

X Concurso Nacional de Monografia: “A *intersectorialidade* como estratégia frente ao Crack”. SENAD/CIEE. Brasília, 2011.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**FACULDADE DE DIREITO**

**Políticas Públicas: Intersectorialidade e o Enfrentamento ao Crack**

**Rafael Bezerra de Souza Moreira**  
**Tamires Jordão Laport**

**Juiz de Fora**  
**Abril/2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**FACULDADE DE DIREITO**

**Rafael Bezerra de Souza Moreira**  
**Discente do 8º período do Curso de Direito**

**Tamires Jordão Laport**  
**Discente do 7º período do Curso de Psicologia**

**Políticas Públicas: Intersectorialidade e o Enfrentamento ao Crack**

Monografia premiada em 3º lugar no X Concurso Nacional de Monografia: “*A intersectorialidade como estratégia frente ao Crack*”. Organizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), Ministério da Justiça e Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE). Exposto na XIII Semana Nacional Sobre Drogas. Brasília, 2011.

**Juiz de Fora**  
**Abril/2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**FACULDADE DE DIREITO**

**RESUMO**

Este trabalho aborda a importância da intersetorialidade enquanto estratégia de realização de políticas públicas, o que viabiliza uma compreensão global do fenômeno das drogas, especificamente o *crack*, que se destaca devido à intensidade e rapidez com que seus múltiplos efeitos nefastos se manifestam. Isto, contudo, somente foi possível após profundas mudanças ideológicas, e sucessivas implementações de reformas na legislação e nas políticas públicas sobre drogas, as quais, portanto, foram objeto de análise nesta primeira parte do trabalho. Em seguida, constatamos, hoje, como reflexo destas mudanças, uma complexa rede de atenção aos usuários e dependentes, que só contribui para um atendimento em consonância com a integralidade no cuidado dos que dela necessitam. Embora se admita, em certa medida, a insuficiência de diálogo entre os setores estatais, a descentralização na execução das políticas públicas aliada à composição pluralista e democrática dos Conselhos participativos, que gradualmente foram sendo incorporados à atual sistemática normativa, acena como caminho possível para o aperfeiçoamento desta rede de atenção.

**Palavras-Chave:** Políticas Públicas. Drogas. Intersetorialidade. Rede.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**FACULDADE DE DIREITO**

**SUMÁRIO**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>I - POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS</b>   |           |
| 1. Mudança de paradigma: do <i>laissez-faire</i> ao intervencionismo civilizatório .....                | 6         |
| 2. A problemática das drogas e o dever de intervenção estatal<br>no seu enfrentamento .....             | 7         |
| 3. Políticas Públicas sobre Drogas .....  | 8         |
| 4. Perspectiva legislativa e de políticas públicas sobre drogas no Brasil.....                          | 12        |
| <b>II - POLÍTICAS PÚBLICAS: A “REDE E SUAS AÇÕES” ENQUANTO<br/>ESTRATÉGIA NO ENFRENTAMENTO AO CRACK</b> |           |
| 1. A epidemiologia do <i>crack</i> , sua história, seus efeitos e consequências.....                    | 17        |
| 2. A rede de cuidados aos usuários de <i>crack</i> e outras drogas .....                                | 21        |
| 3. Medidas preventivas .....  | 25        |
| 4. Medidas de Tratamento, Recuperação, Redução de Danos e<br>Reinserção Social .....                    | 27        |
| 5. Medidas repressivas .....  | 29        |
| <b>CONCLUSÃO .....</b>  | <b>31</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>   | <b>32</b> |

## INTRODUÇÃO

A partir da evolução histórica da concepção da necessidade de o Estado promover a concretização dos direitos fundamentais através da realização de políticas públicas, passando pela percepção da problemática que as drogas hoje representam – cujo exemplo mais latente é o *crack*, concluímos que as políticas públicas idôneas ao enfrentamento desta questão necessariamente devem incluir uma estratégia humanizadora, orientada de forma central e executada de forma descentralizada, sem se esquecer da globalidade e da transdisciplinariedade características do fenômeno que se apresenta, enfim, uma perspectiva intersetorial.

Verificamos como a redução de danos, superando antigas visões, se mostra uma alternativa de enfrentamento mais consentânea com a dignidade dos usuários e dependentes, e que o cenário normativo brasileiro sobre drogas, o qual integra Governo e Sociedade em um discurso democrático e participativo, sobretudo após o realinhamento da Política Nacional sobre Drogas em 2005 e a instituição da Lei nº 11.343 em 2006, é hoje referência internacional (SENAD, 2009).

As medidas adequadas ao enfrentamento devem visar, basicamente, a oferta e a demanda de drogas e, de maneira geral, subdividem-se em (1) medidas de prevenção e conscientização social do uso indevido de drogas, (2) medidas de tratamento, reabilitação, recuperação e reinserção social de usuários e dependentes e (3) medidas de repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

Tendo por parâmetro a atual Política Nacional sobre Drogas, constatamos uma complexa rede de atenção aos usuários e dependentes de drogas que deve se sustentar justamente no alinhamento às suas diretrizes, em que a eficácia das intervenções depende de uma estratégia intersetorial, enquanto “novo paradigma orientador da modelagem de gestão pública” (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997).

## I - POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS

### 1. Mudança de paradigma: do *laissez-faire* ao intervencionismo civilizatório

Apenas com o advento do século XX conseguiu-se definitivamente mudar a concepção do real papel do *Estado*. Se antes, sob a ótica do Estado liberal-burguês, as ações estatais eram vistas como ingerências na liberdade dos indivíduos, agora, à luz do Estado Social, há o pleno reconhecimento da desigualdade existente entre os mesmos, de modo que é possível enxergar nas relações sociais o fato de que uns se encontram em posições menos favoráveis que outros. Cabe ao Estado, portanto, mediante intervenções, fornecer as condições de uma vida digna aos cidadãos, assistindo os mais necessitados. As ações estatais tornam-se um imperativo, à medida que somente através delas as pessoas terão os recursos necessários para atingirem um patamar civilizatório satisfatório. O Estado Social busca a Justiça Social, mediante a afirmação dos direitos sociais (LUCAS VERDÚ, 1975 *apud* SILVA, 2008)<sup>1</sup>.

A Constituição Federal de 1988 proporcionou uma verdadeira revolução no tema dos direitos sociais, pois além de considerá-los direitos fundamentais de todos e dever do Estado, criou efetivos instrumentos para sua realização, inclusive com ampla participação comunitária na tomada de decisões. Em seu art. 6º a Constituição consagra diversos direitos sociais como à saúde, à educação, à segurança e a assistência aos desamparados, representando verdadeira conquista histórica.

---

<sup>1</sup> Pablo Lucas Verdú, citado por José Afonso da Silva (2008, p. 115), assevera: “o qualificativo social refere-se à correção do individualismo clássico liberal pela afirmação dos chamados direitos sociais e realização de objetivos de justiça social”. No mesmo sentido, “O conceito de Estado Democrático de Direito Social pode ser entendido como uma estrutura jurídica e política, e como uma organização social e popular, em que os direitos sociais seriam tratados como direitos fundamentais” (MASSA; BACELLAR, p. 02).

## 2. A problemática das drogas e o dever de intervenção estatal no seu enfrentamento

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004, p. 05) “o consumo de substâncias psicoativas e as farmacodependências representam um importante fardo para indivíduos e sociedades em todo o mundo”. O uso abusivo de drogas (lícitas e ilícitas) está correlacionado a prejuízos de diversas naturezas, que refletem em várias esferas, como a afetiva, educacional, econômica, de saúde, e de segurança pública (SOUZA; KANTORSKI, 2007). Consequentemente, faz-se necessária uma profunda análise da questão por parte dos órgãos estatais, os quais deverão tomar medidas adequadas ao enfrentamento desta problemática.

O Relatório sobre a Saúde no Mundo da Organização Mundial de Saúde de 2002 apontou que 8,9% da carga global das doenças (*global burden of disease*) resulta do consumo de substâncias psicoativas<sup>2</sup> (OMS, 2004). Neste caminho, podemos dividir os principais efeitos nocivos do consumo de tais substâncias em quatro categorias: (1) *efeitos crônicos para a saúde*, decorrentes das doenças crônicas causadas pelo uso/dependência; (2) *efeitos biológicos da substância sobre a saúde*, que englobam a superdosagem (*overdose*) e acidentes resultantes dos efeitos que as mesmas produzem; (3) *problemas sociais graves* tais como detenções; e (4) *problemas sociais crônicos*, como incapacidade em relação ao trabalho ou ao papel do indivíduo na família (OMS, 2004).

Em recente estudo divulgado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, estima-se que entre 155 e 250 milhões de pessoas com idade entre 15 a 64 anos usaram drogas ilícitas pelo menos uma vez no ano de 2008 (UNODC, 2010).

No Brasil, levantamento realizado no ano de 2005 em domicílios aponta que 12,3% da população pesquisada é dependente do álcool, 10,1% é dependente de

---

<sup>2</sup> Carga global das doenças refere-se à carga imposta à sociedade por mortes prematuras e anos vividos com incapacidades.

tabaco e 22,8% já fizeram *uso na vida* de drogas - exceto álcool e tabaco (CARLINI, 2006).

Não há dúvidas que a problemática acerca das drogas consiste hoje em um dos maiores fatores de desestabilização social e um dos maiores obstáculos à realização digna dos direitos humanos fundamentais de considerável parcela da população mundial. Justamente por se tratar de um problema social é que a questão se torna objeto de políticas públicas voltadas a diminuir, inibir e prevenir suas causas (SOUZA; KANTORSKI, 2007). Com o advento da Constituição Federal de 1988 torna-se obrigação do Estado brasileiro manter programas de prevenção e assistência a usuários de drogas (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008). O enfrentamento da questão, entretanto, exige uma intervenção estatal adequada à complexidade do tema, pois este se espalha a diversos setores da vida individual e coletiva, devendo-se rejeitar visões meramente setoriais e unilaterais, mas sim multidisciplinares e intersetoriais. Igualmente importante é o diálogo entre as instâncias governamentais, e entre estas e a sociedade civil, de modo que a população participe na elaboração, implementação e fiscalização de políticas sociais, o que se dará mediante os Conselhos, enquanto espaço de participação e controle social (NEIVA; CHAGAS; ALMEIDA, 2010).

### **3. Políticas públicas sobre drogas**

Tão fundamental quanto o reconhecimento da necessidade de enfrentamento aos problemas sociais que as drogas representam é a elaboração de políticas públicas idôneas à sua disciplina. Neste sentido, é essencial integrar à discussão perspectivas de diversos campos do conhecimento, em uma abordagem interdisciplinar, de modo a retratar toda a realidade na qual o fenômeno das drogas está inserido.

Ao longo do tempo, podemos observar que o modelo de política adotada e as respectivas medidas a serem efetivadas estiveram centrados basicamente em duas opções antagônicas: o *modelo proibicionista* e o *modelo antiproibicionista* - de legalização (GRECO FILHO, 2009).



Conforme leciona Luciana Boiteux de Figueiredo Rodrigues (2006), até o início do século XX vigorava o total liberalismo em relação às drogas, sendo legais o consumo e a circulação de substâncias como cocaína, ópio e *cannabis*, as quais só foram objeto de controle penal pelo estado nas primeiras décadas do século passado, tratando-se a proibição, portanto, de fenômeno relativamente recente. Segundo a precitada autora, a mudança deste cenário legalista iniciou-se a partir da Conferência de Xangai de 1909, que culminou na elaboração do primeiro tratado multilateral de controle de drogas, a 1ª Convenção sobre Ópio da Haia de 1912. Desde então, treze instrumentos internacionais foram ratificados pela maioria dos países do mundo, e motivados pelo ímpeto proibicionista norte-americano (*war on drugs*), os tratados internacionais, aos poucos, foram introduzindo maiores restrições à temática e assumiram uma postura eminentemente repressiva de total erradicação do consumo e da produção de drogas, aperfeiçoando e inovando os instrumentos de punição. A política de intolerância às drogas pouco a pouco foi se consolidando.

O modelo proibicionista sustenta-se, sobretudo, sob o fundamento sanitário-social, apregoando a total abstinência ao uso de drogas, enquanto questão de saúde pública (RODRIGUES, 2006). Para tanto, afirma o direito penal como único sistema de controle social apto a enfrentar tal problema, sendo fundamental uma ampla repressão às atividades que viabilizem a utilização destas substâncias, o que inclui a criminalização do consumo pessoal de drogas (MORANT VIDAL, 2005 *apud* GRECO FILHO, 2009).

Entretanto, tal modelo não alcançou os objetivos que propunha, mostrando-se insuficiente (RODRIGUES, 2006; BIANCHINI, 2007). O recrudescimento do sistema penal (quase sempre relativizando direitos fundamentais) não tem condições de garantir a saúde pública, pelo contrário (RODRIGUES, 2006; CARVALHO, 2006 *apud* BIANCHINI, 2007). Na verdade, ao tratar o usuário/dependente como criminoso e à margem de políticas públicas oficiais de prevenção e tratamento fragilizou-se ainda mais a saúde pública, na medida em que, por não se ter mecanismos de aferição da qualidade das substâncias consumidas, muitas vezes adulteradas, nem de outros riscos relacionados ao consumo, como doenças infecto-contagiosas, expõe-se os indivíduos a outros diversos perigos. Por outro lado, houve a superestruturação das organizações criminosas, principalmente no aspecto

econômico, oriunda do aumento do preço das drogas, e consequentemente o aumento de problemas conexos como violência, maior circulação de armas, maior número de prisões, lavagem de dinheiro e corrupção.

Parece óbvio que um estado que simplesmente legalize e libere as atividades de produção, circulação e consumo de drogas atua de forma tão insuficiente quanto àquele que, travestido de moralismo, trate o problema enquanto questão de polícia.

Igualmente marcada pelo caráter punitivo/moralista e não menos precária é a chamada filosofia do *usuário-doente*<sup>3</sup>. Esta consiste simplesmente na relativização do poder policial pelo poder médico, ou seja, o usuário é rotulado como um doente (NASCIMENTO, 2006 *apud* SOUZA; KANTORSKI, 2007), tratado como um psicopata dentro dos hospitais psiquiátricos. Se por um lado a visão meramente repressiva baseada na “guerra às drogas” orienta-se a partir da ideia do *usuário-criminoso*, devendo este ser “tratado” e julgado pelo sistema penal, a política de patologização orienta-se a partir da ideia do *usuário-doente*, devendo este ser tratado e julgado pelo sistema psiquiátrico (ZEMEL, 2010).

A partir de uma nova concepção, formulou-se um modelo alternativo de enfrentamento à questão, agora analisado sob uma ótica multidisciplinar, que vai de encontro ao respeito aos direitos fundamentais dos usuários/dependentes (MORANT VIDAL, 2005 *apud* GRECO FILHO, 2009). Não nega a importância das medidas repressivas, mas questiona sua eficácia na *prevenção* do consumo e *reabilitação* de usuários e dependentes, campos que necessitam de outra estratégia de abordagem. Esta nova política, denominada *redução de danos*, se pauta na minimização dos impactos maléficos e dos riscos advindos do uso de drogas, e “não parte do princípio que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas” (CRUZ, 2010, p. 176), indo de encontro às evoluções científicas e transformações sociais ocorridas.

---

<sup>3</sup> Nascimento, citado por Souza e Kantorski, em seu trabalho intitulado *Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas*, destaca as duas filosofias de caráter punitivo, a do *usuário-criminoso* e a do *usuário-doente*, que orientam as políticas públicas brasileiras.

Enquanto o ideal proibicionista de abstinência em relação às drogas é, por assim dizer, utópico (SOUZA; KANTORSKI, 2007), a estratégia de redução de danos, ao apregoar a ideia de moderação, isto é, do uso controlado, caracteriza-se por uma postura nitidamente pragmática (RODRIGUES, 2006). Além do pragmatismo, tal modelo estratégico baseia-se na tolerância e na compreensão da diversidade (ANDRADE, 2002 *apud* CRUZ, 2010)<sup>4</sup>.

A Constituição Federal, em seu art. 196, ao tratar do direito à saúde, aduz à política de redução de danos<sup>5</sup>. O primeiro exemplo de aplicação desta política no Brasil ocorreu em 1989, na cidade de Santos/SP, com a distribuição de seringas estéreis entre usuários de drogas injetáveis, em decorrência da epidemia de *AIDS* e o alto risco de contaminação entre os mesmos (BIANCHINI, 2007; RODRIGUES, 2006; CRUZ, 2010). Contudo, o primeiro caso de regulamentação legal se deu apenas em 1997, no Estado de São Paulo, que tratou do trabalho dos agentes de redução de danos, por intermédio da Lei Estadual nº. 9.758/97 (BIANCHINI, 2007). A redução de danos “foi incorporada às diretrizes do Plano Nacional Antidrogas elaborada pela Secretaria Nacional Antidrogas no ano de 2002, e, mais recentemente, na Política Nacional sobre Drogas (...) em 2005”<sup>6</sup> (BIANCHINI, 2007, p. 90). Conforme aponta Maria de Lurdes S. Zemel (2010, p. 140), “hoje, já sabemos que a redução de danos é muito maior do que só trocar seringas”.

Neste sentido, esta mudança de cenário foi essencial para o amadurecimento da temática, agora tratado sob o prisma científico e humanizador, na esteira das mais modernas balizas internacionais:

---

<sup>4</sup> Neste sentido, o pragmatismo consiste no oferecimento de serviços aos usuários/dependentes, ainda que o ideal seja um “mundo livre das drogas”. A tolerância refuta compreensões moralistas e preconceituosas do modo-de-ser do usuário/dependente. Já a compreensão da diversidade agasalha a ideia de que cada usuário estabelece uma relação própria com a substância, merecendo, portanto, uma abordagem individual e particular.

<sup>5</sup> “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

<sup>6</sup> A atual Política Nacional sobre Drogas, no que tange à orientação geral da estratégia de Redução de Danos, assim dispõe: “3.1.1 A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade”.

*Most importantly, we have returned to the roots of drug control, placing health at the core of drug policy. By recognizing that drug addiction is a treatable health condition, we have developed scientific, yet compassionate, new ways to help those affected. Slowly, people are starting to realize that drug addicts should be sent to treatment, not to jail. And drug treatment is becoming part of mainstream healthcare. (...) What do we propose, at UNODC? We champion placing drug policy at the intersection of health, security, development and justice. (UNODC, 2010, p. 04)*

Conforme estabelece a Lei nº. 11.343/2006, a estratégia de redução de danos não se apresenta como uma política substitutiva ao modelo proibicionista, mas sim complementar.

#### **4. Perspectiva legislativa e de políticas públicas sobre drogas no Brasil**

Em consonância com os anseios de especialistas e estudiosos de diversas áreas acerca do tema, a nova lei sobre drogas reconheceu a importância da política de redução de danos enquanto estratégia adequada ao enfrentamento desta problemática<sup>7</sup>, bem como a importância da intersetorialidade, agora erigida a princípio do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), nos termos do art. 4º, inc. VI, da Lei nº. 11.343/2006. Embora não se desconheça a existência de críticas ao atual modelo, o fato é que a atual política brasileira sobre drogas está alinhada com as mais modernas diretrizes internacionais e científicas, e a formação de todo um plexo organizacional por parte do Estado, envolvendo profissionais de diversos segmentos e órgãos de várias esferas governamentais, é hoje uma referência mundial (DUARTE; BRANCO, 2009). Neste sentido, os Conselhos, previstos em nível constitucional, “têm um papel essencial na promoção e no reordenamento das políticas públicas brasileiras, e, principalmente, na garantia e concretização dos direitos sociais dos cidadãos” (NEIVA; CHAGAS; ALMEIDA, 2010, p. 310), pois aproximam as instâncias governamentais às concretas necessidades de grupos específicos e determinados.

---

<sup>7</sup> Conforme observa Alice Bianchini (2007, p. 93), não há que se confundir redução de danos com incentivo ao uso de drogas. Um dos pressupostos da PNAD é “Não confundir as estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção”.

Vale lembrar, entretanto, que “até o ano de 1998, o Brasil não contava com uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas” (SENAD, 2009, p. 61)<sup>8</sup>. Foi a partir de 1998, após a realização da XX Assembleia Geral das Nações Unidas, cujos termos o Brasil aderiu, que se iniciou um processo de articulação e coordenação de um projeto nacional sobre drogas (SENAD, 2009). No mesmo ano, substituiu-se o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), então vinculado ao Ministério da Justiça, pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), e criou-se uma secretaria-executiva ligada a este Conselho que seria responsável pela elaboração de uma política nacional sobre drogas, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), ambos vinculados à Casa Militar da Presidência da República, posteriormente modificada, em 1999, para Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Em 26 de agosto de 2002, por meio do Decreto nº. 4.345/02 foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD).

*Pari passu*, diversas mudanças no sistema de saúde foram ocorrendo. As ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde baseavam-se no modelo de atenção hospitalar, pelo qual se priorizava a internação em hospitais psiquiátricos (REVISTA DIÁLOGOS, 2009). Com a promulgação da Lei nº. 10.216/2001 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, com sua etapa nacional realizada no mesmo ano, em dezembro de 2001, foram consolidadas posições anteriores relacionadas à necessidade da adoção de um modelo de tratamento em serviços de base comunitária. É neste contexto que a política de saúde mental do Governo Federal, em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a se consolidar, ganhando maior sustentação (BRASIL, 2005; REVISTA DIÁLOGOS, 2009).

Em 2002, linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos, comunitários e substitutivos ao hospital psiquiátrico. Foi aprovado um conjunto de portarias que regulamentam os diversos aspectos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), espaços que priorizam a reinserção

---

<sup>8</sup> Basicamente, podemos apontar a redução da demanda como medidas voltadas à prevenção do uso indevido de drogas e ao tratamento e reinserção social de usuários e dependentes. Já a redução da oferta refere-se à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas (SENAD, 2009).

social através da atenção integral (REVISTA DIÁLOGOS, 2009). A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Este processo caracterizou-se por ações dos Governos Federal, Estadual, Municipal e dos movimentos sociais (BRASIL, 2005).

Em 2003, o Ministério da Saúde publicou a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, na qual afirma a posição do Sistema Único de Saúde (SUS) em atender essa população. Esse documento norteia as ações relacionadas à rede de atenção à saúde (atenção primária, CAPS, ambulatório, leitos em hospital geral, redução de danos), aponta as diretrizes para o campo da saúde e destaca a cooperação intersetorial, indispensável à integração e eficácia das políticas públicas (BRASIL, 2005; REVISTA DIÁLOGOS, 2009).

Com ampla participação popular e após a realização de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis Fóruns Regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas, todos ocorridos em 2004, o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) aprovou, em 2005, uma nova política nacional, realinhada e consentânea com a nova realidade que se apresentava, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD). A nova política é baseada em cinco eixos (capítulos): (1) prevenção do uso indevido; (2) tratamento, recuperação e reinserção social de usuários e dependentes; (3) redução dos danos sociais e à saúde; (4) redução da oferta e (5) elaboração de estudos, pesquisas e avaliações sobre drogas (SOUZA; KANTORSKI, 2007). Além disso, é importante ressaltar:

A política realinhada orienta-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, no sentido de ampliar a consciência para a importância da intersetorialidade e descentralização das ações sobre drogas no país (BRASIL, Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil, 2010).

A Lei nº. 11.343/2006, que veio substituir os dois diplomas legais anteriores sobre drogas – a Lei nº. 6.368/1976 e a Lei nº. 10.409/2002, impôs profundas mudanças sobre o tema. Primeiramente, racionalizou-se a estrutura estatal sobre drogas através da criação do Sistema Nacional sobre Drogas (SISNAD). Desta

forma, nos termos do art. 2º do Decreto nº. 5.912/2006 (que regulamenta a Lei nº. 11.343/2006), o SISNAD é composto pelo (1) CONAD; pela (2) SENAD; por (3) órgãos e entidades públicos do Poder Executivo Federal, Estados, Distrito Federal e Municípios que atuem nas atividades de prevenção ao uso indevido, tratamento de usuários e dependentes e repressão ao tráfico ilícito; e por (4) organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuem nas áreas da atenção à saúde e da assistência social e atendam usuários ou dependentes de drogas e respectivos familiares. Consoante o art. 1º do precitado Decreto, cabe ao SISNAD a articulação, integração, organização e coordenação das atividades relacionadas à prevenção do uso indevido, à atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas, “estando em perfeito alinhamento com a Política Nacional sobre Drogas e com os compromissos internacionais do país” (DUARTE; BRANCO, 2010, p. 27). Esta estrutura garante ao SISNAD a orientação central e a execução descentralizada de suas atividades (art. 3º do Decreto nº. 5.912/2006).

O CONAD é “um órgão normativo e de deliberação coletiva, responsável por estabelecer as orientações a serem observadas pelos integrantes do SISNAD”. (OBID, 2011). Sua composição é democrática e pluralista, envolvendo representantes de diversos ministérios e de profissionais dos mais variados segmentos<sup>9</sup>, dando maior legitimidade às suas decisões. Sua atividade “é descentralizada por meio de Conselhos Estaduais nos estados de Conselhos Municipais nos municípios” (SENAD, 2009, p. 64).

Por sua vez, compete à SENAD:

Exercer a secretaria-executiva do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD; articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; propor a atualização da política nacional sobre drogas na esfera de sua competência e gerir o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). (SENAD, 2011).

Outra inovação significativa trazida pela nova lei de drogas foi o tratamento jurídico-penal despendido a usuários e traficantes de drogas. Conforme indigitado

---

<sup>9</sup> Esta composição é estabelecida nos termos do art. 5º, incs. I a VII, do Decreto nº 5.912/2006.

em seu art. 28, o usuário de drogas, ou seja, o indivíduo que está na posse de drogas para consumo pessoal, será penalizado apenas com sanções não-privativas da liberdade (as chamadas penas restritivas de direitos, *v. g.*, prestação de serviços à comunidade), tornando-se, portanto, impossível seu encarceramento em estabelecimento prisional<sup>10</sup>, embora sua conduta ainda seja considerada delituosa. Há que se ressaltar, ademais, que a atual sistemática penal prevê para o usuário as possibilidades de transação penal e suspensão condicional do processo, o que significa o imediato cumprimento de medidas alternativas sem que haja qualquer condenação criminal (e todas as máculas jurídicas e sociais que dela resultam). Entretanto, a nova Lei de Drogas recrudescer o tratamento dado ao traficante e criou a figura do financiador do tráfico (arts. 33 e 36 da Lei, respectivamente). A pena de reclusão para o traficante, cujo mínimo era de três anos, passou para cinco anos, e manteve-se o máximo de quinze anos. A pena para o financiador do tráfico é de oito a vinte anos de reclusão. O maior rigor punitivo, contudo, observa-se pelas vedações explicitadas no art. 44 da Lei, que impedem fiança, suspensão condicional da pena (*sursis*), graça, indulto, anistia, liberdade provisória e a conversão da pena de prisão em pena alternativa. Por fim, outras novidades trazidas pelo novel diploma legal são o “fim do tratamento obrigatório para dependentes de drogas e a concessão de benefícios fiscais para iniciativas de prevenção, tratamento, reinserção social e repressão ao tráfico” (DUARTE; BRANCO, 2011, p. 27).

Com estas últimas considerações, percebemos que a nova Lei abarca tanto a tendência proibicionista, dirigida contra a produção não autorizada e o tráfico ilícito, quanto a tendência prevencionista, voltada para atividades redutoras de danos aplicadas a usuários e dependentes (BIANCHINI, 2007). A própria Lei, ao tratar dos princípios do SISNAD, refere-se, em seu art. 4º, inc. X, ao “*equilíbrio* entre as atividades de *prevenção* do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de *repressão* à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito” (destaque nosso). A estratégia da redução de danos atua precipuamente no esvaziamento da demanda através da prevenção e do tratamento, enquanto cabe às medidas repressivas o papel principal na redução da oferta.

---

<sup>10</sup> O crime de uso de drogas, conforme o art. 12 da antiga Lei nº 6.368/1976, cominava pena de detenção, de 06 meses a 02 anos, e pagamento de 20 a 50 dias-multa.



Com a entrada em vigor da Lei nº. 11.754, em 24 de julho de 2008, o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (mantendo-se a sigla *CONAD*), e a Secretaria Nacional Antidrogas passou a se chamar Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (mantendo-se a sigla *SENAD*). Por intermédio do Decreto Presidencial nº. 7.426, que entrou em vigor em 14 de janeiro de 2011, o *CONAD* e a *SENAD* foram transferidos do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça. Merece menção o art. 38-A do referido Decreto, que, dentre outras competências da *SENAD*, estabelece a execução das ações relativas ao Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas.

## **II - POLÍTICAS PÚBLICAS: A “REDE E SUAS AÇÕES” ENQUANTO ESTRATÉGIAS NO ENFRENTAMENTO AO CRACK**

### **1. A epidemiologia do *crack*, sua história, seus efeitos e consequências**

Este desafio exige respostas eficazes do governo e da sociedade, na construção de um programa de intervenção integrada, que inclua ações relacionadas à promoção da saúde, de conscientização e informação sobre os riscos do uso do *crack*, disponibilização de serviços de atendimento, estudos clínicos sobre tratamento, dentre outros (CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2010, p. 40).

Atualmente, entre as drogas, o *crack* tem ganhado grande notoriedade devido ao considerável aumento de seu consumo nos últimos anos e, como consequência, somado ao seu potencial destruidor, tem apresentado reflexos diretos e indiretos sentidos por seus usuários e pela sociedade. O *crack* tem sido sinônimo de epidemia e de desafio que exige respostas de todos.

O *crack*, em restrita síntese, é a cocaína em sua forma de uso fumada (CORNISH; O'BREN, 1996). A cocaína pode ser consumida em diferentes formas e administrada por diferentes vias, como pó – inalada ou injetada, ou como pasta de coca, pedra (*crack*) e merla – fumada. O *crack* é a forma mais rápida (e barata) de se disseminar a cocaína para o cérebro, tendo efeitos mais estimulantes e

prazerosos (KESSLER, PESHANSCKY, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Seus efeitos são produzidos em cerca de 15 segundos; entretanto, duram pouco, desaparecendo em torno de 15 minutos, seguido de um enorme desprazer e vontade de reutilizar a droga. Comparado às outras formas de consumo, no *crack*, há uma maior proporção de uso intenso, maior progressão de dependência, e aumento da fissura (desejo incontrollável) entre os usuários (LACERDA; CRUZ; NAPPO, 2009; CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2010).

A cocaína é originária da folha da planta popularmente conhecida como 'coca' (*Erythroxylon coca*), encontrada na região dos Andes na América do Sul. Desde o século XVI, os nativos desta região já faziam seu uso mascando suas folhas (FERREIRA; MARTINI, 2001). Seu consumo foi difundido na Europa e nos EUA a partir do século XIX, sendo encontrada em diversas categorias de produtos, desde medicamentos patenteados a refrigerantes (CORNISH; O'BREN, 1996). Na virada do mesmo século seu uso foi comparado a uma epidemia, sendo utilizada por grande parte dos usuários com propósitos terapêuticos e recreativos. Entretanto, após evidências de consequências danosas, incluindo a dependência, seu consumo foi proibido nos anos 10-20, retornando a partir da década de 60 (CORNISH; O'BREN, 1996; FERREIRA; MARTINI, 2001).

No início dos anos 80, uma nova forma de uso da cocaína passa a ser difundida, através da inalação do vapor expelido da queima de pedras da substância, produzidas a partir do aquecimento da pasta básica ou pó combinada com bicarbonato de sódio. Essas pedras quando queimadas produzem um ruído típico de estalo, razão pela qual foram denominadas "*crack*" (CORNISH, O'BRIEN, 1996; KESSLER; PESHANSCKY, 2001).

No Brasil, o *crack* aparece por volta da década de 90, tendo sido detectado por redutores de danos que trabalhavam com usuários de drogas injetáveis (CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2010). O *crack* se apresentou como uma droga atraente, devido aos seus efeitos instantâneos, e se disseminou rapidamente devido ao seu baixo custo, principalmente entre populações mais vulneráveis. Seu consumo também tem sido divulgado em populações de classe média e alta; no entanto, faltam evidências científicas de que esse índice seja alarmante (KESSLER;

PESHANSCKY, 2001). Como reflexo, a partir dos anos noventa, assim como nos serviços ambulatoriais, as internações relacionadas ao consumo de cocaína aumentaram no país. A causa mais prevalente de internação por uso de cocaína é a dependência de *crack*. (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

No que configura o cenário epidemiológico do uso de drogas, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) tem realizado importantes levantamentos de âmbito nacional. Em relação ao uso de *crack* na população geral, o I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001)<sup>11</sup>, apontou para 0,4% de *uso na vida* para *crack*. Entre homens este uso foi de 0,7% e entre mulheres foi de 0,2% (CARLINI *et al*, 2002). No II Levantamento Domiciliar Nacional de 2005<sup>12</sup>, houve um aumento no *uso na vida* de *crack* para 0,7%. Entre homens esse uso aumentou para 1,2% e permaneceu em 0,2% entre as mulheres. A maior porcentagem de *uso na vida* foi para o sexo masculino (3,2%), na faixa etária de 25 – 34 anos (CARLINI *et al*, 2006).

O V Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes (10–18 anos) em situação de rua nas 27 capitais brasileiras apontou que o *uso no ano* de *crack* foi de 8,6% e o *uso no mês* foi de 5,5%. A tendência de aumento foi progressiva, constatada nos levantamentos consecutivos nas seis capitais estudadas anteriormente (1987, 1989, 1993, 1997 e 2003). Foram observados, ao longo dos anos, crescimentos em “saltos”, que ocorreram em épocas diferentes, em quase todas as capitais. Observa-se que o uso de *crack* em populações específicas, como é o caso de meninos de rua, é extremamente superior ao da população geral, além do que o consumo inicial de derivados da coca, na maioria dos casos, ocorreu após a situação de rua (NOTO *et al*, 2003).

Conclui-se, ainda, pelos levantamentos e por estudos recentes que a maior parte de usuários de *crack* apresenta um perfil relacionado com baixa escolaridade, do sexo masculino, jovens e que se encontram desempregados ou fazendo bicos (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). Além disso, o *crack* teve um aumento

---

<sup>11</sup> Realizado em 107 cidades com população a cima de 200.000 habitantes.

<sup>12</sup> Realizado em 108 cidades com população a cima de 200.000 habitantes.

progressivo nos últimos anos na região nordeste. Entretanto, a região sul e sudeste permanecem as “campeãs” no uso de *crack* (NOTO *et al*, 2003).

O consumo de *crack* e a infecção de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), têm sido associados diretamente (DUALIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). O usuário de *crack* impulsionado pela fissura de conseguir a droga acaba cometendo comportamentos de risco, como o sexo desprotegido e a grande quantidade de parceiros, tudo em troca de dinheiro ou droga. Além disso, este usuário também é frequentemente flagrado em condições de violência. Comparado à cocaína o usuário de *crack* é muito mais agressivo. Um estudo de seguimento de 5 anos realizado em São Paulo, com 131 usuários, demonstrou que as maiores causas de morte foram por homicídio (56,6%) e *HIV/AIDS* (26,1%) (CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2010).

A presença de comorbidades psiquiátricas e o uso de outras substâncias psicoativas são bastante comuns entre usuários de cocaína/*crack*, o que acaba por agravar o prognóstico. Os quadros mais relatados são transtornos de personalidade, quadros depressivos, ansiosos, de instabilidade de humor, ideias paranoides, ou mesmo quadro com delírios e alucinações. O diagnóstico diferencial de comorbidades e a identificação do uso de outras substâncias se fazem necessários. Além do que, o tratamento da condição associada permite melhor prognóstico (CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2010; LACERDA; CRUZ; NAPPO, 2009).

Verifica-se que as conseqüências derivadas do uso do *crack* atingem a saúde física e mental do indivíduo, como problemas respiratórios, perda de apetite, falta de sono, agitação motora, taquicardia, aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas, irritabilidade, alteração de humor, entre outros. Podendo ainda ser observados rachadura nos lábios pela falta de ingestão de água e de salivação, cortes e queimaduras nos dedos das mãos e às vezes no nariz, provocados pelo ato de quebrar e acender a pedra (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; LACERDA; CRUZ; NAPPO, 2009). Atingindo, por outro lado, diversos aspectos da realidade social, muitas vezes relacionados ao cometimento de crimes e outras condutas autodestrutivas como prostituição, furtos, violência e homicídios, revelando o *crack* enquanto fator crimínogeno.

## 2. A rede de cuidados aos usuários de *crack* e outras drogas

Como pode ser percebido, o usuário de *crack*, com suas peculiaridades, deve receber cuidados adequados na totalidade de suas dimensões físicas, sociais e psicológicas. Para tanto, a Política Nacional sobre Drogas estabelece como um de seus objetivos:

Implantar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento (PNAD, 2005).

No entanto, parte de usuários de *crack* apresenta dificuldades de expressar demandas e de acessar ajuda, representando desta forma maior risco de agravos. A dificuldade de acesso a estas redes pode decorrer da falta de apoio das relações sociais e/ou do estigma relacionado ao usuário de *crack* (BRASIL, 2010). Ressalta-se ainda o fato de que a maioria dos usuários chega aos serviços de saúde através de outros setores, uma vez que o problema com drogas é trazido, em geral, num contexto de carências (DUARTE, 2009). Deste modo, ações de saúde que envolvam ampliação, informatização do acesso e capacitação de profissionais em cuidados primários são vistas como prioridades para o aperfeiçoamento do sistema de integração de rede de cuidados, bem como para identificação dessa população (BRASIL, 2010).

Entende-se por rede<sup>13</sup> um “conjunto integrado de instituições governamentais, não governamentais e informais, ações, informações, profissionais, serviços e programas que priorizem o atendimento integral” (HOFFMANN *et al*, 2000 *apud* BOURGUIGNON, 2001, p. 05).

Estão disponíveis, para os usuários de *crack* e outras drogas, redes de cuidados que contemplam ações de prevenção, de tratamento, reinserção social e

---

<sup>13</sup> O termo rede sugere a ideia de conexão, ações complementares e relações horizontais entre parceiros, para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal (BOURGUIGNON, 2001).

estratégias de redução de danos em todo o país, sendo dispositivos de referência e contrarreferência, sendo estes:

- **Atenção Primária à Saúde (APS) / Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):** Desempenha papel fundamental de 'porta de entrada' do usuário de *crack* no SUS e, por isso, deve realizar seu acolhimento. Sendo essencial sua articulação com o NASF, para a concretização de ações de prevenção e assistência junto aos demais setores da comunidade (BRASIL, 2010).
- **Núcleo de Apoio à Saúde da Família - modalidade 3 (NASF 3):** A Portaria nº. 2.843, de 20 de setembro de 2010, cria, no âmbito do SUS, o NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de *crack*, álcool e outras drogas (BRASIL, PORTARIA Nº. 2.843, 2010).
- **Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)<sup>14</sup>:** Serviço especializado de atenção à população com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, com trabalho interdisciplinar e integral. Dispositivo com papel estratégico na articulação de toda a rede de atenção aos usuários de drogas. Oferece modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva. Com destaque para as oficinas terapêuticas (BRASIL, 2010).
- **CAPSad 24 horas<sup>15</sup>:** Serviços de funcionamento 24 horas por dia, 07 dias por semana, atendendo a uma demanda existente na rede de usuários de álcool e outras drogas que necessitam de atenção contínua. Quadros clínicos graves, com risco de morte, devem ser levados aos leitos de hospital geral (BRASIL, 2010). A Portaria nº. 2.841, de 20 de setembro de 2010, institui, no âmbito do SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas (BRASIL, PORTARIA Nº. 2.841, 2010).
- **Pronto Socorro e Unidades de Pronto Atendimento (UPA):** Serviços de urgência e emergência, que já fazem parte da rede de atenção. Quadros de intoxicação e de abstinência são frequentes nestes serviços. Observa-se uma falta de diálogo entre estes serviços de urgência/emergência e os demais serviços de saúde mental da rede. Entretanto,

---

<sup>14</sup> Em municípios que não dispõem de CAPSad, os CAPS I e II devem assumir as mesmas funções, com exceção das ações de desintoxicação e de tratamento de abstinência leve, que devem ser feitas em articulação com a atenção básica (BRASIL, 2010).

<sup>15</sup> Dão cobertura aos municípios com pelo menos 200.000 habitantes (BRASIL, 2010).

experiências bem-sucedidas no país apontam para a funcionalidade de ações de matriciamento de CAPSad em UPA (BRASIL, 2010).

- **Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHR-ad):** A Portaria nº. 2.842, de 20 de setembro de 2010 aprova as normas de funcionamento e habilitação dos SHR-ad. Em suas atribuições considera a necessidade da oferta de suporte hospitalar estratégico para a rede de atenção psicossocial, no que tange às situações de urgência decorrentes do uso de álcool e outras drogas que demandem por internações de curta duração que se fizerem necessárias; e como uma de suas normas deve obrigatoriamente articular-se aos serviços extra-hospitalares de base comunitária - CAPS de referência, e sobretudo, ao CAPSad e NASF (BRASIL, PORTARIA Nº. 2.842, 2010).

- **Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais:** Realizam atendimento universal às pessoas, incluindo os transtornos devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Deverão estar referenciados à população de um determinado território, articulados aos demais serviços de saúde mental deste, especialmente aos CAPS de referência (BRASIL, 2010).

- **Comunidades Terapêuticas:** Instituições de atendimento ao dependente químico, em condições de ambiente não hospitalar. Possuem as mais variadas orientações teóricas, e em geral, utilizam uma filosofia terapêutica baseada em disciplina, trabalho e religião, onde o principal aparato terapêutico é a convivência (BONNI; KESSLER, 2010).

- **Residências Terapêuticas:** Constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos e/ou para usuários de outros serviços em saúde mental, que não contam com suporte adequado na comunidade (BRASIL, 2004).

- **Consultórios de Rua:** Oferece acolhimento, apoio e encaminhamento para pessoas que moram ou que estão na rua e não têm acesso às redes de cuidados. Um programa que chega ao território de permanência do usuário de drogas, privilegiando a redução de danos como estratégia de aproximação e cuidado (BRASIL, 2010).

- **Casas de Acolhimento Transitório:** São casas de albergamento de usuários da rede de atenção psicossocial em tratamento para transtornos relacionados ao uso de

drogas. Procuram ampliar os recursos da rede, de forma a oferecer atenção e cuidados contínuos de modo integral e protegido, a populações em estado de extrema vulnerabilidade e riscos. A permanência máxima é de 30 a 40 dias (BRASIL, 2010).

- **Escola de Redutores de Danos:** Trata-se de dispositivos que atuarão na rede de atenção substitutiva em saúde mental, por meio da capacitação teórica e prática de segmentos profissionais e da comunidade, com a oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários, que superem a abordagem única de abstinência. (BRASIL, 2005)

- **Grupos de Autoajuda:** São grupos gratuitos, sigilosos e que não se vinculam a nenhuma religião ou partido político. A maior parte destes grupos, geralmente, baseia-se na filosofia dos 12 passos, instituídas pelos alcoólicos anônimos (BONNI; KESSLER, 2010).

- **Assistência Social (CRAS/CREAS):** O Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especial em Assistência Social (CREAS) têm papel estratégico na rede do SUAS, coordenando a integração dos serviços da rede de assistência social com as demais políticas públicas. O CRAS destina-se à prevenção de riscos sociais e pessoais e o CREAS destina-se a indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência, por exemplo, do uso de drogas (BRASIL, 2004).

Destaca-se, neste passo, a diretriz da PNAD que prevê a cooperação dessas redes no tratamento, reinserção social e redução de danos:

Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros (PNAD, 2005).

A PNAD contempla em suas diretrizes pontos fundamentais relacionados à integração desta imensa rede através de políticas públicas setoriais e através da distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros, de maneira que



estímulo o controle social e a responsabilidade compartilhada entre governo e sociedade. Desta forma, é pela visão global do fenômeno das drogas e pela noção de coexistência entre os diversos tratamentos que se reconhece a necessidade da perspectiva intersetorial de abordagem.

### 3. Medidas Preventivas

O cuidado ao usuário de drogas tem como alicerce as medidas preventivas. Medidas estas eficazes e de menor custo para a sociedade (PNAD, 2005). O objetivo das medidas de prevenção consiste em evitar a ocorrência de problemas causados pelo uso indevido de drogas em um indivíduo de determinado ambiente.

A Lei nº. 11.343/2006 também faz alusão a estas medidas em seu art. 19, inciso V, ressaltando a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas.

Apreende-se, portanto, que para se realizar um trabalho de prevenção é importante levar em conta a realidade de determinado ambiente e grupo, para isso, deve-se identificar os fatores de riscos – para minimizá-los e os fatores de proteção - para potencializá-los (ZEMEL, 2010). Aspecto de igual importância é a estimulação da resiliência, que é a capacidade de superação às situações adversas. Nota-se que fatores de risco são aqueles que interferem de forma negativa no desenvolvimento humano e os fatores de proteção são aqueles que favorecem esse desenvolvimento de forma positiva e saudável.

Alguns fatores de risco para usuários de *crack* são apontados como relevantes, como por exemplo, a disponibilidade da droga, uso de outras substâncias psicoativas, e círculo de amizades, além de questões psicológicas e sociais (OBID, 2011). Estes dados encontram-se relacionados a usuários de *crack*, mas também se aplicam aos demais usuários de drogas. Como fatores de proteção, podemos citar, por exemplo: habilidades sociais, pais que acompanham seus filhos e redes sociais (ZEMEL, 2010). Para tanto, é necessário uma avaliação social

detalhada, realizada por profissionais capacitados e um trabalho em equipe para a criação de estratégias de ação e modelos de prevenção frente às necessidades desta população.

Atualmente, fala-se em três modelos de prevenção, vistos em continuidade, do mais amplo ao mais específico: a) prevenção universal – dirigida à população em geral. Aqui, a ênfase é reforçar os fatores de proteção identificados para posterior prevenção ou retardamento do uso nocivo de drogas; b) prevenção seletiva – dirigida a subgrupos específicos, especialmente populações de riscos do uso de drogas. O objetivo é minimizar os fatores de riscos identificados; e c) prevenção indicada – dirigida a pessoas que já apresentam sinais de abuso de drogas. Neste, o destaque é dado aos fatores de riscos individuais para se evitar o aumento e os danos associados do uso (ZEMEL, 2010; BRASIL, 2009)<sup>16</sup>.

De acordo com a PNAD (2005),

As ações preventivas devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, o incentivo à educação para a vida saudável, acesso aos bens culturais, incluindo a prática de esportes, cultura, lazer, a socialização do conhecimento sobre drogas, com embasamento científico, o fomento do protagonismo juvenil, da participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação dessas ações.

Indo de encontro a este princípio, percebe-se a importância da articulação entre diversos setores, como Assistência Social, Educação, Saúde, Justiça, Esporte, Lazer e Cultura, bem como das redes sociais na implementação de ações pautadas na prevenção ao uso indevido de drogas, sejam estas intervenções universal, seletiva ou indicada.

Nestes termos, acreditamos em programas de prevenção ao uso de *crack* fundamentados na filosofia da “Responsabilidade Compartilhada”, expressa na PNAD como um princípio que conjectura a efetiva prevenção como fruto de comprometimento e de esforços somados entre os diversos segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, em suas instâncias federal,

---

<sup>16</sup> Antiga, prevenção primária, secundária e terciária.

estadual e municipal, que juntamente com a construção de redes sociais, visam ao cuidado integral ao usuário e à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde (PNAD, 2005).

#### **4. Medidas de Tratamento, Recuperação, Redução de Danos e Reinserção Social**

A Política Nacional Sobre Drogas também estabelece diretrizes relacionadas ao estabelecimento da rede de atenção aos usuários para o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social:

Propor, por meio de dispositivos legais, incluindo incentivos fiscais, o estabelecimento de parcerias e convênios em todos os níveis do Estado, que possibilitem a atuação de instituições e organizações públicas, não-governamentais ou privadas que contribuam no tratamento, na recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional.

Previamente à realização de qualquer tratamento é importante uma avaliação cuidadosa do indivíduo para se desvendar a gravidade ou não do consumo. O tratamento dependerá do tipo de uso da droga (uso experimental, recreacional, abusivo ou dependência), da substância utilizada, de comorbidades clínicas e psiquiátricas associadas e do perfil psicossocial (BONI; KESSLER, 2009).

O tratamento para usuários de drogas pode ocorrer em diferentes sistemas da rede de atenção aos usuários, mencionados anteriormente, combinados sempre que necessário a técnicas específicas de tratamento, sendo estas, abordagens psicoterápicas, psicossociais e medicamentosas.

O tratamento da dependência do *crack* é, em sua maior parte, estruturado em abordagens psicoterápicas e psicossociais, visto que resultados de estudos sobre o uso de medicações apresentam limitações em relação à dependência do *crack*. As medicações podem ser indicadas para o tratamento das intoxicações, sintomas da abstinência e principalmente no tratamento das comorbidades (CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2010).

O tratamento do usuário dependente de droga deve ser realizado com o estímulo à sua motivação, possibilitando a garantia de continuidade no tratamento e sua recuperação. Em seguida, podem ser traçados três objetivos principais, a abstinência, a melhora da qualidade de vida e a prevenção de recaídas (BONI; KESSLER, 2009). Ressalte-se que a abstinência é um objetivo ideal, mas como nem sempre pode ser real, propõe-se a redução de danos como uma estratégia alternativa e eficaz.

Corroborando com a mesma ideia, a Lei nº. 11.343/2006, em seu art. 20, estabelece que: “Constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas”.

Segundo Marcelo Cruz, em termos de iniciativas práticas, a estratégia de redução de danos para o usuário de *crack* pode basear-se, entre outras medidas, na distribuição de preservativos, na disponibilização de informações sobre os riscos de contaminação pelo compartilhamento de cachimbos e sobre os cuidados para a prática de sexo mais seguro (OBID, 2011).

O usuário de *crack* aumenta amplamente o sucesso do tratamento quando olhado sob uma perspectiva integral e, na maior parte das vezes é necessário o tratamento com diferentes técnicas e estratégias combinadas para sua recuperação. Além disso, a adesão ao tratamento também está diretamente relacionada à presença de redes de apoio que se apresentam como fatores de proteção a estes usuários.

Tanto as medidas de prevenção, quanto as técnicas e redes de tratamento, além da família e das redes sociais têm que trabalhar indiscutivelmente a favor da reinserção social. Grande parte dos usuários de *crack* desembocam numa complexa exclusão social, ou seja, numa dinâmica de privação, por perdas nos vínculos familiares, por falta de acesso aos demais sistemas sociais básicos, como moradia, trabalho, saúde entre outros (DUARTE, 2009) sendo potencializada por um processo de forte estigmatização social.

Portanto, a PNAD propõe na etapa da recuperação, o destaque e promoção de ações de reinserção familiar, social e ocupacional, “em razão de sua constituição como um instrumento capaz de romper o ciclo consumo/tratamento, para grande parte dos envolvidos” (BRASIL, 2005).

O Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras drogas, através da Portaria GM/MS nº. 816, de 30 de abril de 2002, e de encontro com a PNAD, dá ênfase à reabilitação e reinserção social dos usuários através do desenvolvimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais (MS, 2002).

“A reinserção social assume o caráter de reconstrução das perdas e seu objetivo é a capacitação do paciente para exercer seu direito à cidadania” (DUARTE, 2009, p. 07). Portanto, a reinserção social para o usuário de *crack* é parte fundamental do processo de sua recuperação, já que este usuário tem como uma de suas características a perda de vínculos e o isolamento social.

## **5. Medidas Repressivas**

As medidas repressivas podem ser de natureza jurídico-penal, como a condenação criminal, ou podem ser de natureza administrativa, como a cassação de autorização de produção, manuseio ou distribuição de substâncias controladas (GRECO FILHO, 2009). Para tanto, englobam atividades que vão desde a fiscalização, controle e investigação pelos agentes estatais até mecanismos de cooperação internacional.

Um dos pressupostos da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) é o reconhecimento das diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada. Conforme já referido, a Lei nº. 11.343/2006 abarca tanto a tendência prevencionista, aplicada para o usuário e o dependente, quanto a proibicionista repressiva, dirigida contra a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas (BIANCHINI, 2007).

Embora o uso de drogas continue sendo crime, ensejando a aplicação de pena, conforme já visto, não há mais a possibilidade de prisão do usuário de drogas, razão pela qual as medidas a este aplicadas visam à prevenção e ao tratamento, e não à repressão propriamente dita. Em sentido diametralmente oposto, as mudanças advindas com a Lei nº. 11.343/2006 aumentaram o rigor punitivo em relação ao traficante. Atualmente, o preso por tráfico de drogas não tem a possibilidade de concessão de liberdade provisória (responder ao processo em liberdade), não tem a possibilidade de ver sua pena de prisão ser substituída por medidas alternativas, e o regime inicial de cumprimento da pena deve ser o regime fechado<sup>17</sup>.

Um problema que se apresenta é que significativa parte dos traficantes é também dependente, razão pela qual, mesmo reconhecendo a mencionada diferenciação, não se pode falar que as categorias são incomunicáveis entre si. Desta forma, é preciso compreender que, *além* das medidas repressivas, os presos por tráfico de drogas devem ser assistidos por medidas terapêuticas que visem à reabilitação e à reinserção social, aliás, como a própria Lei nº. 11.343/2006 prevê, em seu art. 26, tornando-se imprescindível uma aproximação entre os profissionais da saúde e os operadores da Justiça, cujo diálogo tende a apontar para uma melhor estratégia de abordagem (CRUZ, 2010).

---

<sup>17</sup> O art. 33, §1º, “a”, do Código Penal, considera regime fechado a execução da pena em estabelecimento de segurança máxima ou média.

## CONCLUSÃO

A intersectorialidade é estratégia fundamental para a realização de políticas públicas sobre drogas, especificamente sobre o *crack*. Tendo em vista a complexidade do fenómeno das drogas, que envolvem múltiplas esferas da realidade social, é necessário um trabalho integrado dos setores estatais, juntamente com profissionais das diversas áreas relacionadas à temática. Esta rede de atenção aos usuários e dependentes deve se pautar na humanização do atendimento, rechaçando visões moralistas e intolerantes, e abraçando a individualidade sem desconhecer a diversidade. Para tanto, a orientação das políticas públicas sobre drogas não pode se dar sem o imperativo inclusionista, isto é, sem a livre participação da Sociedade e de especialistas neste debate público, bem como sua execução deve ser descentralizada, pois assim aproximam-se instâncias governamentais e não-governamentais às reais necessidades da população.

Esta mudança de perspectiva tem como marcos temporais essenciais, no plano interno, a promulgação da Constituição Cidadã de 1988, o realinhamento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e a instituição da Lei nº. 11.343/2006, que implantou o Sistema Nacional sobre Drogas (SISNAD). Paralelamente, as mudanças ocorridas no campo da saúde foram fundamentais para a consolidação das redes de atenção aos usuários e dependentes. Superou-se, desta forma, antigas ideologias que tratavam o usuário e o dependente ora como criminosos ora como doentes, e racionalizou-se a estrutura governamental sobre drogas, o que propicia ainda maiores avanços, em uma constante busca pela máxima concretização dos direitos humanos fundamentais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIANCHINI, Alice *et al.* **Lei de Drogas Comentada**. 2 ed. rev., atual. e ampl. Coordenação de Luiz Flávio Gomes. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.

BOURGUIGNON, Jussara A. **Concepção de rede intersetorial**. 2001. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>

BRASIL. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil. SENAD. Brasília: 2010

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional Sobre Drogas. **Política Nacional Sobre Drogas**. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **PORTARIA GM/MS** nº 2.841, de 20 de setembro de 2010.

\_\_\_\_\_. **PORTARIA GM/MS** nº 2.842, de 20 de setembro de 2010.

\_\_\_\_\_. **PORTARIA GM/MS** nº 2.843, de 20 de setembro de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília: 2005.

CARLINI, E. A. *et. al.* I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País - 2001. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CORNISH, James W; O'BREN, Charles P. Crack Cocaine Abuse: An Epidemic with Many Public Health Consequences. **Annual Reviews Public Health**, v.17, n.2, p. 59-73, 1996.

CRUZ, Marcelo C. Redução de danos, prevenção e assistência. In: **Prevenção ao Uso Indevido de Drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas e Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania. 3 ed. Brasília: 2010.



CRUZ, Marcelo C; VARGENS, Renata W; RAMÔA, Marise de L. Crack. Uma abordagem multidisciplinar. In: **Prevenção ao Uso Indevido de Drogas** – Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas e Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania. Brasília, 2010.

DUALIBI, Lígia B; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 4, p. S545-S557, 2008.

DUARTE, Paulina do Carmo A. V. Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social. In: **SUPERA**: As redes comunitárias e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas. SENAD. Brasília: 2009.

DUARTE, Paulina do Carmo A. V; BRANCO, Anna Paula Uchôa de A. Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e a Legislação Brasileira sobre Drogas. In: **SUPERA**: O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais. SENAD. Brasília: 2009

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.343/2006. In: BRASIL. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil. SENAD. Brasília: 2010.

FERREIRA, Pedro Eugênio M; MARTINI, Rodrigo K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 2, p. 96-99, 2001.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A **Política Antidrogas Brasileira: Velhos Dilemas**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010271822008000200014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822008000200014)>

GRECO FILHO, Vicente. **Tóxicos: prevenção-repressão**. 13. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2009.

JUNQUEIRA, Luciano A. P; INOSOJA, Rose M; KOMATSU, Suely. **Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de fortaleza**. XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”. Caracas, 1997.

KESSLER, Felix; PECHANESKY, Flavio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 2, p. 96-98, ago. 2008.

LACERDA, Roseli B. de; CRUZ, Marcelo C; NAPPO, Solange A. Drogas estimulantes (anfetaminas, cocaína e outros): efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos. In: **SUPERA**: Efeitos de substâncias psicoativas no organismo. Curso à distância. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Brasília, 2009.

MASSA, Adriana Accioly; BACELLAR, Roberto Portugal. **A Interface da Prevenção ao Uso de Drogas e o Poder Judiciário, em uma Perspectiva de Sustentabilidade.** Disponível em:

<[http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/IIseminario/pdf\\_praticas/praticas\\_02.pdf](http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/IIseminario/pdf_praticas/praticas_02.pdf)>.

Acesso em: 20 mar. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O crack: como lidar com este grave problema** (l). Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. dez. 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33717&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33717&janela=1)>. Acesso em 25 mar. 2011.

NEIVA, Andrea L; CHAGAS, Cátia B.; ALMEIDA, Karen S. de. Conselhos: espaço de participação e controle social. In: **Prevenção ao Uso Indevido de Drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias.** Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas e Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania. 3 ed. Brasília: 2010.

NOTO, Ana R. et. al. **Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras -2003.** Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2003.

OBID (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas). Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/index.php>>. Acesso em 24 mar. 2011.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas.** Genebra: 2004.

REVISTA DIÁLOGOS. Álcool e outras drogas: **As Transformações das Políticas Públicas Brasileiras sobre Álcool e Outras Drogas.** Ano 6. n. 6. p. 11-13. 2009. Disponível em: <<http://www.pol.org.br>>. Acesso em: 24 mar. 2011.

RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade.** Tese (Doutorado em Direito). Universidade de São Paulo. 2006.

SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas). A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: **Fé na Prevenção: Prevenção ao Uso de Drogas em Instituições Religiosas e Movimentos Afins.** Brasília: 2009.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <[http://www.senad.gov.br/informacoes\\_institucionais/informacoes/institucionais.html](http://www.senad.gov.br/informacoes_institucionais/informacoes/institucionais.html)>. Acesso em 24 mar. 2011.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **SMAD, Ver. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, ago. 2007.

Disponível em :  
<[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180669762007000200003&lng=pt&nrm-iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762007000200003&lng=pt&nrm-iso)>. Acesso em: 20 mar. 2011.

UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime). **World Drug Report 2010**. Nova Iorque: 2010.

ZEMEL, Maria de Lurdes. Prevenção – novas formas de pensar e enfrentar o problema. In: **Prevenção ao Uso Indevido de Drogas**: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania. 3 ed. Brasília: 2010.