antes conhecidos como Casas do Meio do Caminho (Almeida). Este modelo existe há 14 anos e foi criado com recursos limitados. Há ainda a unidade de desintoxicação no IMIP, que não faz parte da rede de saúde, mas que colabora com ela. Almeida aponta que a rede poderia ser muito boa, mas com a mudança da gestão esta rede perdeu um pouco a potência que ela tinha. Não houve uma manutenção de uma boa equipe de recursos humanos. A rede está com os serviços funcionando de forma precária. Anteriormente as equipes dos serviços eram maiores (nos CAPS ad tinham três gerentes, agora tem apenas um), segundo Rameh-de- Albuquerque a gestão quer alcançar o mesmo resultado com pouco investimento, salários baixos. Ela aponta que a política de álcool e outras drogas têm mudado completamente. Ao investir mais na assistência social, não deveria significar que não investisse mais na saúde mental. Além disso, Uchôa aborda que, nos últimos 18 meses, houve um esvaziamento muito grande, que os serviços não conseguem funcionar do modo que deveria funcionar. Aponta que dos seis serviços de CAPS ad, dois estão funcionando precariamente. Durante a gestão do João Paulo, esta rede de saúde funcionou de uma forma razoável, conseguiu criar uma rede boa, que está sendo esvaziada. Além disso, Roberta aponta que os serviços tendem a funcionar ainda mais precariamente.

No entanto, Queiroz comentou que dos seis CAPS ad que Recife tem hoje em dia, três tornar-se-ão CAPS ad de 24 horas, o Luis Cerqueiro, Eulâmpio Cordeiro e CPTRA. As quatro Casas do Meio do Caminho que Recife possui, a gestão da Saúde Mental de Álcool e Outras drogas está transformando-se em Unidades de Acolhimentos. Os seis leitos integrais do hospital IMIP mudarão em dez leitos e implementarão 24 leitos no hospital Evangélico. A ampliação de consultório de rua com mais dois serviços e a implementação de emergência psiquiátrica municipal, que já existia no passado (Queiroz). A secretária da Saúde (Mental)

financia a rede CAPS, os leitos integrais, albergues terapêuticos, viabiliza a formação, projetos de geração de renda. São os projetos que estão na pauta (Queiroz).

No final de 2013 também estava a ser discutido a implementação nacional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O papel da RAPS é dar um novo nome para a rede, para integrar e conectar todos os serviços numa rede só. Antes de criar o conceito da RAPS, Recife já tinha uma rede parecida à ideologia da RAPS.

3.7 Os serviços da rede de atenção psicossocial de Recife

A rede de atenção psicossocial consiste em vários serviços de saúde, que observar-se-ão neste parágrafo.

3.7.1 CAPS ad

A rede dos CAPS ad consiste em seis CAPS ad em Recife. Pela portaria o CAPS é um serviço especializada de atenção à crise, então o papel é o enfrentamento ao uso abusivo. Fornecer assistência especializada e fazer articulação com a própria rede. (Assistente social do CAPS ad René Ribeiro). Trabalha-se com o atendimento individual e o atendimento grupal, além de tratamento médico/psiquiátrico. O CAPS ad trabalha com a reflexão do uso, as perspectivas de vida e os enfrentamentos. Há vários grupos, grupo de saúde, grupo final de semana (quando retorna depois do fim de semana), grupo de movimento (educador físico), grupo operativo (reflexão), grupo de redução de danos, grupo de prevenção à recaída (antes do final de semana para evitar o uso abusivo), conta com os apoios de oficinairos; oficina de capoeira, de origami (atividades criativas), há os grupos de família (enfermeira Claudia & psicóloga Jesa do CAPS ad “Luis Cerqueira”)²⁶.

3.7.2 Consultório de Rua

Consultório de Rua foi lançado em 2010 e foi criado a partir da experiência de Salvador, Bahia. Recife tem a rede mais completa do Brasil, e o Consultório de Rua foi criado na época da expansão da rede. O Consultório de Rua consiste em seis equipes, cada equipe tem o seu distrito sanitário. Cada equipe tem cinco redutores de danos e um técnico de referência. Como os CAPS AD não conseguem chegar até uma certa população, o Consultório de Rua vai até a população, que se encontra em situação vulnerável. O tipo dos usuários que vão até o CAPS ad tem um perfil que não é necessariamente o mesmo perfil que o Consultório de Rua

²⁶ Entrevista com a enfermeira Claudia e psicóloga Jesa do CAPS ad “Luis Cerqueira” no dia 3 de dezembro de 2013, no CAPS ad.

costuma atender na rua. Por um motivo ou outro algumas pessoas não conseguem chegar até o serviço. Há três turnos, manhã, tarde e noite e as equipes ocupam os três turnos. Cada equipe é vinculada a um CAPS ad. Cada equipe tem responsabilidades sanitárias para um distrito. O consultório de rua trabalha através da lógica de redução de danos e a lógica de promover a saúde. As equipes só têm um carro à noite, então durante os turnos de manhã e de tarde os consultórios de rua chegam aos locais de transporte público, o que pode demorar bastante (Assistente social Jonathas Soares do Consultório de Rua)²⁷.

3.7.3 Albergue Terapêutico

O objetivo dos Albergues é cuidar dos pacientes, que ficam albergados (internados) no Albergue. Os usuários sofrem pelo preconceito e pelo risco mental e social em relação às drogas. Um usuário fica internado por três a seis meses no Albergue, e a porta da entrada é o CAPS ad. O albergue é uma residência com uma equipe não- interdisciplinar, uma equipe de nível médico. O albergue tenta trabalhar com a mesma proposta dos CAPS ad, com um olhar psicossocial e uma abordagem de redução de danos, embora a abstinência ainda seja desejada. No entanto, os usuários nem sempre conseguem alcançar à abstinência, e nem sempre a querem. Importante dentro o tratamento é que o usuário faça mudanças. O albergue fornece atividades terapêuticas, coletivas, operativas e atividades de autonomia, onde os usuários ganham a responsabilidade de coordenar o grupo. Em total, dez usuários ficam internados no albergue, então cada semana uma outra pessoa coordena e faz um grupo, o que cria autoestima e provoca mudanças. No albergue o usuário não recebe tratamento, ele constrói o tratamento, esta construção é feita diariamente. Segundo a psicóloga do albergue Celeste Aída, o tratamento não tem fim. Depois de finalizar o tratamento no albergue, o usuário é encaminhado ao CAPS ad (Psicóloga Graças Borges do Albergue Terapêutico Celeste Aída²⁸).

3.7.4 Unidade de Desintoxicação

Todos os pacientes vêm dos CAPS AD e depois são encaminhados de volta para os serviços de CAPS AD. Agora o IMIP tem seis leitos, quatro leitos masculinos e dois femininos.

Quando um CAPS AD precisa de um suporte hospitalar clínico de um paciente é quando a Unidade de Desintoxicação entra. O paciente chega e passa por vários exames. O período da fase da desintoxicação leva aproximadamente sete dias. A equipe é composta por médicos,

²⁷ Entrevista com o assistente social e redutor de danos Jonathas Soares do Consultório de Rua no dia 4 de dezembro de 2013 em Recife.

²⁸ Entrevista com a psicóloga Graças Borges do albergue Celeste Aída no dia 22 de novembro de 2013, no evento de RAPS. A visita do albergue teve lugar no dia 25 de novembro de 2013.

psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e uma equipe de clínicos (técnico de enfermagem e enfermeiro) e a nutrição. A Unidade de Desintoxicação não faz parte da Rede, senão faz parte da prefeitura, porém trabalha com a rede. A Unidade sempre tenta estabelecer os contatos com a família, a família tem um papel importante dentro do tratamento do paciente (Psicóloga Cecilia Espíndola da Unidade de Desintoxicação)²⁹.

3.7.5 Programa Atitude: Unidade de Acolhimento (Rede de Assistência Social)

A unidade tem como meta acolher 30 usuários adultos diariamente em casa, além de acolher outros 15 usuários adultos que podem pernoitam ali. Os usuários da manhã alimentam-se, tomam banho e participam dos grupos, grupo de qualidade de vida, de família, de cidadania, de oficina, capoeira e mais. Também há possibilidades de oferta de atendimentos individuais. A equipe é composta por assistentes sociais, psicólogos, técnico de qualidade de vida (enfermeiros), educadores sociais, supervisores da casa, organização técnica. Cada técnico social (assistente social, psicólogo) é responsável pelos usuários de referência. A rotina faz parte dos atendimentos individuais (Psicóloga e coordenadora regional do núcleo do Recife Maria Carmen)³⁰.

3.8 Equipes, profissionais e objetivos da rede

Em todos os serviços visitados de saúde percebeu-se que as equipes são incompletas, e que há uma certa falta de formação dos profissionais na área. Como a rede de saúde sofre por ter equipes de quantidade insuficiente, profissionais em quantidade insuficiente, a Universidade Federal de Pernambuco oferece cursos de capacitação para os profissionais, que já trabalham na área, visto que a rede ainda precisa de formações. Durante a visita ao CAPS ad René Ribeiro, encontrou-se apenas um assistente social ali presente. Notando-se que de manhã não esteve presente nem um psiquiatra, nem um médico clínico de plantão. Se tivesse chegado um usuário com uma situação psicomotora, uma crise de abstinência, ou gravemente intoxicado, o CAPS ad deveria encaminhá-lo para uma unidade de emergência.

²⁹ Entrevista com a psicóloga Cecilia Espíndola da Unidade de Desintoxicação do IMIP no dia 9 de dezembro de 2013, no IMIP.

³⁰ Entrevista com a psicóloga e coordenadora regional Maria Carmen do Programa Atitude do núcleo do Recife, no dia 25 de novembro de 2013, no Centro de Acolhimento e Apoio.

Como parte da pesquisa, foram preenchidos 25 questionários anônimos por funcionários atuantes na rede de atenção, seja a rede de assistência social, seja na rede de saúde mental, seja na rede de atenção privada (como o Instituto RAID). Dos 25 participantes, dois eram homens e 23 eram mulheres, o que indica uma dominação feminina que atua dentro a rede de atenção. Dos 25 participantes, 21 fizeram uma Pós-Graduação e quatro finalizaram o ensino superior, então 84% dos participantes possuem diploma de graduação.

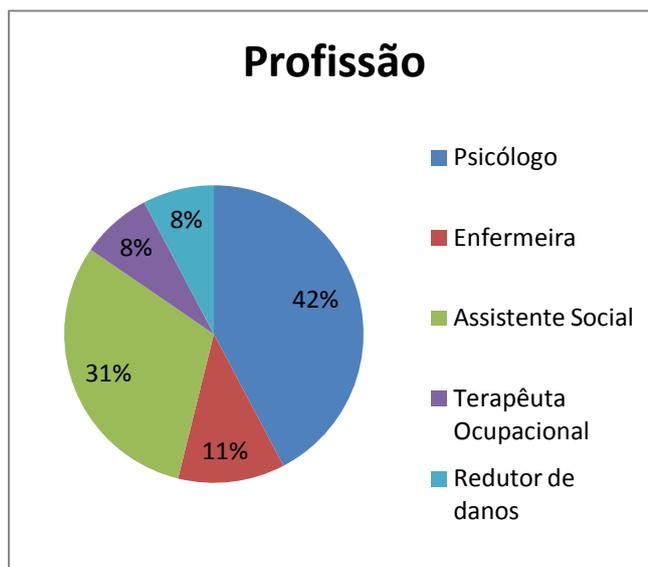


Figura 1 - Fonte: S. de Kruijf, Recife, 2013

A figura 1 indica que a maioria dos profissionais atuantes nessa área é psicóloga ou assistente social, o que também percebeu-se na prática, ao visitar os serviços, que fazem parte da rede. Rameh- de- Aluquerque também apontou que a grande maioria dos

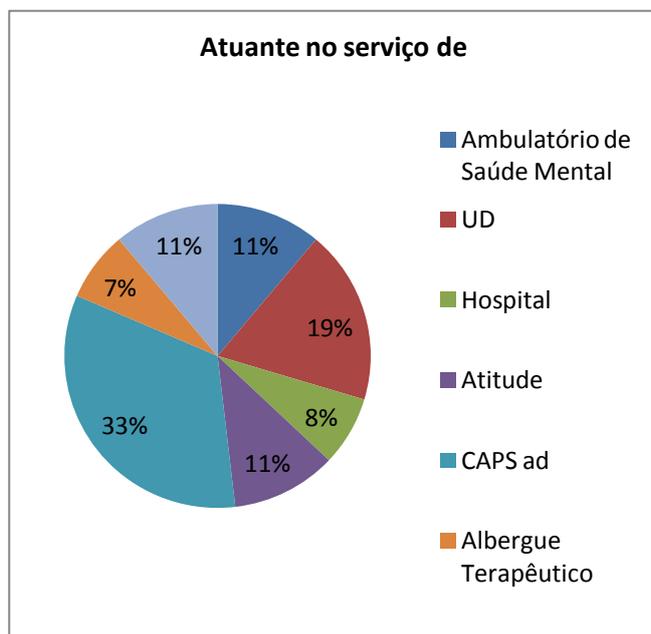


Figura 2 - Fonte: S. de Kruijf, Recife, 2013

profissionais são psicólogos ou assistentes sociais.

A figura 2, mostra que 33% dos participantes são atuantes no serviço do CAPS ad e 19% na Unidade de Desintoxicação. Cabe realizar-se que os consultórios de rua também atuam nos serviços dos CAPS ad. Conforme os profissionais dos serviços de saúde ou de assistência social, os objetivos dos serviços da rede de atenção são: (1) ajudar na reinserção social, (2) Reduzir os danos do consumo, (3) prevenir o uso, (4)

promover a abstinência e (5) outros. Nos outros objetivos encontraram-se os seguintes objetivos: fornecer tratamento em fase aguda (*overdose*) e promover proteção e cuidado integral. Além disso, um dos participantes observou que o objetivo da promoção da abstinência é muito forte dentro os objetivos do CAPS ad. Outro participante também anotou que “existe divergência entre a teoria e a prática”. Um funcionário de um CAPS ad confessa

que tem dificuldade de trabalhar com a lógica de redução de danos, porque como visto durante o grupo sócio-educativo é muito difícil de aprender viver com as drogas. A lógica de danos ainda não é muito desenvolvido, o que faz trabalhar com a redução de danos mais complicado. Ainda precisa avançar a política de redução de danos. Almeida também confirma que as equipes técnicas dos CAPS ad ainda trabalham com a lógica da abstinência. Trabalhar com a redução de danos significa trabalhar com os valores de redução de danos e não com os seus próprios valores ou pelo menos deve reconhecer os valores de redução de danos para aplicar a lógica. A finalidade do grupo de

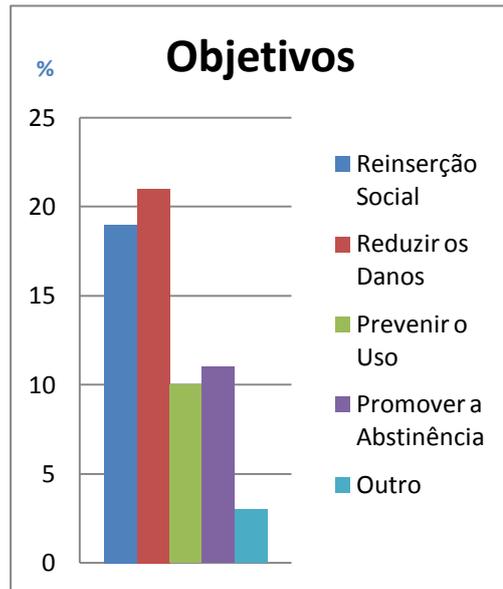


Figura 3 - fonte: S. de Kruijf, Recife, 2013

redução de danos dentro o CAPS ad é a diminuição do uso e o objetivo final é a abstinência total de drogas. Os CAPS não funcionam como a gente quer, há os projetos gerais, como conjunto de ações e atividades. As equipes deveriam fazer um projeto terapêutico singular para cada sujeito, precisa ser avaliado singularmente. A grande maioria dos serviços está com equipes incompletas, e sempre estiveram incompletas (Almeida).

As atividades oferecidas na rede de atenção são o tratamento médico (44%), grupo de autoajuda (22%), psicoterapia (11%), grupo comportamental (4%), terapia cognitiva (2%) e outras atividades (17%), conforme os resultados dos questionários. Entre as outras atividades encontravam-se grupo operativo, grupo terapêutico, grupo de saúde e cidadania, grupo de família, tratamento psiquiátrico e atendimento individual.

Quanto ao acesso dos usuários à rede de atenção, os participantes achavam o acesso bom (40%), regular (40%), ruim (16%) e péssimo (4%), segundo os dados dos questionários. Os participantes comentaram que em alguns serviços os usuários têm acesso a partir do centro de regulação na rede de saúde. Um deles apontou que o acesso melhorou devido aos investimentos e que os usuários conseguem acessar facilmente devido ao bom acolhimento e localização. No entanto, nem todos são tão otimistas quanto ao acesso dos usuários a rede de atenção. Um deles comentou que o acesso é ruim, porque a rede está formando-se, de forma que não consegue atender a todos que demandam-no. Quatro participantes apontam que o acesso é ruim devido às equipes fragilizadas e incompletas e a falta dos profissionais. Outro participante anotou que “existe porta de entrada aberta, porém não é garantia de acesso a todo

público. O consultório de rua consegue chegar mais próximo do usuário e garantir melhor acesso no território”.

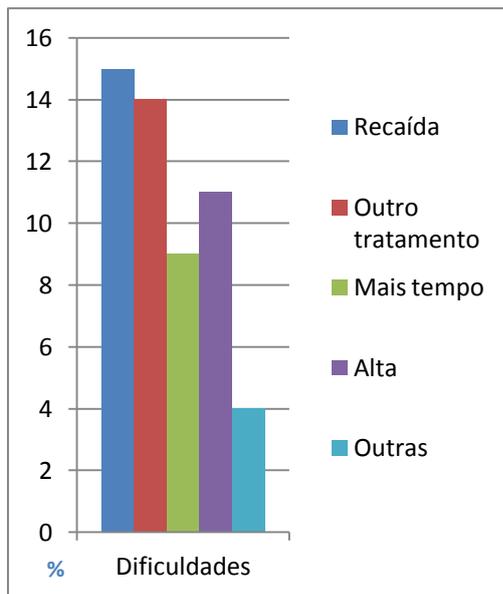


Figura 4 - fonte: S. de Kruijf, Recife, 2013

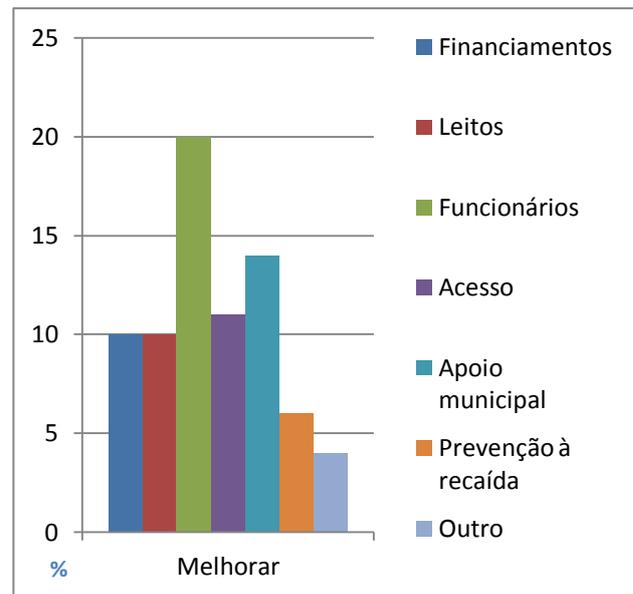


Figura 5 - fonte: S. de Kruijf, Recife, 2013

Segundo os resultados dos questionários, a minoria, 40 %, não finaliza o seu tratamento, 30% apontou que a metade finaliza, 26% que a maioria finaliza e 4% que todos os pacientes finalizam o seu tratamento.

A figura 4 mostra as dificuldades encontradas no tratamento dos usuários como a recaída, usuários que requerem outro tratamento, usuários que precisam de um período mais longo do tratamento, usuários que pedem alta e outras dificuldades. Um participante do questionário³¹ comentou que as dificuldades encontradas no seu serviço de atenção são

“Porta de entrada dos serviços sem fazer novas admissões; escassez de profissionais nos serviços; insuficiência de serviços e albergues terapêuticos; dificuldade de articulação com as políticas setoriais; etc.”.

Outro apontou que as “equipes querem que o usuário deixe questões pessoais, se sobressaírem”³². Outro comentou que tem dificuldades ao atender demandas de abstinências dos profissionais. O CAPS tem um conjunto de regras, aborda certas coisas que não são terapêuticas. Segundo Padúa, o CAPS ad não trabalha muito com a singularidade dos pacientes. Marcelo Agra aponta que cada caso é um caso, é a questão da singularidade; é uma

³¹ Assistente social no serviço de CAPS ad e Unidade de Desintoxicação

³² Terapeuta ocupacional no serviço de CAPS ad e Consultório de Rua

questão central nessa discussão de álcool e outras drogas, você tem que pensar que cada usuário tem a sua história e suas particularidades e as suas singularidades e, portanto as sua forma de relacionar-se com a droga, vai ser sempre diferente. Por mais que pareça igual não é. Uma psicóloga do albergue Celeste Aida explica que antes a questão do tabagismo era uma dificuldade dentro o tratamento, causava uma demanda muito grande para a alta. Sendo assim, os albergues e outros centros de referências têm implementado os fumódromos.

Outra dificuldade é a falta contínua de recursos humanos e a estrutura física ainda deixa muito a desejar. Opina que os serviços ainda têm uma rigidez nas suas regras para os usuários de crack, que é uma população vulnerável e muitas vezes em situação de rua. Os profissionais têm uma dificuldade de lidarem com a população em situação de rua. A rede de assistência social é mais voltada a atender pessoas em situação de rua que a rede de saúde mental.

A figura 5 destaca o que poderia ser melhorado no funcionamento da rede de atenção. Como pico na figura nota-se a questão dos profissionais. Os serviços da rede de atenção sofrem por falta dos profissionais e por enfraquecimento das equipes. Além disso, os participantes opinaram que precisam de um maior apoio municipal, mais leitos e ampliação do acesso dos usuários à rede. Rameh -de - Albuquerque aponta que as equipes dos serviços são tão pequenas, que não há a possibilidade de ter grupo somente voltado a um tipo de drogas. Além disso, comenta que tudo é manual nos serviços, ainda não trabalham a base de computadores. Na figura 5, entre os outros encontram-se a ampliação das vagas e dos centros e a falta do suporte da gestão para garantia das políticas de atenção. Novamente entre as dificuldades encontram-se as necessidades de aumentar as capacitações profissionais e a contratação dos profissionais. J. de Souza, L.P. Kantorski e F.B. Mielke³³ destacam em seu artigo “Vínculos e Redes Sociais de Indivíduos Dependentes de Substâncias Psicoativas sob Tratamento em CAPS ad” que na região Sul a composição das equipes, a grande demanda de usuários e a falta de recursos são dificuldades comuns encontradas nos CAPS ad (Souza *et all*, 2006: 14). D. de Vargas e F.A.B. Duarte³⁴ analisaram que há uma carência de capacitação e de formação nos serviços de CAPS ad em São Paulo (Vargas & Duarte, 2010: 122). Esta carência de capacitação e de formação na rede de atenção psicossocial em Recife também tem sido apontada pelos entrevistados e pelos participantes dos questionários.

³³ Enfermeira, professor e acadêmica da Faculdade de Enfermagem e Obstétrica da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

³⁴ Doutor em Enfermagem Psiquiátrica da USP e enfermeiro da USP

3.9 Perfil dos usuários

Os resultados dos questionários quanto ao perfil dos usuários mostraram unanimemente o perfil mais comum dos usuários é o perfil masculino.

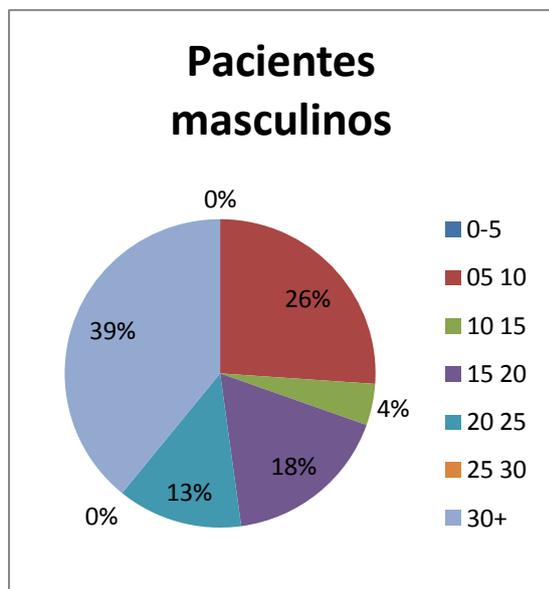


Figura 6 - Fonte: S. de Kruijf, Recife, 2013

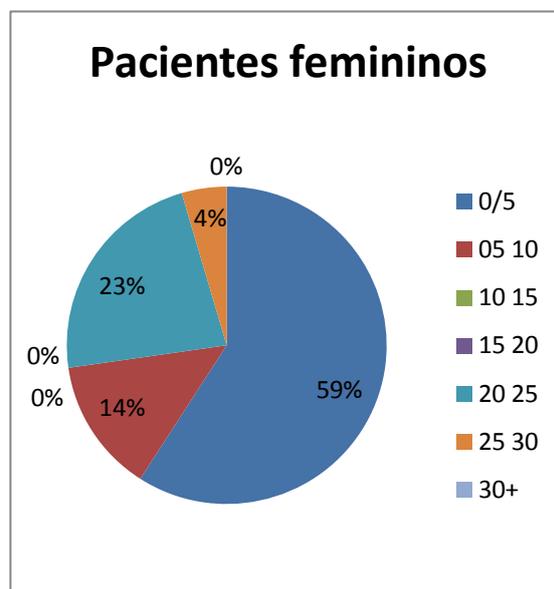


Figura 7 - Fonte: S. de Kruijf, Recife, 2013

As figuras 6 e 7 mostram a grande concentração masculina dentre os serviços da rede de atenção e a grande minoria de mulheres. 59 % dos serviços tem uma quantidade de 0-5 pacientes femininos, enquanto os pacientes masculinos representam uma porcentagem de 39 % de mais de 30 pacientes dentre os serviços da rede de atenção.

Na Unidade de Desintoxicação mulher é mais difícil de ser encaminhada por causa do papel de mãe, a dona de casa.

Pesquisadora da pesquisa FIOCRUZ Teodósio mostra que mais de 80 por cento de usuários de crack são homens, negros/pardos (não brancos), jovens, baixa escolaridade, desempregados (ou trabalhos informais). Este perfil é parecido com o perfil nacional ou o perfil das outras cidades. Mulheres apresentaram uma maior vulnerabilidade (10 por cento estava grávida durante a pesquisa da FIOCRUZ tanto em Recife, como no Brasil todo), sofre violência sexual (quatro vezes mais do que as mulheres não usuárias) e, além disso, as mulheres têm uma prevalência muito mais alta do HIV ou DST que os homens. Homens usam em torno de 13 pedras e as mulheres em torno de 21 pedras diariamente. A mulher consegue acessar mais recursos que os homens pela prostituição. Os entrevistados da pesquisa da FIOCRUZ de Recife falavam de pedras de dez Reais com o tamanho de uma metade de um caroço de um amendoim.

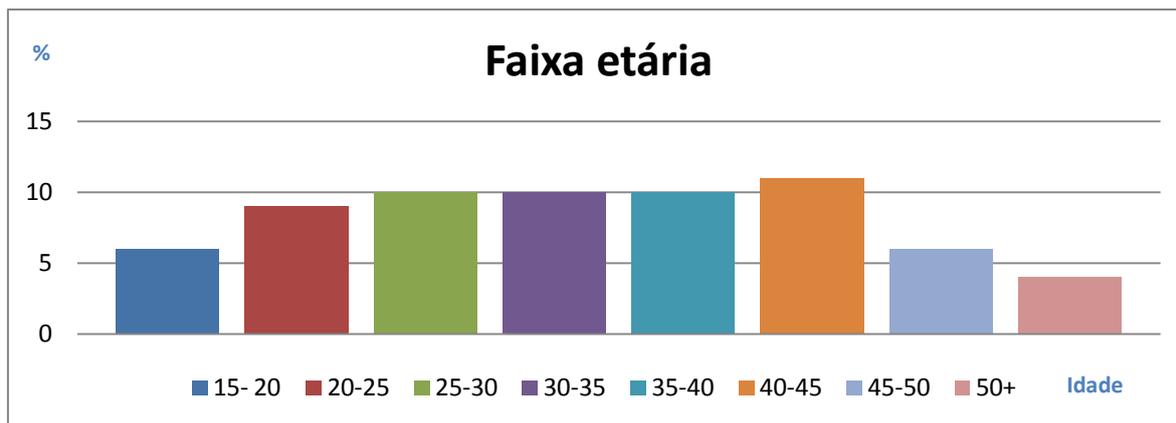


Figura 8 - Fonte: S. de Kruijf, Recife, 2013

A figura 8 foca-se nas idades mais comuns encontradas dentre os serviços da rede de atenção. Percebe-se que a minoria é a faixa etária de 50+ anos, 45-50 e 15-20 anos. Todos os serviços da rede de atenção visitados eram serviços que atendiam adultos, ou seja, a partir de 18 anos. Os dados dos questionários mostram que a idade média de 30 a 35 anos. A pesquisa nacional da FIOCRUZ divulgou que “os usuários de crack/similares entrevistados foram, majoritariamente, adultos jovens – com idade média de 30 anos” (FIOCRUZ, 2013: 7).

A figura 9 apresenta as drogas das quais os pacientes são dependentes. Cabe destacar que os questionários também foram preenchidos por dois participantes que atuam em um hospital, onde os leitos integrais serão instalados, assim que ainda não fornecem atendimento aos usuários de drogas ilícitas, apenas fornecem atendimento aos usuários de drogas lícitas. Dois participantes

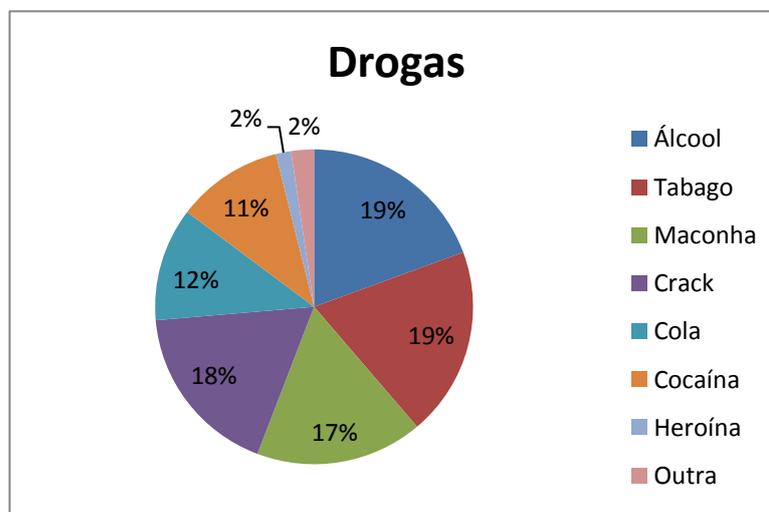


Figura 9 - Fonte: S. de Kruijf, Recife, 2013

apontaram que as dependências mais atendidas/tratadas são as dependências de álcool e de crack. Outro comentou que as drogas mais tratadas são o álcool, tabaco e maconha. Entre as outras drogas encontram-se medicamentos e psicotrópicos. No entanto, Maria Carmen aponta que na unidade de acolhimento e do apoio do Programa Atitude, 90 por cento dos usuários acolhidos são usuários do crack. Na unidade de acolhimento intensivo 100 por cento é usuário de crack. O programa não procura atender apenas usuários de crack, porém, os usuários de crack

precisam- de mais cuidados, vêm com mais problemas por causa do seu uso. Cabe destacar que dentre o Programa Atitude a grande demanda vem dos usuários de crack, embora também haja demanda da maconha, álcool e pouca, muito pouca, cocaína.

3.10 Rede de Atenção e as Políticas Públicas

Como terceira parte do questionário pesquisou-se a avaliação das políticas públicas dentre a rede de atenção de Recife. No que diz respeito ao apoio que os serviços da rede de atenção recebem, nota-se pelos resultados dos questionários que a maioria dos serviços da rede de atenção recebe financiamento estrutural como apoio. Os serviços recebem as verbas do Governo Federal (37%), Estadual (26%), Municipal (24%), Secretaria (8%), ONG (0%) e outros (5%), segundo os dados dos questionários. Dois participantes comentaram que recebem todas as verbas do SUS. No entanto, todos os serviços públicos de saúde da rede de atenção fazem parte da rede de SUS e são financiados com recursos provenientes dos orçamentos do Governo Federal, do Estado e do Município.

Segundo os resultados dos questionários, 39% opina que nada mudou depois da implementação do Plano Integrado do Crack e Outras Drogas em Recife, 30% nota uma diferença depois da implementação, 22% um pouco e 9% qualificou as mudanças como regular. Entre os comentários os participantes concluíram que o Plano incentiva e investe mais na área, tem aumentado o número de leitos, tem implementado ações integrada, tem enfrentado ao problema de forma mais efetiva, aumentou o olhar dos profissionais ao enfrentamento da problemática e fez que os usuários e seus familiares despertassem o desejo do tratamento. Por outro lado, alguns opinam que na prática nada mudou e que o Plano tem influenciado negativamente no processo de trabalho. Na figura ‘mais verbas em Recife’,



Figura 10 - Fonte: S. de Kruijf, Recife, 2013

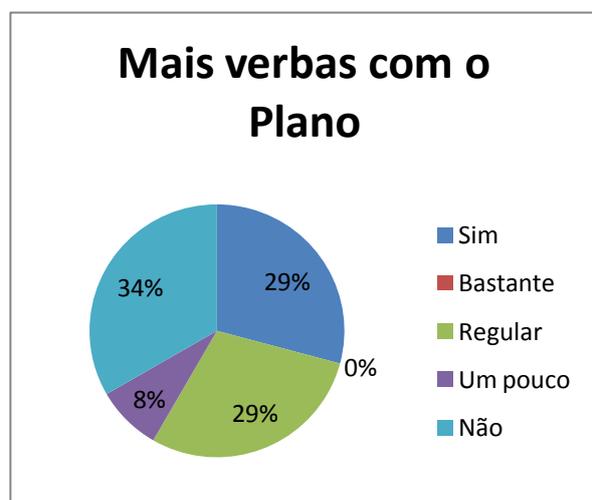


Figura 11 - Fonte: S. de Kruijf, Recife, 2013

observa-se que as opiniões dos atuantes nos serviços da rede de atenção estão divididas sobre a pergunta “nota que mais dinheiro está disponível para a problemática do crack em Recife”. 26% dos participantes opina que sim e 26% opinam que não notou uma maior disponibilidade de dinheiro. Quanto aos financiamentos do Plano, 34% concluiu que não receberam mais verbas depois da implementação do Plano e 29% apontou que receberam mais verbas depois da implementação do Plano.

Novamente, as opiniões estão divididas sobre a questão dos financiamentos.

No que se refere à política de Lula e de Dilma, 21% dos participantes aponta que a política nacional de drogas tem mudado com o mandato da Dilma e 21 % não acha que a política tenha mudado com o

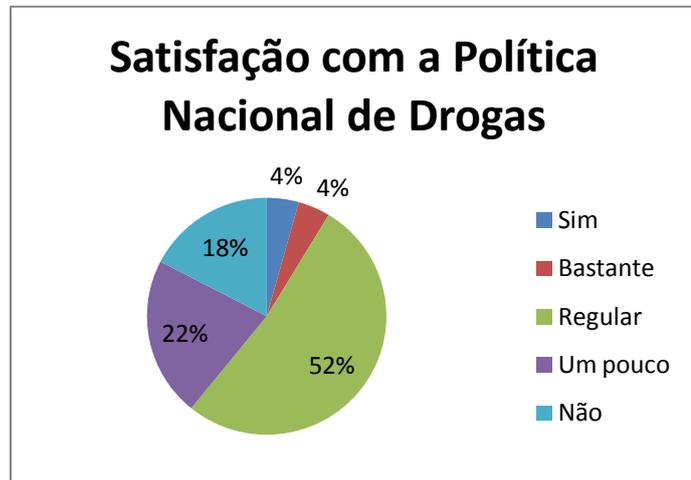


Figura 12 - Fonte: S. de Kruijf, Recife, 2013

Governo Dilma. Na figura 12 observa-se que apenas 4% está satisfeito com a atual política nacional de drogas, 4% está bastante satisfeito, 52% não está satisfeito, nem insatisfeito, 22% está um pouco satisfeito e 18% não está satisfeito.

Como última parte do questionário, foram avaliadas a participação e contribuição do município dentre a política de drogas e dentre a rede de atenção do Recife. Na figura 13, nota-se que a metade, 50% dos participantes avaliou a participação municipal da problemática como ruim, 25% como normal, 13% como péssimo e 12 % como bom.

Um participante comentou que “o governo fornece o financiamento, porém os prefeitos desviam as verbas para outros fins”. Outro participante apontou que há “pouca estrutura nos serviços de saúde, devido ao pouco investimento financeiro de recursos humanos e de estruturação política-teórica da redução de danos”. Uma psicóloga atuante na rede de atenção notou que o município fortalece mais a rede privada que a rede pública e que há uma carência de recursos humanos. Uma psicóloga da Unidade de Desintoxicação comentou que dentre o seu serviço vê-se mais higienização que redução do problema. Um atuante no CAPS ad apontou que a participação municipal dentre a problemática é “puro marketing, falta da interação da ponta da cúpula sobre as políticas de enfrentamento” e uma enfermeira concluiu que há uma falta de interação entre os profissionais das coordenações do programa com aqueles que atuam na prática e que trabalham com os usuários. Uma terapeuta ocupacional, que trabalha no CAPS ad e no Consultório de Rua, comentou que “a nova gestão

tem dificultado o cuidado à saúde de forma geral, seja na atenção primária de média e alta complexidade, bem como da saúde mental”.

Por ultimo, pesquisou-se de que maneira o município contribui na redução da problemática. 14% avaliou que o município contribui por oferecer verbas, 14% por criar novos programas, 36% por implementar políticas de drogas, 33% por promover ações de prevenção e 3% marcou a outra opção.

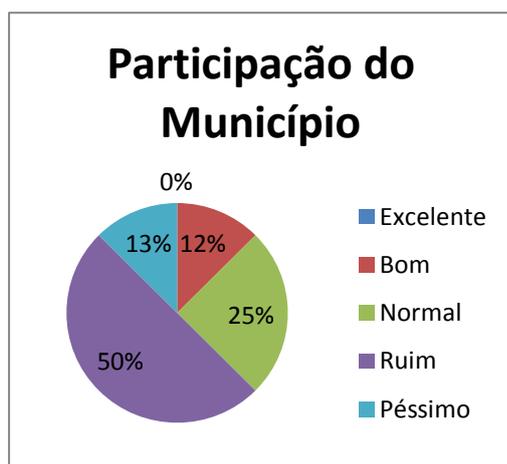


Figura 13 - Fonte: S. de Kruijf, Recife, 2013

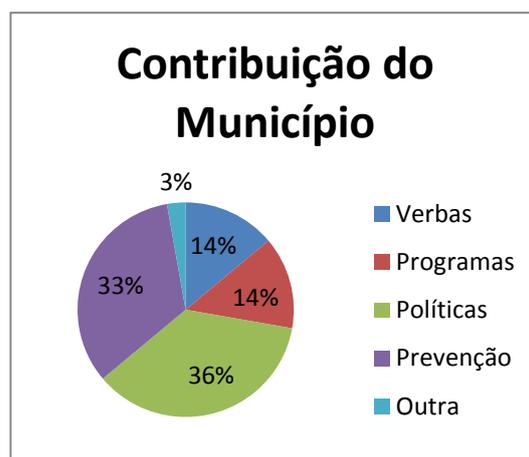


Figura 14 - Fonte: S. de Kruijf, Recife, 2013

Ao final do questionário houve espaço para anotar alguns comentários ou observações. Um participante comentou que “trabalhar nessa área é desafiador e frustrante ao mesmo tempo, o governo está investindo mais, embora necessite rever algumas atitudes principalmente com os profissionais”. A questão da falta dos profissionais foi apontada por vários participantes, que entre outros observaram uma diminuição dos profissionais. Além disso, alguns atuantes na rede de atenção apontaram que há uma grande falta dos recursos humanos para, por exemplo, manter os recursos da casa, para pagar as locomoções de usuários e para capacitar os profissionais. Um assistente social do CAPS ad e Consultório de Rua notou que:

“Nos governos do Partido dos Trabalhadores houve uma mudança de paradigma no que diz respeito à política de drogas, porém, existe a ideologia conservadora muito forte em nossa sociedade e isto faz com que a política sobre drogas sofra influência conservadora. Os aspectos culturais influenciam bastante a formulação e implementação das políticas. A maioria da população não tem acesso à informação e não é estimulada a refletir sobre os processos de reprodução das relações sociais”.

Cabe concluir, que a rede de atenção de Recife passou e ainda passa por um declínio e que sofre por uma carência de profissionais. Observou-se que o programa Atitude, a rede de assistência social, desenvolveu-se rapidamente e que fornece uma abordagem adequada aos casos mais graves da problemática de crack. Também deve-se lembrar de que os CAPS ad apenas formam um serviço dentre a rede de atenção, portanto não possuem a capacidade de atender a todos os usuários que passam pela rede de atenção. Percebeu-se que há uma certa falta de recursos humanos e de manutenção na maioria dos serviços de saúde. Ao visitar o Instituto RAID, que é um serviço privado, notou-se que há uma lacuna entre a rede de atenção pública e a rede de atenção privada. Sendo assim, cabe concluir que a problemática de crack afeta mais as classes mais carentes e baixas da sociedade, as quais mais precisam de um tratamento adequado, que também fornece novas oportunidades e novas perspectivas para o futuro.

Considerações finais

Em esta tese procurou-se observar e analisar a questão da problemática de crack no Brasil. O foco central do estudo de caso é o papel da rede de atenção psicossocial na abordagem dessa problemática, em Recife.

Artigos e estudos dedicados ao tema constataam que a questão de crack é um fenômeno recente no Brasil. O crack surgiu nos anos 90 em São Paulo e, em seguida, espalhou-se por todo o território brasileiro. No entanto, a problemática sobre drogas é uma questão antiga e universal, que pode afetar todas as sociedades no mundo. No que diz respeito à sociedade brasileira, esta demonstra certo grau de engajamento enquanto ao combate, prevenção e cuidado da questão de crack.

Atualmente, a problemática de crack abrange tanto o campo sanitário, como o campo de assistência social. No entanto, as políticas públicas sobre drogas do Brasil, e também de outros países, caracterizavam-se, no passado, por seguir diretrizes proibicionistas e reducionistas. Constatando as consequências trazidas pela política proibicionista, parece, conforme MacRae, necessário e também prudente procurar conviver com as drogas de melhor maneira possível. A partir de 1969, a problemática de drogas passou a ser considerada uma questão de saúde. Somente a partir da segunda metade dos anos 80 iniciou-se a criação dos serviços de saúde, cuja responsabilidade é garantir a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Com a implementação dos CAPS ad, a política de saúde começou a implementar uma rede de atenção psicossocial. Esta rede de atenção foi criada a partir da lógica de redução de danos, concordando, portanto, com os direitos de cidadania dos usuários de álcool e outras drogas.

Esta observação histórica destaca que a rede de atenção psicossocial tem um papel significativo na abordagem da problemática de crack em Recife. A rede de atenção psicossocial consiste em duas redes: a rede de assistência social e a rede de saúde mental, as quais são complementárias. As redes trabalham com a lógica de redução de danos, que segundo Nardi e Rigoni, define um usuário como doente, incapaz de responsabilizar-se por suas escolhas, requerendo ser assistido por um especialista. A lógica de redução de danos tem mostrado ser eficaz e adequada dentre a abordagem de drogas, um claro exemplo desta abordagem são os Países Baixos.

A rede de atenção de saúde mental procura trabalhar com esta lógica, porém os profissionais atuantes na área admitem encontrar dificuldades na abordagem. É importante realizar-se que não existe um substituto de crack, o que dificulta a aproximação da problemática. Através da pesquisa observa-se que os profissionais têm mostrado ter

dificuldade com a abordagem da lógica de redução de danos, por não ser ainda uma lógica bem desenvolvida dentro da rede de atenção psicossocial de saúde mental em Recife. Por isto notou-se na prática uma preferência à abstinência total.

A rede de atenção psicossocial consiste em atendimentos que servem como porta de entrada para os grupos com o menor acesso aos serviços de saúde. Com relação a isto, Padúa aponta que a maioria dos usuários de crack, e também de outras drogas, nunca teve acesso a um serviço de saúde, nunca fez um exame de sangue e não faz uso dos serviços públicos. Esta constatação destaca quantas pessoas estão excluídas da sociedade e quantas concentram-se à margem da sociedade. Mais uma vez, nota-se a relação entre a problemática de crack e a complexa questão da desigualdade social e da exclusão social. West e Agra acrescentam que o único problema dos usuários de crack não é o crack, senão a baixa escolaridade, a situação na rua, o histórico de violência, a vulnerabilidade etc.. Antes de haver começado com o consumo de crack esses indivíduos já se encontravam em outras situações vulneráveis.

Contudo, a rede de assistência social é mais focada no atendimento dos usuários de crack, por serem estes os mais vulneráveis, que a rede de saúde mental. A rede de assistência social fornece uma abordagem adequada com o foco nos casos mais graves da problemática de crack, ressaltando que a questão da singularidade é crucial dentro do tratamento. Cada usuário tem a sua história, as suas particularidades, as suas singularidades e, portanto, a sua forma de relacionar-se com a droga. O programa Atitude esclarece que os usuários de crack precisam de mais cuidado, visto que este grupo apresenta mais problemas causados pelo consumo que outros usuários. Para uma abordagem eficaz dos usuários de crack, é importante que as redes de assistência social e de saúde mental complementem-se para fornecer um tratamento adequado para os usuários de crack, e também de outras drogas, tanto lícitas como ilícitas.

Não obstante as boas intenções da rede de atenção psicossocial de saúde mental, a oferta não consegue cobrir completamente a demanda dos usuários de crack. Os profissionais de saúde mental têm dificuldades de lidarem com a população em situação de rua, já que este grupo alvo é frequentemente caracterizado por esta situação.

Além disso, é importante notar que a rede de saúde mental funciona de forma precária, devido ao esvaziamento, falta de recursos humanos, investimentos, manutenção e equipes incompletas (Almeida, Rameh- de- Albuquerque & Uchôa). Esta constatação foi vista na prática durante visitas aos serviços de saúde mental e de assistência social, onde notou-se, de fato, diferenças relevantes. A unidade de acolhimento do programa Atitude era uma unidade bem mantida com uma grande capacidade e uma equipe completa. Porém, nos serviços de

saúde mental, como os albergues terapêuticos e os CAPS ad havia uma carência de manutenção, investimentos, recursos humanos, profissionais e enfraquecimento das equipes incompletas.

A problemática de crack afeta as classes mais carentes e baixas da sociedade brasileira. É este grupo o que mais necessita uma abordagem interdisciplinar, que forneça além de um tratamento adequado também oportunidades de emprego, de estudo e um acesso melhor aos serviços de saúde, com os objetivos a inclusão social e a melhoria na qualidade de vida dos usuários de crack.

Referências Bibliográficas

AGRA SOUTO, M. (2010). *Usuários de drogas e programas de proteção a vítimas e testemunhas ameaçadas: limites e possibilidades*. Dissertação do Curso de Pós – Graduação *Lato Sensu* em Direitos Humanos: Curso de Especialização de Direitos Humanos. Universidade Católica de Brasília.

ALVES, V.S. (2009). ‘Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos saberes e práticas’, em: *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 25, N°11, pp. 2309-2319.

ANDRADE, T.M.de (2011). ‘Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil’, em: *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 16, N° 12, pp. 4665 -4674.

BARRETO DE ALMEIDA, R. & TÚLIO CALDAS, M. (2011). ‘As dificuldades e sucessos no tratamento do usuário de crack’, em: *Neurobiologia*, Vol. 74, N°2, pp. 99-112.

BECKER, H.S. (1980). ‘The social bases of drug – induced experiences’, em: LETTIERI, D.J., SAYERS, M., PEARSON, H.W. (1980). *Theories on drug abuse selected contemporary perspectives* (pp. 180 – 190). Rockfill, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

DEGENHARDT, L. & HALL, W. (2012). ‘Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease’, em: *The Lancet*, Vol. 379, pp. 55-70.

FERREIRA DE LIMA, A. (2005). *A dependência de drogas como um problema de identidade: possibilidades de apresentação do ‘EU’ por meio da Oficina Terapêutica de Teatro*.

Dissertação do Programa de Estudos Pós – Graduados em Psicologia – Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (2013). ‘Perfil dos Usuários de Crack e/ou Similares no Brasil’: Rio de Janeiro.

GELBCKE, F.L. & PADILHA, M.I.C.S. (2004). ‘O fenômeno das drogas no contexto da

- promoção da saúde’, em: *Texto & Contexto Enfermagem*, Vol. 13, N°2, pp. 272-279.
- INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2010). ‘Censo Demográfico de 2010 – Resultados Gerais da Amostra’: Rio de Janeiro.
- JÁUREGUI, IMMACULADA (2007). ‘Drogas y sociedad: la personalidad adictiva de nuestro tiempo’, em: *Nómadas Revista Critica de Ciencias Sociais y Juridicas*, N°16., pp. 1-10.
- KORNBLIT, A.L.; CAMAROTTI, A.C. e di Leo, P.F. (2010). La construcción social de la problemática de las drogas. Curso virtual para docentes de Argentina: Ministerio de Educación. <http://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com/2011/05/1-construccic3b3n-social-de-la-problemc3a1tica-de-las-drogas2.pdf>
- LARANJEIRA,R. (2010). ‘Legalização de drogas e a saúde pública’, em: *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 15, N°3, pp. 621-631.
- LIMA, R.C.C. (2010). ‘O problema das drogas no Brasil: revisão legislativa nacional’, em: *Libertas*, Vol. 10, N°1, pp. 102-123.
- MACRAE, E. (2007). ‘Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos’, em: *XIV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social*, 2007, Rio de Janeiro.
- MEDINA-MORA, E.; NATERA, G.; CRAVIOTO, G.; FLEIZ, P. & TAPIA-CONYER, R. (2001). ‘Del siglo XX al tercer milenio: Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad’, em: *Salud Mental*, Vol.24, N°4, pp. 3-19.
- MILAGRES, J.J. (2003). *Para além da “Porta de Entrada”: Usos e representações sobre o consumo da cannabis entre universitários*. Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social. Universidade Federal Fluminense.
- Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Coordenação Nacional de Saúde Mental (2010). ‘Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/ Crack no Sistema Único de Saúde’: Brasília

Ministério de Saúde, Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS (2003). 'A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas': Brasília.

MORAES, M. (2008). 'O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais', em: *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 13, Nº1, pp. 121-133.

NARDI, H.C. & RIGONI, R. de Q. (2005). 'Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos', em: *Psicologia em Estudo*, Vol. 10, Nº2, pp. 273-282.

NORMAN, E., ZINBERG, M.D (1980). 'The social settings as a control mechanism in intoxicant use', em: LETTIERI, D.J., SAYERS, M., PEARSON, H.W. (1980). *Theories on drug abuse selected contemporary perspectives* (pp. 236 – 244). Rockfill, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

NUÑO – GUTIÉRREZ, ALVAREZ –NEMEGYEI, GONZALÉZ – FORTEZA y MADRIGAL – DE LEON (2006). 'La adicción ¿vicio o enfermedad? Imágenes y uso de servicios de salud en adolescentes usuarios y sus padres', em: *Salud Mental*, Vol. 29, Nº 4, pp. 47-54.

PEDRINHA, R.D. (2008). *Notas sobre a política criminal de drogas no Brasil: elementos para uma reflexão crítica*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris.

QUEIROZ, I.S. (2007). 'Adoção de ações de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas: Concepções e valores de equipes do programa de saúde da família', em: *Pesquisa e Práticas Psicossociais*, Vol. 2, Nº2, pp. 152-164.

REKALDE, A. (2003). *Drogas: debate público y representación social*. Vitoria - Gasteiz: Eusko Jaurlaritza.

RODRIGUES, T.M.S. (2002). 'A infundável guerra americana Brasil, EUA, e o narcotráfico no continente', em: *São Paulo em Perspectiva*. Vol. 16, Nº2, pp. 102-111.

RODRIGUES, T.M.S. (2003). ‘Política de drogas e a lógica dos danos’, em: *Verve*, Vol. 3, pp. 257-277.

ROMANÍ, O. (2008). ‘Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño’, em: *Salud Colectiva*, Vol. 4, N°3, pp. 301-318.

SANTOS, J.F. dos (2011). *O Crack – o grande mal do século XXI. Conclusão do curso de especialização em Políticas e Gestão em Segurança Pública*, Universidade Estácio de Sa de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, F.M. & ALMEIDA, A.T (2011). Conselho municipal de políticas sobre drogas: Um estudo de caso do município de Recife. Trabalho de conclusão de curso: Curso de especialização em gestão pública municipal modalidade a distância. Universidade Federal da Paraíba.

SLAPAK, S. e GRIGORAVICIUS, M. (2006). “‘Consumo de drogas’: la construcción de un problema social’, em: *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. Vol. 9, pp. 239-249.

SOUZA, J. de e KANTORSKI, L.P. (2009). ‘A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPSad: o ecomapa como recurso’, em: *Revista Escola Enfermagem da USP*, Vol. 43, N° 2, pp. 373-383.

SOUZA, J. de; KANTORSKI, L.P. & MIELKE, F.B. (2006). ‘Vínculos e Redes Sociais de Indivíduos Dependentes de Substâncias Psicoativas sob Tratamento em CAPS ad’, em: *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, Vol. 2 N° 1.

SOUZA, M. e MACHARRO (2003). ‘Mitología, desinformación e ignorancia en adicciones’, em: *Liberaddictus*, N°72.

STEL, J.C. van der (2001). ‘Het debat over de legalisering van drugs. De positie van verslavingszorg en GGZ’, em: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, Vol. 56, pp. 331-341.

VARGAS, D. de & DUARTE, F.A.B. (2011). 'Enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas: A Formação e a Busca pelo Conhecimento Específico da Área', em: *Texto Contexto Enfermagem*, Vol. 20, Nº 1, pp. 119-126.

UCHÔA, R.; MONTEIRO COSTA, A.; SARMENTO VIEIRA, G.T.; GOMES ESPÍNDOLA, L.F.; ALVES DE MORAES, M.; PIMENTEL DE MEDEIROS, P.F.; RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R.S. & UCHOA CAVALCANTI, S.A. *et al.* (2010). *Ensaio sobre as drogas: Necessidades humanas e políticas públicas*. Universidade Federal de Pernambuco. Recife: Universidade Federal de Pernambuco/Editora Universitária UFPE.

Anexo fotos



Anúncio de problemas com drogas no ônibus em Recife



Redutora de danos do Distrito Sanitário III, no bairro Alto José do Pinho, em Recife.



Sala de Grupo do Albergue Terapêutico Celeste Aída Chaves



Unidade de Acolhimento do Programa Atitude, em Recife



Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas Luiz Cerqueira, em Recife