

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPIRITO SANTO

MARCIA OLIVEIRA ROSA ZAMPERLINI

**REFLEXÕES SOBRE ALGUMAS AÇÕES RELACIONADAS AO CRACK
IMPLEMENTADAS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES**

VITÓRIA
2013

MARCIA OLIVEIRA ROSA ZAMPERLINI

**REFLEXÕES SOBRE ALGUMAS AÇÕES RELACIONADAS AO CRACK
IMPLEMENTADAS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profª Ms. Mirian Cátia Vieira Basílio

VITÓRIA
2013

MARCIA OLIVEIRA ROSA ZAMPERLINI

**REFLEXÕES SOBRE ALGUMAS AÇÕES RELACIONADAS AO CRACK
IMPLEMENTADAS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em 04 dezembro de 2013, por:

Profª Ms. Mirian Cátia Vieira Basílio, FCES – Orientadora

Profª Ms. Andréa Campos Romanholi, FCES

Profª Ms. Elisângela Maria Marchesi, FCES

Para toda minha família, especialmente,
Mariana, José Antônio e Rodrigo, vocês são
minha vida.

AGRADECIMENTOS

Chegado o momento de traduzir todo esforço e empenho durante este árduo período de quatro anos, não poderia esquecer que sem a participação de muitas pessoas, eu não teria alcançado este objetivo, assim nada mais justo, que nomear aqueles que tanto me fortaleceram durante esta trajetória.

Agradeço a Prof^a Ms. Mirian Cátia Vieira Basílio, que mesmo sabendo que eu enquanto mulher, mãe, esposa, trabalhadora e acadêmica, teria que superar muitos desafios para alcançar meus objetivos, sempre em mim confiou.

Agradeço a Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES) pela bolsa de pesquisa.

A Prof^a Alaisa, Prof^a Doralice e Prof^a Sílvia, pelo carinho que sempre demonstraram.

A todos meus Professores, que durante minha vida acadêmica, contribuíram para o amadurecimento do meu conhecimento intelectual, pois a partir de então, tive condições de refletir e tomar posicionamento em situações antes desconsideradas.

Aos funcionários da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

A minha estimável amiga Tânia, com quem em muitos momentos pude compartilhar alegrias e também angústias.

Aos meus outros companheiros de faculdade, que agora fazem parte da minha história de vida.

A minha amada mãe Zenilda, meus irmãos Néia, Dino, Norma, Ana, Célio, Lili, Danubia, todos meus sobrinhos, cunhadas e cunhados que entenderam minha quase ausência nesses últimos quatro anos.

Ao meu pai João Carlos, falecido em 1999, que sempre trabalhou arduamente ao lado de minha mãe, para atender as necessidades de seus oito filhos.

A minha sogra Ângela e meu sogro Eduardo que sempre me incentivaram nesta jornada.

As minhas adoráveis supervisoras de estágio, Leila e Patricia, pelo apoio e carinho incondicional.

A todos meus estimáveis amigos do campo de estágio, com quem pude conviver e trocar experiências durante dois anos.

E por fim, ao meu filho José Antônio, minha filha Mariana, meu marido Rodrigo e não poderia esquecer a minha cadelinha Nina, pelas vezes que se angustiaram, frente à necessidade de abdicarem da minha presença, no entanto, nunca deixaram de entender que era necessário, e agora é o momento de comemorarmos nossa vitória.

Ao Deus pai todo poderoso, além de agradecer, dedico “toda honra e toda glória agora e sempre”.

RESUMO

O objetivo principal deste trabalho é refletir sobre algumas ações relacionadas ao crack implementadas pelo município de Vitória/ES. A metodologia utilizada foi abordagem qualitativa. A coleta de dados foi efetivada através de entrevistas realizadas a partir de um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram realizadas com dois atores da coordenação da saúde mental, alocada na SEMUS do município de Vitória/ES. Para análise de dados foi utilizada a análise de conteúdo. Os resultados encontrados apontam que o momento atual no cenário político brasileiro apresenta risco de retrocessos para as políticas públicas no campo de saúde mental e seus desdobramentos no campo do álcool e outras drogas. No entanto, verifica-se no cenário local a tentativa de manutenção, por parte de alguns atores envolvidos neste processo, das propostas pautadas pela Reforma Psiquiátrica e o reconhecimento que o crack apesar dos seus malefícios, não se configura como epidêmico, dado ao mapeamento realizado pelo município para identificação destes usuários. A análise desse processo mostra a necessidade de maior participação da sociedade civil, dos usuários e familiares na implementação de políticas públicas, fazendo parte não só dos espaços de execução, mas também do processo de elaboração e implementação das políticas.

Palavras-chave: Crack. Política Pública. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The main objective of this paper is to discuss some related to crack actions implemented by the municipality of Vitória/ES. The methodology was qualitative approach. Data collection was carried out through interviews from a semi-structured. Interviews were conducted with two actors coordination of mental health, SEMUS allocated in the city of Vitória/ES. For data analysis we used the content analysis. The results show that the present moment in Brazilian political scene presents risk of setbacks for public policies in the field of mental health and its developments in the field of alcohol and other drugs. However, it turns out the local scene attempting maintenance on the part of some actors involved in this process of psychiatric reform proposals guided by the recognition that the crack despite their misdeeds, not configured as an epidemic, given the mapping done by the municipality to identify these users. The analysis shows the need for greater participation of civil society, and family members in the implementation of public policies, not only part of the execution spaces, but also the process of elaboration and implementation of policies.

Keywords: Crack . Public Policy. Psychiatric Reform.

LISTA DE SIGLAS

ACARD	Associação Capixaba de Redução de Danos
ALAS	Associação Luterana de Assistência Social
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CAPS ADI	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas Infante Juvenil
CATIJ	Casa de Acolhimento Transitório Infante Juvenil
CD	Disco Compactado
CEPAD	Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas
CF	Constituição Federal
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CICAD	Comissão Interamericana para Controle do abuso de Drogas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNE	Conselho Nacional de Entorpecentes
CNS	Conselho Nacional da Saúde
COFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
COMENS	Conselhos Municipais de Entorpecentes
CONES	Conselhos Estaduais de Entorpecentes
CPA	Conselho de Prevenção Antitóxicos
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPTT	Centro de Prevenção e Tratamento ao Toxicômano
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTR	Comunidades Terapêuticas
DPF	Departamento da Polícia Federal
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ES	Espírito Santo
ETSUS	Escolas Técnicas do SUS
EUA	Estados Unidos da América
FAPES	Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo
FGTS	Fundo de Garantia por tempo de Serviço
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
FUNCAB	Fundo de Prevenção, Recuperação e Combate às Drogas de Abuso
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MDS	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Trabalho
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
OBID	Observatório Brasileiro Sobre Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAIUAD	Política para Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PIEC	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
PL	Projeto de Lei
PMDB	Partido Movimento Democrático Brasileiro
PMV	Prefeitura Municipal de Vitória

PNA	Política Nacional Antidrogas
PSA	Programa de Suplementação Alimentar
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RS	Rio Grande do Sul
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas
SNI	Serviço Nacional de Informações
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 BREVE RESGATE HISTÓRICO SOBRE A QUESTÃO DAS DROGAS.....	18
2.2 POLÍTICA SOCIAL: CONCEITO E OS CAMINHOS PERCORRIDOS ATÉ O ESTADO NEOLIBERAL.....	23
2.3 APRESENTAÇÃO DA TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE DROGAS NO BRASIL.....	32
2.3.1 Reflexões pautadas nas recentes legislações brasileiras sobre drogas..	42
3 METODOLOGIA.....	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA.....	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICE A.....	76
APÊNDICE B.....	77

1INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objetivo refletir sobre algumas ações de enfrentamento ao crack que vem sendo implementadas no Município de Vitória/ES.

O interesse pelo tema surgiu a partir da experiência como aluna de Iniciação Científica e bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES), pela Faculdade Católica Salesiana, onde eu pude compreender e refletir sobre a complexidade da temática “drogas” e assim, desenvolver um novo modo de analisar esta questão que está presente no cotidiano da sociedade. Tal análise e vivência sobre esta realidade também ocorreu no estágio em Serviço Social realizado no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) Bento Ferreira, no município de Vitória/ES.

Neste campo, pude observar que os profissionais se deparam com demandas complexas relacionadas à questão do uso abusivo¹; de substâncias psicoativas e são desafiados a pensar em propostas de ação que nem sempre são viabilizadas no contexto da não efetivação das políticas públicas sociais no cenário brasileiro, dada a insuficiência dos serviços e da falta de investimento financeiro, especialmente no campo da saúde mental, onde encontram-se localizada as ações com relação as drogas. Neste sentido, as reflexões aqui apresentadas são fruto de um processo de pesquisa iniciado há aproximadamente um ano e meio, o que proporcionou a pesquisadora a desenvolver o estudo ora apresentado.

Nesta direção, passamos a entender que as substâncias psicoativas, que são popularmente chamadas de drogas², sempre estiveram presente na história da humanidade, sua existência e uso estão intimamente relacionados à cultura e a religiosidade dos povos, sendo utilizadas em diferentes sociedades e momentos históricos, seja como instrumento de consolo, de estímulo, de diversão ou de intensificação do convívio social (CARNEIRO, 2009a).

¹ “Os padrões de uso em relação ao uso nocivo, abuso e dependência de substâncias psicoativas podem ser [...] entendido como um padrão de uso onde aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário. Na CID-10, o termo uso nocivo é utilizado como aquele que resulta em dano físico ou mental. Na DSM-IV, utiliza-se o termo abuso, definido de forma mais precisa e considerando também consequências sociais de um uso problemático, na ausência de compulsividade e fenômenos como tolerância e abstinência” (BRASIL, 2007a). Neste trabalho optaremos em usar o termo uso abusivo.

² “Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), droga é qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, afeta sua estrutura ou função [...]” (SANCEVERINO; ABREU, 2004, p. 1048)

Em relação ao caráter social e econômico, são diversos os momentos que a sociedade teve sua história atrelada ou interliga

da ao uso da droga. No século XIX, por exemplo, o uso de substâncias psicoativas (hoje consideradas ilícitas, como a maconha, cocaína, heroína etc.) esteve intimamente relacionado com a legalidade, sendo utilizadas livremente na indústria farmacêutica (FERREIRA; MARTINI, 2001).

No decorrer da história, assistimos a fatos que contribuíram de forma significativa para modificar os rumos da humanidade, e conectadas a essas mudanças também foi alterado o sentido do uso das drogas.

A partir de 1860 as folhas da coca passaram a ser usadas para a produção da cocaína e a partir da Segunda Guerra Mundial, o ópio passou a ser usado como morfina. Verifica-se a partir deste contexto de mudanças no mundo que as drogas passam a ser transformadas em mercadorias e vão contribuir diretamente para o fortalecimento do sistema capitalista (ALDRIDGE apud NUNE; JÓLLUSKIN, 2007; JANSEN, 2007).

Na conjuntura atual o comércio de drogas consideradas ilícitas, tais como, cocaína, maconha, dentre outras, movimenta mais de 300 bilhões de dólares por ano (JANSEN, 2007).

No caso do álcool, droga considerada lícita, o aumento significativo da produção ocorreu a partir do desenvolvimento da indústria alcooleira, esta com seu grande potencial de *marketing* junto a toda sociedade e fortíssimo *lobby*³ político, foram suprimindo “[...] os velhos mecanismos de controle social [...]” (BABOR; CAETANO; CASSWELL apud BASÍLIO, 2008, p. 73) e os trabalhadores que migravam das zonas rurais para os grandes centros e periferias urbanas, explorados pelas excessivas jornadas de trabalho encontravam no uso abusivo do álcool a única forma de consolo para suas angustias (ENGELS apud JANSEN, 2007).

Nesta direção, na atual conjuntura o uso e abuso do álcool, tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, tem alcançado índices alarmantes, e o uso desta substância tem contribuído de forma significativa para o aumento e o agravamento de doenças relacionadas ao sistema neurológico,

³ "Lobbying é o processo pelo qual os grupos de pressão buscam participar do processo estatal de tomada de decisões, contribuindo para a elaboração das políticas públicas de cada país" (OLIVEIRA, 2005, p. 220).

cardíaco, digestivo, sem contar que o uso do álcool tem sido tratado como causa e manutenção de diversos problemas de ordem social, econômica e de saúde no Brasil e pesquisas revelam que o uso dessa substância tem início cada vez mais cedo⁴ entre os jovens (NUNES et al., 2011).

Desta forma, percebemos que o uso abusivo de álcool e outras drogas, não é algo novo na sociedade, nem tampouco o seu trato como questão de saúde pública⁵ e de segurança pública (LIMA, 2010).

Ainda cabe ressaltar que, a partir da década de 1980 vem ocorrendo à difusão de derivados de cocaína, como o *crack*, no contexto mundial e também no Brasil. No cenário brasileiro, a propagação desta droga nos centros urbanos e periferias veio acompanhada por um grande alarde das autoridades governamentais, junto à mídia e a sociedade, que com o discurso de preocupação com a saúde pública propõe medidas de caráter autoritário e higienista (TOTUGUI et al., 2010) que vão na contramão dos direitos humanos.

Há todo momento nos deparamos com apelos dramáticos em relação às pessoas que fazem uso desta substância, que obtida através da mistura de cocaína com ingredientes incertos e tóxicos, tais como gasolina, água de bateria, dentre outros, possibilita uma grande potencial intoxicação, causando a dependência e danos físicos, psíquicos e sociais visíveis mais rapidamente (TOTUGUI et al., 2010)

No entanto, é válido ressaltar que a realidade ora apresentada, ou seja, o enfrentamento da questão drogas no contexto brasileiro, historicamente é pautado em ações e políticas traçadas sobre os vieses higienista e moralista, hoje, continuam a se ater a estas perspectivas, ao vermos a utilização de ações, ditas do passado, em relação às pessoas que sofrem com a doença mental e também com a dependência química, tais como:

[...] o cárcere privado nas casas, a prisão policial, a eliminação física, o abandono nas ruas ou em áreas remotas, etc. Isso sem levar em conta, nos casos frequentes de dívida com o tráfico, a humilhação, perseguição, ameaças ou morte efetiva do usuário pelos traficantes, que podem também

⁴ Em pesquisa realizada com total de 35 entrevistados, dentre estes crianças, adolescentes e jovens com faixa etária de 10 a 19 anos. Foi verificado que apesar das legislações proibirem as substâncias psicoativas para menores de 18 anos, 16 informaram fazer uso de álcool, 6 informaram fazer uso do tabaco e 2 adolescentes informaram que faziam uso de substâncias consideradas ilícitas (ZEITOUNE et al., 2012).

⁵ Na década de 1930 e 1940, durante o governo de Getúlio Vargas, foram realizadas ações voltadas para a questão do uso das drogas, que se baseavam no controle da saúde do trabalhador (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

envolver medidas violentas de cobranças de pagamento ou retaliação violenta contra a sua família (VASCONCELOS, 2010a, p. 49).

Nesta direção, consideramos que o estudo realizado se dá em um momento impar, pois dada a complexidade que essa temática tem tomado na atual conjuntura, a pesquisa poderá servir como possível fonte de reflexão para a construção de políticas voltadas para a questão drogas, que possam contribuir para reduzir o sofrimento dos indivíduos que fazem o uso abusivo de substâncias psicoativas.

Ainda, a pesquisa poderá vir a contribuir para produção de conhecimentos científicos, que proporcionem aos profissionais que atuam na rede de serviços de saúde ou outras áreas, promover ações de mobilização social que possam contribuir para a efetivação de políticas públicas, que venham reduzir o impacto social, provenientes do uso abusivo de substâncias psicoativas.

A relevância deste estudo se faz mediante a necessidade de se apreender a totalidade das relações que envolvem a questão uso abusivo de drogas, realidade que na atual conjuntura se apresenta como “[...] uma questão social candente, campo de trabalho de diversos profissionais, especialistas e cientistas, pauta diária dos veículos midiáticos e conversas cotidianas” (FIORI; GOULART; LABATE, 2008, p. 23).

Pautadas nestas reflexões, o objetivo deste trabalho é refletir sobre algumas ações de enfrentamento ao *crack* implementadas pelo município de Vitória/ES; e como objetivos específicos: verificar quais ações estão sendo implementadas pela Secretaria de Saúde de Vitória/ES, em relação às deliberações do Programa “Crack é Possível Vencer”; identificar quais os atores, públicos ou privados, representantes da sociedade civil ou do Estado, estão envolvidos na implementação das ações e identificar os limites e possibilidades encontradas pelos atores envolvidos para a implementação das ações.

Assim, o presente trabalho está configurado da seguinte forma:

Primeiramente, no referencial teórico, faremos um breve resgate histórico sobre a questão das drogas, com o objetivo de informar ao leitor sobre os conceitos, concepções que são configuradas socialmente sobre o fenômeno e sobre a dualidade do debate sobre licitude e ilicitude das substâncias psicoativas.

Em seguida, apresentaremos uma breve configuração das políticas sociais no contexto brasileiro, a partir do recorte histórico da década de 1930 até o estado neoliberal. Esta contextualização torna-se fundamental para compreendermos que a constituição das políticas sociais no Brasil se deu atrelada a necessidades de reprodução do sistema capitalista, mesmo momento que vários países no mundo, inclusive o Brasil, começam a implementar ações e medidas proibicionistas com relação as drogas. Finalizaremos o capítulo realizando uma viagem por todo século XX, na busca de apresentar as legislações voltadas para a questão drogas, até assentarmos nossa discussão no cenário presente, século XXI, momento que as políticas públicas tendem a se firmar sob a lógica neoliberal, e assim os desafios são apresentados às políticas no campo da saúde mental e seus desdobramentos no campo do álcool e outras drogas.

Na metodologia, apresentaremos o caminho percorrido para a realização desta pesquisa. Realizamos uma pesquisa de cunho qualitativo, constituindo-se em um estudo que envolveu um levantamento bibliográfico de teóricos especialistas no tema e a realização de entrevistas.

Finalizaremos o trabalho com as considerações finais apresentando as possíveis contribuições que poderão se materializar frente à realização desta pesquisa e ainda apresentaremos algumas reflexões que poderão servir para pesquisas futuras.

Assim, convidamos ao leitor a realizar a leitura do presente trabalho, e temos a expectativa de contribuir de forma significativa para o desenvolvimento do conhecimento intelectual, bem como com a possibilidade de acuar o interesse dos leitores para o tema, o que poderá suscitar na realização de novas pesquisas científicas na área.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo está estruturado da seguinte forma: 1) breve resgate histórico sobre a questão das drogas; 2) Configuração das políticas sociais no contexto brasileiro e, 3) Legislações brasileiras sobre drogas.

2.1 BREVE RESGATE HISTÓRICO SOBRE A QUESTÃO DAS DROGAS

Neste item, realizaremos um breve resgate sobre a questão das drogas na sociedade. Falaremos também sobre a questão da licitude e ilicitude destas substâncias⁶ e os mais diversos interesses presentes na dinâmica social que implicam diretamente nas ações que são implementadas no campo das políticas públicas (BERGERON, 2012; CARNEIRO, 2008).

O conceito de droga é muito amplo e refere-se a qualquer substância natural ou sintética que tem o potencial de mudar o estado de consciência daqueles que a utilizam (LIMA apud FERREIRA, 2008).

Não podemos deixar de considerar que o consumo de tais substâncias pelo homem sempre esteve presente na história da humanidade. As drogas durante muito tempo foram utilizadas como um caminho para se obter contato com as entidades divinas, e serviam como corrente de ligação entre o real e o prometido. O álcool, na forma de vinho, por exemplo, desde a era cristã foi tratado como divindade e era usado em rituais religiosos.

Na idade média a produção do álcool fermentado, também na forma de vinho, constituía um importante componente da produção industrial e era usado como alimento pelos soldados nos momentos de guerra (CARNEIRO, 2008; ESCOHOTADO apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007). Na forma de destilados, esta bebida só vai tornar-se acessível a partir do século XVI, antes dessa época, os destilados eram considerados raros e até mesmo utilizados como remédios, foi nesse momento histórico que ocorreu o aumento expressivo na produção, trazendo lucros para os grandes países produtores. Foi também neste período, que ocorreu a

⁶Ehrenberg apud Bergeron (2012. p. 24), afirmam que o uso do álcool e tabaco, “[...] cujo uso refinado é prezado, [vai determinar] uma clivagem por muito tempo insuperável entre as drogas psicoativas socializadas e as que são estigmatizadas”.

criação de políticas para controle do mercado e até mesmo dos embargos comerciais em relação a essa substância (CARNEIRO, 2008).

Já a maconha é “[...] conhecida a cerca de 12.000 anos. Com a planta os gregos e chineses faziam cordas que eram utilizadas em navios. Como medicamento começou a ser usada na China há 3.000 anos no tratamento intestinal, de malária e dores reumáticas” (JANSEN, 2007, p. 5) e, existem registros que esta planta era utilizada pelos egípcios para ludibriar a fome, e usada também em rituais religiosos e como remédio por outros povos na antiguidade (ANGEL; RICHARD; VALLEUR apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007). Na atual conjuntura, alguns países, já estão legalizando o uso da maconha para fins terapêuticos, com controle médico.

O ópio, desde 1.550 a.C, já era conhecido pelos egípcios e persas, e utilizado para fins terapêuticos. No entanto, foi na China durante os séculos XVIII e XIX que o uso do ópio perdeu o controle social, dada a inserção massiva pelos portugueses e posteriormente ingleses, culminando com a invasão da China, originando a conhecida guerra do ópio (JANSEN, 2007).

A folha da coca já era utilizada por povos indígenas nos Andes/Peru, desde 2.500 a. C., e o monopólio da coca se manteve por muito tempo com esse povo. As folha eram distribuídas pautadas no controle social, sendo usada em rituais religiosos, para amenizar dores e curar enfermidades. No entanto, a partir da colonização do Peru pelos espanhóis, no século XVI, outras finalidades foram encontradas para a folha da coca, por exemplo, suprir as necessidades nutricionais dos povos indígenas que tinham sua força de trabalho explorado pelo trabalho escravo (SOMOZA apud JANSEN, 2007).

Em relação ao isolamento químico das substâncias provenientes da folha da coca, ocorreu a partir do século XIX, quando Freud no ano de 1860, sintetiza pela primeira vez a cocaína, assim a substância passou a ser usada para o controle de depressão ansiedade e na formula de outros medicamentos, bem como em produtos considerados alimentos, tais como refrigerantes e balas (ALDRIDGE apud NUNES, JÓLLUSKIN, 2007).

Assim, percebemos que as drogas no decorrer da história foram apresentando modificações em seu modo de consumo em função de diversos interesses, porém, é preciso se atentar que os interesses comerciais despontavam-se. O álcool, por

exemplo, foi: “Abundantemente usado após a revolução industrial, [...] e revelou-se de grande utilidade para, [...] silenciar os trabalhadores descontentes com as duras condições de trabalho impostas pelas crescentes necessidades [...]” (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p. 235) oriundas do processo de estabelecimento do sistema capitalista.

Em 1920, foi instituída a política de proibição do uso álcool nos EUA, no entanto, os altos investimentos necessários para o controle, devido o mercado clandestino da substância ter crescido, seguido do aumento significativo da violência, sem existir a redução do consumo do álcool, contribuíram para em 1933 a lei fosse revogada (BURGIERMAN, 2011).

Percebemos, então, que no decorrer da história, as drogas assumem diversos sentidos, bem como várias formas de uso, no entanto, foram nos últimos dois séculos que elas assumem outras dimensões, tais como, a forma de mercadoria com necessidade de controle, político, fiscal e jurídico; fonte de prazer, desinibição e fortalecimento do convívio social; para tratamentos médicos nos psicotrópicos e por último tratada pelas autoridades governamentais como agente associado a violência (MEDEIROS, 2008; NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

Assim, na contemporaneidade o tema drogas tem sido cada vez mais apresentado nos espaços de discussão da sociedade, e substâncias que no decorrer da história foram consideradas lícitas, hoje passaram a constar na listagem de substâncias ilícitas, nos permitindo refletir que em

[...] determinados períodos de uso ou abuso de substâncias podem ser considerados como ciclo da droga, conceituando como período sócio-histórico, tempo-dependente, no qual uma nova droga ou um modo ‘inovador’ de utilização de uma droga é introduzido e adotado por grande número de pessoas. Seu uso institucionaliza-se em certos segmentos da população (LIMA apud FERREIRA, 2008, p. 62).

A atual disseminação do “fenômeno *crack*”, no Brasil e no mundo, tem se configurado, além de caso da Segurança Pública, como um problema de Saúde Pública, apresentando significativos reflexos com alta visibilidade na sociedade e na mídia, ocorrendo à necessidade do envolvimento dos diversos atores presentes nesse contexto, ou seja, ações intersetoriais dos órgãos de segurança pública, saúde, educação, movimentos sociais, dentre outros.

Deparamo-nos com um quadro que, segundo Vasconcelos (2010a), o discurso tem sido sobre uma suposta epidemia do *crack*, informação que tem ocupado grande espaço no contexto social e na mídia. Assim, difusão do *crack* na sociedade vem ocasionando “[...] no âmbito privado, familiar e comunitário um altíssimo nível de dramaticidade, devido o usuário, para manter o consumo, muitas vezes passam a vender os bens da família, a traficar, a cometer pequenos crimes, a morar na rua, a se prostituir [...]” (VASCONCELOS, 2010a, p. 49). Esse quadro acaba fazendo com que estas famílias busquem a opção que lhes é apresentada pela mídia: a internação compulsória.

Entretanto, na pesquisa realizada, entre os anos de 2011 a 2013, no Brasil pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), intitulada “Estimativa do Número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país”, apresentou um número estimado de 370 mil usuários, ou seja 0,81% da população analisada são usuários de *crack* e/ou similares (FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2013a).

Desta forma, “[...] os usuários de crack representaram na pesquisa da FIOCRUZ um percentual estimado de 35% dos consumidores de drogas ilícitas nas capitais do país” (FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2013a, p. 4), o que nos permite refletir que os números são contraditórios em relação à suposta epidemia do *crack*, haja vista que a proporção de usuários de *crack* não justifica o discurso da epidemia. E ainda, os usuários de crack, em relação aos usuários de outras drogas consideradas ilícitas, é menor. De acordo com a mesma pesquisa 1 milhão de usuários fazem uso de outras substâncias ilícitas, sendo que, a maconha e também as drogas consideradas lícitas não foram incluídas na pesquisa (FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2013a).

Outros dados relevantes apresentados pela pesquisa da FIOCRUZ foram que grande parte dos usuários de *crack* e/ou similares esteve na escola, mas só cursaram as séries iniciais. Dados que apontam sobre a necessidade de investimento em programas de prevenção no âmbito escolar que acessem as séries iniciais, bem como existir projetos que reduzam a evasão escolar (FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2013a).

Os usuários de *crack* e/ou similares são, basicamente, poliusuários, sendo o álcool e o tabaco às substâncias mais consumidas, assim, a pesquisa apontou sobre a

necessidade formular políticas públicas que contemplem todas as substâncias com potencial de abuso (FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2013a).

Questionados sobre a motivação para o uso do *crack* e/ou similares, durante realização da pesquisa da FIOCRUZ usuários informaram vontade/curiosidade em sentir o efeito da droga, 26,7% pressão de amigos e 29,2% informaram conflitos familiares ou perdas afetivas. Desta forma, a pesquisa falou da importância de se investir em políticas que potencializem a família como um todo, e não só indivíduo usuário do *crack*, e ainda sobre a necessidade de se investir em informações que enfatizem o risco do uso esporádico (FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2013a).

A grande maioria dos usuários relatou que desempenha algum tipo de trabalho autônomo e ou esporádico, e segundo informações da pesquisa da FIOCRUZ, as atividades ilícitas como tráfico, furtos, roubos e outros, não se apresentaram como fonte de renda principal (FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2013a).

Considerando os serviços de atenção residencial e ou internação, a pesquisa da FIOCRUZ revelou que, as Comunidades Terapêuticas, foram as mais acessadas pelos usuários (FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2013a). Dado que nos permite refletir sobre os riscos de retrocessos em relação às políticas de saúde mental e seus desdobramentos no campo do álcool e outras drogas, e da importância do controle social em relação a esses serviços, visto que, mesmo diante da necessidade de investimento em serviços públicos de qualidade para diminuir o sofrimento dos que fazem uso abusivo de substância psicoativas, em função de interesses de alguns, os recursos financeiros são alocados para contratação de instituições privadas.

Cabe ressaltar que o posicionamento contrário aos serviços que ainda são pautados em medidas de enclausuramento e conseqüente afastamento do convívio social e familiar, não significa deixar os sujeitos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas ou sofrem de algum transtorno psíquico e foram desfilados socialmente, abandonados com sua liberdade nas ruas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011; VASCONCELOS, 2010a; DESVIAT, 1999).

Assim, estes dados demonstram que “O abandono social vem antes, o crack vem depois. E a política social tem que preceder qualquer ação conjunto a comunidade, inclusive à médica. Outras desmistificações vêm a tiracolo” (NASSIF, 2012).

Desta forma, não podemos confundir a necessidade de intervenção com a necessidade de serem realizadas internações compulsórias, através de medidas judiciais, pois, para além desse tipo de resposta pontual, existe uma questão maior, que exige repostas técnicas; planejamentos mais eficientes dos serviços; repostas políticas e mais solidárias, que venham possibilitar a garantia de uma assistência aceitável, que conforme prevê as legislações, garantam a dignidade da pessoa humana, bem como a luta por uma sociedade mais justa e solidária (DESVIAT, 1999).

Por outro lado, ao refletirmos sobre como estão se materializando as ações voltadas para a área de drogas, percebemos que estas não se materializam somente com o objetivo de amenizar o sofrimento dos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, por trás delas sempre existe um jogo de interesses⁷ bem maior, que tende a favorecer alguns.

Neste sentido, torna-se fundamental refletir sobre os beneficiários das reformas neoliberais promovidas pelo Estado brasileiro, pois, isto ajudará a clarificar as razões da persistência da promoção de políticas proibicionistas que consideramos fracassadas nesse enfrentamento, seja no âmbito individual e/ou coletivo. Para tanto, realizaremos a seguir uma breve incursão sobre a categoria política social e como esta foi projetada no cenário brasileiro a partir da década de 1930 e o seu desdobramento no cenário neoliberal contemporâneo.

2.2 POLÍTICA SOCIAL: CONCEITO E OS CAMINHOS PERCORRIDOS ATÉ O ESTADO NEOLIBERAL

Neste item, iniciaremos nossa discussão, com o debate sobre política social na perspectiva de que elas se constituíram como possíveis respostas do estado para

⁷No Congresso Brasileiro, “[...] há donos de comunidades terapêuticas exercendo mandato, como o ilustre deputado Marcos Feliciano, dono da Casa de Recuperação Ressuscita em Cristo, no Gama, cidade-satélite de Brasília” (DELMANTO, 2013).

com a sociedade, e se dão em determinado contexto histórico⁸, neste caso, tomaremos como base o cenário vigente a partir dos anos de 1930, momento em que o mundo vivenciava uma imensa crise, e conseqüentemente o afloramento das expressões da questão social⁹, sendo necessária a intervenção do Estado para a expansão do capitalismo no Brasil (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Este debate servirá de base para refletirmos sobre o cenário e o processo de construção das políticas de drogas no contexto brasileiro.

Nesta direção, as políticas sociais são possíveis “respostas e formas de enfrentamento [por parte do Estado] – em geral setorializadas e fragmentadas - às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 51).

Entretanto, analisar as políticas sociais, implica também considerar que a construção destas não se deu de maneira espontânea, pois, foi no auge da Revolução Industrial, momento em que a sociedade vivenciava um extremo processo de pauperismo, proveniente do agravamento da questão social, que foram travadas as primeiras lutas das classes trabalhadoras, mais especificamente, pela redução das jornadas excessivas de trabalho, o que possibilitou o reconhecimento das primeiras regulamentações do trabalho por parte do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Assim, enquanto resposta do estado às lutas travadas pela classe trabalhadora, por condições mais dignas de trabalho, as políticas sociais se materializam mediante a capacidade de organização e pressão desta classe, acrescida do nível de desenvolvimento das forças produtivas e a conexão das forças envolvidas no Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Após estas considerações, ainda é viável ressaltarmos que ao se falar da construção das políticas sociais como possíveis respostas as mazelas provenientes da expropriação do capitalismo sobre o trabalho, se faz necessário pontuarmos que

⁸“Não se pode indicar com precisão um período específico de surgimento das primeiras iniciativas reconhecidas de políticas sociais, pois, como processo social, elas se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 47).

⁹“O debate sobre a questão social está atrelado ao capitalismo. Surgindo na terceira década do século XIX, justamente quando a base urbano-industrial do capitalismo começava a se afirmar e quando a acumulação dava seus primeiros passos consistentes [...]” (NETTO; BRAZ, 2010, p. 139).

elas não se gestaram de forma linear em todo contexto mundial, foram surgindo de forma gradual e diferenciada (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

No Brasil, segundo Behring e Boschetti (2011), a construção das políticas sociais se fez em um contexto histórico diferenciado dos países de capitalismo central. País escravista desde a colonização, marcado pelo pauperismo, não teve uma sociedade colonial marcada por lutas operárias, a questão trabalhista só foi colocada em pauta no início do século XX, dadas as primeiras manifestações propriamente ditas dos trabalhadores. De acordo com as mesmas autoras, os direitos sociais se apresentam como resultado da luta de classes, mas vêm como forma de legitimar as classes dominantes, e não pela via da conquista dos mesmos. As políticas se estabelecem de maneira que possam tutelar os sujeitos, e se desenvolvem na perspectiva do favor, do paternalismo e:

[...] enraizada na herança colonial: a escravatura, a grande propriedade territorial e as relações de poder, apoiados nas relações de dependência pessoal, no comradrio e na ideologia do favor. [...] favorece o cultivo dos interesses privados, inclusive o uso privado de recursos públicos, impeditivos da constituição de uma cidadania sólida e universal. (IAMAMOTO, 2010, p. 22-23)

Portanto, na sociedade brasileira, até a década de 1930 as políticas sociais foram pautadas em poucas e frágeis medidas de proteção social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Assim, de acordo com Melo (2009, p. 13), “[...] a política social se inscreve na agenda de intervenção do Estado Brasileiro no quadro de transformações associados à Revolução de 30¹⁰ e à Era Vargas”.

Nesse dado momento histórico, segundo Couto (2010), o mundo vivenciava os reflexos da crise mundial de 1929¹¹, reflexos que possibilitaram transformações socioeconômicas no Brasil, ocasionando a mudança do então modelo agroexportador para o modelo urbano industrial, terreno favorável para que com apoio do então presidente Getúlio Vargas, a burguesia cafeeira volta-se a se estabelecer.

¹⁰Love e Carone apud Couto (2010) consideram que no período de 1889 até 1930, existiu um acordo no Brasil, que consistiu no revezamento entre representantes do estado de São Paulo e Minas Gerais, na ocupação da Presidência do país, que foi denominada política do café com leite, assim, a Revolução de 1930, ocorreu devido o rompimento de acordo oligárquico.

¹¹“A crise de 1929, que teve profunda repercussão nos países da América Latina, atingiu o Brasil quando o Café, nosso principal produto de exportação, enfrentava grave crise de superprodução” (CORSI, 2000, p. 249).

Assim, inaugurado o Século XX, no Brasil o Estado Burguês torna-se triunfante, e a classe dominante passa a ter ao seu lado órgãos poderosos, o exército, a polícia e a burocracia, passando a regulamentar o modo de produção capitalista, em função do fortalecimento do mercado (NETTO; BRAZ, 2010).

Porém, desse novo cenário político, econômico e social, também passaram a fazer parte outros atores sociais, mais precisamente as classes médias, que estabelecidas nas regiões urbanas, devido à mudança do modelo econômico no Brasil, agroexportador para o urbano industrial, passaram a exigir melhorias para as suas condições de vida, pois a nova ordem produtiva estabelecida, industrial, exigia a regulamentação¹² das relações entre o capital e trabalho (COUTO, 2010).

Assim, o Estado Nacional na expectativa de acalmar os ânimos da sociedade, do período de 1930 a 1943, passou por um momento de reestruturação, passando a prover e regulamentar ações no campo da educação, “[...] saúde, previdência, programas de alimentação e nutrição, habilitação popular, saneamento, transporte coletivo” (NEPP apud SILVA, 1997, p. 105).

Nesse período as legislações vieram no sentido de manter a ordem, buscando evitar o conflito entre os empregados e empregadores e no campo dos direitos sociais o destaque foi o investimento na área trabalhista, através da implementação de legislações para a proteção do trabalhador, dentre as quais podemos considerar, no ano de 1933, direito a férias; no ano de 1940, salário mínimo; no ano de 1943, Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), jornada diária de trabalho de oito horas, dentre outros. Vale ressaltar que mesmo sem deixar de considerar a importância dos direitos trabalhistas ora apontados, o período de 1930 a 1945, foi marcado por um processo de submissão da sociedade brasileira ao Estado, este trabalhava com a intenção de manter a ordem do capital sobre o trabalho (COUTO, 2010).

Entretanto, a centralidade e a repressão vigente nos quinze anos do governo de Vargas, 1930 a 1945, passou a ser questionada, dada a participação do Brasil na Segunda Guerra Mundial. Através de manifestações públicas a sociedade brasileira passou a exigir o retorno da democracia e do governo constitucional e, contestada a

¹²O Ministério do Trabalho (MT) foi criado em 1930 e, “[...] segundo o ministro da época, Lindolfo Collor, tinha como função harmonizar as relações entre os que dão e os que recebem trabalho” (COUTO, 2010, p. 95).

postura de Vargas, este foi deposto em 1945 sobre forte influência da sociedade brasileira (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O período que se seguiu, 1945 a 1964, serviu de estandarte para o processo de redemocratização do Brasil, no entanto, a ascensão dos movimentos sociais, por reformas que possibilitassem a melhoria da qualidade de vida da população, preocupou as classes dominantes, e para manter a ordem e moral necessárias para sua manutenção enquanto classe dominadora ocorreu em 1964 o Golpe Militar. Este se deu com o “[...] apoio das classes médias, das forças conservadoras e dos interesses do capital estrangeiro no país” (COUTO, 2010, p.120), assim,

Os militares, associados aos interesses da grande burguesia nacional e internacional, incentivados e respaldados pelo governo norte-americano, justificaram o golpe como “defesa da ordem e das instituições contra o perigo comunista”. Na realidade, o acirramento da luta de classes estava no centro do conflito. O golpe foi uma reação das classes dominantes a crescimento dos movimentos sociais [...] (HABERT, 1992, p. 8).

Nesta direção, o Golpe Militar veio na contramão da possibilidade de se estabelecer um desenvolvimento econômico-social e político nacional através de reformas democráticas, desvinculadas do viés no qual se estabeleceram a formação social brasileira (BRAVO, 2011).

Assim, nos mais de 20 anos de Ditadura Militar no Brasil, que se estendeu da década de 1960 a 1980, o discurso oficial era que a revolução tinha se estabelecido em favor da democracia e reconhecimento dos direitos. No entanto, as medidas adotadas¹³ pelos governantes nessa época apontavam em uma direção contrária. A força e a repressão foram os instrumentos mais usados em prol de um projeto que vislumbrava transformar o Brasil em grande potência econômica, no entanto, sem perder seu vínculo com o capitalismo internacional, mesmo que em detrimento a grande maioria do povo brasileiro que sofria com o arrocho salarial, altos índices de inflação e com a pobreza extrema (COUTO, 2010).

Também foi nesse período histórico, que a sociedade brasileira teve muitos de seus direitos políticos e civis solapados pelos atos institucionais ditados pelos governos da época e a arbitrariedade de tais atos impulsionou um movimento de oposição por parte da sociedade civil, que teve como contrapartida à reação do governo, com a

¹³“As primeiras medidas do governo general Castelo Branco (1964-67) foram: intervenção nos sindicatos e nas entidades estudantis, proibição das greves, instauração da censura, criação do SNI (Serviço Nacional de Informações), cassação de mandatos e suspensão por dez nos dos direitos políticos de parlamentares opositores” (HABERT, 1992, p. 9).

promulgação de novos atos institucionais, ainda mais repressivos e ditatoriais (HABERT, 1992).

Assim, o período de ditadura no Brasil foi baseado praticamente no fortalecimento de uma economia excludente, que proporcionou um acúmulo de renda¹⁴ para uma pequena parcela da população, e a grande massa popular teve que se contentar com medidas sociais parcas, imediatistas e seletivas, estas favoreciam algumas classes em detrimento de outras, sem contar que alguns problemas sociais tomaram proporções significativas (COUTO, 2010). Contraditoriamente, esse período ficou conhecido como milagre econômico (HABERT, 1992).

Foi nesse contexto que ocorreu a reorganização dos movimentos sociais, voltados para a luta pelo fim da ditadura. Assim, o Estado na expectativa de manter a ordem proporcionou um grande avanço no campo dos direitos sociais. Promovendo a criação do Fundo de Garantia por tempo de Serviço (FGTS), em 1966; o Instituto Nacional da Previdência (INPS), em 1967; o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), em 1971; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1971; o Programa de Suplementação Alimentar (PSA), em 1985, dentre outras ações (COUTO, 2010).

Carvalho (2003) analisa que a década de 1980 foi cenário propício para a ascensão das lutas dos movimentos sociais que, atrelados à luta das classes trabalhadoras, atuaram na expectativa de que as políticas sociais viessem sob a ótica da afirmação de direito, e os direitos políticos e civis, estes restringidos¹⁵ de forma cruel do povo brasileiro durante a ditadura, voltassem a ser reafirmados.

Revoltos com os sacrifícios impostos à população, a sociedade se organiza para iniciar “[...] o movimento pré-constituente, bem como para denunciar o descumprimento das propostas por parte do governo” (COUTO, 2010, p. 137).

¹⁴“O ministro da Fazenda do período do “milagre”, Delfim Neto, um dos mais conhecidos representantes da política econômica dos governos militares [...], explicava a economia como um “bolo que primeiro deveria crescer para depois ser dividido”. O “bolo” cresceu, engalanado por uma das maiores concentrações de renda do mundo (em 1980, os mais ricos, apenas 1% da população, concentravam uma parcela da renda quase igual ao total da renda de 50% da população – os mais pobres)” (HABERT, 1992, p. 13).

¹⁵“As eleições diretas para governadores foram suspensas a partir de 1966, só voltando a ser realizadas em 1982. Para presidente da República, não houve eleição direta entre 1960 e 1989, quase 30 anos de exclusão do povo da escolha do chefe do Executivo. Os presidentes eram escolhidos pelos comandos militares [...]” (CARVALHO, 2003, p. 166).

Outra marca desse período, que dada a temática deste trabalho não podemos deixar de destacar, foi que também nessa conjuntura, aconteceram as primeiras denúncias por parte do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM)¹⁶ no Brasil. Assim, ao final do século XX, na busca por condições dignas de trabalho e “[...] humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração” (VASCONCELOS, 2010b, p. 23), passaram a se organizar e a exigir a Reforma Psiquiátrica. Atrelada a essa luta seguiu a dos demais profissionais de saúde, que assumiram a luta para que as redes hospitalares prestassem serviços humanizados e de qualidade para a população brasileira. Movimento mais tarde conhecido como reforma sanitária (VASCONCELOS, 2010b; BRAVO, 2011).

Assim, nessa conjuntura, de ascensão das lutas dos diversos movimentos sociais¹⁷ e dos trabalhadores, teve como resultado a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, considerada “Constituição Cidadã” (CARVALHO, 2003, p. 199), pois diferentemente das anteriores, contou com a participação democrática popular.

Nesta direção, é válido ressaltar que a partir da década de 1980, ocorreram significativos avanços no campo das legislações no que se diz respeito aos direitos, civis, políticos e sociais, estas conquistas, vieram acompanhadas de um período de recessão econômica, reflexo da crise do capital que já vinha se configurando em todo contexto mundial desde os anos de 1970, haja vista que: “A ilusão dos “anos dourados”¹⁸ é enterrada em 1974-1975¹⁹: num processo inédito no pós-guerra, registra-se então uma recessão generalizada, que envolve simultaneamente todas as potências imperialistas [...]” (NETTO; BRAZ, 2010, p. 214).

¹⁶“Os principais objetivos da plataforma política do MTSM naquela conjuntura foram: [...] não criação de novos leitos psiquiátricos especializados [...] regionalização das ações em saúde mental [...] controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados [...] expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental [...] humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais” (VASCONCELOS, 2010b, p. 24-25).

¹⁷No Brasil a década de 1980 também foi marcada por “[...] um forte movimento de massa, que concentrou uma multidão nas principais cidades, em defesa de eleições diretas para presidente: era o movimento “Diretas Já!” (COUTO, 2010, p. 135).

¹⁸“Os “anos dourados” expressam exatamente esta onda longa de expansão econômica (que foi a primeira a registrar-se na história do capitalismo), durante a qual crescimento econômico e taxas de lucro mantiveram-se ascendentes entre o fim da Segunda Guerra Mundial e a segunda metade dos anos sessenta” (NETTO; BRAZ, 2010, p. 213).

¹⁹Neste período, mais especificamente no ano de 1973, acontece a Crise do Petróleo, no contexto mundial.

Assim, ao final do século XX, o Brasil incorpora a suas políticas sociais à lógica neoliberal e: “Todas as garantias constitucionais que foram consubstanciadas em legislações ordinárias posteriores²⁰ [a CF 1988] passaram a ser alvo de desmonte pelos governos que sucederam a Constituição de 1988” (COUTO, 2010, p. 144).

Os discursos governamentais, na tentativa de se desvencilhar dos compromissos assumidos na CF 1988, passaram a se sustentar no discurso que estava ocorrendo “[...] uma saturação da agenda pública, [...] devido aos excessos de direitos sociais encapsulados na Constituição Federal de 1988” (MELO, 2009), lógica que vai se suceder com a retração do Estado frente à garantia dos direitos sociais, repassando para terceiros²¹ suas obrigações.

Assistimos, desde então, a uma reforma do estado, que imprime o discurso voltado para fortalecimento da economia, Estado que supostamente falido precisava se reerguer, assim, as duas últimas décadas do século XX no Brasil foram marcadas por um grande número de privatizações, que vieram na expectativa de “[...] melhorar a qualidade dos serviços; e atingir a eficiência econômica das empresas, que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 153). Deste modo, em função de se estabelecer um mercado livre, grande parte do patrimônio nacional foi entregue nas mãos de potências internacionais, sem nenhuma garantia de retorno para o país, em contrapartida obtivemos o alto índice de desemprego e desequilíbrio da balança comercial (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

Portanto, o processo de universalização das políticas sociais no Brasil se deu num momento de crise das políticas de bem estar social no contexto mundial, dada a hegemonia histórica das políticas neoliberais, seguida do “[...] desemprego estrutural, precarização das políticas sociais públicas e de induzir a desassistência” (VASCONCELOS, 2010a, p. 22), e ainda não podemos deixar de pontuar que neste cenário, são os trabalhadores que mais sofrem, visto que, na contemporaneidade a

[...] estratégia do capital impactou fortemente os trabalhadores – e tornou-se lugar - comum salientar as transformações do “mundo do trabalho”, entre as quais destacam-se a *crise do movimento sindical* e a redução do contingente dos *operários industriais*, [...] processo inegável e as suas

²⁰“Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), Leis nº 8.212 e nº 8.213/91 (Plano de Custeio e Benefícios da Previdência Social) e a Lei nº 8.742/93” (Lei Orgânica da Assistencial Social) (COUTO, 2010, p. 144).

²¹“[...] o estado tem se distanciado de suas ações e intervenções sociais e a sociedade civil tem assumido, em parte, algumas demandas” (ANDRADE, 2006, p. 25).

consequências são expressivas, na medida em que afetam a capacidade de resistência dos trabalhadores [...] (NETTO; BRAZ, 2010, p. 219).

Neste cenário, o projeto neoliberal está em pauta, e vivenciamos a reestruturação produtiva, a precarização do trabalho; a já considerada retração do estado frente à efetivação das políticas sociais, e contraditoriamente a este projeto que se estabelece de maneira hegemônica, seguem enfraquecidas as lutas dos trabalhadores²², que tendem a se preocupar em manter os direitos individuais através da propagação ideológica do individualismo exacerbado (DURIGUETTO, 2007).

E ainda, a resposta neoliberal no cenário atual tem sido acentuar a criminalização da questão social, deslocando-a para a esfera policial e penal, bem como aumentando a violência das ações policiais nos grupos populacionais mais pobres, com crescimento vertiginoso da população carcerária, em instituições superlotadas, nas quais as rebeliões são controladas com intervenções ainda mais repressivas (VASCONCELOS, 2010).

No caso das drogas, a intolerância social ao consumo de determinadas substâncias – classificadas como ilícitas – reafirma práticas moralizadoras e de controle sobre o comportamento de moradores e comunidades pobres das cidades. Ao focar-se na dimensão local – repressão e controle, a questão das drogas deixa escapar sua dimensão global - um fenômeno transnacional. O mercado das drogas torna-se uma área necessária à dinâmica do capital, seja pelas operações diretas do narcotráfico seja pelo investimento do fundo público na aquisição de outras mercadorias produzidas no complexo industrial-militar para o seu ‘combate’ (LIMA, 2010).

Nesta direção, ao assentarmos nossa discussão na conjuntura em que o processo neoliberal faz frente à constituição das políticas sociais, voltaremos nossa discussão para os desafios que este contexto vai apresentar para as políticas no campo da saúde mental e seus desdobramentos no campo das drogas.

Para tanto, primeiramente percorreremos todo caminho da construção das políticas de drogas no Brasil, no Século XX, até chegarmos aos desafios apresentadas às

²² “[...] o capitalismo contemporâneo particulariza-se pelo fato de, nele, o capital estar destruindo as regulamentações que lhe foram impostas como resultado das lutas do movimento operário e das camadas trabalhadoras. A desmontagem (total ou parcial) dos vários tipos de *Welfare State* é o exemplo emblemático da estratégia do capital nos dias correntes [...]” (NETTO; BRAZ, 2010, p. 225-226).

políticas no campo da saúde mental e seus desdobramentos álcool e outras drogas na sociedade contemporânea, que segundo Vasconcelos (2010a), permeada pelas diversas expressões da questão social, que se apresentam como constantes desafios, passam a ser palco de atuação de um Estado que tende a se retrair frente as suas responsabilidades, dada à necessidade do processo neoliberal se estabelecer.

2.3 APRESENTAÇÃO DA TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE DROGAS NO BRASIL

Decorridos mais de 400 anos da história brasileira, não existia, no Brasil, nenhum controle de cunho oficial, voltado para o uso das drogas. Assim, neste capítulo, buscaremos retomar a recente trajetória da construção das políticas de drogas no Brasil, que se deu a partir das primeiras décadas do XX (CARNEIRO, 2009b).

É válido ressaltar que a construção das políticas de drogas, não diferente das demais políticas sociais no Brasil, tem como base a moral, são políticas pontuais e com uma história marcada por interesses de ordem internacional (BASÍLIO, 2008), o que nos remete a refletir que as políticas de drogas não se apresentam exclusivamente na expectativa de atender as necessidades dos indivíduos que sofrem as consequências do uso nocivo e ou abusivo das substâncias psicoativas, mas também com a intenção de regulamentar e manter tais sujeitos sobre a ordem vigente, que é o sistema capitalista.

As primeiras legislações de controle as drogas que se materializaram no Brasil, vieram como resposta à pressão sofrida pelos Estados Unidos da América (EUA), que ameaçava com possíveis sanções comerciais os países que não aderissem aos acordos internacionais de controle às drogas (BASÍLIO, 2008).

Assim, na primeira década do século XX, mais precisamente 1909, vários países se reuniram na Conferência de Xangai²³, para discutirem sobre a produção e comércio do ópio e seus derivados, evento que contribuiu de forma significativa, para que mais

²³“A história do Controle internacional de drogas remonta a 1909, quando se reuniram na Conferência de Xangai os representantes dos 13 países mais importantes, dentre eles as potências coloniais da época, além dos representantes do Império Chinês [...]” (BOITEUX, 2009, p. 24).

tarde se concretizasse a Convenção do Ópio²⁴, assinada em Haia, em 1912 (BOITEUX, 2009).

O Brasil regulamentou o seu apoio a essa convenção, cujo teor contemplava, “[...] a consolidação da postura proibicionista no âmbito mundial, em especial com o rol das substâncias proibidas” (BOITEUX, 2009, p. 25) em 10 de fevereiro de 1915 através da promulgação do decreto de nº 11.481 (BRASIL, 1915).

Assumida a relação do Brasil com as políticas internacionais, proibicionistas às drogas, a partir de então assim se apresentam as legislações voltadas para o controle do uso e comércio das drogas no estado brasileiro:

No ano de 1921, o congresso nacional promulgou a Lei Federal de nº 4.294, regulamentada pelo Decreto 14.969, de 3 de setembro de 1921. Tecida sob o corpo jurídico de afirmação proibicionista e moralista, a Lei 4.294, tinha por objetivo estabelecer penalidades aos que vendessem de forma ilegal cocaína, ópio, morfina e seus derivados; normatizar o comércio para fins terapêuticos e também dava instruções de como se daria as interações dos que fizessem uso abusivo do álcool ou substância venosa. Trazia claras diferenciações quanto à forma de tratamento a ser concedida aos que faziam uso, embriagavam-se, e aos que comercializavam, de forma ilegal (BRASIL, 1921a; BRASIL, 1921b).

No ano seguinte, 1922, foi promulgado o Decreto lei 15.683, que ao verificarmos, identificamos que só teve a intenção de retificar disposições feitas na Lei 4.294, de 1921 (BRASIL, 1921a; BRASIL, 1922).

Durante a década de 1930, conforme já considerado no capítulo anterior o mundo sofria com as consequências da crise de 1929, e esse cenário foi propício para que sobre os ditames do EUA vários países no continente americano, iniciassem “[...] um processo de regulação penal da questão drogas [...]” (BASÍLIO, 2008, p. 85).

No Brasil, o então Presidente Getúlio Vargas promulgou o Decreto Lei 20.930, de 11 de janeiro de 1932, legislação que voltou a reiterar sobre normas regulamentadoras

²⁴“A convenção do Ópio, ocorrida em Haia foi realizada entre os meses de dezembro de 1911 e janeiro de 1912, e abordou formas de controle da produção de ópio, heroína, morfina e cocaína, deixando de fora um dos derivados do ópio - a codeína, produto que podia ser encontrado em xaropes contra tosse. A sua influência política e econômica junto ao governo brasileiro era significativa. Em razão dos desdobramentos da primeira Guerra, essa convenção só entrou efetivamente em vigor em 1921, quando então, foi atingido o número mínimo necessário de assinaturas de países seguidores” (ROCCO apud BASÍLIO, 2008, p. 84).

em relação ao comércio e uso das drogas; em seu Artigo 1º apresentava a listagem de substâncias controladas e no Capítulo III, Artigo 26º determinava pena de três a nove meses de prisão aos quem fosse

[...] encontrado tendo consigo, em sua casa, ou sob sua guarda, qualquer substância compreendida no art. 1º²⁵, em dose superior, à terapêutica determinada pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, e sem expressa prescrição médica ou de cirurgião dentista, ou quem, de qualquer forma, concorrer para disseminação ou alimentação do uso de alguma dessas substâncias (BRASIL, 1932).

Passados quatro anos, em 28 de abril de 1936, através do Decreto nº 780 foi criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, subordinada ao Ministério das Relações Exteriores (BRASIL, 1936).

Já o Decreto Lei nº 891, promulgado em 25 de novembro de 1938, além de ampliar a lista de substâncias controladas, incorporou as normas presentes nas legislações anteriores, trazendo determinações mais expressivas em relação do controle, pelo Estado, da produção, o tráfico e consumo de drogas (GREGO; RODRIGUES apud BASÍLIO, 2008), o que pode ser verificado no Art. 29, do Capítulo III desta lei, que determina internação obrigatória aos “[...] toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas [...]” (BRASIL, 1938).

As autoras Garcia, Leal e Abreu (2008), afirmam que a promulgação do Decreto nº 891, que posteriormente foi incorporado ao artigo 281 do Código Penal de 1940, fez parte do quadro de inovações do então Presidente Getúlio Vargas (1930-1945), essas legislações além de contemplar um discurso de ordem criminalizadora em relação ao consumo das drogas consideradas ilegais, serviu de estratégia para controle da saúde do trabalhador, pois através de ações pautadas na realização de palestras, distribuição de folhetos e realização e Semana Antialcoólica, envolviam a sociedade como um todo, mas o Estado exercia papel central.

Assim, verificamos que até o ano de 1938, as legislações brasileiras voltadas para a questão drogas sempre trouxeram em seu corpo a soberania do Estado em relação a esta temática, o que não vai ser diferente ao verificarmos o Decreto Lei nº 3.114,

²⁵“Art. 1º São consideradas substâncias tóxicas de natureza analgésica ou entorpecente, para os efeitos deste decreto e mais leis aplicáveis, as seguintes substâncias e seus sais, congêneres, compostos e derivados, inclusive especialidades farmacêuticas correlatas: I - O ópio bruto e medicinal. II - A morfina. III - A diacetilmorfina ou heroína. IV - A benzoilmorfina. V - A dilandide. VI - A dicodide. VII - A eucodal. VIII - As folhas de coca. IX - A cocaína bruta. X - A cocaína. XI - A ecgonina. XII - A "canabis indica”” (BRASIL, 1932).

de 13 de março de 1941, pois, além de reafirmar a legalização da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, incorporou outros representantes em seu corpo técnico, dentre estes, os da ordem de segurança pública Exército e Ministério da Justiça (BRASIL, 1941).

Entretanto, Rodrigues apud Basílio (2008), vai considerar que foi no ano de 1961, que o Brasil assumiu literalmente seu compromisso com a luta contra as drogas, ao incorporar em seu regimento interno as normas presente na Convenção Única sobre Entorpecentes assinada em Nova York²⁶, assim, o Estado Nacional ganhou força jurídica necessária para reprimir e combater as drogas.

Em 1967 através do Decreto Lei n° 159²⁷, também passam a ser regulamentadas: “[...] As substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica, embora não consideradas entorpecentes [...]” (BRASIL, 1967) e, passado um ano, foi promulgado o Decreto Lei n° 385, de 26 de dezembro de 1968, que incluiu o usuário no mesmo patamar de punição do traficante (BRASIL, 1968).

Em 1971, a Lei n° 5.726, não diferente das legislações anteriores, dispunha sobre “[...] medidas preventivas e repressivas ao trafico e uso as drogas [...]” (BRASIL, 1971a) e em seu Art. 56, contraditoriamente, orientava sobre a necessidade de formação de educadores para realizar campanhas educativas relacionadas às drogas. Nesse mesmo ano, o decreto n° 69.845, tratou sobre as obrigações do estado em relação ao controle às drogas e ainda das responsabilidades da sociedade civil, com destaque para o envolvimento das instituições de ensino na campanha antidrogas (BRASIL, 1971a; BRASIL, 1971b).

Por um longo período, até os anos de 1970, no Brasil se manteve ações de controle repressivo ao tráfico e consumo de drogas, no entanto, essas ações não contribuíram para regressão do tráfico e consumo de substâncias psicoativas, o que implicou na eminente necessidade de novas estratégias (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Nesta direção, segundo as mesmas autoras, a partir de 1970, foi criado Sistema Nacional de Prevenção, fiscalização e Repressão, ligado ao Ministério da Justiça,

²⁶O “[...] Decreto Legislativo n° 5, de 1964. Aprova a Convenção única sobre Entorpecentes, assinada em Nova York, a 30 de março de 1961” (BRASIL, 1964a), oficializada através do “Decreto n° 54.216, de 24 de agosto de 1964” (BRASIL, 1964b).

²⁷Esse decreto incluiu na lista de entorpecentes as “[...] os barbitúricos e as anfetaminas [...]” (BASÍLIO, 2008, p. 90).

em 1971 o Conselho de Prevenção Antitóxicos (CPA) e no ano de 1976, no mandato do Presidente Ernesto Geisel, passou a vigorar a Lei nº 6.368, que teve sua aprovação vinculada um trabalho realizado pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional, instituída em 1973, dada a comoção nacional diante da morte duas crianças, Araceli, no Espírito Santo, e Ana, em Brasília, vítimas de crimes que supostamente tinham relação com as drogas.

A Lei nº 6.368, de 1976, regulamentada pelo Decreto nº 78.992 do mesmo ano, continuou a sustentar o tom repressor, e em seu Capítulo III, Art. 12, assume autonomia para regulamentar penas em relação aos delitos relacionados as drogas (BRASIL, 1976a; BRASIL, 1976b).

Em atenção a Lei nº 6.368, de 1976, entrou em vigor o Decreto nº 85.110, que em 2 de setembro de 1980 instituiu “[...] o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes” (BRASIL, 1980), que se deu através da criação do Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes (CONES) e dos Conselhos Municipais de Entorpecentes (COMENS) (OLIVEIRA; RODRIGUES apud BASÍLIO, 2008, p. 97).

Entretanto, a guerra às drogas no âmbito mundial e conseqüentemente no âmbito nacional, vai se intensificar, a partir de 1980, momento em que contou com o apoio da frase publicitária da campanha do presidente dos EUA, Ronald Reagan, “**Apenas diga não**”, frase que veio somada a leis ainda mais rigorosas de combate as drogas. Após o fim do mandato do governo de Reagen, 1989, ocorreu à queda do Muro de Berlim, marco do fim da Guerra Fria, e os EUA passaram a ser a única superpotência mundial e com a tarefa de continuar ameaçando com sanções econômicas os países que não aderissem aos seus ditames (BURGIERMAN, 2011).

Nesta direção, no Brasil a partir de então tivemos a promulgação das seguintes legislações, que ao apresentarmos e refletirmos, verificamos que sempre estiveram na linha de frente para batalha na suposta guerra às drogas.

Na Lei nº 7.468, de 28 de abril de 1986, tornou-se obrigatório campanhas educativas nos meios de comunicação, mais especificamente rádio e televisão, tratando dos efeitos nocivos das drogas (BRASIL, 1986). No entanto, somente em 15 de julho de 1996, que foi aprovada a Lei nº 9.294, que vai dispor sobre as restrições ao uso e

propaganda de substâncias psicoativas em locais públicos, incluindo o tabaco e álcool nessas substâncias (BRASIL, 1996).

Não podemos deixar de acrescentar que, a Constituição Federal de 1988, também tratou de incluir em seu texto normativas em relação às drogas, considerando o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas inafiançáveis e livres de graça ou anistia; e em relação à prevenção e repressão, inclui como atribuição da Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal; Polícia Ferroviária Federal, Polícia Civil e Polícia militar; aos bens ou valores apreendidos em função do tráfico ou ações ilícitas em relação entorpecentes e drogas, seriam confiscados pelo Estado e revertidos para programas de prevenção ao uso de drogas, bem como aparelhamento do Estado, e, considerou responsabilidade do Estado o investimento em programas de reabilitação para crianças, adolescentes e jovens dependentes de entorpecentes e drogas afins (BRASIL, 1988).

Chegada a última década do século XX, com a finalidade de assegurar a vitória eleitoral, o governo manteve as políticas no mesmo patamar. No entanto, nesse período a sociedade brasileira foi marcada por uma crise econômica que já vinha sendo anunciada no contexto mundial desde os anos 1970, o momento foi de grande recessão econômica, elevação de juros, abertura do comércio sem controle. Esse cenário implicou na forma de organização das empresas, que passaram a terceirizar e reduzir a mão-de-obra, reduziram a produção, renovaram os seus meios de produção através de importação de novos maquinários, fecharam filiais e conseqüentemente ocorreu elevado índice de desemprego (BASÍLIO, 2008).

Foi nesse cenário de crise, conforme já considerado no capítulo anterior, que as políticas neoliberais avançaram e, no campo das legislações brasileiras de drogas não foi diferente, do final dos anos 1980 até o início do século XXI, várias ações foram implementadas, no entanto, sempre com a expectativa de responder orientações internacionais, mais precisamente dos EUA, sem se preocupar com a realidade social e econômica presente no Brasil, o objetivo principal era fortalecer a guerra às drogas.

Nesta direção, o Conselho Nacional de Entorpecentes (CNE), implementou no ano de 1986 a Política Nacional a respeito da questão das drogas; em 1988 a Política Nacional na Questão das Drogas; em 1992 a Política Nacional de Drogas; em 1996 o Programa Nacional Antidrogas; em 2002 a Política Nacional Antidrogas; 2005 à

Política Pública sobre drogas. E dentre estas diversas inovações não podemos deixar de mencionar a criação do Fundo de Prevenção, Recuperação e Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB), que seria custeado com recursos do orçamento União, provenientes da alienação e apropriação de bens e valores obtidos do tráfico de drogas e, devido questões jurídicas para liberação de tais recursos ocorreu entraves em sua implementação até os anos de 2008 (GARCIA; LEAL apud BASÍLIO, 2008).

Também nesse período, foram promulgados uma diversidade de decretos e leis; implantação de várias secretarias; criação de canais diretos de divulgação de pesquisas e resultados, dentre outras, sempre desenvolvidas sobre os vieses do controle, submissão e repressão, e servindo de dispositivo para atender pactos internacionais, tendo na linha de frente ações de enfretamento à questão droga, pautadas na questão da segurança nacional e saúde (BASÍLIO, 2008).

Reafirmando essa postura presente nas legislações sobre drogas, em 25 de julho de 1990, foi promulgada Lei nº 8.072, que considerou o tráfico de drogas como crime hediondo (BRASIL, 1990a).

Também em 1990, tivemos a promulgação da Lei nº 8.080, que em seu Capítulo I, Art. 6º, inciso IX, considerou como atribuição do Sistema único de Saúde (SUS), “[...] a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e outros [...]” (BRASIL, 1990b).

Já Lei nº 8.764, de 20 de dezembro de 1993, criou a Secretária Nacional de Entorpecentes, esta tinha por objetivo “[...] supervisionar, acompanhar e fiscalizar a execução das normas estabelecidas pelo Conselho Federal de Entorpecentes” (BRASIL, 1993).

Em 27 de maio de 1998, a Lei nº 9.649, em seu Capítulo III, Art. 17, inciso VII, tratou de transformar o Conselho Federal de Entorpecentes em Conselho Nacional Antidrogas (BRASIL, 1998a), nomenclatura que ao pronunciarmos já nos permite refletir sobre os traços de repressão e punição, que seria cunhada no desenrolar das ações.

No período de 1998 a 2001, diversas Legislações foram promulgadas com a intenção de legitimar o posicionamento do Brasil em relação às drogas, das quais destacaremos a Medida Provisória de nº 1.669, de 19 de junho de 1998, que criou a

Secretaria Nacional Antidrogas e o Decreto nº 3.845, de 13 de junho de 2001, que tratou em Art. 5º de apressar a aprovação do Regimento Interno da Secretaria Nacional Antidrogas, concedendo prazo de noventa dias, para ser colocado em prática (BRASIL, 1998a; BRASIL, 1998b; BRASIL, 2001a).

No ano de 1999, foi implantado o Observatório Brasileiro Sobre Drogas (OBID), sob recomendação da Comissão Interamericana para Controle do abuso de Drogas (CICAD), iniciou suas atividades em 2002 e tinha por objetivo criar um sistema integrado, com todas as informações relacionadas às pesquisas e estudos sobre o uso abusivo de substâncias psicoativas (GARCIA; LEAL apud BASÍLIO, 2008).

Em 21 de dezembro de 2000, o Decreto nº 3.696, criou o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), tinha por objetivo, formular a Política Nacional Antidrogas, e ainda fiscalizar a execução e igualar os planos regionais, municipais e estaduais aos planos nacionais (BRASIL, 2000).

Desta forma, o SISNAD, após se estabelecer, se juntou a Secretaria Nacional Antidrogas²⁸ (SENAD) e ao Departamento da Polícia Federal (DPF) e outros, e elaboraram a Política Nacional Antidrogas (PNA), voltada para a redução da oferta e aceitação das drogas (BASÍLIO, 2008).

Entretanto, toda ofensiva contra as drogas no contexto mundial e no Brasil do final do século XX ao início do século XXI, teve como resultado:

[...] o maior desastre de política pública do século XX, e quem afirma isso são os próprios comandantes da iniciativa. Em 2011, um grupo de líderes mundiais se reuniu e formou a Comissão Global de Políticas de Drogas. Eles admitiram a derrota de maneira clara: “A guerra Global contra as drogas fracassou, com efeitos devastadores para os indivíduos e sociedades no mundo todo”, disseram no relatório *War On Drugs*, lançado em 02 de junho de 2011, em Nova York (BURGIERMAN, 2011, p. 25).

Desta forma, as autoridades brasileiras, pressionadas por movimentos da área de saúde e saúde mental, e outros movimentos da sociedade civil organizada, no início do século XXI, passaram a reconhecer o fracasso ora considerado, e trataram de começar a delimitar o espaço de atuação, no que se diz a respeito às penalidades e aos cuidados com o usuário de drogas.

Assim, não podemos deixar de mencionar que no ano de 2001, após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, foi aprovada a Lei 10.216, de 06 de abril de

²⁸ Atualmente nomeada Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

2001, considerada marco Legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou de forma histórica as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), e garantiu aos usuários de serviços de saúde mental e, conseqüentemente aos que sofrem transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade, com a expansão e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), início do enfrentamento da questão em relação crianças/adolescentes e o uso abusivo de drogas (VASCONCELOS, 2010a).

Dois anos depois, em março de 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política para Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD), que dispõe em seu corpo jurídico sobre a importância do envolvimento dos serviços de saúde no trato com a população usuária de drogas, no sentido de desenvolver um trabalho de prevenção, tratamento e educação. E ainda trabalhar na expectativa de se realizar ações intersetoriais, envolvendo além do Ministério da Saúde, outras áreas do governo, e a sociedade civil, tendo como perspectiva, a Redução de Danos, e o reconhecimento da singularidade de cada usuário, trabalhando na direção de fortalecê-lo enquanto sujeito, ao ponto que ele tenha condições de visualizar que precisa alcançar objetivos para proteger a sua própria vida (GARCIA; LEAL apud BASÍLIO, 2008).

Ainda na tentativa de realinhamento da PNAD, em 2004 foi realizado o Seminário Internacional, Políticas Públicas Sobre Drogas, organizado pelo Brasil, seminário que contou com a presença de representantes de vários países, dentre esses estavam representantes da Itália, Suíça, Suécia, Portugal, Holanda e Canadá. A SENAD, nesta mesma ocasião, acolhe a idéia da necessidade do realinhamento da PNAD e, a partir de 2004 passou a organizar fóruns de discussões, estes contavam com a presença de outros atores da sociedade brasileira, naquela ocasião inovador em relação à temática drogas (BASÍLIO, 2008).

Em 2006, foi promulgada a Lei nº 11.343, de 23 de agosto, regulamentada pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro do mesmo ano, em seu Título II, Art. 3º, inciso I-II instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD), que tem por finalidade

[...] articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com: I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de

usuários e dependentes de drogas; II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas (BRASIL, 2006).

No que diz respeito à despenalização em relação ao uso de drogas a Lei nº 11.343, em seu Capítulo II, Artº 27, inciso I-III, não contemplou, só passou a determinar outros tipos de sanções, assim quem,

[...] adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (BRASIL, 2006).

Já no ano de 2007, foi aprovada a Política Nacional sobre Álcool, Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007, esta legislação além de trazer diversas orientações em relação à prevenção e uso de bebidas alcoólicas, com um discurso que atrela o álcool a violência, passou a considerar bebida alcoólica aquela com concentração igual ou superior a 0.5 grau Gay-Lussac²⁹ e ainda constou sobre a necessidade de implementar ações voltadas para a prevenção e uso de álcool, entre a população indígena (BRASIL, 2007b).

A partir da aprovação da Política Nacional sobre Álcool, foram aprovadas outras legislações voltadas para a regulamentação do uso do álcool, dentre as quais consideramos importante mencionar, a Medida Provisória nº 415, de 21 de Janeiro de 2008, que proibiu a venda de bebidas alcoólicas nas Rodovias Federais, tratando de vincular esta normativa a Lei nº 9.503³⁰ (Código de Trânsito Brasileiro), de 23 de setembro de 1997 (BRASIL, 1997).

Com a proibição da venda de bebidas alcoólicas nas rodovias federais, a mídia passou a apresentar uma discussão contrária, visto que, os donos de bares, apoiados por seus sindicatos, atrelaram a implementação da medida ao desemprego. Já a comunidade científica, com apoio do governo, considerou que esta medida poderia estar intimamente relacionada à redução de acidentes nessas rodovias (BASÍLIO, 2008).

Em junho de 2009, através do Decreto nº 1.190, o Ministério da Saúde instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool

²⁹“A Lei nº 9.294, de 15 de Julho de 1996, em seu Art. 1º, Parágrafo Único considerava bebidas alcoólicas as com concentração superior a treze graus Gay-Lussac” (BRASIL, 1996).

³⁰“A Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, determina em seu Art. 276, que o condutor não pode apresentar nenhuma concentração de álcool por litro de sangue e ou litro de ar” (BRASIL, 1997).

e outras Drogas (PEAD), o plano reconhece uma lacuna no SUS em relação ao atendimento daqueles que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas e através do deste plano passa a considerar sobre da Rede de Atenção Psicossocial pública, mais especificamente para as cidades com população superior a 100 mil habitantes e/ou regiões de fronteiras. No entanto, também vai inserir em seu corpo jurídico a discussão sobre a necessidade de regulação para vagas para internação em comunidades terapêuticas (BRASIL, 2009).

Passado um ano da implementação do PEAD, foi lançado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC), através do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que prevê sobre as formas de tratamento e a reinserção social de usuários das substâncias psicoativas (BRASIL, 2010).

Em 08 de dezembro de 2011, o Decreto nº 7.637, lançou o Programa Crack é Possível Vencer que é estruturado em três eixos: cuidado, autoridade e prevenção e realizou alterações no decreto 7.179 (PIEC) (BRASIL, 2011a).

Portanto, apresentada as Legislações sobre drogas do estado brasileiro entre o período de 1915 a 2011, a seguir apresentaremos reflexões em relação ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC) e Programa Crack é Possível Vencer, políticas de drogas mais recentes no Estado Nacional.

2.3.1 Reflexões pautadas nas recentes legislações brasileiras sobre drogas

A Coordenação de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde vem lançando sucessivas ações, como o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, a partir do decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Este plano tem como objetivo à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas.

De acordo com o Plano, as ações deverão ser executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social. As medidas se destinam principalmente a: a) ampliação do acesso a serviços, qualificação de profissionais, articulação intra/intersetorial e promoção da

saúde, dos direitos e enfrentamento do estigma; b) ampliação dos consultórios de rua, montados em várias cidades do país, que procuram ativamente as áreas urbanas de maior consumo de *crack*, na linha da redução de danos e de encaminhamento daqueles usuários que demonstram vontade de se tratarem; e, c) ao lançamento do CAPS ad 24 horas, ou seja, de atenção integral em todos os dias da semana, por 24 horas, um dispositivo capaz de sustentar melhor casos de cuidado intensivo e contínuo, alguns deles com serviços residenciais integrados, como as casas de abrigo temporário (BRASÍLIA, 2013). Entretanto, verifica-se que estas iniciativas ainda são poucas e são somadas a outras questões, como os interesses políticos e econômicos que estão por trás do alarde sobre o uso e agravos do *crack*.

Por meio do Decreto presidencial 7.637 de 2011 que altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 foi lançado pela presidente Dilma Rousseff o programa “Crack, é possível vencer”. O programa está estruturado a partir de três eixos: prevenção, cuidado e tratamento e autoridade. No campo da prevenção a intenção é ampliar as atividades a partir de educação e propagação de informações via capacitação de diferentes segmentos da sociedade que desenvolvam ações relativas à temática. No âmbito do cuidado, o objetivo é aumentar a disponibilidade da oferta de serviços de atenção aos usuários de drogas e aos seus familiares, a partir da ampliação dos serviços especializados de saúde e de assistência social, como os Consultórios de Rua, os Centros de Atenção Psicossocial na área de álcool e outras drogas (CAPSad), as Unidades de Acolhimento adulto e infanto-juvenil, Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), leitos em hospitais gerais, entre outros dispositivos. E no campo da autoridade o objetivo é o enfrentamento do tráfico de drogas e de organizações criminosas a partir da utilização de ações de inteligência da Polícia Federal e das polícias estaduais (BRASÍLIA, 2013).

Em relação à liberação de verbas destinadas para o Plano Crack está previsto a disponibilização entre os anos de 2011/2014 do montante de 4 bilhões de reais (BRASIL, [2012]).

Desta, forma verificamos que o modelo de gestão que prevalece é pautado em políticas de característica neoliberal, com a “[...] forte redução dos gastos e benefícios social, e desmonte gradual ou selvagem das políticas nacionais de garantias sociais básicas” (VASCONCELOS, 2012, p. 155). Sem falar que são

priorizadas políticas pontuais, que mesmo possibilitando a redução da pobreza, não atingem o foco da questão que é a apropriação do capital sobre o trabalho, que tem possibilitado o acúmulo de riqueza para uma reduzida parte da sociedade.

Retrato que vai ser confirmado ao verificarmos o Art. 7º do PIEC, este também incluído pelo decreto 7.637/2011, vai tratar dos convênios, contratos e outros que poderão ser firmados para a execução do plano, orientando que estes poderão ser firmados com entidades públicas e com entidades privadas (BRASIL, 2010).

Assim, percebemos que não vem ocorrendo o interesse por parte do Estado em investir em uma rede de atenção pública acolhedora e eficiente, as legislações tendem a legitimado o direito do Estado de se retrair frente as suas responsabilidades, prevendo em seus textos a alocação de recursos públicos em instituições privadas, comunidades terapêuticas, mesmo estando à rede de atenção pública em estado precário.

O total de recursos que o Ministério da Saúde está destinando até 2014 para Caps ad 24h, Unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil, Consultórios na Rua e leitos psiquiátricos em Hospital Geral é de R\$ 1,56 bilhão. As comunidades terapêuticas receberão R\$ 300 milhões no mesmo período.

Desta forma, o risco de retrocessos em relação a direitos instituídos no decorrer da história, por exemplo, a Reforma Psiquiátrica é evidente.

As Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi normalizada pela Portaria Nº 3.088 (de dezembro de 2011 – primeiro ano do governo Dilma). Nesta portaria, a Comunidade terapêutica compõe a Atenção Residencial de Caráter Transitório (BRASIL, 2011b). Também em 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução Nº 29 que define os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Analistas apontam que essa nova Resolução retira requisitos presentes em resolução anterior que dificultava as comunidades terapêuticas em obter financiamento público (como exigência de avaliação psiquiátrica para admissão).

Nesse mesmo ano (2011), o Conselho Federal de Psicologia realizou a 4ª inspeção nacional **em 68 locais** de internação para usuários de drogas, muitos desses, caracterizados como Comunidades Terapêuticas (CTR). O relatório conclui:

[...] Há claros indícios de violação de direitos humanos em todos os relatos. De forma acintosa ou sutil, esta prática social tem como pilar a banalização dos direitos dos internos [...] O modo de tratar ou a proposta de cuidado visa forjar – como efeito ou cura da dependência – a construção de uma identidade culpada e inferior. Isto é, substitui-se a dependência química pela submissão a um ideal, mantendo submissos e inferiorizados os sujeitos tratados. Esta é a cura almejada (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 190).

Em janeiro de 2012, a Portaria N° 121 instituiu a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial, em conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2012a).

No mesmo período a Portaria N° 131 que instituiu incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012b). Decorrente desta Portaria, o MS publicou, em agosto do mesmo ano, a Portaria n° 856, que define como Unidade de Atenção em Regime Residencial o estabelecimento de saúde que presta serviço de atenção em regime residencial de caráter transitório, incluída a **Comunidade Terapêutica**, voltado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012c).

Com uma centralidade da Secretaria de Políticas Públicas sobre Drogas (hoje vinculada ao Ministério da Justiça) na direção das ações de enfrentamento ao crack, alguns aspectos requerem aprofundarmos (e denunciarmos) o que isso traz nessa guerra: o avanço das comunidades terapêuticas religiosas no acesso ao financiamento público. Isso aparece claramente no *Programa Crack, é possível vencer* (do Ministério da Justiça/SENAD).

Continuamos a verificar contradições entre o que é previsto e o que realmente vem acontecendo, e são constantes as denúncias em pesquisas realizadas por

profissionais engajados na efetivação da Reforma Psiquiátrica, que relatam que as instituições privadas contratadas com verba pública, Comunidades Terapêuticas, não atendem as normas previstas em lei (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Assim, apresentada a trajetória das Legislações brasileiras sobre drogas, mais uma vez confirmamos que as políticas tomam forma, mediante a correlação de forças de diversos sujeitos, no entanto, os espaços onde elas se constituem não são espaços democráticos e abertos à participação, o que vai impactar diretamente na execução das políticas.

Assim, somente através da participação da sociedade civil organizada, poderão ser formulados mecanismos que impeçam que projetos tais como: “O projeto de Lei nº 7663/2010, de autoria do deputado Osmar Terra (PMDB/RS) [...], que reúne em um mesmo texto todos os equívocos e todas as ilusões de nossa história no que diz respeito às políticas públicas para drogas [...]” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013), deixem de prevalecer e não sejam aprovados.

E ainda, O Projeto de Lei (PL) nº 7.663, previa a internação compulsória autorizada por agente público, esta determinação não foi aprovada, mas o tom repressor em relação às drogas prevaleceu e a pena mínima de 05 anos para o tráfico e/ou envolvimento, foi ampliada para 8 anos (PL 7663..., 2013).

Ainda no PL 7673/2010, o jogo de interesses presentes nos espaços de constituição das políticas se manteve forte, e os interesses historicamente estabelecidos, os da elite burguesa, foi que permaneceu vigente, visto que, o *lobby* político em relação à indústria alcooleira, mais especificamente a indústria de cerveja, possibilitou que a proposta de apresentar os malefícios do álcool no rótulo das cervejas não fosse aprovado no texto do projeto desta legislação (PL 7663..., 2013).

Enfim, foi pautada nestas reflexões presentes no referencial teórico, que buscamos realizar a análise dos resultados desta pesquisa, no entanto, primeiramente apresentaremos os caminhos percorridos para a realização deste trabalho, no item à seguir metodologia.

3 METODOLOGIA

Ao acessarmos o campo da pesquisa nos deparamos com um mundo de questões não resolvidas, onde se faz presente um debate contínuo e não conclusivo.

Assim, na busca de nos aproximarmos e compreendermos a realidade apresentada, percorremos uma trajetória que envolveu, aprimoramento do conhecimento teórico, levantamento de dados, reflexões e reformulação de pensamentos antes considerados estabelecidos, em um processo de constante ação (MINAYO, 2006).

Desta forma, neste universo de variadas opções, para formularmos e alcançarmos os objetivos propostos pelo Projeto de Pesquisa que teve como foco a reflexão sobre algumas ações de enfrentamento ao *crack* implementadas pelo município Vitória/ES, foi realizada uma revisão bibliográfica na qual utilizamos: livros, artigos, textos de autores que são especialistas na temática, além da consulta em documentos oficiais produzidos com informações disponibilizadas no Ministério de Saúde (MDS) e ainda uma revisão de Legislações brasileiras sobre drogas.

A pesquisa foi realizada através de um estudo exploratório de abordagem qualitativa.

Goldenberg (2004), vai afirmar que ao realizarmos uma pesquisa de abordagem qualitativa, a quantidade é absorvida pela intensidade do estudo, pelas entrevistas realizadas em profundidade, pela análise de várias referências teóricas que poderão ser analisadas e terem suas informações cruzadas.

Já o estudo exploratório tem por objetivo proporcionar ao pesquisador maior familiaridade com o problema, com a intenção de torná-lo mais claro e formular hipóteses em relação ao tema estudado, neste tipo de estudo não existe um padrão específico para coleta de dados, desta forma além do levantamento bibliográfico optamos em realizar entrevistas, pois através deste instrumento poderíamos alcançar respostas que não conseguiríamos com outros instrumentos (GOLDENBERG, 2004).

Nesta direção, foram realizadas entrevistas com os técnicos da coordenação da saúde mental, lotados na SEMUS do Município de Vitória/ES, situada a Avenida Beira Mar do município de Vitória/ES, onde está estabelecida a Gerência de Atenção a Saúde (GAS).

Goldenberg (2004, p. 62), ainda vai falar que “[...] cada pesquisador deve estabelecer os procedimentos de coletas de dados, que sejam mais adequados para seu objeto particular”.

Assim, foram realizadas duas entrevistas, entre o período de abril e maio de 2013. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE A). O roteiro de entrevista abordou os seguintes temas: ações que estão sendo implementadas pelo município de Vitória/ES, em relação às deliberações do Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras drogas e o Programa Crack é Possível Vencer; atores públicos ou privados, representantes da sociedade civil ou do Estado, envolvidos na implementação das ações; limites e possibilidades para a implementação das ações; como o município Vitória tem trabalhado a questão das Comunidades Terapêuticas prevista nas novas políticas de drogas.

Cabe ressaltar, que antes da realização das entrevistas primeiramente foi encaminhada para Secretária Municipal de Saúde (SEMUS) uma carta e o projeto de pesquisa solicitando liberação para o início da mesma.

Após liberação da pesquisa, realizamos contato prévio com a área técnica de saúde mental do município de Vitória/ES, para apresentarmos a proposta da pesquisa, a qual teve aprovação sobre relevância, por parte dos técnicos e posteriormente foram agendadas as entrevistas.

Durante a realização das entrevistas, os entrevistados puderam falar livremente sobre o tema proposto ou pergunta formulada, no entanto, conforme orienta a autora Minayo (2006), os pesquisadores sempre buscaram conduzir e aprofundar os fatos relevantes da conversa.

Cabe considerar, que outros atores foram indicados pelos entrevistados, como possíveis colaboradores para a pesquisa, no entanto, devido à necessidade de cumprir os prazos para a conclusão desta etapa do estudo, não acessamos estes sujeitos neste momento.

A análise dos dados foi realizada por meio do método análise de conteúdo, pois se trata de uma proposta metodológica dinâmica, mas que não tem por objetivo modificar os termos próprios da comunicação. A escolha desse tipo de análise se deu pela flexibilidade dos seus procedimentos que permitem que as técnicas sejam

elaboradas em conformidade com o objeto (BARDIN, 1979). Os resultados obtidos foram analisados de forma que pudessem embasar a discussão acerca do tema proposto e auxiliar nas considerações finais da pesquisa.

Segundo Minayo (2006), existem várias técnicas de análise de conteúdo, entre estas: a análise lexical, a análise de expressão, a análise de relações, a análise temática e a análise de enunciação. Nesta pesquisa, optamos pela análise temática, visto que, por se tratar de uma de uma pesquisa de abordagem qualitativa, esta técnica é considerada a modalidade mais simples e apropriada para este tipo de investigação.

A pesquisa encontra-se em consonância com os aspectos éticos inerentes à pesquisa com seres humanos, foi aprovada pelo Conselho de Ética da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, e aos entrevistados foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B), pois, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos, através da Resolução do Conselho Nacional da Saúde (CNS) nº 196, de 10 de outubro de 1996, artigo IV:

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (BRASIL, 1996).

Após cada entrevista, que foi gravada através de aparelho que possibilitou manter a qualidade de áudio necessária para a transcrição dos dados na íntegra, obtivemos como resultado um total de quarenta laudas. O conteúdo do recurso de áudio, para maior segurança e sigilo das informações dos participantes, foram descartados, pois as normas regulamentadoras de pesquisas, Resolução 196/196, envolvendo seres humanos:

Prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiros. (BRASIL, 1996).

Assumimos o compromisso de devolver para SEMUS, após o término da pesquisa, os resultados obtidos através de apresentação oral e conteúdo gravado em CD.

Os resultados obtidos foram analisados, com a preocupação de ser ter trato teórico, para que assim não exista o risco de se ater a análises voltadas para o senso comum e nem tão pouco de cunho moralizante.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo apresentaremos o resultados obtidos a partir das entrevistas realizadas com dois atores envolvidos no processo de implementação das ações de enfrentamento ao crack no município de Vitória/ES. Como forma de garantir o anonimato dos mesmos, procuramos identificá-los com as expressões E1 e E2.

Nesta direção, verificamos, de acordo com os entrevistados, que entre **às ações que estão sendo implementadas pelo município de Vitória/ES, em relação ao Programa Crack É possível Vencer**” estão:

[...] a **ampliação e a consolidação da rede de atenção psicossocial**. O Plano Crack vem no sentido de consolidar essa rede que a gente já vem trabalhando antes do Plano Crack. Vitória já tinha aderido ao plano, é do PEAD e PIEC, esses planos que são de 2009 e 2010 eles financiavam projetos pilotos em todo Brasil para municípios que se candidatassem, naquela ocasião, a gente se candidatou com cerca de sete projetos se não me engano, e na época a gente foi aprovado em todos os projetos (E1).

Assim, as ações realizadas no município antecedem as proposições do Programa Crack é Possível Vencer, de 2011, no entanto, as ações não se davam de maneira continuada:

[...] os projetos não tinham assim uma continuidade eram apenas políticas que chamavam aos municípios implantarem esses projetos, não havia uma política de continuidade era um momento em que a gente tava discutindo o que seria uma casa de acolhimento transitório, o que seria um consultório de rua (E1).

Desta forma, de acordo com os entrevistados, a partir da liberação dos recursos do Programa Crack é Possível Vencer e a promulgação da Portaria da RAPS, 3.088/2011, Vitória ampliou a rede de atenção psicossocial:

[...] ficou um pouquinho maior, a gente colocou, por exemplo, **um CAPS Transtorno Adulto** que não é necessariamente para a questão álcool e droga mais a gente entende aqui importante ter, a gente colocou mais **duas Casas Unidades de Acolhimento Adulto**, pensamento que uma é pro adulto mesmo e talvez uma outra pra essa nova realidade das mães e gestantes usuárias de crack em situação de rua que é uma metodologia que a gente ainda tá vendo se vai aplicar, como é que vai ser (E1).

[...] **um CAPS III AD, 24 horas** que foi montado no final de 2011, **uma Casa de Acolhimento Infante Juvenil [CATIJ]** que foi montado em meados do ano passado 2012, **um outro CAPS AD** com ênfase pra infância e adolescência [**CAPS ADI**] em São Pedro, foi montado no finalzinho de 2012

e já ta funcionando e a **ampliação dos Consultórios na Rua**³¹, que está acontecendo agora (E2).

Verifica-se a partir da fala dos entrevistados que havia uma direção no município que apontava para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) previstos na portaria 3.088/2011, como o investimento nas Casas de Acolhimento Transitório e nos Consultórios na Rua.

Em janeiro de 2012, a Portaria N° 121 instituiu a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial, em conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2012a). No mesmo mês, o MS edita a Portaria N° 131 que instituiu incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012b). Decorrente desta Portaria, o MS publicou, em agosto do mesmo ano, a Portaria N° 856, que define como Unidade de Atenção em Regime Residencial o estabelecimento de saúde que presta serviço de atenção em regime residencial de caráter transitório, incluída a **Comunidade Terapêutica**, voltado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012c).

Assim, é válido se ater criticamente para às novas deliberações dadas pelo Plano “Crack é Possível Vencer” que apresenta dois aspectos: a reduzida atenção à prevenção e o crescimento do financiamento público às comunidades terapêuticas.

Para a execução do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas poderão ser firmados convênios, contratos de repasse, termos de cooperação, ajustes ou instrumentos congêneres com órgãos e entidades da administração pública federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com consórcios públicos ou com entidades privadas (BRASIL, 2011a).

Estas deliberações vão deixar mais clara a direção política do governo brasileiro, a partir do Programa “Crack é Possível Vencer”, pois dão possibilidade para a

³¹ A partir da Portaria 3.088/2011, a nomenclatura Consultório de Rua, foi modificada para Consultório na Rua (BRASIL, 2011a).

ampliação da rede sócio assistencial, para as pessoas que fazem uso de drogas, para instituições fora da rede de atenção à saúde pública, ou seja, instituições privadas, tais como comunidades terapêuticas e clínicas particulares.

De acordo com Amarante (2011), destaca: [...] “ninguém discorda que o Estado precisava definir uma política sobre o uso de drogas. O curioso é que a questão do financiamento público às ‘comunidades terapêuticas’, geridas, como são, por entidades religiosas, venha a ser um dos principais aspectos do Plano”.

Com relação aos **atores que participam do debate sobre a questão das drogas no município de Vitória/ES** os entrevistados destacam:

[...] o **Movimento Cidadão**, tem o nome enorme e eu é não vou saber, o movimento cidadão tem sido muito encabeçado, acho que as reuniões tem acontecido na UFES³², ainda né, mas a participação é de vários atores da sociedade, eu acho que tem uma movimentação legal. Os **Conselhos Profissionais** também tem se colocado, porque acho que é uma coisa bacana, principalmente da assistência, da psicologia, esqueci o outro que ai falar [...] (E1).

[...] a **Secretaria municipal de saúde**, na verdade a **PMV** a Prefeitura Municipal de Vitória, principalmente a Secretaria Municipal de Saúde e a **Secretaria municipal de Assistência Social**, a **UFES com o CEPAD**³³, em Vitória é mais com, o CEPAD em 2012, essa parceria já terminou, e Associação capixaba de redução de danos (**ACARD**), [...] Associação Luterana de Assistência Social (**ALAS**) (E2).

De acordo com os entrevistados as ações passam “[...] pelo Conselho Municipal de Saúde, é parte dessas ações, quase todas tem que ser aprovadas na Comissão Intergestora Bipartite e Comissão Intergestores Regional” (E2) e, nessas comissões a Sociedade Civil Organizada encontra-se representada.

Silva (2001) vai falar que a variedade de sujeitos sociais e racionalidades, presentes na constituição de uma política, possibilitam um conflito de interesses, havendo a necessidade de se verificar a aceitação das prioridades estabelecidas no plano político. Desta forma, consideramos que é de fundamental importância à participação dos mais interessados, usuários e seus familiares, nos espaços de discussão e formulação das políticas, no entanto, essa participação ainda não é efetiva no campo das drogas (LIMA, 2010).

³² Universidade Federal do Espírito Santo.

³³ Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas.

Ao perguntarmos aos entrevistados sobre **a participação dos usuários e seus familiares no processo de implementação das ações na área de drogas em Vitória/ES**, verificamos que a fala de Lima (2010) se reafirma:

[...] **eu sinto falta**, talvez um pouco da gente conseguir montar associações de familiares de usuários. A nossa rede é [...] antiga, o CPTT³⁴ tá fazendo vinte anos né, o CAPS da Ilha tem 14, 15 anos e talvez **eu sinta falta**, de que serviços como esses serem tão potentes, que em torno se tenha bons, boas associações de usuários e familiares, bons projetos de geração de renda e economia solidária. **Eu acho que são medidores de qualidade de uma rede de saúde mental**, acho que isso a gente tá caminhando, **acho que falta, em termos de participação, acho que falta a constituição desses espaços**, a gente percebe que boas Redes Saúde Mental no Brasil tem esses fortes elementos (E1).

[A participação] do usuário, **ainda é super tímida, quase inexistente**, então na verdade **o Conselho Municipal não é visto ainda**. A gente tem interlocução com o usuário nos serviços, [...] no CAPS AD, nos CAPS todos, porque no CAPS **a gente tem assembleias, então a gente ouve o usuário**, isso é levado (E2).

E ainda, um dos entrevistados considerou que a maior participação por parte da sociedade só se fará a partir da:

[...] mudança da cultura, mudança da sociedade, de repensar à entrada da pessoa com sofrimento psíquico na sociedade, não apenas centrado no tratamento medicalizante, extratificante, hierarquizante, acho que é uma coisa, um olhar mais amplo acho que isso a gente precisa melhorar (E1).

Lima (2010), aponta que esta falta de participação dos usuários nos espaços decisórios ocorre porque no decorrer da história, às ações voltadas para o enfrentamento ao uso abusivo de drogas, sempre se desenvolveram sobre os vieses da moralidade, criminalização e higienização. Este fato que tem se apresentado como obstáculo para que os usuários de substâncias psicoativas e seus familiares participem de maneira efetiva nos espaços de discussão coletivos, pois temem sofrer represarias. A mesma autora, ainda considera sobre a necessidade de serem criadas estratégias para fomentar esta participação.

Os entrevistados E1 e E2, refletiram sobre a importância da efetivação do Conselho Municipal Álcool e outras Drogas e outros movimentos no Município de Vitória/ES,

Por exemplo, a Secretaria de Saúde tem sentado como o movimento de população de rua, e ai assim mostrado um pouco, o que a gente vem pensando da rede de atenção psicossocial, para essa parcela da população, é, até tiramos uma agenda pra pensar um projeto de geração de renda pra eles, dentro da historia da cooperativa social da política de saúde mental (E1).

³⁴ Centro de Prevenção e Tratamento ao Toxicômano.

[...] e seguindo a diretriz nacional, já foi promulgado o Decreto Municipal [liberando a criação do conselho], foi tentado uma eleição ano passado [2012], não aconteceu não teve candidato, era fim do ano, era [ano de] eleição [municipal], a mobilização não foi suficiente e a gente vai retomar agora, para fazer o Conselho Municipal Álcool e outras Drogas de Vitória (E2).

No entanto, de acordo com pesquisa realizada no legislativo municipal de Vitória por Basílio (2008) o PL 45/2005 que propõe a criação do Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas, no primeiro momento da proposição do PL sofreu Veto apostado pelo Executivo Municipal. E ainda, conforme aponta a mesma autora o arranjo das câmaras legislativas, em geral composta por representantes comprometidos com os interesses do capital e não do trabalho acaba por dificultar a aprovação de projetos em princípio inovadores.

Com relação aos **desafios e limites para a implementação das ações na área de drogas no município de Vitória/ES** a falta de investimento pública é apontada como uma das questões, pois para o mesmo é preciso:

[...] **investimento sistemático** [...]. Lembrando, que um Centro de Convivência na verdade para uma questão do sofrimento psíquico, seja pelo uso de droga ou transtorno mental. Consultório na Rua né pela portaria [3.088] tem indicação de ter apenas um pela base populacional, mas a gente já está ampliando para quatro equipes, definindo a metodologia de como vai ser atuação desses profissionais (E1).

Desta forma, voltamos a refletir com Andrade (2011) sobre a falta de investimento em ações mais abrangentes na execução das políticas, o que permite voltar a reconsiderar que frente a necessidade do processo neoliberal se estabelecer, não vai existir interesse por parte do Estado de investir em serviços públicos de caráter mais amplo, universal, que para além de respostas imediatas, clientelistas e higienistas, busquem trabalhar os sujeitos como um todo, o que exige respostas mais técnicas e planejamento efetivo, assim, o investimento de recursos públicos vem sendo alocados em políticas públicas pontuais.

E ainda, com relação aos limites os entrevistados apontam:

[...] **os limites são maiores**, se o tom maior é segurança, e dentro desse **tom maior segurança** eles colocam o **recurso direto para comunidades terapêuticas**, muitos municípios e população, não vão querer esforço de atenção psicossocial, é uma coisa que requer um corresponsabilidade, já o espírito, a ideia popular do recurso asilar, é um recurso onde você manda uma pessoa pra um lugar, onde supostamente ele sairia bem (E2).

Com uma centralidade da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) na direção das ações de enfrentamento ao crack, alguns aspectos requerem aprofundarmos sobre os resultados dessa guerra:

- 1) O avanço das comunidades terapêuticas religiosas no acesso ao financiamento público. Isso aparece claramente no Programa Crack, é possível vencer (do Ministério da Justiça/SENAD), sobre o qual se informa:

[...] deve gerar mais de 10 mil vagas para acolher gratuitamente usuários e dependentes de drogas em todo o país com a publicação do chamamento público para comunidades terapêuticas voltadas para o acolhimento dessas pessoas. Os recursos para ação são provenientes do Fundo Nacional Antidrogas (Funad), com o pagamento mensal de R\$ 1 mil pelos serviços de acolhimento de adultos e R\$ 1,5 mil para crianças, adolescentes e mães em fase de amamentação. Essa ação será financiada com recursos do Fundo Nacional Antidrogas (Funad) (BRASIL, 2012d).

- 2) As verbas são destinadas para programas sem serem realizadas pesquisas que demonstrem a justificativa dos mesmos, como por exemplo o discurso da epidemia do crack que veio antes da divulgação da pesquisa da FIOCRUZ, encomendada pela SENAD.

Neste sentido é necessário [...] pensar em políticas que levem em consideração, por exemplo, as diferenças quantitativas em cada macrorregião para fins de elaboração e implementação de estratégias de prevenção, de tratamento e afins (FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2013a, p. 12).

A partir do momento que não são realizadas avaliações³⁵ regionais, do micro, antes da implementação das políticas, existe a possibilidade de no momento da execução as ações previstas se deparar com realidades diferenciadas. Por exemplo, no Município de Vitória, de acordo com o entrevistado E1, “**não existem cracolândias**”, pois de acordo com entrevistado, isso se ocorre em locais onde não existe uma rede de serviços bem estruturada.

Desta forma, voltamos a refletir com Nassif (2012), que afirma que o abandono social vem antes do *crack*, no entanto, a tendência é de se realizar uma análise simplista e relacionar tudo ao *crack*.

³⁵ Silva (2001), fala sobre a necessidade de se realizar avaliação antes da implementação das políticas.

É válido ressaltar que a forma como a mídia tem contribuído de forma massiva para a propagação e dramatização sobre a suposta epidemia de uso do crack no país, vem contribuindo para a adoção e busca de ações, por parte das famílias, de mecanismos como as internações compulsórias.

Os entrevistados também apontam **a mídia** como colaboradora para a construção do discurso moral, higienista e criminalizar com relação a questão das drogas e logo, um desafio para a implementação das ações efetivas na área de drogas.

A mídia em geral, que é muito sensacionalista, e só publica as desgraças e o que dá errado, publica muito pouco o que dá certo. Do outro lado alguns atores políticos, alguns grupos da sociedade com interesses particulares, desde financeiros até higienista, dependendo do bairro, e ainda um grupo com ofertas de serviço que querem que seja comprado. **E esse alarmismo cria um tom de desespero social, de clamor pra ações imediatistas rápidas** que acabam indo para uma proposta **higienista e discriminatórias, e gerando uma intolerância com ações contínuas, de logo prazo que são mais eficazes** (E2).

[...] **existe um poder midiático muito grande operando**, a gente sabe que não é o principal problema da saúde mental, mais também não dá pra dizer que não existam situações muito graves, vulneráveis, que não precisam ser cuidados, eu acho que os municípios, acho que não tem como deixar de fazer né, e acho que isso precisa ser pensado pra região pro estado, enfim, acho que é por aí (E1).

Ao refletirmos sobre essa questão com o entrevistado E2, o mesmo considerou que esse é um **desafio em relação ao Programa Crack é Possível Vencer**, os discursos se situam como se o único problema “[...] fosse só o crack, isso é um problema porque gera um reducionismo na política” (E2), o que tem impossibilitado avaliar outras questões:

[...] É um lado negativo, **a ênfase no crack**, a questão das drogas, **o crack, não é o único problema**, é um problema grande pra uma parcela pequena da população que acaba atingindo indiretamente toda sociedade, mais na verdade é o álcool ainda é o grande problema, maconha é primeira droga ilícita mais utilizada, droga sintética, como anfetamina já circulam no estado cada vez mais, e o **Plano Crack e o próprio PEAD enfatiza muito o crack isso é um problema** (E2).

Todo esse alarde em relação ao uso do *crack*, conforme já considerado, tem possibilitado que algumas intervenções que se contraponham aos princípios da Reforma Psiquiátrica tais como: o cárcere privado, a eliminação da população em situação de rua, as internações compulsórias e principalmente uma tendência em considerar as Comunidades Terapêuticas como única forma de intervenção em relação as pessoas que fazem uso de substância psicoativas.

Nesta direção, ao refletirmos com E1 e E2, de **como o município de Vitória/ES tem trabalhado com a questão das Comunidades Terapêuticas**, eles ressaltaram, que vem ocorrendo uma resistência por parte dos profissionais engajados na efetivação das propostas previstas pela Reforma Psiquiátrica, lei 10.216/2001, em relação à contratação das Comunidades Terapêuticas como única forma de intervenção, e ainda falaram sobre a necessidade de maior investimento na Rede de Atenção Psicossocial no Espírito Santo como um todo, pois:

[...] no **Espírito Santo**, como um todo nos temos uma **retaguarda hospitalar muito ruim**, isso é um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial precarizados, então acaba que essa demanda passa para as Comunidades Terapêuticas. (E1).

Então **acaba que muitos usuários do nosso município possam ir parar em Comunidades Terapêuticas** porque por via judicial, por demanda familiar acaba sendo demanda o acolhimento para esses espaços já que o **Estado não tem essa oferta leitos hospitalares** (E2).

Assim, de acordo com E2, existe a necessidade de ampliar os serviços previstos na portaria da RAPS, 3.088/2011, “CREAS, CRAS e CAPS, em todo estado do Espírito Santo, ressaltando que não adianta pensar nas ações município de Vitória, pois tem que existir”:

[...] compromisso dos gestores municipal, estadual, federal com a efetivação da rede de atenção psicossocial. **No nosso estado é insuficiente recurso de CAPS, CREAS, CRAS, de emergência capacitada para saúde mental, de próprio leitos em hospitais gerais** o Estado não tem isso, e tá se abrindo serviço, criticando a rede psicossocial como se ela fosse insuficiente, dando uma ênfase pra comunidade terapêutica, quando na verdade devia ser posta uma força político e financeira na construção da rede atenção psicossocial, então isso é um problema (E2).

Desta forma, avaliamos que risco de retrocesso em relação os propósitos da Reforma Psiquiátrica permanecem eminentes, pois, o que tem prevalecido são as orientações provenientes do Governo Federal, pois mesmo sem os investimentos necessários para o seu fortalecimento e/ou estruturação, a RAPS vem sendo criticada, sendo apresentados e alocados recursos em instituições privadas, como as comunidades terapêuticas.

Desta forma, este procedimento, atrelado ao grande alarde presente na mídia em relação ao crack, tem levado as pessoas que fazem uso de drogas, seus familiares e a sociedade de forma geral a acreditarem que as internações compulsórias e as comunidades terapêuticas são a solução,

Contraditoriamente, não foi isso que demonstrou a pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia, em 68 instituições para internações de longa permanência, em 24 estados do Brasil:

Amplamente divulgadas como a solução para o problema das drogas, essas instituições se inscrevem no campo das práticas sociais invisíveis ou subterrâneas. Acessar um desses lugares não é tarefa simples. Encontrar o Caminho que conduz à porta de entrada de uma comunidade terapêutica exige, muitas vezes, esforço e persistência. E aqui se localiza um primeiro ponto a merecer destaque: não é possível ser público, ser incluído como dispositivo público, mantendo-se nos subterrâneos da sociedade. O acesso a um serviço público é um dos direitos do cidadão (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 189).

Nesta direção, cabe aqui mais uma vez ressaltar a importância do controle social, que poderá ser alicerce de ações efetivas no campo das políticas sociais, e esse controle só será possível a partir da participação da sociedade civil organizada como um todo em espaços democráticos de construção das políticas públicas.

Diante deste dado, não poderíamos deixar de refletir, que é a partir do trabalho realizado pelos técnicos, que são “[...] planejadores e avaliadores responsáveis pela formulação de alternativas de políticas e execução de programas, sendo orientados pela lógica dos fins ou resultados” (SILVA, 2001, p. 41), que será possível suscitar outras questões no momento da execução das políticas que poderão fazer a diferença na efetividade das ações.

Assim, com relação as **possibilidades na implementação das ações com relação ao Plano implementadas em Vitória/ES** o entrevistado E1 considerou que foi a partir de uma olhar da equipe técnica que tinha como foco a totalidade do humano e o mapeamento da população em situação de rua, realizada pela equipe técnica do Consultório na Rua, que as estratégias de atenção em saúde foram ganhando espaço no município:

[...] a pessoa em situação de rua, usuário ou não de drogas, trazia outros agravos de saúde que precisavam ser acompanhados. É então assim, a gente começou a perceber a questão das DSTs³⁶, saúde bucal, outras doenças crônicas, as questões das urgências e emergências, não adiantava encarar essa população vulnerável apenas com a cabeça de quem pensa política de álcool e drogas (E1).

Em relação aos agravos de saúde provenientes do uso abusivo de drogas, Lima (2010), vai falar que a epidemia do HIV/AIDS e estratégia de redução de danos adotada pelo governo federal, nos anos 1980 e 1990, foi fundamental para retornar

³⁶ Doenças Sexualmente Transmissíveis.

com a questão drogas para a saúde pública, isso, devido o índice de contaminação entre os usuários de drogas injetáveis. A mesma autora, ainda ressalta que os programas de trocas de seringa, possibilitaram a discussão em relação à matriz proibicionista em relação às drogas, construída durante todo século XX, as legislações e práticas, pautadas pelas vias de segurança pública e saúde pública, possibilitaram marcas mais profundas entre os usuários de substâncias consideradas ilícitas.

Percebemos então, que o tom criminalizar em relação às drogas ilícitas, é um impeditivo por lutas mais democráticas, o que vai provocar danos superiores aos eventualmente provocáveis pelos efeitos primários das substâncias proibidas (LIMA, 2010).

E1 ainda considerou, que foi partir da implementação do Plano Crack e mapeamento realizado pelo Consultório na Rua, que foram levantadas outras questões em relação à população em situação de rua do município de Vitória/ES,

Muitos casos de transtorno mental na rua também. Esse fenômeno que é interessante da gente analisar de que existe um processo de enlouquecimento e abandono nas ruas, à gente defende a extinção dos manicômios, mas, de toda forma **tem de pensar uma rede profundamente acolhedora dentro da cidade que possa acessar essas pessoas** (E1).

Em relação a esta questão, Desviat (1999), considera que a luta pela Reforma Psiquiátrica e a conseqüente Luta Antimanicomial, não significa deixar os sujeitos abandonados nas ruas, e sim, buscar respostas mais técnicas e planejamento mais eficientes dos serviços sociais, ações estas que tem se tornado cada vez mais desafiadoras no contexto atual onde as práticas higienistas tem ganhado espaço.

Assim, outra **possibilidade** apontada pelos entrevistados, é que algumas ações estão sendo implementadas pelo Município de Vitória no sentido de **tornar os serviços mais eficientes:**

[...] instalou a **Rede Bem Estar**, é um sistema, em Vitória, informatizado de prontuário e agendamento eletrônico, chamando Rede Bem Estar, [...] a gente consegue cruzar dados, é das populações, pensar questões epidemiológicas, traçar estratégias de saúde diante de vários cenários que a cidade apresenta. Mas não aparecia em relação à população de rua, [assim] a mais ou menos um ano, a gente abriu um cadastro de pessoas em situação de rua em qualquer ponto da rede, seja unidade, CAPS, PA³⁷, qualquer lugar que ele passe ela vai ser cadastrada como pessoa em situação de rua e a ideia é que toda a rede acolha esse usuário.

³⁷ Pronto Atendimento.

E agora, a gente tá discutindo a possibilidade de integrar o dado da Rede de Bem Estar com o dado da política de Assistência Social, porque tem ajudado muito nas questões de documentação, acesso ao SUAS de forma Geral, e até importante ter um pouco essa troca, esse é um outro ponto que a gente tá afinando agora (E1).

Outra **possibilidade**, de acordo com os entrevistados que ocorreu a partir do Plano Crack foi que trouxe mais investimento para **capacitações**:

[...] a gente fez **parceria com a UFES o Centro de Estudo e Pesquisa Álcool e Drogas (CEPAD)**, e com o projeto do governo federal, Centro Referência Regional de Formação. Então foi oferecido quatro cursos para o município de Vitória e Vila Velha, pra médicos da atenção básica, outros profissionais da atenção básica SUS e SUAS, agente comunitário de saúde e equipe de hospital (E2).

As capacitações também são previstas no PEAD desde 2009 no seu Art. 4º, no II Eixo 2, fala sobre a necessidade de realização cursos de especialização em saúde mental, com ênfase em álcool e outras drogas e o PIEC, em seu Art. 2º, trás como um dos objetivos da legislação, proporcionar capacitações continuadas (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

Ressaltamos que a importância da capacitação continuada se faz, mediante a necessidade de termos um olhar mais aprimorado e crítico sobre toda essa gravidade que se tem associado ao *crack*, sem deixar de apreender principalmente sobre o impacto real, que é o sofrimento da população que foi privada de toda forma de acesso a sociedade e faz uso desta substância.

Desta forma, ao apreendermos sobre a temática, drogas, existirá a possibilidade de termos um olhar mais crítico, para uma questão que na atualidade tem se apresentado como uma questão candente.

Nesta direção, mais uma vez consideramos sobre a necessidade de prezar pelos princípios³⁸ estabelecidos na Reforma Psiquiátrica, previstos na Lei 10.216/2001, frente à implementação das legislações sobre drogas, pois estas, se fazem em um

³⁸ Entre os princípios previstos pela Lei da Reforma Psiquiátrica, 10.216/2001 e Portaria da RAPS, 3.088/2011, respectivamente destacamos, que os usuários devem: A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; Combate a estigmas e preconceitos; Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2011b).

campo de atuação mininado por interesses divergentes, e com risco de retrocessos em direitos historicamente alcançados.

Assim, uma vez descritas às reflexões sobre as ações de enfretamento ao crack implementadas pela SEMUS de Vitória/ES, neste momento, se torna fundamental serem realizadas algumas considerações em relação aos dados aqui apresentados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste trabalho apresentamos e discutimos sobre a história da constituição das políticas sociais brasileiras, que vem sendo construída sobre os vieses da autoridade, conservadorismo, assistencialismo e na expectativa de tutelar os sujeitos em função de atender os interesses da burguesia.

Desta forma, as reflexões suscitadas neste estudo apontaram na direção que o município de Vitória/ES vem trabalhando em ações para estruturar a RAPS, conforme prevê as recentes legislações brasileiras, 7.179/2010, Portaria 3.088/2011 e o Programa Crack Possível Vencer, no entanto, verifica-se que o cenário local encontra-se subordinado a direção política nacional que aponta para medidas que privilegiam ações morais e de segurança no campo das drogas, o que acaba por desconstruir o processo de conquistas sociais advindas da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Foi possível verificar que apesar da tentativa por parte de alguns profissionais do município em investimento em ações e estratégias que buscavam o fortalecimento da rede de atenção psicossocial a política nacional sobre drogas aponta claramente a sua direção para a abertura do campo para as iniciativas privadas, como as comunidades terapêuticas.

Neste sentido, apesar dos entrevistados apontarem para o engajamento com a Reforma Psiquiátrica através do fortalecimento da RAPS, outras regiões do Estado do Espírito Santo, ainda não contam com uma Rede de Atenção Psicossocial estruturada, o que de certa forma pode comprometer o trabalho realizado pela SEMUS e com os serviços de Saúde Mental do Município de Vitória/ES, diante da falta de CAPS, CREAS, CRAS e a falta de leitos hospitalares no estado de forma geral, vêm ocorrendo à tendência de se criticar o trabalho realizado pela RAPS, e investimentos estão sendo alocados pelo Estado diretamente nas comunidades terapêuticas.

Por outro lado, percebemos que neste cenário há questões mais amplas. Na atual conjuntura a tendência é de desconstrução das políticas sociais, historicamente alcançadas, em função do processo neoliberal de estabelecer, assim temos assistido inúmeros cortes por parte do Estado Nacional, o que dificulta que ações de

fato se concretizem. Assim, o que vai fazer diferença é o compromisso político e ético, dos técnicos e gestores, responsáveis pela formulação e implementação das políticas públicas, pois as leis por si mesmas não resolvem a questão que esta posta, a exclusão social das pessoas que fazem uso abusivo de drogas.

Assim, conforme já considerado o social vem antes do *crack*, no entanto, as ações continuam a colocar o *crack* como o foco da questão, sem possibilitar que outras questões sejam visualizadas, por exemplo, a “guerra as drogas”, tem feito um número de vítimas muito superior que os provenientes de consumo das drogas.

Desta forma, as reflexões em relação ao Plano Crack, possibilitaram considerar que neste cenário em que se fazem presentes diversos interesses divergentes, a sociedade cobrando soluções imediatas, diante o forte apelo da mídia em relação o *crack*, a grande influência do *lobby* político e as comunidades terapêuticas com posicionamento firme em relação a necessidade das internações longas para usuários de álcool e outras drogas, como única forma de se alcançar sucesso nos tratamentos destinados a pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

Este terreno de atuação política, vai se tornar propício para que o Estado tome o posicionamento em repassar para terceiros suas responsabilidades, neste caso as comunidades terapêuticas e clínicas particulares para internações prolongadas e ainda, prevalecer ações de cunho moralista, repressoras, autoritárias e proibicionistas, sem serem considerados valores culturais e tradições históricas relacionadas em relação às drogas.

Desta forma, as ações que se concretizam são de represálias e punição para as substâncias consideradas ilícitas, sem buscar avaliar a prevalência do uso das drogas lícitas em relação às ilícitas. O tom repressor e proibicionista, que embasam as políticas de drogas, A Guerra as Drogas, tem causado danos maiores.

Nesta direção, a aproximação da realidade através deste estudo e os dados apresentados se configuraram em ensinamentos enquanto futura assistente social, me permitindo refletir que o verdadeiro cuidado não se dará a partir da promulgação de legislações. O verdadeiro cuidado, só irá existir a partir do momento que vários paradigmas sejam quebrados. Para tanto, é fundamental o compromisso ético e político, por parte dos gestores e técnicos e que estão à frente da formulação e execução das políticas e que ocorra a participação da sociedade civil, usuários e

seus familiares na implementação das políticas públicas, fazendo parte não somente dos espaços de execução, mas também do processo de elaboração e implementação das políticas, o que só será possível partir do investimento na formação de subjetividades mais democráticas.

Consideramos ainda que é fundamental a participação da sociedade civil organizada de forma qualificada e crítica como dispositivo capaz de contribuir para o avanço, ou até mesmo evitar retrocessos, nas políticas públicas nesta área, bem como, para que elas continuem como componentes de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, inclusão social, bem estar e do sofrimento.

Por fim, concluímos que a análise de políticas públicas na área das drogas é uma área de pesquisa um tanto desafiadora, ampla e traz a possibilidade de serem formuladas várias hipóteses, suposições e reflexões.

Em relação a estas reflexões, finalizo com uma frase da música de Oswaldo Montenegro: *“Só levo a certeza de que muito pouco sei, ou nada sei”*. Desta forma, este estudo não se encerra nestas páginas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 73-84.

AMARANTE, Paulo. Política anti-crack. Epidemia do desespero ou do mercado anti-droga? **Blog do Cebes**, 2011. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=1958&idSubCategoria=56>>. Acesso em: 12 de out. 2012.

ANDRADE, Renato Almeida de. **O enfrentamento da questão social e o terceiro setor**. Vila Velha: Univila, 2006.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, 16 (12), Rio de Janeiro, 2011, p.4665-4674. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/15.pdf>>. Acesso em: 4 de nov. 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979

BASÍLIO, Mirian Cátia Vieira. **O Legislativo Municipal de Vitória e a Política de enfrentamento às drogas: atos, debates, formulações e não decisões**. 219f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito, Vitória, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BERGERON, Henri. **Sociologia da Droga**. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2012.

BOITEUX, Luciana et al. Direitos Humanos e Política Internacional de Drogas In: _____. **Tráfico de drogas e Constituição: um estudo jurídico-social do tipo do art. 33 da Lei de Drogas diante dos princípios constitucionais penais**. Rio de Janeiro/Brasília: UFRJ/Unb, 2009, p.24-91 (Série Pensando o Direito, 1). Disponível em: <<http://www.bancodeinjusticas.org.br/wp-content/uploads/2011/11/Minist%C3%A9rio-da-Justi%C3%A7a-UFRJ-e-UnB-Tr%C3%A1fico-de-Drogas-e-Constitui%C3%A7%C3%A3o1.pdf>>. Acesso em: 18 de set. 2013.

BRASIL. **Chamado para 10 mil vagas para acolher usuários de crack e drogas**, Brasília, 2012d. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/senad/main.asp?ViewID=%7BB65AD46B-7869-40ED-B5EC-1652B28565BC%7D¶ms=itemID=%7B4C9F2F86-D953-4EFF-AB80-0182B43C0F5D%7D;&UIPartUID=%7B2218FAF9-5230-431C-A9E3-E780D3E67DFE%7D>> Acesso em: 24 de out. 2013.

BRASIL. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Crack é possível vencer: Enfrentar o Crack. Compromisso de todos**, [2012]. Disponível em: <<http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha>>. Acesso em: 1 out. 2013.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 5, de 1964**, Brasília, 1964a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/1960-1969/decretolegislativo-5-7-abril-1964-350079-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 26 set. 2013.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 159, de 10 de fevereiro de 1967**. Brasília, 1967. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-159-10-fevereiro-1967-373406-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 385, de 26 de dezembro de 1968**, Brasília, 1968. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0385.htm>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938**, Rio de Janeiro, 1938. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.114, de 13 de março de 1941**, Rio de Janeiro 1941. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3114-13-marco-1941-413056-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. **Decreto Lei nº 14.969, de 3 de setembro de 1921**. Rio de Janeiro 1921b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14969-3-setembro-1921-498564-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 780, de 28 de abril de 1936**. Rio de Janeiro, 1936. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-780-28-abril-1936-472250-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso: 22 set. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 3.696, de 21 de dezembro de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3696.htm> Acesso em: 28 set. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 3.845, de 13 de junho de 2001**. Brasília, 2001a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3845.htm>. Acesso em: 28 set. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921**. Rio de Janeiro, 1921a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html>>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm>.

Acesso em: 28 set. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007**. Brasília, 2007b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm>. Acesso em: 28 set. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 15 out. 2012.

BRASIL. **Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/328658.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2013

BRASIL. **Decreto nº 11.481, de 10 de fevereiro de 1915**. Rio de Janeiro, 1915. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-11481-10-fevereiro-1915-574770-republicacao-98061-pe.html>>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 15.683, de 12 de setembro de 1922**. Rio de Janeiro, 1922. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-15683-12-setembro-1922-505408-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso: 16 de set. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 20.930, de 11 de janeiro 1932**. Rio de Janeiro, 1932. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20930-11-janeiro-1932-498374-publicacaooriginal-81616-pe.html>>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 54.216, de 27 de Agosto de 1964**. Brasília, 1964b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-54216-27-agosto-1964-394342-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 25 de set. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 69.845, de 27 de dezembro de 1971**. Brasília, 1971a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-69845-27-dezembro-1971-418448-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 78.992, de 21 de dezembro de 1976**. Brasília, 1976b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78992-21-dezembro-1976-427936-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980**. Brasília, 1980. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. **Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971**. Brasília, 1971b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5726.htm>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.** Brasília, 1976a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. **Lei nº 7.468, de 28 de abril de 1986.** Brasília, 1986. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7468-28-abril-1986-368059-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 26 set. 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990.** Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8072.htm>. Acesso em: 28 set. 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,** Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28 set. 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.764, de 20 de dezembro de 1993.** Brasília, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8764.htm>. Acesso em: 28 set. 2013.

BRASIL. **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996.** Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9294-15-julho-1996-349045-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 27 set. 2013.

BRASIL. **Lei 9.503, de 23 de setembro de 1997.** Brasília, 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9503.htm>. Acesso em: 8 de out. 2013.

BRASIL. **Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998.** Brasília, 1998 a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9649compilado.htm>. Acesso em: 30 set. 2013.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Brasília, 2001b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 15 de out. 2012.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 28 set. 2013.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1.669, de 19 de junho de 1998.** Brasília, 1998b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1669.htm>. Acesso em: 28 set. 2013

BRASIL. Ministério da Justiça do Brasil, 2007a. **Informações sobre drogas:** Padrões de Uso. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11251&rastro=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Padr%C3%B5es+de+uso>. Acesso em: 23 ago. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012.** Brasília, 2012a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acesso em: 24 out. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012**. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 24 out. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 856, de 22 de agosto de 2012**. Brasília, 2012c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0856_22_08_2012.html. Acesso em: 24 out. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 9 out. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 24 out. 2013.

BRASIL. **RESOLUÇÃO - RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011**. Brasília, 2011c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/anvisa/108617-29.html>>. Acesso em: 24 de outubro.

BRASÍLIA. **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 5 ed. Brasília, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária**: as lutas sociais e práticas profissionais. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BURGIERMAN, Denis Russo. **O Fim da Guerra**: a maconha e a criação de um sistema para lidar com as drogas. São Paulo: Leya, 2011.

CARNEIRO, Henrique Soares. Bebidas alcoólicas e outras drogas na época moderna. Economia e embriaguez do século XVI ao XVIII. In: **Prevenção ao Uso indevido de drogas**: Secretaria de Estado da Educação. Superintendência da Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Coordenação de Desafios Educacionais Contemporâneos – Curitiba: SEED – Pr., 2008, p. 41-49 (Cadernos temáticos dos desafios educacionais contemporâneos, 3).

CARNEIRO, Henrique Soares. As drogas e a História da Humanidade. **Revista Diálogos**: álcool e outras drogas, 2009a, ano 6, n. 6, p.14-15.

CARNEIRO, Henrique Soares. Caminhos e contextos: As transformações das Políticas Públicas Brasileiras Sobre Álcool e Outras Drogas. **Revista Diálogos**: álcool e outras drogas, 2009b, ano 6, n. 6, p.11-13.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 4. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 156-236

CLEMENTE, Anselmo; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; ROMANHOLI, Andrea Campos. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras

drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. **Rev. Polis e Psique**, Vol.3, n.1, Porto Alegre, 2013, p. 89. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nQTkbfUOSqUJ:seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/download/41111/26490+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Parecer do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre o Projeto de Lei nº 7663/2010**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Parecer-Conselho-Federal-de-Psicologia-PL-7663-2010.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. 200 p. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf>. Acesso em: 20 out. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Violência e autoritarismo do Estado não resolvem! CFESS Manifesta: Dia Internacional de Combate às Drogas**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2012_lutaantidrogas-site.pdf>. Acesso em: 31 out. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196/96, 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 10 out. 2012.

CORSI, Francisco Luiz, Política Externa e Desenvolvimento no Estado Novo. **Locus: Revista de História**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 247-260, 2007. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/locus/files/2010/02/141.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2013.

COUTO, Berenice Roja. R. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível**. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

DELMANTO, Júlio. A falência da guerra às drogas. **Rev. Teoria e Debate**. Ed. 116, 2013. Disponível em: <<http://www.teoriaedebate.org.br/materias/nacional/falencia-da-guerra-drogas?page=full>>. Acesso em: 24 out. 2013.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999 (Coleção Loucura & Civilização).

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais: módulo1**. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. p. 34-43.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade civil e democracia: um debate necessário**. São Paulo: Cortez, 2007. p. 79-90.

FERREIRA, Helder; SOUSA, João Luís de; CUBAS, Viviane. Crime e Drogas: Consumo e Tráfico. In: **Prevenção ao Uso indevido de drogas**: Secretaria de Estado da Educação. Superintendência da Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Coordenação de Desafios Educacionais Contemporâneos – Curitiba: SEED – Pr., 2008, p. 61-71 (Cadernos temáticos dos desafios educacionais contemporâneos, 3).

FERREIRA, Pedro Eugênio M; MARTINI, Rodrigo K. Cocaína: lendas, história e abuso. Cocaína: lendas, história e abuso. **Rev. Bras. Psiquiatria**, 2001, v. 23, n. 2, p. 96-99. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n2/5583.pdf>>. Acessado em: 4 set. 2012.

FIORE, Mauricio; GOULART, Lucia Sandra; LABATE, Beatriz Caiuby. Introdução. In: **Drogas e Cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 23-38. Disponível em: <<http://quintaismortais.blogspot.com.br/2013/03/drogas-e-cultura-novas-perspectivas.html>>. Acesso em: 1 out. 2013.

FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ. **Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, [2013a]. (Livreto Domiciliar). Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em: 21 out. 2013.

FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, [2013b]. (Livreto Epidemiológico). Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em: 21 out. 2013.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier and ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. In: **Psicol.Soc [online]**. 2008, v.20, n.2, pp. 267-276. ISSN 1807-0310. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a14v20n2.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

HABERT, Nadine. **A década de 70**: apogeu e crise da ditadura militar brasileira. São Paulo: Ática S. A., 1992.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Prefácio. In: COUTO, Berenice Roja. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira**: uma equação possível. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 19-28.

JANSEN, Ney. Drogas, Imperialismo e Luta de Classe. **Revista Urutágua**, Paraná, 2007, n. 12, p. 1-16, Disponível em:

<<http://www.urutagua.uem.br/012/12jansen.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2013.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais: contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde

Mental - Internacional. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010, p. 17-72.

MEDEIROS, Regina. Jovens, violência e drogas no contexto urbano. In: **Prevenção ao Uso indevido de drogas**: Secretaria de Estado da Educação. Superintendência da Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Coordenação de Desafios Educacionais Contemporâneos – Curitiba: SEED – Pr., 2008, p. 17-25 (Cadernos temáticos dos desafios educacionais contemporâneos, 3).

MELO, Marcus André. **As sete vidas da agenda pública brasileira**. In: RICO, Elizabeth Melo (org). **Avaliação de Políticas Sociais**: uma questão em debate. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 11-28.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed.. São Paulo: Hucitec, 2006.

NASSIF, Maria Inês. **Crack é usado por miseráveis porque é barato**. [S.l.]: Carta Maior, 2012. Disponível em: <<http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/Crack-e-usado-por-miseraveis-porque-e-barato%0d%0a/4/18370>>. Acesso em: 30 out. 2013.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**: introdução crítica. Biblioteca Básica de Serviço Social. v. 1. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NUNES, Jaceildes Mendes; et al. **Consumo de bebidas alcoólicas e prática do binge drinking entre acadêmicos da área da saúde**, Montes Claros, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v39n3/a05v39n3.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2013.

NUNES, Laura M.; JÓLLUSKIN, Glória. O uso das Drogas: Breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade Humanas e Sociais**. Porto. ISSN, n. 4, 2007, p. 230-237. Disponível em: <<http://ufpbdigital.ufpb.pt/dspace/bitstream/10284/449/1/230-237FCHS04-15.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2013.

OLIVEIRA, Andréa Cristina Jesus. O lobbying do trabalhador no congresso nacional. **Revista Medições**, Londrina, 2005, v. 10, n. 2, p.219-236. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tgppq5PtJi4J:www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/download/2174/1866+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 1 out. 2013.

PL 7663 é aprovada na Câmara dos Deputados. [S.l.: s.n.], 2013. Disponível em: <<http://hempadao.com/pt/hemportagem/hemportagem/452-pl-7663-e-aprovado-na-camara-dos-deputados.html>>. Acesso em: 24 out. 2013.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** v. 25, n. 2, 2009, p. 203-211. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2013.

SANCEVERINO, Sérgio Luiz; ABREU, José Luiz Crivelatti de. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no município de Palhoça 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, 2004, p. 1047-1046. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a25v9n4.pdf>. Acesso em: 14 out. 2013.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Org.). **Renda mínima e reestruturação produtiva**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 105-110.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Avaliação de Políticas e Programas Sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Org.) **Avaliação de Políticas Sociais: teoria e prática**. 1 Ed. São Paulo: Veras, 2001, p. 37- 91.

TOTUGUI, Márcia Landini. eT al. O *crack*: aspectos gerais da droga e abordagens terapêuticas no âmbito do SUS. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. (org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 93-113.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, ciência, saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, V. 9, n. 01, 2002. p. 25-59. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2013.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do *crack*: balanço e perspectivas de ação. 2012. **O Social em Questão** - Ano XV - nº 28, 2012. Disponível em: <<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/8artigo.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: _____. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores Ltda, 2010a, p. 17-72.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. O campo da Saúde Mental na Perspectiva da Desinstitucionalização, da Cidadania e da Interdisciplinaridade. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 17-97.

ZEITOUNE, Regina Célia Gollner, et al. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Pesquisa: Research – Investigación**, 2012, p. 57-63. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a08.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

- 1- Quais ações estão sendo implementadas no município de Vitória/ES, em relação às deliberações do Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras drogas e o Programa Crack é Possível Vencer?
- 2- Quais foram os atores que participaram do processo de implementação das ações?
- 3- Ocorre a participação do usuário neste processo? Caso ocorra esta participação, como você avalia?
- 4- Como o município tem trabalhado a questão das Comunidades Terapêuticas, para a implementação do Programa Crack é Possível Vencer?
- 5- Quais os limites e possibilidades para a implementação destas ações você verifica?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa sobre o processo de implementação das ações de enfrentamento ao *crack* no município de Vitória/ES. Sua participação constitui-se numa valiosa colaboração, mas não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição e não acarretará custos para você.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Reflexões sobre algumas ações relacionadas ao crack implementadas no município de Vitória/ES

Pesquisador responsável: Marcia Oliveira Rosa Zamperlini

Telefones para contato: (27) 3011-4410 ou (27) 99998-1487

A pesquisa a ser realizada faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo e tem como objetivo refletir sobre algumas ações de enfrentamento ao *crack* implementadas pelo município de Vitória/ES, buscará verificar quais ações estão sendo implementadas pela Secretaria de Saúde de Vitória/ES, em relação às deliberações do Programa “Crack é Possível Vencer”; identificar quais os atores, públicos ou privados, representantes da sociedade civil ou do Estado, estão envolvidos na implementação das ações e identificar os limites e possibilidades encontradas pelos atores envolvidos para a implementação das ações.

Os depoimentos serão gravados e também registrados em documento próprio dos pesquisadores, elementos que não se consegue apreender na gravação, ou seja, os gestos, expressões faciais, entonação da voz, entre outras. Após as entrevistas será

feita a transcrição dos dados na íntegra, sendo posteriormente descartado o conteúdo do recurso de áudio.

As informações obtidas serão analisadas com rigor teórico e científico, assegurando o respeito sobre sua participação e declaração. Na pesquisa não constará o nome dos sujeitos colaboradores, preservando o seu anonimato e poderá ser posteriormente publicada em forma de artigo científico ou livro, bem como apresentada em congressos e similares.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto de pesquisa e sua participação em qualquer momento de realização da pesquisa.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Eu, _____ declaro que recebi e compreendi por completo as informações por escrito que constam neste documento e as explicações que me foram fornecidas. Fui informado que sou livre para escolher concordar em participar ou me recusar. Declaro estar ciente e esclarecido da pesquisa, seus objetivos, metodologia, riscos/benefícios, garantia de liberdade para desistir de participar e colaborar com a pesquisa em qualquer etapa da mesma sem danos para minha pessoa. Nestes termos, concordo em participar deste estudo.

Assinatura do participante