

# DROGAS E POLÍTICAS PÚBLICAS: uma análise dos planos de enfrentamento à problemática do crack no Brasil

175

Estudos Universitários

1 Assistente social e especialista em ciência política/UNICAP. Atualmente é técnica em saúde mental e redução de danos do Programa +Vida/PCR e membro do GEAD/UFPE (aspaulmoraes@yahoo.com.br).

Paula Moraes<sup>1</sup>

Pollyanna Pimentel<sup>2</sup>

Roberta Uchôa<sup>3</sup>

2 Assistente social, especialista em políticas públicas e gestão de serviço social e em metodologias de avaliação em saúde/Instituto Materno-Infantil de Pernambuco – IIMIP e mestra em saúde pública/Hospital das Clínicas – HC/UFPE. Atualmente é Coordenadora do Núcleo Recife do Programa ATITUDE da Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos – SEDSDH do Estado de Pernambuco e membro do GEAD/UFPE (pollypimentel@yahoo.com).

## Resumo

O artigo faz uma reflexão sobre as políticas públicas brasileiras que tratam da problemática das drogas, particularmente o crack, através das publicações oficiais até agosto de 2011. Esta reflexão foi sistematizada a partir da Política Nacional sobre Drogas, Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e Planos de Enfrentamento do Crack do Governo Federal e Governo do Estado de Pernambuco. O objetivo é expor um panorama de como tais políticas orientam as ações na área, destacando elementos consensuais e divergentes, a fim de provocar uma discussão quanto ao elenco de demandas e proposições emergentes (ou não) relativas à problemática do crack.

3 Assistente social, sanitária, doutora em Sociologia das Drogas pela Universidade de Londres e pós-doutora em planejamento em saúde mental pelo Sangath Centre, Goa/Índia. Atualmente é professora do Departamento de Serviço Social/UFPE e membro do GEAD/UFPE (rsuchoa@uol.com.br).



**Palavras-chaves:** Atenção integral, drogas, políticas públicas, usuários de crack.

## Abstract

This article examines Brazilian drug public policies, particularly, related to crack-cocaine, through official publications released by federal and state government levels until August/2011. The documents reviewed were the National Drug Policy, the Ministry of Health Policy to Integral Care for Alcohol and other Drug Users and the Federal and Pernambuco State Plans to Tackle Crack-Cocaine. The aim of this examination is to provide a panoramic view on how public policies guide action plans in this field, highlighting similar and contrasting components.

**Keywords:** Crack-cocaine users, drugs, integral care, public policies.

## INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade, o uso de drogas sejam elas lícitas ou ilícitas envolve questões religiosas, culturais, morais, econômicas, políticas e sociais. Em diversas sociedades e épocas, o consumo de drogas não se constituiu em problema ou motivo de alarde, uma vez que foram por muito tempo entendidas como uma manifestação cultural e humana. Substâncias como o café, álcool, coca, tabaco e maconha estiveram e ainda estão presentes em cerimônias religiosas, medicamentos, dentre outros (BUCHER, 1989). No entanto, nas últimas décadas, o aumento do consumo dessas substâncias e a fabricação de novas drogas têm tomado dimensões preocupantes com graves consequências, principalmente para os jovens e adultos jovens, comprometendo tanto os indivíduos quanto suas famílias e a sociedade.

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC, na sigla em inglês) estima que, em 2009, entre 172 milhões e 250 milhões de pessoas usaram drogas ilícitas; dentre estas,

entre 18 milhões e 38 milhões eram dependentes de drogas. Globalmente, o uso de drogas é um dos 20 principais fatores de risco à saúde, e um dos 10 nos países desenvolvidos (UNODC, 2010). O US Department of Health & Human Services (2006) estima que, entre 2002 e 2003, 5.9 milhões (2,5% da população) e 2.1 milhões (0,9% da população) de norte-americanos usaram cocaína, no último ano e no último mês, respectivamente; e que, 1.5 milhões (0,6% da população) e 586 mil (0,2% da população) usaram crack nos mesmos períodos de tempo. Para as duas drogas, as pessoas entre 18 e 25 anos tiveram a maior incidência de uso no último ano, seguidas de pessoas de 26 ou mais anos e jovens entre 12 e 17 anos.

Crack, heroína e meta-anfetaminas são consideradas as drogas que mais causam danos aos indivíduos; enquanto que, crack, heroína e álcool são as drogas que mais causam danos a terceiros (NUTT et al., 2010). O mercado das drogas ilícitas é estimado em cerca de US\$ 300 bilhões ao ano, com uma produção global anual de 845 toneladas de coca, 900 toneladas de ópio e 375 toneladas de heroína (UNODC, 2010). A Colômbia é o maior produtor mundial de coca, com metade de toda a produção; Venezuela, Equador, República Dominicana, Argentina e Brasil são considerados os principais países de trânsito dessa droga para a Europa; e os maiores consumidores de cocaína são os países da América do Norte, Europa Ocidental e do Leste e América do Sul.

Em 2007, embora tenham sido registradas reduções no cultivo (18%) e na produção (28%) de coca na Colômbia, declínio do uso nos Estados Unidos e estabilização do uso na Europa, o consumo da cocaína e seus derivados parece estar aumentando na América do Sul. O UNODC estima que o Brasil seja o maior mercado consumidor de cocaína do continente, com cerca de 890.000 pessoas (0,7% da população) entre 12 - 65 anos fazendo uso desta substância (UNODC, 2009a). No país, em fevereiro de 2009, a Polícia Federal prendeu 55 pessoas por tráfico de drogas, muitos jovens de classe média, que levavam cocaína para ser vendida na Europa e traziam ecstasy na bagagem de volta para casa (UNODC, 2009b).



Com relação ao crack, muitos países, como o Brasil, não dispõem de dados nacionais. Os dados disponíveis no nosso país dizem respeito, sobretudo, a apreensões e usuários em tratamento, com exceção de algumas pesquisas locais e regionais com populações específicas desenvolvidas em alguns estados como São Paulo, Bahia, dentre outros (OLIVEIRA & NAPPO, 2008; LABIGALINI Jr, RODRIGUES & SILVEIRA, 1999).

O crack é uma droga estimulante do sistema nervoso central com alto poder de causar dependência, resultante da mistura da pasta base da cocaína com diversos produtos químicos. Esta droga, quando inalada, ao mesmo tempo em que provoca imediata e intensa euforia, também causa desorientação, instabilidade emocional, paranóia e fissura. Os efeitos são de curta duração e levam os usuários a um padrão de consumo frequente e repetitivo, deixando-os mais vulneráveis a situações de risco como violências, prostituição e sexo desprotegido; além do comprometimento das relações familiares e sociais.

O crack emerge no cenário brasileiro na década de 1990, particularmente na cidade de São Paulo, apresentando-se como uma droga com efeitos devastadores sobre o indivíduo e o grupo social do qual faz parte (RIBEIRO, LARANJEIRA & SESSO, 2004). Mas somente nos últimos 05 anos, o seu uso atingiu quase todo o território nacional, preocupando a sociedade e levando o Estado brasileiro, nos 03 (três) níveis de governo (federal, estadual e municipal), a propor diversas iniciativas de atenção à problemática do crack.

O UNODC (2009a: 08) sugere que "as políticas devem ser baseadas em evidências, e que dados fiéis são cruciais". Mas para além dos dados sobre produção, tráfico e consumo de drogas, o UNODC afirma que o foco de penalização deve mudar do usuário de drogas para o traficante, pois acompanhamento e assistência à saúde, ao invés do encarceramento, são medidas que tendem a construir sociedades mais saudáveis. Outra iniciativa proposta diz respeito à recuperação da infra-estrutura das cidades e de investimentos nas pessoas, sobretudo nos jovens, através da educação, do trabalho, do lazer e do esporte. Por



fim, para o UNODC, o ponto mais importante é a urgência para que os países ratifiquem e apliquem as convenções das Nações Unidas contra o crime organizado e contra a corrupção, assim como os protocolos relacionados ao tráfico de pessoas, armas e migrantes. Os países isoladamente não têm como enfrentar a força do crime organizado que se nutre do tráfico de drogas, armas, pessoas e seus órgãos, além da falsificação, contrabando, extorsão, agiotagem, seqüestro, pirataria, desmatamento ilegal e toda sorte de crimes ambientais. Para isto, devem-se reprimir os crimes cibernéticos e a lavagem de dinheiro facilitada pelos banqueiros internacionais, "que parecem acreditar que o dinheiro não tem cheiro" (UNODC, 2009a: 03).

### AS POLÍTICAS BRASILEIRAS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

As políticas públicas no Brasil direcionadas ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas surgem em diferentes momentos e com formas distintas na abordagem aos usuários, particularmente, das drogas consideradas ilegais. Inicialmente, o Brasil adotou como referência a política dos Estados Unidos, que se utiliza de um discurso político-jurídico de combate às drogas e não distingue o usuário do tráfico organizado (VELOSO, 2004).

No Brasil, a questão do combate ao uso de drogas teve início na primeira metade do século XX, nos governos dos presidentes Eptácio Pessoa e Getúlio Vargas, através de decretos e leis. A primeira regulamentação sobre as drogas data de 1921, Decreto nº 4.294, que "estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substancias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento manda abrir os credits necessários". Seguindo-se do Decreto-Lei nº 891/1938, Lei de Fiscalização de Entorpecentes, posteriormente incorporado ao artigo nº 281 do Código Penal (KARAN, 2001). Mas é somente na década de 1970, que o Governo Brasileiro passa a atuar mais fortemente, quando sanciona a Lei nº 6.368, conhecida como Lei de Entorpecentes,



aprovada em 21 de outubro de 1976, pelo então presidente da República, o militar Ernesto Geisel.

A Lei de Entorpecentes contém regras relativas à prevenção (arts. 1º a 7º), tratamento e recuperação (arts. 8º a 11º), crimes e penas pertinentes ao tema (arts. 12º a 19º), além do procedimento criminal que deveria ser obedecido na apuração de delitos. Esta Lei, fortemente influenciada pela conjuntura política dos anos de 1970, anos da ditadura militar brasileira, buscou conter o avanço do consumo das drogas no país, através de mecanismos de repressão policial-militar. No entanto, somente as drogas consideradas ilícitas foram criminalizadas de todas as formas (produção, comércio e consumo), enquanto que as drogas consideradas lícitas, como o álcool, tabaco e medicamentos psicotrópicos, que também podem causar danos, foram deixadas de lado. De acordo com Sica, este modelo proibicionista faz uma abordagem reducionista das drogas consideradas ilícitas, pois

ao considerar o tráfico como uma categoria homogênea, ocultam-se a complexidade da indústria das drogas ilícitas, bem como a diversidade de atores que interagem no processo de difusão e circulação, o que, em última análise, acaba por circunscrever um problema econômico, social e geopolítico a um "caso de polícia" (2005: 13).

Por quase 30 anos, a Lei nº 6.368/76, que esteve em vigor até 2006, foi o principal mecanismo utilizado pelo Estado Brasileiro para enfrentar a questão das drogas. Somente nos anos 1990, o Governo Federal iniciou um processo de revisão da abordagem das drogas no país, criando a Secretaria Nacional de Entorpecentes, através da Lei nº 8.764/93 (SENAD, 2008), e buscando a construção de uma Política Nacional Antidrogas – PNAD, que englobasse ações nas áreas de prevenção, tratamento, repressão, estudos, pesquisa e avaliações, recuperação e reinserção social.

O mundo inteiro se agustia com as proporções assumidas pelo problema da produção, tráfico e do uso indevido de drogas.

Esse é um flagelo que arruína a saúde e a própria vida de milhões de pessoas, principalmente jovens. As redes criminosas que exploram a droga tornaram-se, além disso, uma ameaça para a segurança dos estados e à soberania das nações (CARDOSO apud BRASIL, 2001a: 21).

A PNAD, somente aprovada em 2001, foi resultado de um processo participativo que recebeu contribuições de propostas da sociedade brasileira, levantadas durante o I Fórum Nacional Antidrogas, realizado em novembro de 1998 (BRASIL, 2001a). Como para o então presidente Fernando Henrique Cardoso, era preciso colocar o combate às drogas no alto das prioridades do Governo Brasileiro, a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, órgão responsável pela coordenação da PNAD, foi vinculada à Presidência da República.

Ainda em 2001, a Medida Provisória nº 2.225-45 alterou o artigo 3º da Lei nº 6.368/76, instituindo o Sistema Nacional Antidrogas (BRASIL, 2001b). E, em 2002, o Governo Brasileiro sancionou a Lei nº 10.409, que dispôs sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causam dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde.

Apesar das iniciativas do Governo Brasileiro, a política de drogas conduzida até então no país reduzia-se à inibição da oferta de substâncias ilícitas, conforme acordado em convenções internacionais, com atuações repressivas, em detrimento das preventivas, de tratamento e de promoção social dos dependentes.

Em 2003, no primeiro ano de gestão do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva, o Ministério da Saúde – MS, fortemente influenciado pelos movimentos sociais de defesa dos usuários de drogas (exp. ABORDA, REDUC), adotou a “Política de Atenção Integral a Usuários de Alcool e Outras Drogas”, que incorporou diretrizes consoantes com os princípios da política de saúde.



mental vigente (Lei Federal nº 10.216/01)<sup>4</sup> e os pressupostos da Organização Mundial da Saúde – OMS para a área de saúde mental<sup>5</sup>. Além dessa política, o MS já havia publicado anteriormente diversas portarias, respondendo às deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Mental e normatizando a atenção a usuários de álcool e outras drogas.

A política proposta pelo MS propõe um novo marco teórico para a abordagem dos usuários de drogas ao incorporar a perspectiva/estratégia de redução de danos. O MS passa a priorizar práticas terapêuticas não apenas fundamentadas no saber médico e/ou em modelos de exclusão/separação do convívio social dos usuários de álcool e outras drogas. Segundo o documento do MS,

a dependência de drogas é transtorno onde predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim o nível de adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003: 08).

Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele

4 O texto dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Além disso, esta lei é um marco legal da Reforma Psiquiátrica, retificando de forma histórica as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde – SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

5 A OMS publicou o relatório intitulado “Saúde Mental: Nova Concepção”, que traz recomendações básicas para as ações na área de saúde mental/álcool e outras drogas (OMS, 2001).



que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003: 10-11).

Em 2004, a então Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD desencadeou um amplo processo descentralizado e democrático de realinhamento da Política Nacional Antidrogas vigente desde 2001. Seis fóruns regionais (Florianópolis, São Paulo, Salvador, São Luís, Manaus e Campo Grande) e um nacional (Brasília) foram realizados com a participação de mais de 3.500 pessoas representando os governos federal, estaduais e municipais, comunidade científica, organizações não-governamentais, profissionais da área de saúde, assistência social, segurança pública e justiça, religiosos, voluntários e educadores, que debateram temas relativos à redução da oferta, da demanda e de danos das drogas. Finalmente, no ano de 2005, o Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, através da Resolução nº 03, de 27 de outubro de 2005, aprovou sem ressalvas a Política Nacional sobre Drogas (SENAD, 2008).

Apesar de vários avanços no que se refere aos cuidados com os usuários de drogas, a nova Política Nacional sobre Drogas manteve sem alteração o primeiro pressuposto da I PNAD: "buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas" (BRASIL, 2005: 10).

Dentre os pressupostos da nova política, destacam-se a diferenciação entre usuário e traficante; tratamento igualitário aos usuários de drogas lícitas e ilícitas; reconhecimento da abordagem de redução de danos como uma estratégia de prevenção; cooperação nacional e internacional para o planejamento da política; ações devem ser pautadas em evidências; princípio da responsa-

bilidade compartilhada no desenvolvimento de ações de redução de oferta, de demanda e de danos; dentre outros.

Finalmente, em 2006, o Governo Brasileiro revoga as Leis nº 6.368/76 e 10.049/02, e sanciona a Lei nº 11.343, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências (BRASIL, 2006). Um dos principais avanços desta Lei é a distinção entre usuários/dependentes de drogas e traficantes. A Lei mantém a criminalização da produção e do comércio (tráfico) de drogas, mas não mais aplica pena privativa de liberdade aos usuários e dependentes de drogas, ao instituir no seu artigo 28º:

Quem adquirir, guardar, tiver e depositar, 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).

Os marcos políticos e legais produzidos no país ao longo do século passado e os atualmente em vigência expressaram e expressam as diversas compreensões e propostas sobre a problemática das drogas da sociedade brasileira. Além disso, o país também cumpre acordos entre países e convenções internacionais, sobretudo os propostos pelo UNODC (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES, 2009).

Os avanços e retrocessos das orientações políticas e os mecanismos legais são historicamente determinados e estão em permanente disputa. Entretanto, as respostas dadas pelo poder público



devem sempre responder às necessidades dos seus cidadãos, sejam eles usuários/dependentes de drogas ou não; e devem estar baseadas em evidências, sobretudo, quando se presencia o surgimento de novas substâncias de abuso, como o crack, que requerem modalidades de cuidado adaptadas aos consumidores e aos contextos onde são consumidas.

## O CENÁRIO BRASILEIRO NA ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE CRACK

Mais recentemente, o crack passou a ser consumido em quase todo o território brasileiro. Em 2010, a Confederação Nacional dos Municípios – CNM realizou pesquisa com ênfase no crack junto a 5.563 municípios brasileiros, obtendo resposta de 3.950 (71%) deles. Dentre os municípios pesquisados, 3.871 (98%) registraram problemas relacionados ao crack e outras drogas. Considerando o agravamento da problemática do crack no país, começaram a ser elaborados e propostos planos de enfrentamento em diferentes níveis de governo (CNM, 2011).

Várias propostas foram apresentadas, tendo a Política Nacional sobre Drogas como instrumento norteador, a exemplo do Governo Federal que, através do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (BRASIL, 2010); e do Governo do Estado de Pernambuco que, através do Decreto nº 35.065, de 26 de maio de 2010, criou a Rede Estadual de Enfrentamento ao Crack (PERNAMBUCO, 2010a).

O plano do Governo Federal propõe ações descentralizadas e integradas com as políticas setoriais de saúde, educação, assistência social e segurança pública, a fim de intervir estrategicamente sobre o avanço e o risco do consumo de crack no país. Já o Plano de Ações Sociais Integradas de Enfrentamento ao Crack de Pernambuco, contém 18 temas principais, abrangendo 03 conjuntos de ações distintos (prevenção social e repressão qualificadas; proteção e tratamento; e inclusão sócio-produtiva), que buscam articular a sociedade civil e agências governamentais e não-governamentais no intercâmbio de experiências, para a pre-



venção e o enfrentamento do crack. À luz dos pilares que compõem a Política Nacional sobre Drogas (prevenção, tratamento e reinserção social, redução de demanda, redução de danos, redução da oferta, estudos e pesquisas), é possível compreender o modelo lógico que estruturou esses dois planos de enfrentamento da problemática do crack.

No que se refere à prevenção, tratamento e reinserção social, mesmo considerando a heterogeneidade desses planos, tem-se uma convergência quanto ao princípio da Responsabilidade Compartilhada, considerada imprescindível na construção de redes sociais, ao procurar envolver os mais diversos atores sociais com responsabilidades específicas e igualmente relevantes:

186

Art. 1º § 1º As ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas 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 (BRASIL, 2010).

Art. 1º § 2º O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas (idem).

Art. 2º § 1º A Rede Estadual de Enfrentamento ao Crack poderá ser integrada por representantes dos demais Poderes e Órgãos Autônomos do Estado, órgãos federais, municípios, universidade



des, organizações religiosas, organizações da sociedade civil em geral, conselhos profissionais, instituições públicas e privadas de saúde, meios de comunicação, conselhos estaduais, entidades representativas dos trabalhadores e do empresariado e quaisquer outras instituições interessadas que venham a se inscrever por meio digital ou presencial disponibilizado pelo Governo Estadual (PERNAMBUCO, 2010a).

O plano federal toma para o poder público nos diferentes níveis de governo as iniciativas das ações de atenção à problemática do crack, com a participação da sociedade civil exercendo o controle social e propõe:

Art. 2º II – Estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde – SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social – SUAS (BRASIL, 2010).

Art. 5º V – Ampliação das ações de prevenção, tratamento, assistência e reinserção social em regiões de grande vulnerabilidade à violência e ao uso do crack e outras drogas alcançadas por programas governamentais como o Projeto Rondon e Pro-Jovem (idem).

Ao mesmo tempo em que convoca atores não governamentais a colaborar no sentido de

Art. 2º IV – Promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento e reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas (ibidem).

O plano estadual, por outro lado, convoca movimentos religiosos, empresários, mídia e voluntários para a ação, inclusive indicando as propostas de desenvolver cursos específicos para os movimentos religiosos, formar voluntários e incentivar novos parceiros para co-financiamento das unidades mediante convênio direto, como expressa o documento "Nota Técnica – Lançamento do Plano de Ações Sociais Integradas de Enfrentamento ao Crack" (PERNAMBUCO, 2010b).

Ainda no campo da redução de demanda, destacam-se algumas propostas inovadoras no plano estadual de Pernambuco, a saber: incrementar equipamentos desterritorializados para assegurar a proteção dos usuários "sem perfil" nos demais programas, que estão em situação de vulnerabilidade e em risco de vida relativo ao consumo de crack; implantar "aluguel social" ligado aos centros de referência, como benefício aos egressos do SUS e SUAS, para espaço residencial acompanhado; e criar o Sistema de Mediação e Conciliação de Conflitos nas escolas estaduais em parceria com o Poder Judiciário e Ministério Público, implantando instâncias tais como comitês de conciliação, câmaras recursais e procedimentos legais (em caso de insucesso na mediação) (idem).

A redução de danos, os agentes redutores de danos e o Consultório de Rua<sup>6</sup> não são mencionados no documento do plano federal de enfrentamento ao crack, mas já integram as iniciativas e ações que estão sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde desde 2009, inclusive com dotação orçamentária específica para os municípios através de editais públicos (exp. Chamadas para Seleção de Consultório de Rua e Redução de Danos e para Seleção de Escola de Redutores de Danos). Já o plano estadual de Pernambuco aponta, dentre os seus 18 temas mais relevantes, a implantação de consultórios de rua vinculados aos centros regionais, programando atividades de formação de equipes de redutores de

6 Espaço clínico de atuação de equipe multiprofissional formada por médicos, psicólogos, assistentes sociais, educadores, redutores de danos, que utiliza como suporte um ambulatório móvel que vai até os locais onde se concentram usuários de drogas em situação de risco e vulnerabilidade social. Esta experiência institucional inovadora foi desenvolvida pela primeira vez no Brasil em Salvador, entre 1999-2004, por Antonio Nery Alves Filho, coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, da Universidade Federal da Bahia (CETAD, 2011).



danos para atuar nos consultórios de rua do SUAS; co-financiamento de consultórios de rua do SUS; e capacitação de equipe técnica da assistência social e da saúde para a redução de danos.

No que se refere à redução da oferta, os dois planos são enfáticos na abordagem ao tráfico de drogas através de ações de repressão qualificadas e continuadas; combate ao crime organizado, com ênfase no narcotráfico; desenvolvimento de ações integradas com os programas de segurança pública em curso como o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – PRONASCI e Pacto pela Vida de Pernambuco; e ampliação do efetivo policial e capacitação permanente de policiais civis e militares. O plano federal aponta ainda para o monitoramento de regiões de fronteira, incluindo a articulação com o Centro Gestor e Operacional do Sistema de Proteção da Amazônia – CENSIPAM, com o apoio das forças armadas.

Considerando a problemática do crack um fenômeno social recente, os planos prevêem investimentos e parcerias com o meio acadêmico para a realização de estudos e pesquisas, incluindo o mapeamento do uso do crack para um diagnóstico das comunidades mais vulneráveis ao uso, abuso ou dependência do crack e outras drogas, como fica claro nos seguintes trechos:

**Art. 5º § 2º II – realização de estudos e diagnóstico para o acúmulo de informações destinadas ao aperfeiçoamento das políticas públicas de prevenção do uso, tratamento e reinserção social do usuário e enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas (BRASIL, 2010).**

**Tema 01. [realizar] Mapeamento e estimativa de usuários e dependentes de crack em Pernambuco (PERNAMBUCO, 2010a).**

Neste sentido, tanto os Governos Federal como Estadual já lançaram vários editais de financiamento de projetos através de seus órgãos de fomento à pesquisa. Dentre esses órgãos, destacam-se a Secretaria Nacional sobre Drogas – SENAD, vinculada

ao Ministério da Justiça; o Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, vinculado ao Ministério da Ciência e Tecnologia – MCT; e a Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco – FACEPE, vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente de Pernambuco.

O reconhecimento de uma necessária qualificação e embasamento científico na abordagem à problemática do crack estende-se às iniciativas de formação e capacitação profissional, na perspectiva da educação continuada e interdisciplinar:

Art. 2º III – Capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas (BRASIL, 2010).

Educação permanente e continuada para a prevenção do crack, utilizando os 249 Centros de Referência de Assistência Social do Estado – CRAS, as 18 mil equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF, as equipes do PROERD, cursos específicos para o movimento religioso, para as escolas, para os conselhos de direitos e de políticas sociais, formando uma grande rede de “voluntários no estado” (PERNAMBUCO, 2010a).

Nesta perspectiva, a SENAD e a Coordenação Nacional de Saúde Mental, vinculada ao Ministério da Saúde, lançaram editais de financiamento de ações de ensino e extensão, estimulando a parceria entre as universidades públicas e as secretarias estaduais e municipais de saúde. Destacam-se entre esses editais, o de ensino através do Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas e o de extensão para qualificação/atualização profissional na estratégia de redução de danos “Escola de Redutores de Danos do SUS”.

Por último, mas não menos importante, apesar da alta priorida-



de dada à problemática do crack, os planos apresentam fragilidade no que se refere ao financiamento das inúmeras iniciativas e ações descritas. O plano estadual aponta para um investimento de mais de “R\$ 55 milhões ao ano, sendo 15 milhões ainda em 2010” (PERNAMBUCO, 2010a: 05), embora não indique quais as fontes, custos ainda a serem dimensionados e dependência de dotação orçamentária de órgãos federais, como o Ministério da Saúde. No caso do plano federal, há uma clara e transparente indicação de que não haverá novas fontes de recursos:

Art. 6º As despesas decorrentes da implementação do Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias dos órgãos nele representados, consignadas anualmente nos respectivos orçamentos, observados os limites de movimentação, de empenho e pagamento da programação orçamentária e financeira anual (BRASIL, 2010).

Sem uma clara indicação de novas e permanentes fontes de recursos financeiros, os planos ficam a mercê de questões conjunturais econômicas e políticas, fragilizando-os. Segundo Teixeira, na prática, o orçamento público como instrumento de planejamento

tem sido reflexo da forte relação entre a conjuntura política do país e ações do governo, que se consubstanciam por meio de planos, programas e projetos prioritários. Nele rebatem as crises e os momentos de prosperidades, os contextos ditatoriais e democráticos, as pressões ou ausência de pressões resultantes do jogo de forças sociais e políticas na sociedade (2009: 567).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de crack no Brasil é um problema de saúde pública de primeira ordem, que exige medidas urgentes de tratamento e reinserção social de longo prazo para proteger os usuários e seus



familiares. Neste sentido, a dependência do crack como uma doença crônica e complexa impõe a estruturação de um sistema de saúde e de assistência social articulado e comprometido com a estabilização física e mental do usuário, assim como com sua vida familiar, educacional, ocupacional e financeira. Políticas intersetoriais de habitação, educação, cultura, trabalho e justiça também devem ser articuladas para assegurar moradias assistidas, centros de convivência, esporte e lazer, dentre outras necessidades do usuário de crack.

A ênfase deve ser dada na atenção integral a usuários com a potencialização de uma rede básica/primária de saúde para a abordagem das drogas, garantindo a acessibilidade e respostas efetivas à problemática do crack. Como afirma Bastos (2011: 14), “não existe discussão válida sobre drogas fora do âmbito da saúde, uma vez que o uso dessas substâncias impacta diretamente a vida”. No entanto, este pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ ressalva que não seria factível afastar completamente o debate sobre as drogas da esfera jurídica, mas que é possível afastá-la da esfera penal.

Desta forma, quando o assunto for drogas não cabem certezas ou simplificações. A política de drogas, particularmente a de atenção integral a usuários de crack não pode se resumir a criminalização/descriminalização, repressão/assistência, abstinência/redução de danos, atenção médica/atenção psicossocial, dentre outras polaridades/dualidades tão férteis neste campo da sociabilidade humana. Por isso, faz-se necessária a afirmação de ambas as estratégias na política de drogas: saúde e segurança.

Como afirma o UNODC (2010), a dependência e o abuso de drogas podem ser tratados e a produção ilegal e o tráfico de drogas podem ser reduzidos, como evidenciado na última década em todo o mundo. Para o UNODC, é fundamental colocar a saúde no centro da política de drogas; desenvolver esforços locais, nacionais e internacionais para reduzir a oferta de drogas; e conduzir pesquisas para melhor compreender o que faz as pessoas mais vulneráveis às drogas, pois os traficantes são os verdadeiros



criminosos, não os usuários ("The traffickers are the real criminals, not the drug users") (2010: 43).

Neste sentido, os dois planos de enfrentamento ao crack analisados neste artigo (federal e estadual) constituem-se em avanços ao substituir uma ação exclusivamente centrada na repressão ao tráfico por um conjunto de ações mais equilibradas de redução de demanda, de danos e de oferta. Mas, sobretudo, por propor um conjunto de ações que levam em conta as necessidades de tratamento e reinserção social dos usuários baseado em evidências.

## REFERÊNCIAS

BASTOS, F. I. P. Drogas – Quebra-cabeça: Em debate povoado de questões, escolher as peças para se montar uma política equilibrada é desafio. In: Revista RADIS, 101: 13-15, 2011.

BRASIL. Política Nacional Antidrogas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2001a.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 2.225-45, de 04 de setembro de 2001, Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2001b.

\_\_\_\_\_. Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2005.

\_\_\_\_\_. Lei Federal nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2006.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, Plano Federal de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.



BUCHER, R. (Org.). Prevenção ao uso indevido de drogas. Brasília: Editora Universitária de Brasília, 1989.

CENTRO DE ESTUDOS E TERAPIA DO ABUSO DE DROGAS – CETAD. Consultório de Rua: origem e trajetória. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.arcodigital.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/ConsultoriodeRua>. Arquivo capturado em 15 de abril de 2011.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS – CNM. Pesquisa sobre a situação do crack nos municípios brasileiros 2010. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.cnm.org.br>. Arquivo capturado em 15 de abril de 2011.

KARAN, M. L. Aspectos Jurídicos. In: SEIBEL, S. & TOSCANO JR, A. (Orgs.). Dependência de Drogas. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2001.

LABIGALINI Jr, E., RODRIGUES, L. R. & SILVEIRA, D. X. Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. In: Journal of Psychoactive drugs, 31(4): 451-455, 1999.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. Atos Bilaterais em Vigor para o Brasil no Âmbito do Direito Penal, Contrabando e Entorpecentes. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.mre.gov.br/dai/bidpenal.htm>. Arquivo capturado em 25 de maio de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NUTT, D. J., KING, L. A. & PHILLIPS, L. D. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. In: The Lancet, publicado online em 01 de novembro de 2010.



OLIVEIRA, L. G. & NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. In: Revista de Saúde Pública, 42(4): 664-671, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Concepção. Genebra: OMS, 2001.

PERNAMBUCO. Decreto nº 35.065, de 26 de maio de 2010, que cria a Rede Estadual de Enfrentamento ao Crack e dispõe sobre as ações integradas de enfrentamento às drogas. Recife: Secretaria Executiva de Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Nota Técnica – Lançamento do Plano de Ações Sociais Integradas de Enfrentamento do Crack. Recife: Secretaria Executiva de Desenvolvimento e Assistência Social, 2010b.

RIBEIRO, M., DUNN, J., LARANJEIRA, R. & SESSO, R. High mortality among Young crack cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study. In: Addiction, 99: 1133-1135, 2004.

SENAD. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil. Brasília: SENAD, 2008.

SICA, L. Funções manifestas e latentes da política de war on drugs. In: REALE JÚNIOR, M. et al. (Orgs.). Drogas: aspectos penais e criminológicos. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2005.

TEIXEIRA, J. B. Formulação, administração e execução de políticas públicas. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

UNITED NATIONS' OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODC. World Drug Report 2009 – Executive Summary. Viena: UNODC: 2009a.

\_\_\_\_\_. World Drug Report 2009 – Brazilian Summary. Viena: UNODC, 2009b.

---

Promoting health, security and justice. Viena: UNODC, 2010.

US DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. National Survey on Drug Use and Health. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.samhsa.gov>. Arquivo capturado em 05 de janeiro de 2006.

VELOSO, L. H., CARVALHO, J. & SANTIAGO, L. Redução de danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: BRAVO, M. I. S., VASCONCELOS, A. M., GAMA, A. S. & MONNERAT, G. L. (Orgs.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez Editora, 2004.