



O CRACK E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO CRACK E A REALIDADE NO MUNICÍPIO DE MIRACEMA

BARCELLOS, Warllon de Souza
Mestrando no PPGPS/UENF
warllon_barcellos@hotmail.com

SILVA, Vera Lucia Marques da
Profa. PPGPS/UENF
veramarques@fmc.br

425

RESUMO:

Este artigo traz algumas reflexões e análises sobre a Política de Drogas no Brasil, desde os momentos iniciais até o surgimento do Plano de Enfrentamento ao CRACK. Apresenta relatos sobre a realidade vivenciada no Município de Miracema, no Estado do Rio de Janeiro, especificamente no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e sobre a intervenção do Serviço Social, que através de ações preventivas, tem recebido uma grande demanda de usuários de CRACK em busca de atendimento de qualidade e humanizado, e objetivando sua recuperação. Traz, também, uma análise do Plano de Enfrentamento ao CRACK enquanto uma saída emergencial.

Palavras-Chaves: Crack, Políticas Públicas, Saúde Pública, Desigualdade e Pobreza.

ABSTRACT

This article provides some reflections and analysis on Drug Policy in Brazil since the early moments until the emergence of Plan to Combat CRACK. Includes reports on the reality experienced in Miracema County, State of Rio de Janeiro, specifically in Psychosocial Care Center - CAPS and the Social Services intervention, which through preventive actions, has received a great demand of users on CRACK search for quality care and humane, and aiming his recovery. It also offers an analysis of the Plan to Combat CRACK as an emergency exit.

Key Words: Crack, Public Policy, Public Health, Inequality and Poverty.

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo analisar e avaliar o impacto das políticas públicas de atendimento a usuários de CRACK do Município de Miracema no Estado do Rio de Janeiro. Neste sentido, pretende-se discutir as falhas e ausências das políticas públicas de atenção ao uso abusivo de crack, bem como as questões que se referem ao uso da droga e de seus usuários, não somente visando o viés da segurança pública, mas especialmente como um problema social e de saúde pública.



O Plano de Enfrentamento ao Crack foi criado com a proposta de estar unificando ações, embora valha ressaltar que tais ações já vinham sendo realizadas com a finalidade de proporcionar aos usuários um tratamento adequado e uma política pública que seja capaz de atendê-los de forma integral e humanizada.

Uma questão a ser avaliada é se esta política tem apresentado a oportunidade de proporcionar a redução, o controle e até mesmo a recuperação do uso de tal droga, considerando que é necessário que se promovam ações adequadas à realidade e ao contexto no qual o usuário de crack está inserido para que este possa ser visto como um indivíduo que necessita de auxílio e tratamento adequado por meio do acesso aos programas de atenção básica, assim como na construção de uma política de saúde voltada para este público.

Portanto, torna-se relevante refletir a respeito das estratégias e políticas públicas de atenção aos usuários de crack, pois ao identificar poucos estudos a cerca do tema, entende-se que aumentam as dificuldades no desenvolvimento de estratégias eficientes de enfrentamento à droga e tratamento dos indivíduos que desenvolvem dependência da mesma.

O SURGIMENTO DA POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL

A partir do ano de 1988, o Brasil dá início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas. Foi depois da realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República. A SENAD foi criada pela Medida Provisória n°. 1.669 e Decreto n°. 2.632 de 19 de junho de 1998. (BRASIL, 2013)

Com a missão de “coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre Governo e sociedade” e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da Política Brasileira. Assim, em 2002, por meio do Decreto Presidencial n°. 4.345 de 26 de agosto de 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas – PNAD.



Em 2003, o Governo Federal apontou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda e da oferta de drogas no país que viesse contemplar três pontos principais: a integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas visando ampliar o alcance das ações, a descentralização das mesmas em nível municipal, permitindo a condução local das atividades de redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade que cada município apresenta e o estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica (BRASIL, 2013).

Ao longo dos primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas, o tema drogas manteve-se em pauta e a necessidade de aprofundamento no assunto também. Assim, foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando.

Em 2004, foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política, por meio da realização de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis Fóruns Regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas.

Com ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a política realinhada passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD). A PNAD foi aprovada em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro desse mesmo ano, por meio da resolução nº 3/GSIPR/CONAD. Como resultado o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre”, já de acordo com as tendências internacional, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular manifestada ao longo do processo de realinhamento da política (BRASIL, 2010).

A Política Nacional sobre Drogas estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas possam ser conduzidos de forma planejada e articulada. Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão das drogas.

Em 2006 a SENAD coordenou um grupo de trabalho do Governo que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei nº. 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), suplantando uma legislação de trinta anos, a qual se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais.



A Lei n.º. 11.343/2006 colocou o Brasil em destaque no cenário internacional ao instituir o SISNAD e prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas em consonância com a atual política sobre drogas.

Essa Lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: as Leis n.º. 6.368/1976 e 10.409/2002. A partir de sua edição foram revogados esses dois dispositivos legais com o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei.

O Brasil seguindo a tendência mundial entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Essa abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos nos quais a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés do encarceramento.

A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO CRACK NO BRASIL

No Brasil a Política Nacional sobre Drogas se orienta pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, no sentido de ampliar a consciência para a importância da integração social e da descentralização das ações sobre drogas no país.

De acordo com Lima (2008), o avanço da criminalidade associada ao tráfico de drogas e as complexas relações existentes entre situações de risco e consumo de drogas, principalmente o crack, tem imposto desafios cada vez maiores que exigem respostas eficazes do Governo e da sociedade. Para esse enfrentamento, é preciso convergir esforços de diferentes segmentos na construção de alternativas que extrapolem as ações repressivas e considerem os diversos componentes associados aos problemas decorrentes do consumo de crack e outras drogas.

Observa-se na sociedade, que diante do contexto acentuado de vulnerabilidade social e das carências existentes no campo da educação, segurança pública e saúde da população menos favorecidas, e especialmente daquelas que vivem nas periferias das grandes cidades, em



particular dos usuários de drogas ilícitas, faz-se necessário uma política de Estado que seja capaz de agregar a atenção a todas estas deficiências existentes, que certamente seria um importante elemento para a resolução da problemática.

Baseado neste propósito foi criado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Assim, este Plano foi criado em um contexto de nossa sociedade de completo pânico social relacionado ao uso crescente de crack e da grande fragilidade estrutural existente, haja vista a existência da carência de ações comunitárias em conjunto com os usuários de drogas.

De acordo com Andrade (2011), os Programas de Atenção Básica em Saúde, que se estabelece como sendo o principal motor da Estratégia de Saúde da Família (ESF), apesar de toda a sua expansão ainda vem apresentando uma cobertura inferior a 20% em algumas grandes cidades de nosso país, e um fato importante seria que quase a sua totalidade não inclui a atenção ao usuário de drogas em suas ações. Esta baixa cobertura tem se tornado um grave problema para o desenvolvimento das ações dos CAPSad, pois compromete a essência de sua função, evidenciando assim a lacuna existente na ainda frágil ESF, e também o preço elevado pago pelo Brasil por não ter assegurado a sustentação e a expansão das ações de Redução de Danos entre usuários de drogas nos últimos anos.

É pautado neste contexto que no ano de 2010, através do Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010 o Governo Federal criou o Plano Integrado de Enfrentamento ao CRACK e outras drogas, objetivando a prevenção, ao tratamento e a reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. (BRASIL, 2013)

Esse Plano teve como alvo desenvolver um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, em como enfrentar o tráfico em parceria com Estados, Distrito Federal, Municípios e Sociedade Civil, visando à redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias junto à população.

No ano de 2011 o Governo Federal lançou o Programa intitulado “CRACK é possível vencer”, que buscou prevenir o uso e promover atenção integral ao usuário de crack, bem como enfrentar o tráfico de drogas. Objetivou aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e as organizações criminosas e promover ações de Educação, informação e capacitação. (BRASIL, 2013)



O programa reúne diversas ações que envolvem diretamente as políticas de saúde, assistência social e segurança pública e de forma complementar, ações de educação e de garantia de direitos. E com isso conta com a rede de cuidados composta por diversos serviços e equipamentos que oferecem ações distintas para necessidades diferentes. Na saúde, compreende desde serviços da atenção básica que podem articular ações específicas para o público usuário de drogas, como os consultórios na rua; e equipamentos especializados para o atendimento desse público como os CAPS Álcool e Drogas 24 horas, leitos hospitalares e unidades de acolhimento. Na assistência também existem equipamentos que podem atuar desde a prevenção, como o Centro de Referência da Assistência Social, até o atendimento especializado nos casos em que há violação de direitos associada ao uso de drogas como o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), além da disponibilização de vagas para acolhimento de usuário em comunidades terapêuticas, devidamente cadastradas junto à Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas.

Desse modo, existe a possibilidade de fazer diferentes combinações dos serviços e equipamentos disponíveis, vislumbrando construir uma rede que atenda às dimensões e necessidades dos usuários de crack.

Assim sendo, algumas questões têm se colocado, sobretudo no que diz respeito à tensão existente em relação ao papel do Estado. Com a ascensão e afirmação das políticas de ajuste neoliberal nos 80 e 90, a proposta do grande capital tem como vetores privilegiados a tendência à privatização e a formação do cidadão consumidor. As consequências deste posicionamento se relacionam com a redução da atuação do Estado e a ampliação do mercado (MOTA, 2008). O contexto apresentado se complementa no dizer de Soares (2009), com o fato das políticas de ajuste neoliberal no Brasil, terem evidenciado os efeitos da pobreza no país. Assim, a política social passa a ter um caráter residual ou assistencial, com o incentivo governamental às iniciativas do chamado terceiro setor que obteve grande crescimento da década de 1990 em diante.

Contudo, diante do crescente aumento do uso de substâncias psicoativas e dos grandes custos sociais decorrentes desse aumento, o Estado tem sido chamado a responder a essa expressão da questão social com políticas públicas direcionadas ao público alvo. Assim, com o considerável aumento do consumo de drogas (entre as quais o crack), o Estado tem adotado medidas mais eficazes ao encarar esse aumento como um problema social. Segundo dados da



Organização Mundial de Saúde, 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem de forma abusiva substâncias psicoativas, independente do grau de escolaridade, sexo, idade e classe social (Brasil, 2004a). Como afirma Andrade (2011), esse é um problema de saúde pública e social da contemporaneidade.

Pautado neste contexto atualmente a Política Nacional vem assumindo uma postura em favor da redução de danos por entender que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado. Além disso, quando se trata de seres humanos, temos que necessariamente lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde em qualquer nível de ocorrência devem levar em conta esta diversidade. Precisam acolher sem julgamentos cada situação, cada usuário, o que é possível e o que é necessário, o que está sendo demandado, e o que pode ser ofertado, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento.

Pautado neste contexto Vinadé (2009), nos diz que:

Pensar a Redução de Danos é pensar práticas em saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem sua qualidade de vida (VINADÉ, 2009, p.64).

A abordagem da redução de danos oferece um caminho promissor. Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetiva a ser alcançada, mas para a defesa de sua vida. A redução de danos surge como uma alternativa e, portanto, não excludente de outros.

O consumo de crack na cidade do Rio de Janeiro tem feito parte da realidade dos usuários de drogas cariocas nos últimos anos. Através de um levantamento realizado pelo Conselho Estadual Antidrogas do Rio de Janeiro - CEAD, o número de usuários dependentes que procuraram auxílio nos programas de recuperação que a estrutura do próprio conselho ofereceu em 2001 foi de 01 (um) usuário, passando para o número de 183 em 2004, e 262 em 2005, havendo um aumento de 43,1% no universo de apenas um ano. (ASFORA, 2006)

De acordo com Asfora (2006), os dados do Núcleo de Prevenção as Drogas da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro - PMRJ (2011), de 2005 a 2008 ocorreu um aumento de 400% nos atendimentos voltados a usuários de crack neste período.

O mercado de drogas não é uma invenção passageira. Os seres humanos sempre buscaram por substâncias que alterem seu estado de consciência e percepção. Além disso, no



contexto histórico brasileiro tal fator engloba um fenômeno ligado às condições socioeconômicas tornando o mercado das drogas uma opção para aqueles que procuram condições de sustentar-se, assim se legitimando o tráfico de drogas em nossa sociedade:

O mercado de drogas e de violência no Rio de Janeiro não são problemas externos ao conjunto das relações sociais e econômicas que aqui se processam, fazem parte delas. É nesse ambiente proscrito que se amplia e se torna relevante a participação dos jovens em conflito com a lei e sob medida socioeducativa. Esse mercado é para eles uma possibilidade imediata e imediatista de consumo, de status, de relacionamentos múltiplos, de poder e de repressão de sua rebeldia e de sua ainda indecisa confusa e frágil identidade social (CRUZ NETTO, 2001. p. 17).

De acordo com Marcelo Cruz, coordenador do Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas (PROJAD) do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, o consumo de CRACK tem aumentado em diversas cidades do estado do Rio de Janeiro, o que tem levado a esforços no sentido de aperfeiçoar os serviços de assistência e prevenção, assim como a capacitação dos profissionais para saber lidar com esta demanda que tem crescido absurdamente. (FIGLIE, 2010)

São muitos os problemas relacionados ao consumo do crack, principalmente sobre a saúde, o sistema social e psicológico de seus usuários. Por isso, faz-se necessário a construção de políticas públicas adequadas e pautadas na ótica da construção de serviços de saúde especializados no tema, assim como a garantia de um processo de reintegração social destes usuários.

A Política Pública centrada exclusivamente na internação não se relaciona com o universo dos usuários de crack e por isso os processos terapêuticos ficam incompletos. São necessárias que sejam desenvolvidas ações de atenção integral com assistência médica, psicológica e social, que possibilitem a reintegração social deste usuário.

Além disso, faz-se necessário o desenvolvimento de ações voltadas para um processo de humanização do usuário de crack, como forma de sensibilizar os gestores públicos e a população que ainda se mantém assustada com o crescimento do consumo desta droga. Através de um processo direcionado para a criação de políticas de humanização do usuário de crack, assim, se tornara possível à construção de ações pertinentes às necessidades do usuário e de enfrentamento ao crack.



As condições de vida das pessoas socialmente excluídas, entre elas as que usam crack, são pouco conhecidas pelos profissionais de saúde. Por outro lado, a qualidade da assistência à saúde para pessoas que usam drogas depende muito da classe social a que pertencem.

PENSANDO DE FORMA CRÍTICA A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO CRACK

433

A Política de Enfrentamento ao CRACK em nosso país prioriza a criação de leitos em hospitais gerais e psiquiátricos para pacientes que usam drogas de forma abusiva ou são dependentes de álcool, crack ou outras drogas. Para tal finalidade foram alocados R\$ 208.632.000,00, valor este que representa 52,65% do total dos recursos destinado ao Plano. Assim constitui uma estratégia importante para lidar com situações mais complexas, que sejam além da capacidade de resolução dos CAPSad.

Assim baseado neste contexto Andrade (2011) nos diz que:

Na contramão deste dispositivo, a proposição de hospitais e centros médicos especializados e de Comunidades Terapêuticas para usuários de drogas, preconizados pelos que se opõem à Reforma Psiquiátrica, e em particular ao dispositivo CAPS, encontra eco no imaginário popular, o qual sonha com soluções rápidas, e não incomum com o afastamento do convívio social destes usuários algumas vezes portadores de comorbidades e envolvidos em situações constrangedoras, socialmente marginalizadas e, mesmo, ilegais.

A internação nestes serviços vai, portanto, na direção contrária à da subjetivação das práticas desses usuários de drogas, dificultando a possibilidade de um novo percurso por um viés socialmente mais aceitável e produtivo. Sendo assim, os leitos em hospitais especializados somente se justificam em casos de situações que fogem ao controle dos CAPSad e dos outros serviços disponíveis na rede de cuidados.

Em um hospital geral com leitos para usuários de crack - diferente dos hospitais especializados e das comunidades terapêuticas - se preserva mais a identidade do cliente, uma vez que a atenção ao uso de drogas se constitui apenas em um dos vários serviços oferecidos. Uma vantagem adicional é colocar a atenção ao abuso e à dependência de drogas no mesmo nível de outras práticas de saúde, o que contribui para a redução do estigma que recai sobre os usuários de drogas ilícitas, fortalecendo esta condição como objeto das práticas de saúde à semelhança das demais condições. (ANDRADE, 2011)



Entretanto, tem se verificado resistência dos dirigentes dos hospitais gerais à destinação de leitos para o atendimento de pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de substâncias psicoativas, uma vez que aqueles reproduzem o senso comum, em geral também compartilhado pelo corpo técnico destes serviços, que não incomum se declara incapaz de atender estes pacientes.

Mas é possível, à luz da apreensão dos temores que justificam tal recusa e através de um diálogo franco e cientificamente fundamentado contando com a interlocução de técnicos que detêm experiência com pessoas que fazem uso abusivo e/ou são dependentes de drogas, que em contraposição às fantasias, à desinformação e a toda ideologia repressiva que permeia este campo, se possam construir práticas mais humanizadas e igualitárias para esta população. (ANDRADE, 2011)

Um dos aspectos que traduz o quanto de ideologia permeia a assistência à saúde às pessoas que usam drogas, é ouvir alguns médicos psiquiatras se descreverem “despreparados” para tal tarefa. Sabem os que tomam aos seus encargos o tratamento desta população que uma das principais dificuldades diz respeito à elevada prevalência de comorbidades com transtornos mentais, terreno por excelência da atuação do psiquiatra.

O Plano também prevê a implantação de pontos de acolhimento (Casas de funcionamento diurno para acolhimento de crianças e adolescentes e jovens usuários de drogas, especialmente crack, em condições de extrema vulnerabilidade das cidades com mais de 500 mil habitantes). O valor de R\$1.372.000,00 destinados a 70 serviços desta natureza, conforme previsto no "Plano Crack" implica em R\$19, 600,00 para a implantação e o custeio de cada uma dessas unidades. Habitualmente os municípios não dispõem de imóveis públicos adequados ao funcionamento de projetos como estes, bem como de técnicos habilitados ao acolhimento desta população. (BRASIL, 2013)

Por outro lado, além da provisão de cuidados previstos neste dispositivo como lanche, banho, lavagem de roupa e outros cuidados pessoais, não incomuns se fazem necessário o encaminhamento dos acolhidos a outros serviços da rede de cuidados. Acontece que eles habitualmente não têm dinheiro nem cultura para priorizar esta necessidade e por isto se faz necessário à inclusão de um veículo com combustível e motorista no serviço. Estas necessidades colocam o orçamento anual de cada ponto de atendimento num patamar acima de R\$100.000,00.



E de suma importância também à implantação de 195 novos pontos de arte, cultura e renda na rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, pois o recurso financeiro definido no Plano Crack é de R\$1.510.000,00, e a média de investimento por ponto é no valor de R\$7.743,00, o que deixa evidente a pobreza de horizontes. Todavia, é necessário que se mude a mentalidade de destinar aos pobres, coisas pobres. (BRASIL, 2013)

É também reduzida a possibilidade de se inserir no mercado através da produção de algo com muito pouco valor agregado. O que se vê nos serviços de atenção ao uso de drogas são produções simplórias se utilizando de palitos de fósforos, reciclagem de papel e obras de artes pobres do ponto de vista técnico e/ou estético.

Dispositivos como estes implicam no envolvimento de técnicos especializados, na transmissão de saberes que subsidiem a produção, no controle de qualidade do que se produz, na articulação com o mercado, na criação de cooperativas ou de outros meios de sustentabilidade, de forma a facultar aos usuários a construção de um novo percurso e o reconhecimento social.

A criação de CAPSad III - 24 horas - como afirmado anteriormente, o maior percalço dos CAPSad, à semelhança dos CAPS em geral, é a ausência de territorialidade, levando-os a serem confundidos ou mesmo a efetivamente funcionarem, como pequenas unidades psiquiátricas. Estas condições os tornam alvos das críticas ferrenhas advindas dos que se opõem à Reforma Psiquiátrica, os quais desprezando o fato do CAPS ser um modelo em construção e dependente do bom funcionamento de outros dispositivos da rede básica, a exemplo da ESF, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de toda a rede de cuidados (CRAS, CREAS) o comparam às unidades psiquiátricas tradicionais. Soma-se a isto a vulnerabilidade das políticas públicas a nível municipal e suas repercussões diretas sobre o funcionamento dos CAPSad, as quais incluem dificuldades na aplicação dos recursos de incentivo e custeio para estes serviços, a existência de vínculos profissionais precários e os baixos salários pagos aos seus técnicos, estes últimos com implicações direta no cumprimento da carga horária prevista nos contratos de trabalho. (ANDRADE, 2011)

Estas circunstâncias dificultam a integração das equipes, sobretudo em relação aos profissionais mais escassos no mercado, a exemplo dos psiquiatras, levando a que um mesmo profissional trabalhe em vários municípios. Somam-se a isto, outras limitações de natureza ideológica como a nomeação para a chefia destes serviços de pessoas sem perfil técnico



adequado e as dificuldades de natureza administrativo-operacionais, a exemplo da restrição dos horários do uso do veículo, de combustível, dos materiais necessários à realização das oficinas terapêuticas e mesmo de alimentação.

Outra dificuldade é a integração dos clientes dos CAPSad capacitados em oficinas como culinária e jardinagem - apenas para citar dois exemplos - na prestação de serviços contratados pelos municípios, até mesmo aqueles destinados à própria rede de CAPS, habitualmente executados por empresas terceirizadas. Percebe-se aí, mais uma vez o canal existente entre o que é concebido a nível federal e o que efetivamente acontece na ponta, ao nível dos estados, mas, sobretudo dos municípios. Este parece ser um dos pontos crítico na execução de políticas públicas para atenção aos usuários de drogas em nosso país.

As Escolas de Redutores de Danos do SUS se constituem numa estratégia de resgate do trabalho de campo realizado pelos redutores de danos, face a face com as pessoas que usam drogas. Os técnicos capacitados por esta estratégia podem exercer suas atividades diretamente junto à população alvo através dos Projetos de Redução de Danos, nos Consultórios de Rua do SUS, nas ações territoriais dos CAPSad, nas salas de espera destes Centros e de outros Serviços de Saúde e, ainda, participando do matriciamento da ESF. As Escolas de Redutores de Danos, bem como o financiamento de Projetos de Redução de Danos, representam uma contribuição efetiva na atenção ao uso de drogas, iniciando a recuperação do tempo perdido com a descontinuidade da maioria dos PRD do Brasil, a partir do ano de 2003.

O êxito desta estratégia, mesmo no melhor dos cenários, ou seja, com o seu funcionamento pleno e efetivo, depende da contratação dos redutores de danos, o que passa pelo reconhecimento desta categoria profissional. Embora previsto a nível federal, por razões, administrativa e/ou ideológicas, os redutores de danos têm encontrado dificuldades para uma vinculação formal nos CAPSad, nos Consultórios de Rua e nos próprios PRD.

A REALIDADE DE MIRACEMA

Como parte do Plano de Enfrentamento ao CRACK e outras Drogas, através da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD), foi realizado um estudo através da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ em 2011, que pudesse delinear o perfil da população



usuária de crack no país. Baseado neste estudo pode-se constatar que no Brasil a faixa etária dos usuários de crack é majoritariamente de adultos jovens – com idade média de 30 anos. Outro dado importante encontrado foi a predominância do sexo masculino, sendo cerca de 78,7% dos entrevistados. Em relação à raça/cor dos usuários, houve um predomínio de usuários “não brancos” nas cenas de uso, sendo apenas 20% dos usuários de cor branca. Sobre o grau de escolaridade destes usuários, observou-se a baixa frequência de usuários que cursaram/concluíram o ensino médio e a baixíssima proporção de usuários com Ensino Superior, evidenciando que a população pesquisada difere inteiramente daquela que é objeto dos inquéritos escolares (que apontam para a relevância de outros problemas, como o abuso de álcool, maconha, remédios, mas não de crack entre alunos do ensino médio e superior). Referente à moradia dos usuários não se pode afirmar de forma simplista que os usuários de crack são uma população de rua, mas observam-se de forma expressiva usuários nesta situação, sendo aproximadamente 40% dos usuários em nosso país se encontravam nesta situação. Quando lhe perguntado sobre as formas de obtenção de dinheiro relataram ser a forma mais comum as referentes aos trabalhos esporádicos ou autônomos, correspondendo a cerca de 65%.

Quando buscamos analisar esta problemática em microrregiões percebemos que esta realidade não tem sido diferente do todo. No Noroeste Fluminense especificamente, como demonstra o Índice do Mapa de Pobreza e Desigualdade dos Municípios Brasileiros – 2003 do IBGE, o município de Miracema ocupa o terceiro lugar na região no que se refere aos indicadores de pobreza e desigualdade. Em paralelo a esta constatação, foi realizado uma pesquisa responsável por um levantamento de dados no Centro de Atenção Psicossocial de Miracema – RJ (CAPS) que confirmou um grande aumento no índice de usuários de CRACK. Constatou-se também que tais usuários não têm obtido a oportunidade de serem contemplados pela Política Nacional sobre Drogas, bem como, não estão alcançando possibilidade de recuperação.

No ano de 2013 no período de Janeiro à Outubro foram atendidos 368 usuários de crack, aos quais buscavam os serviços do programa para atendimentos no que se refere a consultas médicas, acolhimento, internações em clínicas especializadas, etc. Este montante de pessoas em caráter quantitativo corresponde a praticamente 1% da população do Município. Destes usuários, 108 foram acolhidos nos Centros de Acolhimentos Regionais de Álcool e Outras Drogas do Estado do Rio de Janeiro. Dos usuários que foram acolhidos nas Instituições de



internação que são oferecidas pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro, 70% voltaram a fazer uso da droga no primeiro mês após sua conclusão de tratamento, sendo que 68% não concluíram o tratamento e logo retornaram ao uso da droga, e das 58 internações apenas 01 se mantém em sobriedade e 02 foram mortos pelo envolvimento com o crime através do tráfico.

Pautado nestes dados do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial de Miracema, percebe-se o grande número de pessoas que buscam o atendimento para sua recuperação no que tange ao desenvolvimento da dependência química ocasionada pelo uso abusivo do crack, porém também se pode analisar que os resultados de recuperação efetiva são mínimos. Portanto, se faz necessário que sejam pensadas ações mais coesas e que vão de encontro à realidade do usuário, de uma forma mais completa, capaz assim de proporcionar a redução de danos sociais aos usuários. É necessário que o enfoque não seja apenas na droga, mas sim no indivíduo e o resgate de suas condições de saúde e sociais.

Estes dados do nosso estudo de caso, mostra-nos que o processo de formulação e implementação das políticas sociais para atendimento a estes usuários não podem mais oscilar entre aquilo que deveria ser – o mais transparente possível, e corresponder, da melhor forma, às necessidades dos cidadãos que são os receptores finais da política – e aquilo que efetivamente tem sido. As mudanças ocorridas na política de enfrentamento ao uso indevido de drogas e as contradições presente no interior dessa política têm movido a todas as esferas da sociedade na reflexão, revisão e proposição de mudanças com a ampliação dos espaços de luta e confrontação dos múltiplos interesses inscritos no interior da temática “drogas”. O processo político dentro da Política Nacional de Políticas Públicas sobre drogas deve formar um ciclo, começando com uma avaliação sistemática dos problemas relacionados ao uso indevido de drogas, seguida pela prática de políticas de intervenções/preventivas /repressivas, e terminando com uma avaliação objetiva dos resultados alcançados.

Por possuir múltiplos aspectos, o problema das drogas coloca para o governo a necessidade de uma ação multidisciplinar que alcance simultaneamente as várias dimensões relativas a essas questões.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão em torno desta temática precisa ser revista, pois carece de muitos investimentos teóricos, pois há uma lacuna muito grande nesse campo. Diante deste contexto entende-se que existem poucas informações sobre a chegada do crack no Brasil.

Mais ainda, muito pouco tem sido feito para atender a esta demanda. No Noroeste Fluminense, sendo que o que se faz é o atendimento ambulatorial através dos CAPS'ad (Centro de Atenção Psicossocial a usuário de álcool e outras drogas). Em municípios que não há este centro, como o município por nós estudado, Miracema, os utilizados são os CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial), que atende as pessoas decorrentes de transtornos mentais, que não é específico para dependentes químicos. Isso demonstra a fragilidade das políticas oferecidas nesta região para tal demanda.

Assim sendo, este estudo preliminar se faz de suma importância, pois, mediante essa discussão em pauta, o que se percebe é ainda uma carência muito grande de trabalhos acadêmicos que versam sobre o tema proposto, principalmente considerando estudos de casos que envolvam as, também, particularidades dos municípios. Uma vez que neste contexto precisam ser pensadas políticas públicas de atendimento a estes usuários, pois o que se tem observado é uma fragilidade muito grande no atendimento a tais demandas e ausência de trabalhos que como este trás a tona o tema e relata sua importância.

BIBLIOGRAFIA

ACSERALD, G. **Políticas de Drogas e Cultura de Resistência**. Fórum Social Mundial. I Seminário Preparatório. 2003.

ANDREDE, Tarcísio Matos de. **Reflexões sobre políticas sobre drogas no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 16 nº 12. Rio de Janeiro 2011.

ASFORA, Murilo. **Conselho Estadual Antidrogas do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2006. Conselho Estadual Anti Drogas do Rio de Janeiro, 2006.

BARATTA, A. Prefácio. In: Batista VM, organizador. **Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude no Rio de Janeiro**. 2ª ed. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Revan; 2003. p. 15-33.



BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua/organizadores**: Antonio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério. Salvador: CETAD, 2010.

_____. Ministério da Justiça. **Cartilha Crack, é possível vencer. Enfrentar o crack. Compromisso de todos**. Brasília: MJ, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

COSTA, S.F. **As Políticas Públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química**. Serviço Social em Revista, v. 11, n.º. 2, pp. 1-14. 2009.

CRUZ NETO, Otávio; MOREIRA, Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. **Nem soldados nem inocentes: juventude e o tráfico de drogas no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

GUIMARÃES, Marília Z. P. **O Crack e Abuso de Drogas**. Universidade Federal do Rio de Janeiro; Instituto de Ciências Biomédicas; Programa de Farmacologia Celular e Molecular. Rio de Janeiro, 2011.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. **Políticas sociais públicas: implicações para a assistência na área de álcool e outras drogas**. Rio de Janeiro: 2º Encontro de Assistente Social das Forças Armadas/UFRJ, 2008. (Mimeo).

MARLATT, G. Alan. **Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1999.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: ed. Cortez, 2008.

SOARES, Laura Tavares. **Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2009. (Coleção Questões da Nossa Época; v. 78).

SILVA, A. [et al] **Relatório sobre trabalho investigativo: o crack e o SUS**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade Serviço Social. Porto Alegre, 2008.

UCHOA, Marco. A. **Crack: o caminho das pedras**. Ática: São Paulo, 1996.

VINADÉ, T. F. **Redução de danos na atenção primária à saúde: construindo a potência do encontro**. IN: MINOZZO, F.; FRANÇA, S.P. (Org.). A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde: módulo 7. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, p. 63-73, 2009.