

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro
Centro de Ciências do Homem
Programa de Pós Graduação em Sociologia Política

**A Administração Institucional do Consumo de Drogas em Campos dos
Goytacazes: reflexões a partir da implementação do Programa “Crack é Possível
Vencer”**

Bernardo Berbert Molina

Campos dos Goytacazes
2015

**A Administração Institucional do Consumo de Drogas em Campos dos
Goytacazes: reflexões a partir da implementação do Programa “Crack é Possível
Vencer”**

Bernardo Berbert Molina

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós Graduação em
Sociologia Política da Universidade
Estadual do Norte Fluminense, como
requisito parcial para a obtenção do
título mestre em Sociologia Política.
Orientadora: Dr.^a Lana Lage da Gama
Lima

**A Administração Institucional do Consumo de Drogas em Campos dos
Goytacazes: reflexões a partir da implementação do Programa “Crack é Possível
Vencer”**

Bernardo Berbert Molina

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós Graduação em
Sociologia Política da Universidade
Estadual do Norte Fluminense, como
requisito parcial para a obtenção do
título mestre em Sociologia Política.

Orientadora: Professora Dr^a Lana Lage
da Gama Lima

Banca Examinadora:

Professora Dr^a Lana Lage da Gama Lima (Orientadora)

Professor Dr. Nilo Lima de Azevedo (UENF)

Professor Dr. Frederico Policarpo de Mendonça Filho (UFF)

Professor Dr. Marcos Alexandre Veríssimo da Silva (INEAC)

Agradecimentos

Agradeço a CAPES pela concessão da bolsa de pesquisa fundamental para o desenvolvimento da pesquisa.

À Professora Lana Lage da Gama Lima pela orientação e amizade nos quase seis anos de trabalho no Núcleo de Estudos da Exclusão e da Violência, por todas as oportunidades oferecidas ao meu amadurecimento enquanto pesquisador em início de carreira.

Aos Professores Nilo Lima de Azevedo, Frederico Policarpo e Marcos Veríssimo por aceitarem o convite de participar da banca final e pelas generosas contribuições

À professora Luciane Soares da Silva pela participação na banca de qualificação.

Aos demais professores do Programa de Pós Graduação em Sociologia Política pelos anos de aprendizado.

Aos secretários Gustavo Sales, Thaísa Tavares e Neila Rodrigues por todo apoio em resolver as questões burocráticas da universidade.

Aos colegas e amigos do NEEV, por todos esses anos de convivência e trocas de experiências.

Aos amigos que apoiaram e apóiam nos diversos momentos de dificuldade, mas também nos momentos de felicidade, em especial à Luciana, Marianne, Artur, Mariana, Gabriela, Marcela, Renan, Louise, Bárbara, Elson, Vanessa e Michele.

Aos meu pais, por todo suporte sem o qual não teria chegado até aqui.

À Milene, pelo carinho, compreensão e alegria de dividir tantos momentos.

Resumo

Essa dissertação teve como objetivo investigar as formas de administração do consumo de drogas a partir da implementação do programa Crack é Possível Vencer no município de Campos dos Goytacazes, no norte fluminense. Esse programa foi instituído após o pânico causado pelos meios de comunicação da noção de uma epidemia de consumo de crack no país. O programa objetivou instituir uma série de mudanças na forma como Estado brasileiro administra o consumo de drogas, com a centralidade do tratamento de usuários e dependentes, através da política de redução de danos, sem no entanto alterar a legislação vigente. Ao mesmo tempo buscou articular setores do Estado que historicamente apresentam visões distintas na forma como lidar com o uso de drogas. A pesquisa revelou que na prática pouco mudou, e que na realidade essas articulações não acontecem devido às representações que informam suas práticas. Argumento também que a forma como o programa foi pensado, tentando abranger de forma igual cidades de todo país, não se adéqua as especificidades locais.

Abstract

This dissertation had objective of investigate the forms of institutional management of drug consumption from the implementation of the program “Crack é Possível Vencer” in the city of Campos dos Goytacazes, north of Rio de Janeiro State. This program was launched after the panic caused by the mass media of a “crack epidemic” in the country. The program aimed to institute a series of changes in how Brazilian state managers the drug consumption, with the centrality of the treatment of users and addicts, through harm reduction policy, but without changing the current legislation. At the same time it sought to organize state sectors that historically have different views on how to deal with drug use. The research revealed that in practice little has changed, and that in fact these joints do not happen because the representations that inform their practices.

Sumário

1 – Introdução	9
1.1 Do Problema Social ao Problema Sociológico.....	9
1.2 Breve Contextualização da Política de Drogas	10
1.2 Pressupostos teóricos.....	16
1.3 Metodologia	21
1.3 Entrada e permanência no campo.....	21
2 - Das Folhas Sagradas às Pedras Malditas	26
2.1 – O Surgimento do Crack.....	26
2.2 O Crack no Brasil.....	30
2.3 – As reações ao Pânico.....	35
2.3.1 O Programa Crack é Possível Vencer	37
2.4 – Dimensionando a “epidemia”: Quem é e onde estão os usuários de crack	44
3 - O Programa Crack é Possível Vencer em Campos dos Goytacazes	53
3.1 – As Reuniões do Comitê Gestor	53
3.2. Rotina do Centro Pop	57
3.3 – As abordagens do Centro Pop e do Consultório na Rua	58
3.3.1 – Atendendo uma “Denúncia”.....	64
3.4 – Abordagens do Consultório na Rua	66
3.4.1 – Uma questão de definição: chamar ou não de “cracolândia”?	67
3.4. Articulação entre os eixos e a “rede” socioassistencial e de saúde	70
4 – O consumo de crack por quem vive nas ruas de Campos	74
4.1 A construção social do usuário de crack: Mendigo x Morador de rua – Crackudo x Usuário de Crack.....	75
4.2 Maconha é remédio!.....	79
4.3 Conflitos com a Guarda Municipal e a relação com a Polícia Militar	81
Considerações Finais.....	85
Referências Bibliográficas	88

Lista de Siglas

CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CENTROPOP	Centro de Referência Especializado Para População em Situação de Rua
CETAD/UFBA	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNM	Confederação Nacional dos Municípios
CONAD	Conselho Nacional de Políticas de Drogas
CPV	Programa Crack é Possível Vencer
CR	Consultório na Rua
PESF	Programa Estratégia da Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
ISP	Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro
MJ	Ministério da Justiça
MS	Ministério da Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas de Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Acolhimento Infantil
UDI	Usuário de drogas injetáveis

1 – Introdução

Essa pesquisa teve como objetivo analisar as formas de administração institucional do consumo de drogas¹ a partir da implementação do *Programa Crack é Possível Vencer* no Município de Campos dos Goytacazes. O Objeto de análise foram as práticas de atendimento aos usuários de crack realizados pela equipe do *Consultório na Rua* em conjunto com as demais instituições envolvidas na abordagem de rua. Procurou-se compreender como as representações desses atores repercutem nas práticas de atendimento. Isto é, entender como a partir do desenho estabelecido pela política pública, se dão as práticas de atendimento. A pesquisa tem como referência o ano de 2014, quando começou a funcionar o Programa, até junho de 2015.

1.1 Do Problema Social ao Problema Sociológico

Nos últimos 15 anos o consumo de crack ganhou notoriedade na sociedade brasileira, sendo amplamente difundido pela imprensa como um grave “problema social” atingindo todo o país. Segundo Lenoir (1996, p. 61) “a primeira dificuldade encontrada pelo sociólogo deve-se ao fato de estar diante das representações preestabelecidas do seu objeto de estudo que induzem a maneira de apreendê-lo e, por isso mesmo, defini-lo e concebê-lo”. O que se constitui como objeto de pesquisa para o sociólogo é “analisar os agentes que as travam, as armas utilizadas, as estratégias postas em prática” levando em consideração as “representações dominantes das práticas legítimas” (*idem*, p. 68).

A emergência do crack no plano nacional levou a uma série de respostas por diversos governos. No nível federal foi instituído o Programa Crack é Possível Vencer, que apresenta uma série de inovações na chamada Política de Drogas brasileira, principalmente no que tange as formas preconizadas de tratamento aos usuários de

¹ Diversos autores já chamaram atenção para a polissemia do termo “droga”. Nessa pesquisa o termo será sempre referente àquelas substâncias psicoativas que foram tornadas ilícitas. Para uma discussão em torno do termo no Brasil ver os trabalhos de Fiore (2007) e Vargas (2001); para uma discussão mais ampla Escotado (2008)

drogas e ao fato de unir agências estatais que historicamente apresentam formas distintas na forma como lidar com a questão das drogas.

A articulação entre os eixos do Programa representa, segundo Fantauzzi e Aarão (2010), uma grande inovação nas políticas públicas sobre drogas no Brasil, pois as políticas até então existentes não conversavam entre si, visto que a Política Nacional, preconizada pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), estava ligada direta ou indiretamente à Segurança Pública, de caráter essencialmente repressivo; já a política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas ressalta a necessidade da diversidade e pluralidade de ações nesse campo, e, portanto, a abstinência não seria o primeiro e nem o único objetivo da política. Os autores enfatizam que mesmo a política proposta pela SENAD e pelo CONAD de aceitar em seu escopo a política de redução de danos, é enfatizada a abstinência como melhor forma de tratamento, como realizado pelas comunidades terapêuticas (Fantauzzi; Aarão 2010, p. 89).

As diferenças entre SENAD e CONAD de um lado, e do Ministério da Saúde de outro, representariam disputas de cunho político-ideológico, pois os primeiros seriam porta-vozes do proibicionismo e da “guerra às drogas”, enquanto o segundo entenderia o “problema das drogas” no campo da saúde pública. Como ambos estão no mesmo patamar hierárquico, podendo estipular políticas próprias, essas diferenças seriam refletidas nas formas de tratamento, pois enquanto os CAPS/ AD, CR e Hospitais Psiquiátricos são financiados pelo MS, as comunidades terapêuticas estariam vinculadas à SENAD e CONAD (*op cit*, p. 96).

1.2 Breve Contextualização da Política de Drogas

O controle e criminalização do consumo de substâncias psicoativas, chamadas genericamente como “drogas”, é um fato relativamente recente na história ocidental, situada no final do século XIX e início do XX. Embora os processos tenham ocorrido de forma distinta em variados países, a transformação do consumo de substância psicoativas enquanto um “problema social” apresenta um “arcabouço comum”, baseado “em preocupações sanitárias, de segurança pública, mas também como um questão moral” (Fiore, 2007 p. 22). Segundo o autor, até o final do século XIX não havia no

Brasil preocupação direta da parte do Estado ou debates públicos relativos ao uso e comércio de substâncias psicoativas. O autor, no entanto, aponta que já em 1830 a proibição da compra do pito do pango, nome que se dava a maconha, por escravos como a primeira forma de controle legal sobre alguma droga no país. À época o consumo de maconha era preponderantemente associado às classes baixas, negros, e “à bandidagem em geral”, porém há que se ressaltar que “não era para as propriedades da planta que o Estado imperial parecia estar voltado no século XIX, e sim contra a propagação de práticas específicas de classe e/ou raça que de alguma maneira eram vistas como perigosas (Fiore, 2007 p. 26). A perseguição a determinados grupos étnicos pode ser verificada também nos EUA quando da proibição do ópio no início do século XX, apontado como causa da degeneração das “raças inferiores”, no caso, asiáticos (principalmente chineses) que haviam emigrado para aquele país para trabalhar em minas e construção de ferrovias.

No plano internacional o controle das drogas teve início na chamada Convenção de Haia (também conhecida como Convenção do Ópio), iniciada em 1911 e ratificada no ano seguinte, somente passou a ser executada em 1921 devido a Primeira Guerra Mundial. O Brasil foi signatário dessa Convenção, formando pela primeira vez no país uma comissão “de médicos, juristas e autoridades policiais para propor mudanças no tocante as ditas ‘substâncias venenosas’ entre as quais se destacavam os ‘entorpecentes’ (Fiore, 2007 p. 29). Com a edição do decreto 4.294, a venda de ópio e derivados e da cocaína passou a ser punida com pena de prisão, e a embriaguez “por habito” que levasse a atos nocivos contra “si próprio, a outrem, ou à ordem pública” passava a ser punida com internação compulsória (*idem*). A figura jurídica do “toxicômano” entra na legislação brasileira através do decreto 14.969 também de 1921 que cria o “Sanatório para Toxicômanos” para tratamento (ou correção) cuja internação poderia ser requerida pelo próprio, pela família ou por um juiz.

Já na década de 1930 é criado o primeiro conselho nacional para tratar das questões relativas ao consumo de drogas, a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE) cujo papel seria o de propor legislação que tratasse sobre o tema. Segundo Fiore (2007) o modelo instaurado para a gestão governamental sobre drogas, de certa forma, perdura até hoje.

A atual política de drogas no Brasil vem acompanhando o modelo proibicionista, adotado no plano internacional na década de 1960, seguindo o modelo norte americano de repressão e criminalização tanto do usuário quanto do traficante de drogas. Segundo Luciana Boiteux (2006, p. 144), no Brasil, o “espírito repressor” da ditadura militar, instalada com o golpe de 1964, “contagiou alguns juízes, defensores da criminalização do usuário como forma de combater o tráfico, por meio de um discurso repressivo alinhado com as orientações internacionais”. Com a Convenção Internacional Única sobre Entorpecentes foram definidas listas de substâncias, separadas por supostos graus de periculosidade, tendo por fim o controle de produção e venda. Para Fiore (2007) essas listas não classificavam as substâncias exatamente pelo seu potencial de toxicidade, mas pela possibilidade de algum tipo de uso medicinal “reconhecido”.

As diretrizes lançadas nos anos 60 ganham maior impulso na década seguinte, acompanhando o endurecimento do regime político e sob influência da eleição do presidente norte americano Richard Nixon e sua política de “War on Drugs”. Segundo Antônio Escohotado (2009) as convenções internacionais da Organização das Nações Unidas sobre drogas de 1961, 1971 e 1988, capitaneadas por sucessivos governos estadunidenses, foram os instrumentos normativos que subsidiaram o ideário de “um mundo livre de drogas”. O modelo instituído, que Rosa Del Olmo (1990) chamou de ideologia de diferenciação, opera a distinção entre usuários e comerciantes, mediante formas distintas de punição, assim, sobre os primeiros recai o discurso médico patologizante, e sobre os segundos, o discurso repressivo criminal.

Mesmo considerando a influência estadunidense para a criminalização das drogas no contexto internacional, é preciso ressaltar que esse movimento ocorreu de forma diferente em variados países. Enquanto a criminalização das drogas nos EUA foi guiada predominantemente por argumentos decorrentes da moral protestante que impulsionaram o chamado Movimento pela Temperança, no Brasil, a criminalização foi preponderantemente resultante de argumentos médicos sanitários (BECKER, 2008; DALLA, 2010).

A Lei 6.368/76, em vigor desde 1976, apresentava dezoito verbos criminalizantes², com penas de reclusão de três a quinze anos e pagamento de 50 a 360

² Art. 12. Importar ou exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente ou que

dias-multa para o crime de tráfico, e penas de seis meses a dois anos para o crime de porte para uso pessoal³. Luciana Boiteux (2006) ainda chama a atenção para o endurecimento penal no momento de redemocratização do país, em 1988, quando foi editada a Lei 8.072/90 - Lei de Crimes Hediondos, colocando o crime de tráfico de drogas dentro desse espectro, tendo como consequência o aumento de penas e a restrição de garantias

No começo da década de 2000 a administração institucional do consumo de drogas passa por algumas mudanças⁴, Policarpo (2013) aponta para três delas: primeiramente, em 2001 com a criação dos Tribunais Especiais Criminais (JeCrims), responsáveis pelos crimes considerados “de menor potencial ofensivo”, cuja pena fosse inferior a dois anos de reclusão, assim, o crime que era tipificado como “uso de drogas” passa a ser direcionado à esses tribunais. Nos crimes de competência dos JeCrims, a pena de privação de liberdade é substituída por penas alternativas, como pagamento de cestas básicas a instituições filantrópicas e prestação de serviço a comunidades (Amorim; Burgos; Kant de Lima, 2003). A partir da criação dos JeCrims foram introduzidos novos dispositivos legais no ordenamento jurídico, permitindo a flexibilização dos procedimentos criminais, entre eles a transação penal (Art. 76) e a suspensão condicional do processo (Art. 89). Segundo Policarpo (2013: 78)

Esses dispositivos são vistos como uma grande novidade para o ordenamento jurídico brasileiro porque eles são despenalizadores, na medida em que criam medidas alternativas à *ação penal* e, conseqüentemente, à *denúncia* e ao *processo criminal*. Isto é, os dispositivos da *transação penal* e da *suspensão condicional do processo* são considerados despenalizadores não porque evitam diretamente a pena de prisão, mas porque evitam o próprio *processo criminal*. A inovação do *JE Crim* é exatamente nesse ponto. Porque flexibiliza o *princípio da obrigatoriedade*, que determina que o *Ministério Público* tem que levar adiante os procedimentos criminais, não admitindo nenhum tipo de negociação a respeito da culpabilidade. Assim, ao permitir que *Ministério*

determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar.

³ Art. 16. Adquirir, guardar ou trazer consigo, para o uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

⁴ Poderíamos acrescentar à essas mudanças a introdução dos programas de Justiça Terapêutica do Estado do Rio de Janeiro, nos moldes das Drug Courts dos Estados Unidos, criado especificamente para atender casos de usuários de drogas. De acordo com Policarpo (2013) o PJT era uma das medidas alternativas proposta pelos JeCrims, cujo encaminhamento dependia dos operadores do tribunal. No entanto, os dois programas existentes foram abandonados em finais de 2005. Para uma análise sobre o Programa Justiça Terapêutica da Vara de Infância e Juventude ver o trabalho de Lima e Silva (2012), e sobre o programa da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro ver Policarpo (2006).

Público negocie uma proposta de medida alternativa ao *processo criminal*, o *JECrim* cria a possibilidade, de um lado, do *autor do fato* abrir mão do seu direito constitucional da *ampla defesa* e, de outro lado, do Estado abrir mão do *devido processo legal*, isto é, de sua obrigação de iniciar o procedimento judicial quando há indícios de que um delito foi cometido e de que sua autoria é presumida.

A segunda mudança apontada ocorre em 2002, com a criação do Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (Caps/AD), no contexto do movimento de Reforma Psiquiátrica⁵. Este amplo movimento “apontou a desinstitucionalização da clínica, com fim do modelo hospitalocêntrico como premissa fundamental na reorganização dos serviços e das práticas de saúde mental” (SOARES & SAEKI, 2006 *apud* Policarpo, 2013). Em 1986 foi inaugurado o primeiro Caps, e em 1994, com o Projeto de Lei 4.688-A do Deputado Paulo Delgado, incluiu pela primeira vez na discussão sobre saúde mental a categoria usuário e dependente de drogas, prevendo a extinção dos manicômios, substituindo-os por outros recursos assistenciais como os CAPS (Policarpo 2013).

Com a criação dos Caps/AD, o Ministério da Saúde passa a adotar a Política de Redução de Danos como modelo de tratamento aos usuários de drogas lícitas e ilícitas. O Ministério da Saúde (Brasil, 2006) define essa política como um conjunto de estratégias que buscam reduzir os danos à saúde associados ao consumo abusivo de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente requisitar a abstinência.

Assim, são estratégias de redução de danos a ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente dos usuários que não têm contato com o sistema de saúde, por meio de trabalho de campo; a distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas; a elaboração e distribuição de materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e sobre as consequências negativas do uso de substâncias psicoativas; os programas de prevenção de acidentes e violência associados ao consumo, e a ampliação do número de unidades de

⁵ O movimento começou na década de 1970 através da organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, organização plural formada por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, que denuncia a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência e passa a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2006:7)

tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas, entre outras. (Brasil, 2006: 44)

De acordo com Boiteaux (2006), a Política de Redução de Danos pode coexistir com o proibicionismo, desde que se assuma uma modalidade menos radical, e admita uma maior interferência médico-social na problemática da droga. Segundo Domanico (2006) o primeiro programa de redução de danos implementado no Brasil se deu na cidade de Santos (SP) no ano de 1989, com o objetivo de reduzir os índices de transmissão do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDIs). O programa lançado pela Secretaria de Saúde de Santos visava a distribuição de seringas esterilizadas e descartáveis para essa população e recolhimento das seringas usadas. No entanto, o Ministério Público entrou como uma ação judicial contra a Secretaria de Saúde por entender que esta política era uma forma de incentivo ao uso de drogas e, assim, o programa foi encerrado.

A terceira mudança apontada por Policarpo (2013) é a substituição, em 2006, da Lei 6.368/76 pela Lei de Drogas 11.343/06. As principais alterações apresentadas pela nova Lei de Drogas foram: a eliminação das penas de prisão para usuários, no entanto, não descriminalizou o uso. Em relação ao traficante a lei trouxe novos dispositivos criminalizantes e a elevação da pena mínima por crimes de tráfico de três para cinco anos. Concomitantemente, a nova lei inaugurou o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD), que tem por finalidade promover a articulação de políticas de prevenção ao uso e repressão ao tráfico de drogas. A nova lei não deixa claro quais os critérios estabelecidos para se distinguir usuários e traficantes, ficando a critério do juiz analisar cada situação concreta.

Nesse novo ordenamento jurídico, o usuário, assim como acontecia anteriormente, deve ser encaminhado para alguma delegacia de polícia para assinar um Termo Circunstanciado, comprometendo-se a comparecer ao Juizado Especial Criminal para audiência judicial (Policarpo, 2010). Sendo assim, no plano formal, as penas previstas para aquele que for pego fazendo uso de alguma substância psicoativa considerada ilegal são: advertência verbal, prestação de serviço à comunidade, medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo e, em último caso, multa (Policarpo 2007, 2013; Veríssimo, 2010; Grillo et al. 2011). Já para o crime de tráfico de drogas são mantidas penas restritivas de liberdade, agravadas, pois passam de um

mínimo de 3 para 5 anos e máximo de 15, ficando vedados atenuantes. Assim, fica estabelecida a inafiançabilidade do delito, é proibida a concessão de sursis, graça, indulto, anistia e liberdade provisória, bem como a conversão da pena em restritiva de direitos, o que faz com que os presos por tráfico fiquem encarcerados por mais tempo (BOITEUX, 2006, p. 4).

Essa legislação foi declarada progressista na época de sua aprovação, pois acreditava que seria possível reduzir o elevado número de encarceramentos na medida em que abolia as penas privativas de liberdade para os usuários. No entanto dados do Departamento Penitenciário Nacional, mostram que entre 2006 e 2010, sob a regência da nova lei, a população carcerária por crimes envolvendo drogas elevou-se 123%, colocando o Brasil atrás apenas dos EUA em número de presos por crimes relacionados a drogas.

Partindo do campo do direito Gomes (2010) argumenta que, por conta da Nova Lei de Drogas (11.343/06), muitos juristas e operadores do direito têm se manifestado no sentido de considerar que o crime por uso de drogas deixou de ser uma infração criminal e passou a ser uma mera “infração administrativa”, ou mesmo uma infração *sui generis*. As pesquisas de Policarpo (2007) e Grillo *et al.* (2011) mostram uma queda brusca de casos de usuários de drogas que chegavam à Justiça, o que para os autores apontava um deslocamento da administração institucional dos conflitos da esfera judicial oficial para uma esfera oficiosa, isto é, de negociação com policiais na rua. De acordo com Policarpo (2013: 85) “essa situação entre legalidade e ilegalidade, legitima a administração do uso de drogas como um ‘ilegalismo’”. O termo, cunhado por Foucault em seu livro *Vigiar e Punir* designa aqueles comportamentos e ações que são tolerados de fato, mas não de direito.

1.2 Pressupostos teóricos

Ao analisar as práticas adotadas a partir da implementação de uma política pública, buscamos compreender como os *burocratas do nível de rua* (Lipsky 2010), isto é, os agentes institucionais que interagem com o “público” diretamente, respondem às expectativas das agências governamentais e dos cidadãos com quem lidam. Segundo o

autor o termo *burocrata do nível de rua* busca atingir o seguinte paradoxo, “como atender todos os cidadãos de forma igualitária e ao mesmo tempo responder aos casos individuais?”. Pois o termo “burocracia” pressupõe um conjunto de regras e estruturas da autoridade que devem ser aplicadas para todos, enquanto “nível de rua” distancia-se do centro onde presumivelmente a autoridade reside.

Esses *burocratas de nível de rua* possuem grande poder discricionário na medida em que são os responsáveis por dispensar benefícios e recursos ou alocar sanções, o que lhes dá a oportunidade de interferir em benefício dos “clientes” ou discriminá-los. Assim, a análise recai sobre como o trabalho não sancionado, isto é suas representações e concepções pessoais de classificação “combinadas com as regras e pronunciamentos da instituição constituem aquilo com que o público, em última instância, vivencia como performance da agência” (Lipsky, 2010: 4).

Assim, para Lipsky as decisões que são tomadas por esses burocratas, suas rotinas, os dispositivos que inventam para lidar com as incertezas e pressões do trabalho, efetivamente *se torna* a política pública. Desse modo, para compreender como e por que essas organizações por vezes atuam de forma contrária às suas próprias regras e objetivos, é preciso saber como essas regras são vivenciadas por esses profissionais, quais liberdades eles têm ao atuar de acordo com suas preferências, e quais outras pressões ele vivencia.

Para compreender o tratamento dado ao usuário de crack por estas instituições do Estado utilizo também o conceito de representação de Roger Chartier (1990), para quem as representações são “categorias fundamentais de apreensão e de apreciação do real”, insistindo para o fato de que, embora aspirem à universalidade, “são sempre determinadas pelos interesses de grupos que as forjam” e, por isso, nunca são neutras, ou seja “produzem estratégias e práticas”, situando-se “num campo de concorrências e competições”. Assim, é necessário o “relacionamento dos discursos proferidos com a posição de quem os utiliza” (CHARTIER, 1990: 17-19). A partir desta compreensão, Chartier concebe a construção das identidades sociais como resultando sempre de uma relação de força entre as representações impostas pelos que detêm o poder de classificar e de nomear contraposta à definição de aceitação ou de resistência que cada comunidade ou indivíduo produz a respeito de si mesmo.

Segundo Chartier (1991, p. 183):

Este retorno a Marcel Mauss e Emile Durkheim e à noção de "representação coletiva" autoriza a articular, sem dúvida melhor que o conceito de mentalidade, três modalidades de relação com o mundo social: de início, o trabalho de classificação e de recorte que produz configurações intelectuais múltiplas pelas quais a realidade é contraditoriamente construída pelos diferentes grupos que compõem uma sociedade; em seguida, as práticas que visam a fazer reconhecer uma identidade social, a exibir uma maneira própria de ser no mundo, a significar simbolicamente um estatuto e uma posição; enfim, as formas institucionalizadas e objetivadas em virtude das quais "representantes" (instâncias coletivas ou indivíduos singulares) marcam de modo visível e perpétuo a existência do grupo, da comunidade ou da classe

Assim, parte-se da premissa que as disputas entre diferentes representações dos atores envolvidos definem a forma como o trabalho é empregado e conseqüentemente os possíveis desdobramentos das ações sobre os usuários de drogas em situação de rua. A comparação entre as representações é importante, pois como observa Sinhoretto (2009:4-5), "diferentes instituições estatais agem na administração de conflitos e, cada uma delas o faz segundo suas lógicas e rituais, produzindo muitas vezes efeitos de equidade e hierarquização muito diferentes entre si".

Goffman (1988) oferece instrumentos para a análise das relações sociais a partir de formas de linguagens, verbais e não verbais, símbolos e códigos, expressos a partir dos contatos face a face. Segundo o autor é através dessas formas de linguagem que os sujeitos envolvidos na interação expressam sua opinião sobre a situação e, através disso sua avaliação sobre os participantes.

Para tanto, o autor utiliza o conceito *estigma* definindo-o como um "atributo profundamente depreciativo", mas que não é a presença ou ausência de um atributo em si, e sim uma "linguagem de relações" que estabelece determinados atributos como estigmatizados. Segundo Goffman, a sociedade define categorias que são tidas como normais e naturalmente presentes em todos, assim as relações sociais em ambientes estabelecidos e o relacionamento rotineiro, aumentam a previsibilidade, a normalidade da "identidade social". Deste modo a sociedade cria pré concepções, que são transformadas em "expectativas normativas". Deve-se encontrar no outro aquilo que é comum a todos. Quando esses atributos não são reconhecidos, ou melhor, quando a

identidade social virtual que lhe atribuem é classificada como uma condição menos desejável, fraca ou diminuída, temos o que o autor caracteriza como *estigma*.

Portanto, Goffman afirma que não são os atributos em si: “nem todos atributos indesejáveis estão em questão, mas somente os que são incongruentes com o estereótipo que criamos para um determinado indivíduo” (Goffman, 1988: p. 6). Segundo o autor, a questão do *estigma* apresenta uma dupla perspectiva: ou o atributo é imediatamente percebido e conhecido por todos, ou ele não é nem conhecido e nem percebido. No primeiro caso trata-se de alguém na condição de *desacreditado*, e no segundo, *desacreditável*. Essas discrepâncias entre a *identidade social virtual e real* levarão os indivíduos *estigmatizados* a diferentes estratégias nas interações com os normais, de manipulação de tensão (para os *desacreditados*) e de manipulação da informação (para os *desacreditáveis*).

O autor define três tipos de estigma: deformidades físicas; as do tipo moral ou de caráter; e os estigmas tribais, de raça, nação e religião. Os indivíduos que possuem algum estigma que não é imediatamente perceptível têm a possibilidade de ocultar ou manipular a identidade do Eu, podendo interagir perfeitamente com os *normais*. Goffman apresenta o caso dos viciados em drogas como sendo do grupo *desacreditado*, imputando aos indivíduos a condição de vício como sendo a única atividade em sua vida. Sugiro que, por outro lado, o aspecto do vício (seja em alguma droga ou qualquer outra coisa) seja apenas um componente na vida do indivíduo, portanto podendo ser *desacreditável*, na medida em que sua condição não necessariamente é conhecida por todos.

Essa relação entre *desacreditados* e *desacreditáveis* (para os usuários de drogas ao menos) toma contorno interessante quando analisamos as abordagens policiais. A lei brasileira distingue usuários de traficantes de drogas, que resultam em penas diferentes para cada caso, nesse sentido, o momento de interação entre um policial e alguém pego com alguma droga, coloca em dúvida a *identidade social real* do indivíduo abordado. Daí decorre todo um jogo de negociação para estabelecer qual a identidade será estabelecida, que depende das expectativas normativas do policial, que neste caso envolvem também o terceiro tipo de *estigma*; que envolve entre outros elementos, a questão racial. A manipulação da identidade envolve os dois *estigmas*, a de usuário de drogas (moral) e a de sua origem (classe social, cor, residência), mas leva em conta também o tipo de droga em questão, numa hierarquização moral sobre cada substância.

No extremo dessa situação encontramos os usuários de crack, chamados *crackudos*, *crackeiros*, *saciseiros*, *nóias*, sendo o uso dessa droga normalmente associado às classes mais pobres e moradores de rua. Apesar da história do crack não ter mais de 20 anos, a imagem do *crackudo* e do mendigo passaram a se sobrepor: são indivíduos que sofrem estigmas de toda forma, pela vida na rua, pelo uso de droga, pelo potencial perigo com que são vistos pelo possível histórico em instituições de tratamento ou carcerária. Em suma são *desacreditados* e *desacreditáveis*, de modo que suas possibilidades de uma interação social com os *normais* é quase completamente minada.

Por fim, utilizo para a análise os conceitos “gestão dos ilegalismos” e “governamentalidade” cunhados por Michel Foucault. Como mencionamos anteriormente, Foucault desloca a discussão binária entre o legal e o ilegal, lançando luz sobre os modos como as leis operam, não para coibir ou suprimir os ilegalismos, mas para diferenciá-los internamente, “riscar os limites de tolerância, dar terreno para alguns, fazer pressão sobre outros, excluir uma parte, tornar útil outra, neutralizar estes, tirar proveito daqueles” (FOUCAULT, 2012, p. 227)

De acordo com Telles (2009) “Ilegalismo: não se trata de um certo tipo de transgressão, mas de um conjunto de atividades de diferenciação, categorização, hierarquização postas em ação por dispositivos que fixam e isolam suas formas” tendendo para a organização e “tendem a organizar a transgressão das leis em uma tática geral de sujeições” (FOUCAULT, 1997 *apud* Telles, 2009). Esta gestão diferencial dos ilegalismos produziria, sob a forma da lei, uma administração seletiva de tolerâncias e repressões.

Já o conceito de governamentalidade refere-se:

Ao conjunto de análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por governamentalidade entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente não parou de conduzir, desde há muito, para preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o

desenvolvimento de toda uma série de saberes. (Foucault: 2008: 244)

Assim buscou-se saber como se dá na prática essa gestão diferencial dos ilegalismos, sobre o consumo de drogas no espaço público e como esses mecanismos de poder são governamentalizados pelas distintas agências que compõem o programa.

1.3 Metodologia

Para compreender o tratamento dado ao usuário de crack por estas instituições do Estado, e analisar as práticas de administração dos conflitos envolvendo usuários de drogas realizei trabalho de observação etnográfica em dois ambientes: nas abordagens de rua junto à equipe do Consultório na Rua e na rotina de atendimentos do CentroPop (Centro de Referência para População de Rua).

O método etnográfico nos permite descrever e analisar as “interações sociais, que se constituem a partir da implantação de uma política pública”, sem deixar de lado a dimensão subjetiva dessas ações (MIRANDA, 2005: 3-4).

Nesse caso, buscou-se examinar como as políticas públicas implantadas depois do Programa Crack é Possível Vencer têm repercutido no tratamento dado aos usuários de crack. Além disso, o método etnográfico permite a realização de uma comparação entre representações e teorias que seja capaz de fazer emergir novos modelos de entendimento das formas de administração de conflitos envolvendo usuários de crack.

Como complemento à observação direta, realizei entrevistas semiestruturadas com os profissionais dos diferentes ambientes citados e com usuários de crack, afim de melhor compreender suas representações acerca do consumo da droga e do tratamento que vêm sido oferecido pelas instituições do Estado

1.3 Entrada e permanência no campo

No período anterior à decisão de como se daria o trabalho de campo, numa etapa ainda exploratória, tomei conhecimento da existência de um grupo de psicólogos e estudantes de psicologia de uma universidade particular do município, ISECENSA (Institutos Superiores de Ensino Censa) que desenvolviam um projeto de atenção às pessoas em situação de rua e usuários de crack. Entrei em contato por telefone com a coordenadora do projeto *Clínica Nômade: Voz da Rua*, Professora Dr^a Patrícia Constantino, a quem me apresentei e expliquei minhas intenções de pesquisa e meu desejo de acompanhar as abordagens de sua equipe. Pedido este que foi prontamente aceito, já ficando marcado para a semana seguinte o dia em que seria feita a abordagem (à época, todas às quartas-feiras). Considero este ponto importante para os desdobramentos que a pesquisa levou, uma vez que não conhecia e nem nunca tinha tido uma experiência profissional ou pessoal de trabalho junto a essa população, ou sobre o consumo de drogas de maneira geral.

Com o acompanhamento das abordagens do Centro Pop/CR e conversas com as equipes a impressão era de que uma minoria dos moradores de rua fazia uso de crack, como em nenhuma das abordagens havia alguém fazendo uso essa impressão era reforçada. Por outro lado, o consumo de cachaça e solventes estava presente em praticamente todos os locais de abordagens, independente da hora. Ao acompanhar os atendimentos realizados no Centro Pop a pesquisa estava caminhando para uma análise da gestão da população de rua. No entanto, ao frequentar quase que diariamente (a partir de 2015) o Centro Pop pude me aproximar dos *usuários* daquele serviço.

Acompanhar o processo de implementação de uma política pública pôde impor sérias restrições à pesquisa, visto que o tempo para a implementação dos serviços pode não ocorrer de acordo com as metas estabelecidas pelos próprios gestores e o tempo de uma pesquisa de mestrado ser curto. O município de Campos aderiu ao programa *Crack é Possível Vencer* no ano de 2013, após as primeiras reuniões mensais do Comitê Gestor nesse ano as reuniões foram suspensas. Os primeiros meses de 2014 avançavam e o grupo, todavia, não se reunia.

Em julho aconteceu a primeira reunião do ano, e através do intermédio de uma colega de pesquisa Suellen André de Souza, que é membro do Comitê representando o Gabinete de Gestão Integrada Municipal, pude acompanhar a reunião e receber autorização para realizar a pesquisa junto à equipe do *Consultório na Rua*. Esta equipe não estava formada ainda, mas, segundo os gestores, deveria estar em funcionamento no

mês seguinte (agosto). Até o fim da pesquisa, em julho de 2015, a equipe não estava formada e havia perdido um dos membros. Além da equipe não estar completa, não havia carro para realizar as abordagens, com isso, elas ocorreram na maior parte do tempo acompanhando a equipe do Centro Pop. A partir de abril de 2015 a equipe pôde contar parcialmente com um carro da Secretaria da Saúde dois dias na semana, mas não era garantida a disponibilidade desse veículo, visto que muitas vezes este era solicitado pela Secretaria. Nesses dias, a abordagem acontecia acompanhando a equipe do Centro Pop ou simplesmente não era realizada.

Essa situação coloca o CR em uma “semi existência”, isto porque para a coordenação geral do CPV e para o Ministério da Saúde (MS), o consultório de Campos simplesmente não existe. Entre os processos burocráticos à que estão submetidos, as prefeituras devem primeiramente formar as equipes e disponibilizar um veículo para as abordagens, posteriormente, a prefeitura submete ao MS o pedido de registro dos CR, somente após esse processo é que a equipe passa a existir oficialmente, e a receber uma verba pública destinada ao programa. Portanto, mesmo não tendo o quadro completo necessário para formar oficialmente uma equipe de CR, ela existe e seus agentes saem para as abordagens usando colete de identificação do CR e não do Centro Pop. A própria prefeitura reconhece a existência da equipe, divulgando suas ações em sua web site⁶.

Com o desenvolvimento da pesquisa de campo, acompanhando as abordagens das equipes do Centro Pop e CR, o consumo de crack era praticamente inexistente, ou pelo menos invisível para as equipes. Não existem “cenas de uso” frequentes, ou “espaços psicotrópicos”, “cracolândias” no espaço público. Com isso a pesquisa tomava outros rumos, caminhando para uma análise da gestão da população em situação de rua. Quando passei a acompanhar rotineiramente os atendimentos feitos no Centro Pop, que a rigor, não estava “interessado” nas questões envolvendo o consumo de drogas, pude me aproximar dos moradores de rua. Nos intervalos que fazia para fumar um cigarro podia conversar livremente com os frequentadores do local, nesses momentos, era *mangueado*⁷ e também *mangueava* informações. A todo tempo alguém me pedia um cigarro servindo de ponto de partida para várias conversas.

⁶ http://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id_noticia=31661 (acessado em 28/08/2015)

⁷ Categoria nativa utilizada para pedir, negociar ou trocar algo.

Outro elemento que se mostrou valioso, embora não tenha sido intencional e tenha sido preponderante para a realização da pesquisa, foi a minha própria identificação como usuário de substâncias ilícitas perante um grupo que freqüentava o CentroPop. Numa das manhãs de trabalho fumava um cigarro conversando com Torres⁸, um gaúcho de aproximadamente 35 anos de quem já havia feito certa amizade, ele me mostrava as últimas pulseiras de macramê que terminara de fazer quando Solange, aproximando-se de nós dois, pergunta (quase gritando) se queríamos sair para fumar um *baseado*. Antes que pudesse esboçar uma reação, Torres fala rapidamente que eu estava trabalhando, pedindo para que ela falasse baixo. Solange me pediu desculpas, disse que achava que eu era um *usuário* (do local), ao que respondo que não tinha problema, repetindo que não era funcionário do Centro Pop e sim um pesquisador acompanhando o trabalho ali realizado. Nesse momento, Torres vira para o meu lado e pergunta: “mas você fuma *um*, não? Pela sua cara e pelas paradas que a gente conversa tenho certeza que você fuma”. Dei uma risada e afirmei que sim, que fumo maconha, principalmente para dar uma relaxada depois do trabalho, e expliquei que não gostava de fumar de manhã por me deixar muito lerdo.

A partir desse episódio alguns usuários do serviço passaram a saber da minha “identidade” de usuário de drogas ilícitas o que acabava deixando-os mais à vontade para falar de suas experiências, pois havia certa “partilha moral” (não no sentido atribuído por Vargas, 2001). Isto é, se por um lado meu contato com eles podia expressar uma relação de poder (entre funcionários x usuários ou pesquisador x usuários), ele poderia ser reajustado.

Obviamente essa posição deve ser relativizada, pois como já observou Velho (2008) fazer parte da categoria *usuário de drogas* não coloca as pessoas num mesmo patamar. O que se mostrou válido com essa partilha de informações foi a possibilidade de afastar julgamentos morais de um comportamento socialmente reprovável, não pelo caráter de ilicitude, mas pela moralidade negativa que cerca o consumo de crack e outras drogas.

Com isso pude reunir informações sobre o consumo de crack entre a população de rua e, o que antes parecia ser inexistente começava a ganhar outros contornos, pois a medida em que era visto conversando sobre o consumo de crack e outras drogas e sobre a vida na rua, outros usuários se sentiam à vontade para conversar comigo. Não se trata,

⁸ Todos nomes são fictícios.

portanto de uma metodologia do tipo snowball, indicar outros usuários para conversar não significava nem que eu encontraria a pessoa indicada e muito menos que ela estivesse propensa a responder às minhas perguntas. O que possibilitou coletar tais informações foi a confluência desses três fatores mencionados: a identificação como pesquisador e não como funcionário; o “pode conversar com ele, ele é camarada” que servia de referência para os demais; e em menor escala identidade revelada de usuário de drogas ilícitas.

2 - Das Folhas Sagradas às Pedras Malditas

O crack, droga cujo consumo ganhou grande notoriedade nos últimos anos, não é uma droga nova, mas outra forma de apresentação de uma substância já bastante conhecida no mundo ocidental, a cocaína. A disseminação do consumo dessa forma de cocaína ocorreu, primeiramente, nos Estados Unidos, em meados da década de 1980, e no Brasil, no início da década de 1990 (Nappo *et al.*, 1996), mas só passou a ser considerado um “problema público”, no país, a partir da década de 2000. O tom sensacionalista adotado pelos meios de comunicação em torno do tema, classificando a situação como uma “epidemia”, guarda extrema semelhança com a história do uso da substância nos Estados Unidos da América, como será evidenciado neste capítulo do trabalho. Além dos aspectos históricos do surgimento do crack nos dois países, apresentarei também algumas das respostas encontradas pelos governos de ambos para lidar com a situação. No Brasil, as iniciativas voltadas para o enfrentamento do problema são verificadas em nível municipal, estadual e federal, mas darei destaque ao Programa Crack é Possível Vencer, do Governo Federal, o qual foi objeto desta pesquisa.

2.1 – O Surgimento do Crack

Segundo Morgan e Zimmer (1997) e Escohotado (2008: 1011) a produção da pasta-base, precursora da produção tanto da cocaína quanto do crack, é feita da seguinte forma: as folhas secas de coca são moídas e colocadas em uma prensa com ácido sulfúrico, querosene ou gasolina até a formação de uma massa que contém até 90% de sulfato de cocaína. Após este processo relativamente simples, a pasta base é transportada para locais que dispõem de equipamentos sofisticados e mão de obra especializada para o processo mais complexo de refino e transformação do sulfato de cocaína em cloridrato de cocaína, pó branco e cristalino. Nessa etapa são utilizados produtos como o ácido hidrolórico, acetona e éter, que por serem altamente voláteis e explosivos, demandam cautela em seu manuseio.

Essa forma de apresentação da cocaína pode ser inalada ou diluída em água para ingestão intravenosa, porém não pode ser fumada, uma vez que o princípio ativo se decompõe antes de ser volatilizado (Morgan; Zimmer, 1997, p. 133).

Segundo Reinerman e Levine (1997) os usuários de cocaína estadunidenses haviam descoberto, já na década de 1970 e, portanto, muito antes de o termo “crack” ter surgido, que era possível fumar o cloridrato de cocaína após sua mistura com bicarbonato de sódio (um produto barato, facilmente encontrado em supermercados e farmácias) e água, o que permitia remover o ácido hidrocloreto. O alcalóide de cocaína remanescente era então misturado com éter e “cozido” lentamente até que a maior parte do líquido fosse evaporada, formando pequenas pedras. Esse processo ficou conhecido como *freebasing*. Colocadas em cachimbos de vidro, essas pedras quando incandescentes produzem um vapor que é relativamente cocaína pura. Utilizando essa via de administração, o vapor chega ao pulmão e é rapidamente distribuído pelo sangue, chegando ao cérebro em poucos segundos, o que leva a um efeito muito mais intenso e breve do que cheirar a cocaína (op cit. p. 134). Para Morgan e Zimmer (1997) a maior parte dos usuários de cocaína não aprecia esse tipo de ingestão, tanto pelos efeitos intensos e desagradáveis que produz quanto pelo fato de ser relativamente trabalhoso realizar a transformação do cloridrato de cocaína em *freebase*, além do risco de ainda restar éter na mistura, o qual é altamente inflamável. Mesmo assim, o *freebase* ganhou certa popularidade entre os usuários contumazes de cocaína no início dos anos 1980.

Ainda de acordo com Reinerman e Levine (1997) o uso, produção e venda de *freebase* acontecia principalmente nas casas e escritórios de pessoas das classes médias e alta que adquiriam a cocaína a preços que variavam de 80 à 100 dólares o grama. Para os autores, o que diferenciava esses usuários dos que viriam a ser os usuários de crack era o fato de os primeiros possuírem meios, incentivos e recursos para tratarem-se, diminuir o consumo ou abandoná-lo definitivamente quando sentiam que seu uso estava muito pesado ou fora de controle (op. cit. p 18).

A produção de crack ocorre de forma muito semelhante à do *freebase*, sendo apenas dispensada a etapa final de purificação em que o éter é utilizado. No entanto, mesmo sendo um produto menos puro, produz efeitos semelhantes ao do *freebase*. Amostras de crack recolhidas nas ruas estadunidenses indicavam um teor que variava de 10% a 40% de cocaína (Inciardi 1991 *apud* Morgan e Zimmer 1997, p. 135). O crack também pode ser obtido diretamente da pasta-base, fazendo-se a mesma mistura com bicarbonato de sódio e diluindo em água aquecida até a evaporação do líquido, formando as pedras. De acordo com Alves (2015) essa também seria a forma mais encontrada de produção no Estado de São Paulo, portanto não seria um subproduto da

cocaína como é normalmente mencionado (Alves, 2015), mas há que se ressaltar que não existem pesquisas que visem a identificação dos elementos que compõem as pedras de crack normalmente apreendidas pela polícia. Podemos citar como exemplo os relatos observados por Veríssimo (2011) em que seus interlocutores afirmavam que o crack mais apreciado por eles era aquele que continha elevado teor de óleo diesel. O nome crack vem do barulho produzido por essas pedras ao serem incandescidas. No Brasil é normalmente consumido em cachimbos improvisados, latas de refrigerante, copos plásticos descartáveis (no Estado do Rio de Janeiro é muito comum também o uso de copos plásticos de “Guaravita”, uma bebida à base de guaraná), canos de PVC, lâmpadas, antenas de carro, e o que a imaginação permitir. O crack também pode ser fumado em cigarros, misturado com tabaco ou maconha, recebendo nomes que também variam de acordo com a região. Em Campos dos Goytacazes, RJ, a mistura com tabaco recebe o nome de *zirrê* ou *dizirrê* e a mistura com maconha de *fristo* ou *mesclado*.

O crack tornou-se amplamente disponível nas ruas das cidades de Los Angeles, Nova Iorque e Miami, principalmente, a partir de 1985. Para Reinerman e Levine (1997) o advento do crack foi uma estratégia de *marketing* inventada pelos traficantes de cocaína para tornar disponível, à outra parcela da população, uma *commodity* relativamente cara e valorizada, distribuindo-a na forma de um produto muito menos puro e de menor custo. Vendida principalmente por e para jovens de comunidades afro-americanas e latinas nessas cidades, o sucesso de inovação deveu-se a pelo menos dois fatores. Em primeiro lugar, representava uma alternativa de obtenção de renda nos bairros onde a taxa de desemprego era extremamente alta, tornando o negócio de produção e venda da droga uma opção melhor que qualquer emprego formal (Reinerman e Levine, 1997: 2, 19; Bourgois, 1995). Segundo, como mencionado acima, foi o fato de tornar uma droga valorizada, e relativamente restrita às camadas altas da sociedade, disponível para outro segmento da sociedade. Os efeitos drásticos provados por essa forma de cocaína encontrariam grande acolhida entre a população pauperizada. Para Escohotado (2008) “se a cocaína era o luxo dos ricos e triunfantes (ou a “champagne das drogas”, para Zimmer e Morgan 1997: 134), a pasta-base e o crack seriam o luxo dos miseráveis” (2008: 1114).

Escohotado (2008) menciona ainda outro fator para o barateamento da cocaína e, por conseguinte, do crack. Segundo o sociólogo espanhol, a partir de década de 1980 surgiu uma série de restrições para o comércio dos produtos químicos empregados na

produção de cocaína, consagradas por legislações internacionais sob pressão do governo estadunidense. Essas restrições forçaram os produtores dos países andinos a exportar a basta-base e não mais o produto refinado, diminuindo drasticamente o valor do produto final. Considerando que à pasta-base ainda seria acrescentado o bicarbonato de sódio, o preço final sofreria mais uma redução.

O que os sociólogos Reinerman e Levine (1997) chamaram de “pânico do crack” surgiu naquele país após a visibilidade de seu consumo nos bairros pobres por aqueles considerados “perigosos”, nos grandes centros urbanos. Portanto, não seria o “poder farmacológico” da droga em si, mas sua mobilidade descendente de classe social que ensejou uma série de matérias publicadas em grandes jornais e revistas, acompanhadas de inflamados discursos políticos bradando por uma “epidemia” de crack, ou que a droga era uma “praga” a assolar a sociedade norte americana. O discurso dominante sobre o uso de crack e *freebase* afirmava um “determinismo farmacológico” de uma substância que causaria dependência instantânea, na primeira vez de uso e de forma universal (op cit. p. 90). Para os autores “essas pessoas tinham menos laços com a sociedade convencional, menos a perder, e recursos muito mais escassos para lidar ou proteger-se dos problemas relativos ao consumo de drogas⁹” (op. cit, p. 19).

No cenário vivido nos EUA na época, os meios de comunicação e a classe política desempenharam o papel crucial de endurecer ainda mais a “guerra contra as drogas” (Reinerman e Levine (1997). Em 1986 foi editada uma lei que alterou as “*mandatory minimum sentences*”, que grosso modo, são os limites inferiores que um juiz deve obrigatoriamente usar para determinar a sentença. Foi estabelecida então uma base de diferenciação entre a cocaína e o crack normalmente referenciada como 100-1, isto é, se uma pessoa fosse apreendida com 1g de crack deveria receber a mesma sentença que alguém portando 100g de cocaína, por um período que variava de 5 a 40 anos de prisão, sem direito a recursos atenuantes da pena. Uma das consequências desse tipo de política foi o crescimento vertiginoso no número de pessoas encarceradas entre o final da década de 1980 e início de 1990 (Nadelmann, 1997).

Situada no contexto da era Reagan/Bush do final dos anos 1980 e começo dos 1990, marcado fortemente pelo conservadorismo político, redução dos gastos públicos em serviços sociais, educacionais e de saúde, para Reinerman e Levine (1997) a

⁹ Todas as traduções são de minha responsabilidade.

campanha massiva e sensacionalista promovida pelos meios de comunicação norte-americanos, ignorando os dados disponíveis pelos órgãos públicos, que atestavam não haver uma “epidemia”, serviram de propaganda para endurecimento da “War on Drugs”, sem atacar os verdadeiros problemas enfrentados pela sociedade. Os autores ainda chamam a atenção para o fato de que mesmo usando de terminologia médica para tratar a questão do uso de crack, a maior parte dos investimentos públicos não foi para tratamento de usuários, mas para seu encarceramento:

O pânico do crack não inspirou políticos de nenhum partido para resolver o agravamento das condições e necessidades, cada vez crescentes, dos pobres e da classe trabalhadora residente das regiões centrais das grandes cidades, com o lançamento de um “Plano Marshall¹⁰ para as cidades”. Enquanto isso, a maioria branca de classe média via com preocupação o aumento do número, visibilidade e desespero dos miseráveis urbanos. Por muitos anos os estadunidenses acreditaram na ficção central do pânico do crack: que o uso de drogas não era um sintoma da decadência urbana, mas uma das mais importantes causas (Reinarman; Levine 1997, p. 41).

2.2 O Crack no Brasil

Os primeiros relatos que se tem sobre o crack no Brasil datam do início da década de 1990, em apreensões feitas pela polícia na cidade de São Paulo (Nappo *et al.*, 1996), o que sugere que a droga tenha começado a circular pela cidade ainda no final da década anterior. Segundo Raupp e Adorno (2011) o crack estava, num primeiro momento, restrito às áreas periféricas da cidade, mas em 1993 a procura pela droga na região central da cidade, principalmente no bairro da Luz, havia alcançado grandes dimensões. É nessa região que se constituiu um território que ficou nacionalmente conhecido como “cracolândia”, escancarando com total visibilidade o uso e comércio de crack. Para os autores (*op cit.*, p. 2615)

A existência da “Cracolândia” alude ao fato de o espaço urbano não se constituir apenas como espaço geográfico, mas antes de tudo como espaço relacional onde se constroem relações diversas de troca, lazer, identidade. Tais relações interligam-se às funções e

¹⁰ Programa lançado pelos EUA de recuperação econômica e estrutural da Europa Ocidental no pós Segunda Guerra Mundial.

práticas desenvolvidas nos locais, as quais, muitas vezes, acabam por caracterizá-la.

Vale lembrar também, que essa região já passava por um processo de degradação urbana desde a segunda metade do século XX. A atual “cracolândia” encontra-se entre duas áreas conhecidas por práticas ilegais, a antiga zona de prostituição no bairro Bom Retiro e a Boca do Lixo (Alves, 2015). Atualmente, além da “cracolândia” encontram-se nessa região várias *biqueiras* (pontos de venda e/ou consumo de drogas) tanto a céu aberto quanto fechadas (*idem*).

Aparentemente, o crack esteve por um curto período restrito ao estado de São Paulo, mas já na década de 1990 seu uso havia se espalhado para algumas regiões do país. Em Salvador, Bahia, agentes redutores de danos já relatavam, no final de 1996, o aumento do consumo de crack, bem como a migração dos usuários de drogas injetáveis para essa forma de cocaína (Nuñez, 2013). Uma das explicações para a difusão do consumo de crack foi a epidemia de HIV/AIDS, transmitida, entre outras formas, através do compartilhamento de seringas. Os usuários de cocaína injetável estariam migrando para essa outra forma de consumo, não só porque produzia efeitos com a mesma intensidade, mas porque não representavam o mesmo risco provocado pelo compartilhamento do material, prática que passou a carregar forte estigma. Além disso, “injetar cocaína representa também um risco de overdose que muitos usuários preferem evitar” (Domanico, 2006, p. 16).

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, os primeiros relatos sobre a circulação de crack são de 1995, período em que o crack vinha pronto do Estado de São Paulo e era comercializado na favela Pedreira Prado Lopes, tradicional ponto de venda de drogas da capital mineira. A droga passou a ser produzida localmente a partir da década de 2000, quando traficantes passaram comprar a pasta base e refiná-la tanto como cocaína quanto crack (Sapori *et al.*, 2010).

Em relação ao Rio de Janeiro, de acordo com Domanico (2006) e Veríssimo (2011) existia um mito que traficantes da capital do Estado impediam sua venda na cidade por considerarem uma droga com grande poder destrutivo, tanto para os fregueses, pois se acreditava que o usuário morreria em pouco tempo de uso, quanto para os comerciantes, visto que os efeitos não fariam dessa uma mercadoria rentável. Uma das possíveis explicações apresentadas por Veríssimo (2011) para a introdução

dessa droga no mercado carioca seria decorrente de articulações feita entre o Comando Vermelho (CV) e o Primeiro Comando da Capital (PCC). De fato, houve grande incremento nas apreensões de crack na capital fluminense ou entre 2005 e 2006. Segundo Domanico (2006, p. 18) o jornal O Globo divulgou aumento de 52% nas apreensões neste período (sem citar números específicos). Ao apresentar dados do Instituto de Segurança Pública (ISP) do Estado, Veríssimo (2015), aponta que, em 2009, as apreensões aumentaram 579% em relação ao ano anterior, totalizando 12.193 pedras. Nos anos seguintes verificou-se redução no número de apreensões, mas com aumento na quantidade apreendida. No relatório de 2012, foi demonstrada uma diminuição do percentual de participação do crack nas apreensões, a qual representou 12,7% do total, contra 16,5% do ano anterior. Considerando os números absolutos, foram apreendidos, em 2012, 240,6 kg de crack, um aumento de 22% comparado ao ano anterior (196 kg)¹¹. Os dados do ISP relativos a 2014 apresentaram uma leve queda (0,2%) nas apreensões de drogas na cidade, não tendo sido feita, contudo, uma distinção entre os tipos de drogas apreendidas.

A expansão do consumo de crack tornou-se pauta dos grandes veículos de comunicação no país a partir de meados da década de 2000, fomentando a ideia de que havia uma grande “epidemia” alastrando-se pelo território nacional. Segundo Nuñez (2013) os jornais soteropolitanos já mencionavam uma “epidemia” quando o consumo tornou-se visível na capital baiana entre 1996 e 1997, voltando a ser amplamente difundido entre 2008 e 2010.

Uma das explicações normalmente apontadas para a disseminação do consumo de crack no país seria seu relativo baixo custo. Com unidades que podem custar de R\$1,00 a R\$10,00 reais (podendo chegar a 50 reais), o que garantiria o sucesso da droga entre a população de baixa renda. Porém, é importante observar que entre aqueles que fazem uso contumaz de crack, podendo chegar a dias de consumo intermitente, o custo da droga passa a ser extremamente alto (Alves, 2015). Embora o crack seja comumente retratado como *droga de pobre* há também forte apelo midiático sobre o consumo nas classes média e alta, tratando os casos de consumo nessa parcela da população como sendo como “dramas familiares”. Mesmo sendo relatado o consumo de crack por

¹¹ A maconha aparece como a droga mais apreendida em 2012, com 45,6% dos casos, seguida pela cocaína, com 38,9%. Com relação à quantidade de drogas periciadas de janeiro a dezembro de 2012, observou-se que os maiores montantes foram de maconha, com 3.951,2kg, e cocaína, com 1.065,6kg (ISP, 2012).

peessoas dessas classes sociais, desconheço a existência de qualquer trabalho acadêmico que privilegie o consumo entre essas pessoas.

A versão brasileira para o “pânico do crack” guarda muitas semelhanças com a forma como foi tratada a questão nos EUA. O apelo midiático em torno do consumo do crack, da formação da “cracolândia” em São Paulo, que passou a caracterizar qualquer lugar em que havia alguma forma de consumo dessa droga, e da figura que emergiu daí, com nomes variando dependendo da região, foram chamados de “nóias”, “crackudos”, “boca de lata”, “sacizeiros”, “craqueiros” (Domanico 2006; Veríssimo 2015) sendo comparados a mortos vivos, ou “zumbis” (Alves, 2015), têm em seus corpos a marca da abjeção (Rui, 2012), representando um anti-modelo (Veríssimo 2015).

Como explica Fiore (2007, p. 70), a própria noção de “drogado”, no caso desse trabalho de “cracudos”, “confunde a identidade social do indivíduo com a própria natureza da substância que consome”. Assim, a “droga” ou o “crack” “adquire um poder negativo próprio, e seus efeitos temporais finitos, aqueles que fazem com que um indivíduo esteja sob seu efeito (estar “drogado”), passam a significar uma condição de existência permanente (ser um “drogado”) como aqui, ser um “cracudo”.

A construção do indivíduo que perdeu completamente o controle sobre a própria vida, passível assim, de intervenções contra sua própria vontade, bem como a noção de haver uma “epidemia” ganhou respaldo entre “especialistas” em diversas ocasiões. Para o antropólogo Edward MacRae (2010, p. 11), a noção de “uma “epidemia de crack” revela o desejo de medicalizar um problema de natureza social, já que nesse caso não existe um vetor biológico, como um vírus, por exemplo, e sim um comportamento que se dissemina em determinado contexto”. Assim como no caso estadunidense, a construção social-midiática sobre o consumo de crack fez dos piores casos a regra. Como observa Albuquerque (2010: 15)

O crack é interpretado, simbolicamente, em uma posição diferenciada das outras drogas. Ele é compreendido socialmente como o responsável pela maioria dos problemas de nossa sociedade, enquanto outros problemas estruturais, assim como outras drogas usadas para outras finalidades, como medicamentos, são considerados como questões secundárias, não entrando nas pautas da discussão veiculadas pelo governo, dentre outros setores da sociedade.

Exemplo de campanha sensacionalista, lançada em 2013, a peça publicitária “Zombie – a origem” foi veiculada em cinemas nacionais e depois disponibilizada por um canal próprio no site Youtube¹², contando mais de 570 mil visualizações. Digna de uma produção “hollywoodiana”, a história começa com imagens aéreas de São Paulo, com narração em inglês dizendo “caos, morte”, passando para uma jornalista alemã que diz “o caos se espalhou, já são mais de dois milhões no Brasil”. Numa cena sob pouca luz, algumas pessoas andam se arrastando e não é possível ver seus rostos, apenas as silhuetas vagarosamente se arrastando, quando aparece a primeira personagem, uma mulher jovem aparentando pouco mais de 20 anos que pergunta: “Você quer saber por que estou assim?”, e responde “o crack deixa você focado nele, só nele... milhões de pessoas estão fora de controle, por causa do crack”. São narradas histórias de outros quatro personagens, dois homens aparentando mais de 50 anos, que teriam “fumado o casamento, a casa e o filho”, “roubado o dinheiro do lanche da filha”, uma mulher que teria “perdido o filho recém nascido devido ao consumo durante a gestação”, e um adolescente, que após ter levado uma pedra de crack como “troco” na compra de maconha, havia se tornado um “zumbi”, ameaçando os familiares para que lhe desse mais dinheiro para comprar a droga.

A produção narrada no parágrafo anterior afirma que as falas dos personagens foram tiradas de depoimentos de usuários de crack. Apesar de o perfil comumente retratado do “craqueiro” ser de jovens, negros e com grande deterioração física, os personagens são todos brancos. Além disso, a peça reforça o mito que o crack teria o poder de tornar uma pessoa dependente na primeira tentativa de uso e que os usuários tornam-se “zumbis” (sic), incapazes de qualquer tipo de escolha que não seja usar crack. O filme, com pouco mais de 4 minutos de duração, termina dizendo que este é “dedicado a todos os jovens e adolescentes que resistem ao crack” e que tem a intenção de “prevenir que mais jovens sofram dessa doença”. É interessante notar que mesmo sendo apresentados como mortos vivos, já meio que em estado de decomposição, todos são capazes de racionar sobre o seu envolvimento problemático com a droga. Nas Figuras 1 e 2 são mostrados exemplos de imagens mostradas na produção.

¹² Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=zaOB7hFcGkU>>. Acessado em: 20/08/2015.



Figura 1: Imagens dos personagens da produção “Zombie – a origem”. Fonte: Página da produção na rede social Facebook. Disponível em: <<https://www.facebook.com/zombieaorigem>>. Acessado em: 20/08/2015



Figura 2: Imagem relativa à produção “Zombie – a origem”. Fonte: Página da produção na rede social Facebook. Disponível em: <<https://www.facebook.com/zombieaorigem>>. Acessado em: 20/08/2015

2.3 – As reações ao Pânico

Uma das principais reações em torno do crack diz respeito às interações “compulsórias” em massa efetuadas no Rio de Janeiro e em São Paulo em 2011 e 2012.

Após controvérsias que envolviam pesquisadores, governantes, organizações religiosas, instituições de ensino e pesquisa, Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Psicologia (CFP), Conselhos Regionais de Psicologia, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS-RJ), Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA-RJ), Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social da cidade do Rio de Janeiro (SMDS), e demais profissionais e instituições, as medidas que garantiam a legalidade das internações “compulsórias” em massa foram oficializadas primeiramente em dezembro de 2011 no município do Rio de Janeiro, administrado por Eduardo Paes.

Para a efetividade dessas ações, o decreto nº 7.637 de 8 de dezembro de 2011 garantiu o repasse de verba pública para instituições privadas destinadas ao acolhimento de usuários de drogas. Oficialmente, clínicas e comunidades terapêuticas passariam a receber esse fundo, porém, como foi apontado pelo antropólogo Ygor Alves, o convênio entre a secretaria e tais instituições ocorria antes ao decreto, por exemplo, em novembro do mesmo ano a secretaria oferecia 160 vagas nesses estabelecimentos (Alves, 2015 p.60)

É importante destacar que antes desse decreto, em maio de 2011, foi firmado um protocolo que previa a internação “compulsória” de crianças no Rio de Janeiro que estivessem “visivelmente sob a influência do uso de drogas”, segundo os olhos de um grupo multidisciplinar composto por pessoas conveniadas a instituições particulares (Alves, 2015)

De acordo com o pesquisador:

O caso carioca pode ser considerado emblemático como política pública de internação involuntária. Embora tenham nomeado o procedimento como internação compulsória, ele não era nem uma coisa, nem outra. Visto a ausência de determinação judicial, condição sem a qual não existe a compulsoriedade da internação, e tão pouco se trata de uma internação involuntária, por ser imposta por uma equipe da SMDS e não por médico. (Alves, 2015, p. 65)

Em 2012 a cidade de São Paulo tomou medidas no mesmo sentido. Ou seja, como resposta ao pânico criado pela emergência do crack como problema nacional, situado entre a saúde pública e a segurança pública, associado a interesses políticos e

privados, o governo das duas maiores cidades brasileiras lançaram mão de uma série de medidas controversas e em processo de debate envolvendo a internação compulsória ou involuntária de usuários de crack.

Em janeiro, a prefeitura de São Paulo, administrada por Gilberto Kassab, iniciou uma operação chamada “Ação Integrada Centro Legal”, designada pelo então coordenador de Políticas sobre Drogas da Secretaria de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania, Luiz Alberto Chaves de Oliveira, como “Dor e Sofrimento”, que ficou mais conhecida pelo “método” que pretendia adotar para acabar com a *cracolândia*, localizada no centro da cidade. O objetivo era ocupar a região com a Polícia Militar, e com isso, desarticular o comércio de crack, afastando-os dos usuários e não tolerar o consumo no local. Uma vez sem a droga, a “dor e o sofrimento” dos usuários em abstinência levaria os mesmos a procurar tratamento, nas palavras de Oliveira:

A falta da droga e a dificuldade de fixação vão fazer com que as pessoas busquem o tratamento. Como é que você consegue levar o usuário a se tratar? Não é pela razão, é pelo sofrimento. Quem busca ajuda não suporta mais aquela situação. Dor e o sofrimento fazem a pessoa pedir ajuda.

De acordo com Alves, nos dezesseis primeiros dias de operação foram feitas cento e seis internações sustentadas em bombas de efeito moral, gás lacrimogênio e spray de pimenta nessa parceria entre Polícia Militar e Prefeitura de São Paulo.

2.3.1 O Programa Crack é Possível Vencer

O Governo Federal em reação ao apelo midiático a respeito de uma suposta epidemia de crack instituiu o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas* através do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, alterado no ano seguinte pelo Decreto 7.637, com o nome de *Programa Crack é Possível Vencer* (CPV). Dentre as alterações oferecidas pelo novo decreto destacam-se: Em primeiro lugar, a coordenação executiva do programa passou a ser concentrada no Ministério da Justiça, em detrimento da condução conjunta com o Gabinete de Segurança Institucional.

À época, a SENAD havia sido transferida para o Ministério da Justiça (MJ), o que segundo Mattos (2013:10) “simbolicamente reflete o sentido da desvinculação da questão das drogas do âmbito das discussões de segurança nacional, refratárias à operação segundo uma lógica essencialmente militarista”. Em segundo lugar, destaca-se o incremento da governabilidade do Plano por meio da obrigatoriedade de que os ministros e os secretários executivos dos órgãos envolvidos participassem do processo de tomada de decisão e, sobretudo, do monitoramento das ações. Anteriormente, a participação era delegada a representantes dos órgãos envolvidos (MATTOS, *idem*). Por fim, a forma de pactuação entre os entes federados e a União passou a ser feita através de um termo de adesão, a fim de evitar possíveis desvios em relação aos serviços e estratégias pensadas para o Plano, uma vez que não existia uma definição em relação à formalização da cooperação com os entes federados.

O Programa representa um conjunto de ações vinculadas à prevenção do uso, tratamento e “reinserção social” de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua. Também objetiva o fortalecimento das redes de atenção à saúde e de assistência social para esses usuários, através da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS - com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS - (BRASIL, 2010). Destaco aqui a proposição de “reinserção social dos usuários”, considerando a construção midiática em torno do usuário de crack, para a qual este estaria necessariamente “fora” da sociedade, pois não existiria, em princípio, outras modalidades de consumo. Assim, “recuperar o *usuário*” estaria necessariamente vinculado à noção abstrata de “reinseri-lo na sociedade”. Destaco essa questão neste momento para problematizá-la no último capítulo.

O orçamento total previsto para o programa era de quatro bilhões de reais até 2014, sendo 240 milhões destinados ao Estado do Rio de Janeiro, que foi o primeiro Estado a aderir ao programa.

Segundo consta em um jornal local¹³, o município de Campos dos Goytacazes receberia 540 mil reais por mês, porém, não foi possível verificar o valor efetivamente recebido pelo município. Seus objetivos são: aumentar a oferta de tratamento de saúde e

13

Disponível

em:

<http://novosite.ururau.com.br/cidades/violencia_cresce_entre_moradores_de_rua_e_usuarios_de_crack_em_campos>. Acessado em: 20/08/2015.

atenção aos usuários, enfrentar o tráfico de drogas e as organizações criminosas e ampliar atividades de prevenção por meio da educação, informação e capacitação (Brasil, 2011). As inovações apresentadas pelo Programa são a centralidade da Política de Redução de Danos no que se refere ao tratamento dispensado aos usuários de drogas e a construção de uma política que articula diferentes instituições do Estado, como as atreladas polícia, saúde e assistência social.

Para atender aos objetivos propostos, o Plano divide-se em três eixos, a saber: *Prevenção, Cuidado e Autoridade*: O primeiro eixo *Prevenção* é dividido em três bases: escola, comunidade e comunicação com a sociedade. Seus objetivos específicos são: a capacitação de educadores e policiais militares participantes do Programa de Prevenção ao Uso de Drogas na Escola (PROERD), além da produção de cartilhas explicativas, que deverão ser distribuídas para alunos de 42 mil escolas; capacitação de lideranças comunitárias e religiosas; e veiculação, na mídia, de campanhas de orientação e prevenção.

Para o segundo eixo *Cuidado* foi prevista a ampliação da oferta de serviços de saúde destinados a dependentes químicos, com a criação de enfermarias especializadas para tratar casos de dependência, com internação de curta duração, ampliação da rede de atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS/AD); ampliação dos dispositivos de assistência social como o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), descrito como “um espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Ainda compõem o eixo *Cuidado*, as Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil, que seriam unidades de acolhimento transitório para pessoas em tratamento nos CAPS AD, oferecendo residência por até seis meses, auxiliando na busca por emprego, estudos e alternativas de moradia.

Além desses dispositivos já existentes, houve a introdução de um novo dispositivo direcionado para a atenção básica de saúde, intitulado *Consultório na Rua*. Tendo surgido da união de dois projetos, o *Consultório de Rua* e o programa *Estratégia da Saúde da Família Sem Domicílio* (ESF), com equipes específicas para atenção integral à saúde da população em situação de rua). O *Consultório de Rua*, idealizado pelo professor Antonio Nery Filho do *Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas*, da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA), em sua concepção tinha como foco o atendimento às questões ligadas ao consumo de drogas e às doenças

sexualmente transmissíveis pela população de rua, centrado numa perspectiva de redução de danos. Segundo seu idealizador, o projeto partia de uma premissa simples: oferecer atenção à saúde daqueles que não chegam aos serviços de atendimento aos usuários de substâncias psicoativas (Nery Filho, 2010, p. 33)

O Consultório **de** Rua, como estratégia de atenção à saúde realizada no próprio local onde vive a população de rua, é uma iniciativa que estabelece um paradigma diversificado nos cuidados à saúde global dessas pessoas, amplamente expostas a situações de “risco de vida”.

Originalmente, os *Consultórios de Rua* estavam ligados à Coordenação Nacional de Saúde Mental, mas passaram por uma mudança em 2012, quando através da Portaria 122, de janeiro daquele ano, o programa foi transferido para a Coordenação Nacional de Atenção Básica, passando a se chamar Consultório **na** Rua. Além da mudança de nomenclatura, ao ser transferido para a Coordenação de Atenção Básica o objetivo foi ampliar o escopo de ações realizadas pela equipe. O Consultório **na** Rua é vinculado a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que deve servir de referência para a equipe, e assim, além do atendimento *in loco*, onde se encontra a população, serve como forma de acesso aos demais dispositivos da rede de serviços de saúde, como os CAPS/AD e hospitais. Segundo consta na cartilha de apresentação do programa “o objetivo dessa rede é trabalhar para acolher usuários e seus familiares, respeitando sua autonomia e singularidade, e ofertar cuidado necessário em cada caso, tomando a defesa da vida e da redução dos danos à saúde como princípio” (Brasil, 2012). Segundo consta na Portaria 122, essa mudança, de **de** para **na** rua, foi motivada também como forma de atender à demanda dos movimentos ligados à população em situação de rua.

O *Consultório na Rua* possui três modalidades: na primeira, a equipe é formada por pelo menos dois profissionais de nível superior e dois de nível médio; a segunda é formada por seis profissionais, três de nível superior e três de nível médio; e a terceira, o mesmo número de profissionais da modalidade anterior, acrescido de um médico. Cada modalidade recebe de repasse do Ministério da Saúde os seguintes valores, respectivamente: R\$9.500; R\$13.000 e R\$18.000. Para receber a verba, os municípios elegíveis, que são os que possuem de oitenta a mil pessoas em situação de rua, têm que disponibilizar, como contrapartida, o veículo específico para deslocamentos da equipe, além de formar a equipe propriamente dita. Após esse processo, os gestores da área de

saúde municipal devem registrar o pedido de formalização da equipe através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, uma plataforma *on line* do MS. Os profissionais que podem compor as equipes são: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, agentes sociais, técnicos ou auxiliares de enfermagem e técnicos de saúde bucal. As equipes devem ter, no máximo, dois profissionais de cada área.

Na prática, o CR pôde ser instrumentalizado para outras formas de atuação, que não aquelas descritas em suas cartilhas de apresentação e na própria portaria que regula sua existência. No lançamento do programa *Crack é Possível Vencer*, o então Ministro da Saúde Alexandre Padilha afirmou que o dispositivo serviria também para indicar a internação involuntária dos usuários de crack.

Temos diretrizes claras da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde, do próprio Estatuto da Criança e do Adolescente, que orientam os procedimentos para internação involuntária. O Ministério da Saúde vai financiar consultórios na rua para que avaliação seja feita por profissionais de saúde, com capacidade de evoluir individualmente as pessoas e as colocarmos em unidades adequadas para acolhimento (PADILHA, 2011 *apud* Alves, 2015, p. 57).

Segundo Alves (2015) o ministro defenderia em várias ocasiões a internação involuntária sob a justificativa de existir uma “grave epidemia de crack”. Para o autor, apesar das equipes do *Consultório de Rua e na Rua*, possuem objetivos semelhantes, o primeiro gozaria de maior autonomia em relação aos serviços básicos de saúde. A controvérsia em torno da internação involuntária ganhou reforço com o posicionamento público de Antonio Nery Filho, contrário às internações, segundo o qual seria “um retrocesso e um desvio de foco de problemas mais sérios como o do abuso de álcool, tabaco, medicamentos e psicoativos voláteis (Nery Filho, 2011 *apud* Alves 2015, p. 58)”. Segundo o autor, “o foco das preocupações de Nery é a exclusão social da população em situação de rua e sua incapacidade de acessar os serviços de saúde”, as internações involuntárias seriam para o médico baiano uma forma de higienização.

Sou radical e frontalmente contra a internação involuntária, sobretudo de pessoas que usam drogas na rua e **não estão psicóticas**, não perderam a capacidade de entendimento e determinação. O Estado brasileiro está dizendo que os usuários

na rua são incapazes de decidir se querem ser internados (Nery Filho, 2011 *apud* Alves, 2015 grifos no original).

Essa forma de instrumentalização dos *Consultórios na Rua* para a internação involuntária dos usuários de crack, até onde pude verificar, ocorreu apenas na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. A chamada operação *Rua Livre*, contou com o apoio da Polícia Militar mineira para a retirada dos usuários de crack da rua, referidos em matérias de jornais como “invasores”. Assim “o *Consultório de Rua* originalmente pensado como instrumento de levar saúde aos excluídos é transmutado em “aparato” policialesco de pacientes ‘invasores’ graves” (Alves, 2015, p. 60).

Completando o eixo *Cuidado* estão as chamadas “Comunidades Terapêuticas”, único dispositivo não público presente no programa e que está envolto em uma série de controvérsias, tanto pela forma ofertada de “tratamento” quanto pelo fato de pertencer a instituições privadas, ensejando a crítica dos profissionais da área pública que afirmam que o Ministério da Saúde estaria desviando sua atenção (e financiamento) dos dispositivos públicos, como os CAPS AD. As Comunidades Terapêuticas são, em sua grande maioria, iniciativas de cunho religioso e recebem críticas dos profissionais da área de saúde, notadamente de médicos e psicólogos, pela falta de embasamento científico em suas formas de tratar os usuários de drogas, e pela forma de “cura” baseada na conversão religiosa, com internações que podem durar mais de seis meses. A crítica de Nery Filho com relação às internações involuntárias vai nesse sentido (2011, *apud* Alves, 2015, p. 58)

Por trás disso tem o movimento das comunidades terapêuticas. A maioria é de caráter religioso. As pessoas não suportam rezar o dia todo e achar que Jesus vai substituir o crack, a cocaína, o álcool ou qualquer coisa do tipo.

Por fim, no terceiro eixo, denominado *Autoridade* está previsto: ações conjuntas da Polícia Militar e Guarda Municipais com agentes de saúde e de assistência social em intervenções nas chamadas “cracolândias” e cenas de uso, a partir da estratégia de polícia comunitária; aumento do contingente da Polícia Federal e da Polícia Rodoviária Federal, que terá atuação intensificada e concentrada nas fronteiras, rotas e Estados onde há maior incidência de apreensão de drogas, como forma de desarticular as principais organizações do tráfico de drogas; ações integradas entre as polícias Federal e

Estaduais para identificar e prender traficantes; o policiamento ostensivo com auxílio de câmeras de monitoramento instaladas nas áreas de concentração de uso de drogas. Essas câmeras funcionam através de uma base móvel, um micro ônibus adaptado que dispõe de vinte câmeras colocadas em pontos estratégicos, num raio de até 3 km da base, contando também com “tecnologias de menor potencial ofensivo”, isto é, armas de choque do tipo *taser*; e com o apoio de duas motos e dois carros. Segundo texto do programa, esses profissionais também estariam aptos a fazer os encaminhamentos dos usuários para os serviços de saúde e assistência social, e devem construir com a comunidade no entorno das cenas de uso soluções para torná-las mais seguras.

Segundo Mattos (*op. cit.*) essa concepção contribuiu para a construção do consenso entre os três eixos em torno de áreas prioritárias, de forma a compatibilizar as lógicas de articulação dos serviços das diferentes redes nos territórios. Para o autor, mesmo não alterando o status de criminalização do uso de drogas, o Programa estipulou a priorização das ações de saúde e assistência social.

Assim, por envolver atores de diversas áreas, com distintas representações sobre como conduzir a questão do atendimento aos usuários, foram criadas reuniões de pactuação e oficinas de alinhamento conceitual e procedimental. Os Estados e municípios que aderem ao Programa devem criar seus respectivos Comitês de Gestão e Implementação, que são responsáveis por planejar as formas de atuação de cada eixo, de acordo com as especificidades de cada região e cidade.

O município de Campos dos Goytacazes, RJ, aderiu ao Programa Crack é Possível Vencer em 24 de maio de 2013. Com isso, o Conselho Municipal Antidrogas, criado em 2010, foi reativado através do Comitê Local de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (COMCAD), instituído pelo Decreto Municipal nº 043 de 12 de fevereiro de 2013. O COMCAD é composto pelas seguintes instituições e secretarias municipais: Gabinete da Prefeita, Fundação Municipal da Infância e Juventude, Secretaria Municipal de Família e Assistência Social, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Paz e Defesa Social e Secretaria Municipal de Justiça e Assistência Judiciária. O objetivo anunciado é a prevenção do uso de crack, o tratamento e a reinserção social de usuários e o enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas, bem como integrar-se em ações conjuntas e articuladas com órgãos estaduais e federais que compõe o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas e o Plano Federal de Combate ao Crack e outras Drogas. Por fim, busca

estabelecer as diretrizes e propor uma política municipal sobre as atividades de prevenção, tratamento, redução de danos e segurança pública.

Ao lançar um programa de tamanha proporção e aporte financeiro por parte da União, restrito aos municípios com população superior a 200 mil habitantes, não seria difícil supor que os demais municípios também pleiteassem a participação no programa. Em 2010, a Confederação Nacional dos Municípios (CNM) fez uma “pesquisa” (sic) enviando questionários para as prefeituras de 3.900 municípios brasileiros, questionando se os mesmos enfrentavam “problemas relativos ao consumo e comércio de drogas”, e mais especificamente de crack. Como resposta, 98% respondeu afirmativamente para problemas com “drogas” e 92% especificamente com crack. Para o CNM, portanto, o governo federal estaria deixando de investir em todos os municípios que não possuem os requisitos para aderir ao CPV, que representam 94,9% dos municípios no país.

Cabe destacar que à época do lançamento do Programa não havia uma estimativa do número e do perfil dos usuários de crack no país, apesar do uso alardeado do termo “epidemia”. Assim, a SENAD encomendou à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) uma pesquisa que revelasse tanto o perfil sociodemográfico quanto os padrões de consumo. Na próxima seção apresento algumas questões relativas a essa pesquisa e alguns dos resultados encontrados.

2.4 – Dimensionando a “epidemia”: Quem é e onde estão os usuários de crack

A pesquisa realizada pela FIOCRUZ em 2011/2012 buscou estimar o número de usuários de crack no Brasil, traçar o perfil sociodemográfico, padrões de uso, comportamentos de risco, demandas por serviços de saúde e mensurar a prevalência de HIV e vírus da hepatite C entre eles. A pesquisa é justificada por seus organizadores como uma demanda “em função da ampla mobilização da opinião pública, das instâncias políticas e dos meios de comunicação em torno das cenas abertas de crack, popularmente conhecidas como “cracolândias”, que passaram a ter destaque na agenda nacional” (Bastos; Bertoni, 2014 p.17). Nesse sentido, o objetivo de realizar a investigação epidemiológica seria de orientar as ações para o CPV, no entanto os resultados foram lançados posteriormente ao lançamento do programa em si.

Os organizadores da pesquisa consideram a população investigada de “difícil acesso ou oculta”, e não mensurável, visto que não existe um cadastro de usuários de drogas, o que impossibilitou o uso de metodologias probabilísticas tradicionais, e implicou no uso de outras técnicas de coleta de dados de forma indireta (Bastos; Bertoni, 2014 p. 25). Sem entrar nos detalhes da complexa metodologia utilizada, tanto em função da população investigada, quanto da dimensão territorial e suas desigualdades regionais, apresento algumas considerações de duas pesquisadoras envolvidas na pesquisa.

Em artigo ainda não publicado¹⁴, Barro e Alcântara (2016) apresentam algumas das dificuldades de realizar uma pesquisa dessa amplitude partindo de uma metodologia pensada em um contexto específico mas que deveria ser generalizável. Nas primeiras reuniões das equipes regionais com a coordenação central, ficou estabelecido que a primeira etapa da pesquisa consistiria em “mapear as cracolândias dos municípios onde a coleta de dados seria realizada e os serviços de saúde e assistenciais onde seriam realizados os testes sanguíneos e a aplicação dos questionários”. A construção imaginária, a partir das imagens comumente veiculadas das “cracolândias” do Rio de Janeiro e São Paulo, parecia para a equipe central, como algo “essencializante, era vista como algo que se encontraria de modo similar e generalizado Brasil afora” (*op cit.* p. 4). Foi necessário então desconstruir essa noção, demonstrando que o consumo de crack apresentava configurações diversas nas diferentes regiões do país. Em Natal (RN) e Fortaleza (CE), cidades em que ambas realizaram a pesquisa, o consumo de crack se dá majoritariamente em locais fechados, longe dos olhares daqueles que passam pelas ruas. Após a apresentação dessas singularidades regionais, convencionou-se chamar os locais de consumo como “cenas de uso de crack pública” ou “cenas de uso público”, categoria que será empregada aqui nos próximos capítulos.

Essas peculiaridades regionais também ensejaram adaptações à metodologia inicial. Segundo as pesquisadoras, as visitas às cenas de uso eram pontuais, em alguns horários do dia, mas era de conhecimento da equipe que em alguns desses locais fazia-se uso de crack, portanto encontrariam as pessoas correspondentes ao perfil da amostra. Como a dinâmica desses locais difere da “cracolândia”, não sendo de uso freqüente e intermitente, foi necessário lançar mão de outra técnica de coleta de dados, conhecida como bola de neve (*snowball*), em que um indivíduo indica outros para o

¹⁴ O artigo consta em uma coletânea a ser publicada em 2016 e, assim a numeração das páginas são referentes ao artigo. Agradeço às autoras pela gentileza de me ceder o artigo.

prosseguimento da coleta de dados. Utilizando essa técnica foi possível chegar a usuários que,

(...) fumavam em suas casas, nos quintais ou em locais de pouco fluxo de pessoas, mais resguardados. Mães de família que juntavam-se às outras mulheres para fumar nos quintais de suas casas, homens que fumavam crack há mais de dez anos e estavam empregados, ajudando a criar filhos com as esposas, idosos que depois da aposentadoria passaram a se dedicar ao uso de álcool com maior vigor e o crack apareceu-lhes como um passatempo.

Segundo as pesquisadoras:

Foi o entortar da metodologia idealizada para um tipo de contexto de uso que possibilitou-nos captar informações importantes de centenas de usuários que não se dispõem em “Cracolândias”, mas fazem uso intenso de crack e outras substâncias psicoativas de modo mais resguardado. (p.9)

Outro ponto apresentado pelas pesquisadoras e que dialoga com uma questão apresentada no próximo capítulo deste trabalho diz respeito à finalidade destinada dos dados coletados. À época, estava em curso as ações da Polícia Militar na “cracolândia” paulistana e o recolhimento em massa de pessoas em situação de rua no Rio de Janeiro, o que levou aos questionamento “(...) para onde iriam essas informações? Se para polícia, quais finalidades teriam? Além disso, se a pretensa higienização de vias públicas ganhasse vigor, (...) o que seria feito com as pessoas que frequentam esses locais que ainda não estavam explícitos?” (*op cit.* p.5).

Os resultados da pesquisa nacional realizada pela FIOCRUZ foram divulgados em um livro e disponibilizados *on line*¹⁵ em setembro de 2014 (Bastos; Bertoni, 2014), isto é, a pesquisa que deveria de servir de embasamento para orientar as políticas públicas, como o programa Crack é Possível Vencer, teve seus resultados apresentados posteriormente ao lançamento do CPV. Os organizadores ressaltam que observada a dinâmica dos locais e formas de uso, os resultados apresentados seriam uma forma de fotografia daquele momento (2011/2012) e que as diversas políticas públicas

15

Disponível

em:

<<http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>>. Acessado em:

implementadas concomitantemente à realização da pesquisa podem ter modificado essa realidade. Outro ponto ressaltado é que os resultados refletem o número de usuários em cenas públicas ou abertas, pois segundo eles “não existem modos eticamente aceitáveis e operacionalmente factíveis de abordar de forma simultânea cenas abertas e o uso privado, pois as estratégias de abordagem são necessariamente distintas” (Bastos; Bertoni, 2014 p. 47).

O perfil encontrado dos usuários foi de jovens adultos, com idade média de 30 anos (30,78 para as capitais e 29,22 para as demais cidades), mas ressalta-se que só foram entrevistados maiores de 18 anos, o que poderia explicar em parte esse número. Mesmo que não tenham sido entrevistadas pessoas menores de 18 anos, os pesquisadores anotavam a presença/ausência de crianças e adolescentes nas cenas visitadas, mesmo sendo estas encontradas em quase todas, e a despeito das diferenças regionais, em nenhuma delas esse grupo era predominante.

Com relação ao sexo, constatou-se que 78,68% dos usuários eram homens, resultado que está em consonância com pesquisas domiciliares anteriores feitas com usuários de cocaína/crack (analisados em conjunto), as quais apresentaram a proporção de 60% de homens e 40% de mulheres, na população consumidora dessas drogas.

No quesito raça/cor, seguindo as categorias do IBGE, houve um predomínio de 80% de pretos e pardos, e apenas 20% declararam-se brancos. No censo realizado pelo IBGE em 2010, cerca de 52% da população é declarada como não-branca, o que para os autores “sublinha a sobrerrepresentação de pretos e pardos em contextos de vulnerabilidade social, como observado nas cenas de crack” (p. 50). Essa proporção não teve variação na comparação entre capitais e demais cidades.

Cerca de 60% dos entrevistados na pesquisa eram solteiros, mas segundo o censo do IBGE de 2010 essa proporção é de 55% na população brasileira; para os autores essa diferença relativa às cenas de uso costuma ser observado “em diferentes situações de afrouxamento dos laços familiares” (p. 51).

No quesito escolaridade, apenas 16,49% dos entrevistados havia concluído o ensino médio e 2,35% o ensino superior, enquanto 57,6% possuía nível fundamental completo (até a 8ª série), 19,5% havia completado a alfabetização (até a 3ª série) e 4,02% não havia completado nenhuma série escolar. Para os autores, essa população difere substancialmente daquela que é objeto de estudos entre estudantes, que evidenciam o consumo de álcool e maconha, mas não crack. Para eles essa evidência

deveria reforçar a importância dos programas de prevenção no âmbito escolar, principalmente nos anos iniciais.

Com relação às formas de moradia, 40% dos entrevistados nas capitais estavam em situação de rua, o que não significa que todo esse contingente mora na rua, mas que passa nela a maior parte do tempo. Esse número contrasta significativamente com o comparado com as demais cidades, que apresentou índice de aproximadamente 20% o que demonstra que o consumo de crack (e outras drogas) apresenta dinâmicas diferentes em cidades grandes e médias. Esse fato evidencia, de acordo com os autores, um dos problemas das pesquisas epidemiológicas com metodologias consideradas “clássicas”, realizadas em domicílios em horários considerados “comerciais”, o que exclui as noites e madrugadas. Foi ressaltado que essa sobrerrepresentação ficou evidenciada, pois era objetivo da pesquisa investigar usuários que se encontravam nas cenas de uso e comércio de crack, pois era a população cuja dimensão era desconhecida e que chamava atenção da opinião pública.

Sobre as formas de obtenção de dinheiro, apenas 15% declarou o emprego de atividades ilícitas, sendo 9% com furtos, roubos, estelionato, fraudes e venda de produto pirata; e 6% com alguma forma de envolvimento no tráfico de drogas. Se considerarmos esses números confiáveis, fica evidente que o senso comum, que considera que o usuário de crack em pouco tempo passa a empregar atividades ilícitas para obter dinheiro, não se encontra na realidade. Cerca de 65% dos entrevistados afirmou que obtém dinheiro através de trabalho próprio, como autônomo ou bicos, 8% com trabalho regular sem carteira assinada e 4% com emprego formal. Outros 12,8% afirmou obter dinheiro através de esmolas e 11,2% com familiares/companheiros (as) e amigos. Por fim, 7% declararam obter dinheiro através de programas sexuais.

Os autores ainda destacam, entre os aspectos jurídico-criminais, o elevado número de egressos do sistema carcerário, 48,8% na média nacional (56% nas capitais e 33% nas demais cidades). Os autores, no entanto, afirmam que não se pode assumir se esses usuários já consumiam crack antes, durante ou após a prisão.

O uso concomitante de outras drogas distribuiu-se da seguinte forma: 77% consomem álcool; 85% tabaco; 67,3% maconha/haxixe; 21,69% inalantes/cola/solvente/ tiner; 10% Benzodiazepínicos.

O tempo médio de consumo foi de 91 meses (8 anos) para as capitais e 58 meses (5 anos) nas demais cidades, o que contraria a crença difundida pela mídia que apontava

para sobrevivência do usuário de no máximo 3 anos. Com relação ao padrão de consumo, foi apontada média de 13 pedras/dia. O número apresentado relativo ao consumo diário revela um dos problemas da atual Lei de Drogas, pois como não define a quantidade de droga que diferencia um usuário de um traficante, muitas pessoas pegadas com algumas pedras de crack acabam sendo presas como traficantes¹⁶.

Como mencionado no começo dessa seção, a pesquisa realizada pela FIOCRUZ utilizou uma metodologia considerada nova em estudos epidemiológicos, com a justificativa de que as técnicas tradicionais, de inquérito domiciliar, com perguntas diretas (se a pessoa entrevistada fez uso de alguma droga ilícita, por exemplo) tendem a subestimar o número total em razão da estigmatização do ato. Isso teria sido evidenciado, segundo os autores, em uma pesquisa realizada em Curitiba, Paraná, que utilizou diferentes metodologias para estimar o número de usuários de drogas ilícitas, em que os resultados da pesquisa direta indicavam uma variação de 5 a 10 vezes menor que as demais técnicas. Desta forma na pesquisa nacional, foi utilizada uma técnica chamada *Network Scale-Up*, que ao invés de perguntar para o entrevistado se este usa alguma substância, procura saber quantos em sua rede de contatos utilizam uma ou mais drogas.

O resultado encontrado por meio dessa técnica estimou em 370 mil o número de usuários regulares de crack e similares nas capitais brasileiras mais o Distrito Federal, o que corresponde a 0,81% da população. Considerando as demais drogas ilícitas (com exceção da maconha), o valor foi 2,28%, o que representa aproximadamente 1 milhão de pessoas. Assim, os usuários regulares de crack correspondem a 35% dos consumidores de drogas ilícitas nas capitais. Nas demais cidades, o número estimado foi de 700 mil pessoas usuárias regulares de crack e similares.

Um dos achados interessantes da pesquisa e que contraria o senso comum foi a distribuição do número de usuários. Contrariamente à imaginação difundida, a região Sudeste não concentra, proporcionalmente, a maior parte dos usuários, estando na terceira posição, atrás das regiões Nordeste e Sul, respectivamente. Em números absolutos, há um maior contingente de usuários na região Sudeste, mas isso se deve, segundo os autores, à maior concentração populacional nessa região.

¹⁶ Em matéria publicada recentemente no jornal O Globo essa questão foi problematizada ao mostrar duas decisões “pouco comuns” do judiciário. Em uma delas um homem acusado de tráfico, preso com 44g de crack, teve a acusação reclassificada para uso. Para a justificativa, o desembargador responsável pelo caso utilizou a pesquisa citada da Fiocruz. Disponível em: <http://aarffsa.com.br/noticiasnovas/noticia_05022015133332.pdf>. Acessado em: 05/08/2015.

A divulgação dos resultados da pesquisa gerou forte reação de alguns empreendedores morais (Becker, 2008), como os deputados federais Osmar Terra (PMDB/RS) e Magno Malta (PR/ES). Em sua página na internet¹⁷, Osmar Terra desqualifica a pesquisa realizada pela FIOCRUZ dizendo:

É só fazer a conta: se nas capitais, com 44 milhões e 700 mil habitantes temos 370 mil dependentes de crack, em 200 milhões de brasileiros teremos mais de 1 milhão e 600 mil dependentes, só do crack. A Souza Cruz, desculpe, a Fiocruz, que é favorável à liberação de drogas, tenta provar que não existe epidemia do crack apontando para 1 milhão e 600 mil usuários. Se estes números não indicam uma epidemia no Brasil, eu não sei mais o que é uma epidemia!

Em seguida, um pequeno trecho da matéria na mesma página afirma que quando o deputado foi secretário de saúde do Rio Grande do Sul, o surto de gripe A, que havia matado cerca de duas mil pessoas e que pouco mais de 200 mil haviam apresentado sintomas da doença, o episódio havia sido classificado como uma epidemia. A notícia termina:

O resultado da pesquisa Fiocruz está subestimado e o método usado para pesquisar usuários (indireto?!) foge a qualquer padrão científico utilizado para esse tipo de estudo. Não pode ser comparado com outras pesquisas sobre o tema, que apontam para um número muito maior de usuários do crack.

Osmar Terra é autor do Projeto de Lei 7663/2010, já aprovado na Câmara dos Deputados e atualmente em tramitação no Senado, que altera a atual Lei de Drogas. Entre os pontos que merecem maior destaque, está a elevação da pena para aqueles classificados como traficantes, numa base que distinguiria o tipo de droga vendida a partir de seu grau de “periculosidade”. Pessoas que forem pegas vendendo drogas que podem “causar maior dependência”, como crack, estariam sujeitas ao agravamento da pena em um sexto a dois terços. Como mencionado no começo desse capítulo, esse tipo de diferenciação, no contexto estadunidense, resultou em um aumento drástico do número de pessoas encarceradas, principalmente homens negros. Outro ponto

¹⁷ Disponível em: <<http://www.osmarterra.com.br/noticia.php?idnoticia=490>>. Acessado em: 25/07/2015.

controverso do referido projeto é a prescrição da internação involuntária para usuários e “dependentes” de drogas, sem distinção entre estes, baseados em pedido feito por um médico.

Já o senador Magno Malta, presidente da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Família Brasileira, membro da chamada “bancada evangélica”, afirma em notícias publicadas em sua página na Internet¹⁸, que a SENAD ignora a “vertiginosa ‘epidemia’ de crack a assolar o país”. Para o senador, a secretaria “deixou de articular e coordenar as atividades de prevenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas, sua principal missão, desviada para formatação de convênios milionários e pesquisas de pouca relevância no atual contexto de degradação humana”. Para ele “não podemos aceitar a ignorância da maior autoridade que tem como competência principal conhecer a realidade das cracolândias para apresentar um eficiente programa de redução da demanda e da oferta de drogas e assistência aos mais de 1,5 milhão de usuários jogados nas ruas e valas em todo o Brasil”.

Magno Malta é conhecido defensor das comunidades terapêuticas. Para ele, identificado no texto como “autoridade no assunto” por trabalhar na “recuperação de dependentes químicos há mais de trinta anos”, a única forma de “recuperar o dependente”, visto que a medicina não encontrou nenhum medicamento capaz de tirá-lo dessa condição seria “Deus de manhã, Jesus ao meio-dia e Espírito Santo a noite” (sic). Pois o crack é a droga que “mais vicia”, “de imediato” e “18% dos usuários morre em um ano” e “60% cometerá crimes” (sic).

O histórico de propagação do crack enquanto epidemia mostra a constante influência do apelo midiático, associado ao vasto interesse político e privado, acompanhado pelo discurso religioso que atua, inclusive, na esfera das construções de políticas públicas. Como foi possível observar, as medidas adotadas com relação ao crack nos diferentes âmbitos têm sido alvo de intensas controversas e disputas entre pesquisadores, profissionais e instituições de saúde, de assistência social, de segurança pública e religiosos. No próximo capítulo será abordado o processo de implementação de um programa federal que visa um trabalho de abordagem e acompanhamento a usuários de crack a partir da articulação entre as instituições citadas, no qual algumas de

¹⁸ Disponível em: <<http://www.magnomalta.com/portal2/index.php/outras-notas-mainmenu-45/2284-senad-desconhece-a-existencia-15-milhao-de-usuarios-de-crack>> e <<http://www.magnomalta.com/portal2/index.php/outras-notas-mainmenu-45/2762-magno-maltaremedio-contra-crack-e-so-deus-de-manha-jesus-ao-meio-dia-e-espirito-santo-a-noite>>. Acessados em: 20/07/2015

suas divergências e diferentes atuações serão mais precisamente tratadas a partir dos dados da pesquisa no município de Campos dos Goytacazes.

3 - O Programa Crack é Possível Vencer em Campos dos Goytacazes

Neste capítulo apresento os resultados da pesquisa realizada entre julho de 2014 e junho de 2015. O objetivo foi compreender as práticas adotadas a partir da implementação do *Programa Crack é Possível Vencer*, que visava unir agências estatais que historicamente apresentavam representações divergentes para lidar com a “questão das drogas”, e mais especificamente a partir da emergência do crack, representado como uma epidemia no plano nacional. A adesão dos municípios ao programa foi pensada de forma para que não houvesse “desvirtuamentos” do plano teórico, deixando pouco espaço para a reorganização em nível local.

Como mencionado na introdução, o município de Campos dos Goytacazes aderiu ao programa em maio de 2013, apesar da entrada no campo para realização da pesquisa não ter sido um empecilho, as condições objetivas de se fazer uma pesquisa de curta duração com uma política pública não consolidada foi um entrave que precisou ser contornado. Após as primeiras reuniões do Comitê Gestor em 2013 e março de 2014, o grupo só voltou a se reunir em julho desse mesmo ano, quando pude me apresentar e receber autorização para começar a pesquisa de fato. De um modo geral, praticamente todos dispositivos previstos na política não estavam efetivamente implementados até junho de 2015 quando a pesquisa foi encerrada.

3.1 – As Reuniões do Comitê Gestor

As reuniões aconteciam em um auditório na sede da prefeitura, na primeira que pude acompanhar, em julho de 2014 estavam presentes todas as secretarias que compõem o Comitê Gestor, foi ressaltado pelo coordenador do grupo, à época presidente da Fundação da Infância e Juventude, que apesar do tempo sem reuniões “os trabalhos não foram interrompidos”. Foi destacado que havia uma dificuldade na implementação dos serviços, por ser “tudo muito novo”. Foi pedido que em cada reunião (mensal) comparecesse ao menos um representante de cada secretaria, embora o comparecimento não fosse obrigatório. O objetivo da reunião era que cada secretaria apresentasse os dispositivos e metas que eram de sua responsabilidade, mas, como nem todos haviam se preparado, ficou decidido que a apresentação ocorreria na reunião

seguinte, em agosto. Ao final da reunião me apresentei falando do meu objetivo de pesquisa e do interesse em acompanhar a equipe do Consultório na Rua, tendo o pedido aceito sem nenhuma restrição. Como a equipe não estava formada e iria começar as abordagens acompanhando o Centro Pop, fui apresentado à representante da Secretaria de Assistência Social que me passou o telefone da coordenadora do Centro Pop para que combinasse com ela o acompanhamento das abordagens.

Dado que as ações do programa tiveram início em maio de 2013, na reunião de julho de 2014 foi possível constatar que a mobilização das secretarias envolvidas para execução do programa se mostrava insuficiente, visto que passado mais de um ano, ainda não haviam ocorrido as articulações necessárias para sua execução. Essa situação é reveladora sobre o papel que o Comitê deveria exercer, não apenas como promotor das ações, mas também como responsável pelas respostas da Prefeitura Municipal frente ao Governo Federal. O fato do Comitê ser constituído exclusivamente por secretarias municipais, a despeito do plano teórico que previa a participação da sociedade civil, o que poderia funcionar como um mecanismo de controle das ações.

Na reunião seguinte, em agosto, as secretarias começaram a apresentar seus objetivos e metas, a Secretaria de Paz e Defesa Social, ligada ao eixo *Autoridade* anunciou que seria realizado um curso de capacitação para a Guarda Civil Municipal para a qualificação dos guardas que atuariam no programa “no enfrentamento ao crack”. A secretaria estava realizando também um levantamento junto ao Caps/ad, CREAS¹⁹ e Centro Pop, para saber o perfil e locais onde se concentravam usuários de crack no município.

A Secretaria de Educação apresentou como meta cursos de prevenção nas escolas públicas, apresentando discurso moralizante como “a droga virou o grande mal enfrentado pelas famílias”, segundo a representante “a prevenção não garante que o jovem faça uso, busca retardar e com isso reduzir danos”.

A secretaria de Assistência Social apresentou como demanda a “retirada das pessoas da rua” como um anseio da prefeita, visto que todos encontrados “usam drogas e são dependentes”, mas que “resistiam e não queriam tratamento”. Foi discutido que era necessário criar dificuldades para quem está na rua, “urbanizar a cracolândia” (sem

¹⁹ Centro de Referência Especializada de Assistência Social

mencionar de que lugar estava falando), pois assim, a população voltaria a ocupar o lugar.

Por fim, a Secretaria de Saúde apresentou como meta a formação de uma equipe de Consultório na Rua ainda em 2014 e mais três até 2016. Considerando que até julho de 2015 não havia nem mesmo uma equipe formada, essa meta parece pouco crível. Ainda foi anunciado que o Caps/ad do município passara a modalidade III, de funcionamento 24h, com leitos para internações de curta duração. De forma semelhante ao que ocorreu com o CR, o Caps/ad mudou apenas a nomenclatura, visto que na prática não funcionava as 24h previstas nem tampouco possuía leitos para as internações.

No mês seguinte não houve reunião, em outubro foi anunciado pelo coordenador que havia sido formada uma comitiva para ir à Brasília comunicar os problemas relativos ao Programa, pois, segundo o coordenador, a verba não estava sendo repassada e os recursos para os dispositivos de saúde estavam sendo distribuídos a partir da verba da área de Saúde Mental, mas que os municípios que aderiram ao programa eram obrigados a implementar os dispositivos pactuados. Por outro lado, o município acabara de adquirir um micro ônibus chamado de “base móvel” equipado com câmeras de videomonitoramento que podem ser dispostas até três quilômetros da base, mais aspersores de spray de pimenta, armamento de choque, motos e carros, um investimento no valor de 850 mil reais²⁰.

Foi esclarecido que o objetivo de usar tal tecnologia seria “quebrar o vínculo entre usuário e traficante”. Parece-me que essa perspectiva está ligada a uma noção foucaultiana de que a vigilância geraria “corpos dóceis”, como se os sujeitos envolvidos fossem passivos. Uma situação que demonstra justamente o contrário à essa “docilidade” ocorreu em dezembro de 2014, enquanto conversava com um interlocutor durante a abordagem vi que dois moradores de rua discutiam na Praça São Salvador, meu interlocutor dizia que um deles havia *vacilado* e que agora a única forma de resolver o conflito seria matando o *vacilão*, comentei com ele que isso não resolveria o problema, e poderia levar a outro maior. Calmamente ele apontou o viaduto e me disse para “ficar tranquilo”, pois “tem câmera aqui na praça, mas ali perto do viaduto não tem não, a gente vai matar ele mas não vai ser aqui....”.

²⁰ Fonte: http://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id_noticia=30956

Ainda na reunião de outubro o representante da área de saúde, que passara a partir desse mês a ocupar o cargo de coordenador do Comitê, ressaltou que o uso das câmeras poderia ajudar a retirar as pessoas da praça, mas que isso não significava que iriam “fazer uma limpeza” e “trancafiar as pessoas”, argumentando que não queria que parecesse que as ações fossem “higienistas”.

Nas reuniões seguintes surgiu uma tensão na qual os representantes da Secretaria de Saúde e Assistência Social se opunham aos argumentos apresentados pelo representante da Guarda Municipal sobre a retirada dos moradores de uma das praças da cidade. Segundo o representante da Guarda, a instituição estava sendo pressionada pela sociedade para “resolver o problema da Praça da República” e, por isso, fariam a retirada dos moradores, enfatizando que caso estes deixassem roupas penduradas nas grades iriam “perder”. Um ponto de vista contrário ao argumento apresentado pela Guarda Municipal foi apontado na entrevista com um funcionário do CR, ao tratar sobre a dificuldade em realizar um trabalho em conjunto com as três instituições envolvidas no programa:

Por exemplo, nos fomos abordados por um Guarda Civil, que disse que queria acompanhar nosso trabalho, que queria entrar conosco dentro centros de acolhida, dentro dos albergues para poder conhecer a realidade do usuário já que o que a Assistência e a Saúde diziam para ele “é que não se pode tirar o usuário dali e que ele tem o direito de permanecer” (em tom meio jocoso). Então eles na cautela tentam se aproximar desse dispositivo, mas logo depois dessa fala nós recebemos a informação por ele mesmo de que o objetivo não era mesmo só acompanhar, era de monitorar o cadastro daqueles que são foragidos, daqueles que tem vinculação com o tráfico para poder criminalizar. Então a gente tem feito essa leitura sobre essa situação especificamente com os outros dispositivos que acreditam que essa parceria com a segurança pública é possível, de que prender o usuário é necessário, limpar dos espaços públicos essa perspectiva higienista ela também está presente nos nossos dispositivos.

Os aspectos relacionados à articulação entre as instituições prevista pelo programa serão tratados mais a diante, o que importa neste momento é compreender como ocorreu a entrada no campo, assim como, apresentar as pautas trabalhadas nas reuniões pelos gestores.

3.2. Rotina do Centro Pop

O atendimento no Centro Pop iniciava às oito da manhã, normalmente no horário da manhã concentrava-se a maior parte do trabalho do dia, principalmente nas segundas feiras. Ao chegar encontrava com aproximadamente vinte ou trinta pessoas que aguardavam atendimento. Com o tempo, conhecendo melhor alguns deles, parava para fumar um cigarro e conversar antes de entrar e acompanhar os atendimentos.

As pessoas que chegam para ser atendidas deixam o nome com um dos orientadores sociais, caso já tenham sido atendidas anteriormente o orientador busca sua ficha no arquivo e leva para um dos *técnicos*. As fichas vão sendo divididas entre os dois *técnicos* que ficam um em cada sala, nos casos que são “primeiro atendimento” o *orientador social* pergunta quem vai atender. Para os casos de “primeiro atendimento” há uma negociação entre os *técnicos*, isto porque são atendimentos que demoram um pouco mais, o que faz com que eles os dividam a partir de quais funcionários fizeram mais atendimentos naquele dia.

As fichas são todas preenchidas à mão, cada *usuário* tem seu caso arquivado em uma pasta de capa bege que contém todas as informações do indivíduo e a cada novo atendimento o *técnico* coloca o que foi realizado ou pedido naquele dia. A folha de identificação apresenta informações como: dados pessoais (nome, idade, raça/cor, escolaridade, todos autodeclarados); há quanto tempo está em situação de rua; qual foi a motivação para isto; há quanto tempo está na cidade; como chegou; se pretende ficar em Campos; se possui dependência química; se possui vínculos familiares (colocado em escala – “sim, sem conflitos; sim, com conflitos; não”); se possui documentação; se recebe algum benefício social (como o Bolsa Família)

Após a identificação, a demanda apresentada naquele dia é anotada, como por exemplo, a confecção de documentos, vaga em abrigo, ficha para almoço, tratamento para dependência (normalmente pedindo por “internação”²¹). Os *técnicos* por sua vez explicam sobre o funcionamento do serviço, perguntam se querem ser encaminhados para o Caps/ad (dizem que não podem fazer encaminhamento para internação, que deve ser avaliada no Caps/ad), para o balcão de emprego ou para a retirada de documentos, e oferecem comida e banho. As histórias de cada um, brevemente narradas ao *técnico* são colocadas nessas categorias, obedecendo a certo padrão.

²¹ As internações são encaminhadas do Caps/AD à Clínica Municipal Pedra Lisa.

A ausência de documentos pessoais apresenta-se como um grande problema comum a quase todos. Se na década de 1970 a cidadania era “regulada” pela carteira de trabalho como postulado por Wanderley Guilherme dos Santos (1979), hoje não possuir RG significa, no caso de quem está em situação de rua, a impossibilidade de conseguir vaga no abrigo ou uma dificuldade a mais para conseguir atendimento nos serviços de saúde (embora esta prática não seja prevista em lei).

Os que são frequentadores da instituição há algum tempo, normalmente, pedem apenas a ficha de almoço, ou fazem novo pedido de documentos em caso de perda. As anotações são feitas em uma folha e depois carimbadas pelo *técnico*, assim é possível fazer um histórico de atendimento do indivíduo na instituição.

Na parte da tarde o movimento era bem menor, e quase não era feito atendimento, os que permaneciam por lá, em geral, ficavam na varanda conversando ou dentro da pequena biblioteca. Apesar de haver uma sala de televisão, durante toda a pesquisa ela permaneceu fechada. Uma explicação apresentada por uma *orientadora* e pela coordenadora foi que havia aumentado o número de casos de tuberculose entre a população de rua. Embora seja uma explicação plausível não condizia com o que observava no campo. Em primeiro lugar, ninguém com que tive contato mencionou tratamento para a doença. Além disso, certo dia, um dos frequentadores pediu com certa insistência para assistir ao “Globo Esporte”, sendo atendido sem que fosse mencionado um “problema” de disseminação de tuberculose. Comentei sobre essa justificativa com uma das *técnicas* que reagiu com surpresa, segundo ela não havia ouvido essa explicação antes.

3.3 – As abordagens do Centro Pop e do Consultório na Rua

O Centro Pop funciona entre oito horas da manhã e seis da tarde numa casa localizada na rua Tenente Coronel Cardoso, mais conhecida como rua “Formosa”, quase na esquina da avenida José Alves de Azevedo, conhecida por Beira Valão devido ao que um dia foi o Canal Campos-Macaé, hoje como o nome sugere, um canal de esgoto a céu aberto ornamentado com um jardim e arcos de aço.

A entrada para casa se dava pelo portão do que seria a entrada de garagem, essa passagem levava até aos fundos da casa onde está localizada a sala de televisão (que fica do lado de fora da casa) e um portão que dá acesso a parte de trás da casa. Nela também havia uma varanda com cadeiras dispersas para os *usuários*²², ao final desta ficava a pequena biblioteca (medindo aproximadamente 4 m²) com espaço para três ou quatro cadeiras, ao lado da biblioteca, a entrada da casa propriamente dita. Na sala de entrada havia uma mesa para uso dos Orientadores Sociais, onde as pessoas que chegavam deixavam o nome com a equipe para esperar por atendimento. Essa sala principal dava acesso a mais três salas e um corredor interno que conduzia aos fundos. A primeira sala à esquerda era utilizada pelos *usuários* para guardar bolsas ou malas identificadas com seus nomes. A sala permanecia trancada e quando alguém queria buscar alguma coisa, pedia a um dos Orientadores Sociais. A sala que ficava em frente à entrada principal era de utilização da coordenadora do Centro Pop e nela localizava-se o único computador do dispositivo, uma mesa e um armário. A sala à direita era usada para o atendimento, sendo um pouco maior que as demais, com duas mesas formando um L e um armário para guardar os pertences dos técnicos e, em uma das portas, as fichas para cadastro no programa Bolsa Família.

Voltando à sala principal, passando o corredor, havia outra sala de atendimento, bem menor que a anterior, com uma mesa e dois armários que guardavam as fichas dos *usuários*. Continuando pelo corredor estavam os dois banheiros da casa de uso dos funcionários, um do lado direito e outro do lado esquerdo. Uma estreita cozinha que não comportava mais do que cinco pessoas ficava ao lado de um dos banheiros, e era normalmente usada para fazer o café servido à tarde em um momento de descanso dos funcionários. Seguindo pelo corredor chega-se ao fundo da casa onde ficavam o banheiro para os *usuários* tomarem banho e, à sua direita, outra varanda com uma mesa grande, usada para almoço e café da tarde. Mais à frente, um varal que utilizam para secar a roupa que eram lavadas em um tanque localizado no mesmo local.

O quadro de funcionários do Centro Pop era composto pela coordenadora - uma psicóloga - *técnicos*²³ que são os responsáveis pelo atendimento ao público, cinco assistentes sociais (três mulheres e dois homens), dois psicólogos (um homem e uma mulher) e mais três *orientadores sociais* (três homens e duas mulheres). Esses últimos

²² Forma como os funcionários se referem ao público atendido

²³ Forma como se referem aos funcionários que realizam o atendimento.

ocupam um cargo de nível médio, porém dois deles possuem nível superior, e sua função era auxiliar o trabalho dos *técnicos* levando as fichas dos *usuários* já cadastrados na hora do atendimento, controlando o acesso à sala na qual os *usuários* guardam seus pertences, controlar as fichas de almoço e acompanhar as abordagens na rua. Do ponto de vista hierárquico, os *orientadores* subordinavam-se aos *técnicos* e estes à coordenadora.

A equipe de abordagem era composta por um *técnico* que foi durante a maior parte da pesquisa, um assistente social e, ao final do trabalho de campo somou-se um psicólogo, mais um ou dois *orientadores sociais*, e eu como pesquisador da universidade. Em 2015, nos dias em que faltava carro para o CR, um dos membros dessa equipe acompanhava a abordagem no carro do Centro Pop, para isso era preciso a saída de um dos *orientadores sociais* ou a minha saída (devido ao espaço limitado de lugares no carro). As abordagens do Centro Pop ocorriam em dois horários e em dias intercalados: nas segundas, quartas e sextas pela manhã, e nas terças e quintas a noite. O horário de saída, principalmente de manhã, podia variar de acordo com a disponibilidade do carro, em geral eram marcadas para as 08h30min, mas na prática podiam demorar até duas horas além do horário estipulado para sair. As abordagens noturnas aconteciam por volta das 19h30min, em ambos os casos duravam cerca de uma hora e meia.

Uma das coisas perceptíveis logo no começo do trabalho de campo é que não havia uma forma específica de fazer a abordagem, variando de acordo com o *técnico* que a conduzia. Aquelas feitas pela manhã eram conduzidas por diferentes *técnicos*, enquanto a noturna era feita sempre por um mesmo *técnico*. Como foi relatado nas entrevistas com a equipe, não havia uma formação específica sobre como fazer a abordagem:

Nós não recebemos um treinamento que diga como abordar. Outra coisa que frustra muito a gente é que não temos nada para oferecer. Vamos sair pra oferecer comida? Isso eles tem na rua!! Aí você passa um tempão estudando para sair na rua oferecer comida, banho? É frustrante, é enxugar gelo, mas o que a gente (*técnicos*) pode fazer?

Diferente das abordagens diurnas, nas quais os *técnicos* despendiam mais tempo conversando com os usuários, tentando convencê-los a frequentar o Centro Pop para fazer encaminhamentos aos demais serviços da “rede” socioassistencial ou de saúde, a

abordagem noturna não me parecia fazer muito sentido, isso por que ela se resumia a basicamente listar as pessoas encontradas nos diferentes pontos da cidade. Percorríamos os locais listando as pessoas, o *técnico* por vezes perguntava a um dos *orientadores* se “aquele era um dos nossos”, o que significava indagar se o indivíduo era frequentador do Centro Pop, e chamava para ir ao dispositivo no dia seguinte. Mesmo quando eram feitas por outros técnicos, como ocorreu nos últimos dois meses de pesquisa, as práticas de abordagem durante a noite não se modificavam significativamente, sendo um pouco mais demoradas, parava-se por um período ligeiramente maior, levantando demandas e vendo quem havia chegado à cidade e ainda não havia passado pelo Centro Pop. Um dos problemas relatados pelos *técnicos* é que não poderiam encaminhar as pessoas para os abrigos durante a noite, o que tornava a abordagem pouco produtiva.

Numa dessas abordagens fui indagado por uma moradora o porquê de anotarmos os nomes deles todos os dias, respondi que “sinceramente não sabia”, mas que não era funcionário e que estava acompanhando o grupo como pesquisador da UENF, presenciando as abordagens das equipes do Centro Pop e CR. Ao mencionar o *Consultório* ela rapidamente me perguntou: “Ah são vocês que estão marcando consulta com médico?”. Ao que respondi que na verdade não era eu que marcava, por não ser funcionário do serviço, mas que poderia encaminhar o pedido à equipe que naquele dia não estava presente.

Numa das saídas para abordagem noturna o motorista do dia ofereceu um ponto de vista interessante sobre as abordagens:

É o que eu já falei, esse trabalho [de abordagem] é paliativo, não adianta de nada. Mas tem o recurso aí precisa gastar. O *técnico* faz um relatório, passa para a coordenadora, que faz seu relatório, manda para o secretário depois para a prefeita e para Brasília.”

Esta fala corrobora ao que foi percebido em campo, pois indica que as práticas de abordagem que resultam apenas em listagens não respondem às demandas da população, que normalmente eram por abrigo, passagem para a cidade de origem, consultas médicas etc.

Durante as manhãs, o número de pessoas abordadas era menor que a noite, pois a maior parte dos locais que os usuários buscavam para dormir estava localizada próxima ou em frente a lojas, agências estatais e bancárias, o que os levava a um

deslocamento contínuo ao longo do dia. Isso acontecia, principalmente, na Praça São Salvador, praça central da cidade e de intenso movimento durante o dia. À noite, após o horário comercial, os moradores de rua começavam a chegar e se instalar na marquise que fica ao lado da praça e encobre os Correios, INSS e Banco do Brasil.

A praça era o local de maior concentração de moradores de rua no período noturno, uma vez que, além da maior proteção contra intempéries oferecidas pelo abrigo da marquise, ali chegavam a maior parte das instituições filantrópicas religiosas que ofereciam comida. Segundo relatos dos que buscavam abrigo, havia noites que mais de três instituições passavam dando comida, portanto fome nunca era um problema para eles. Um dos moradores me relatou um episódio inusitado em relação a essas instituições, no qual em uma das noites enquanto membros de uma igreja distribuía comida, outro carro de outra igreja chegou para fazer a mesma oferta ocasionando um conflito entre eles, que discutiram sobre quem fazia a oferta de comida naquele dia e local há mais tempo, em termos como “aqueles eram meus mendigos”. De acordo com o interlocutor, ele interveio na discussão perguntando se os membros da igreja iam até lá para ajudar quem estava na rua, ou se era para sua própria “salvação”.

As abordagens percorriam o mesmo trajeto, sempre na área central da cidade. Saindo pela rua Beira Valão, a primeira parada acontecia na rodoviária Roberto Silveira (rodoviária “velha”) de onde partem os ônibus para os distritos e municípios próximos. O carro estacionava ao lado da rodoviária e normalmente a passagem por ali era rápida, caminhávamos ao redor, procurando alguém em situação de rua, mas, por ser um local de intenso movimento normalmente não encontrávamos mais que duas ou três pessoas e muitas vezes nenhuma. Dali, seguíamos caminhando para a Praça da República, localizada atrás da rodoviária, um percurso de mais ou menos cinquenta metros. Apesar da proximidade do intenso movimento da rodoviária, poucas pessoas passam por ali.

Nessa praça ficava um dos grupos mais fixos, que independente da hora do dia permanecia por ali. Muitos desse grupo eram frequentadores do Centro Pop e a chegada da equipe normalmente era amistosa: alguns deles se aproximavam para conversar e, muitas vezes, para reclamar das ameaças ou *duras* feitas por guardas municipais, principalmente quando estavam do lado de dentro da praça. O grupo de mais ou menos quinze pessoas era composto majoritariamente por homens, quase todos negros, com idade variando entre 20 e 50 anos. Era muito comum o uso compartilhado de cachaça e vinho, sem grandes variações em relação ao horário do dia, não sendo difícil vê-los

também fumando uns *baseados*. O consumo compartilhado de cachaça, normalmente do tipo “Caninha da Roça”, em pequenas garrafas plásticas também chamadas de “bujãozinho” acontecia sem que o bebedor encostasse a boca no gargalo, ou, como chamam, *pelo ladrão*. A explicação de um dos usuários era que essa forma evitava a possível transmissão de doenças como o HIV, pois segundo ele “o vírus sobrevive três segundos fora do corpo”. A compra da bebida também era feita de forma compartilhada, tanto pela divisão do dinheiro *mangueado* ao longo do dia quanto pela troca de cigarros e *baseados*, entrando no circuito de uma *economia moral* de trocas de drogas, comida e dinheiro, tal como descrita por Bourgois e Schomberg (2009). Embora representado como um dos locais de consumo de crack, apontados nas reuniões do Comitê Gestor, em nenhuma das abordagens presenciei tal prática específica.

Da praça o carro seguia até o Jardim São Benedito, um trajeto percorrido em torno de cinco minutos, essa é uma região nobre da cidade, com edifícios e casas de alto padrão. No começo da pesquisa um grupo relativamente fixo transitava entre esse local e a parte dos fundos do teatro Trianon localizado a um quarteirão dali. Tive contato um pouco maior com eles devido as atividades do grupo de psicólogos do *Voz da Rua* que acompanhei antes da entrada no campo com as instituições públicas. Já no começo de 2015 esse grupo praticamente se desfez e não tive mais contato com a maior parte deles. Um dos interlocutores da Praça da República havia me contado que os dois grupos entraram em conflito, não explicitando o motivo, e a partir daí o grupo do Jardim/Trianon foi “obrigado” a sair da cidade.

Do Jardim São Benedito/Trianon seguíamos para a praça São Salvador, como mencionado acima, durante o dia não encontrávamos nenhum grupo, apenas um morador de rua, reconhecido como um dos mais antigos da cidade que ficava sempre acomodado atrás de uma banca de jornal. Este senhor muitas vezes avisava aos membros da equipe a chegada de pessoas de fora da cidade, ou fazia ele mesmo a condução para o Centro Pop, no entanto ele não costumava freqüentar o serviço.

Da praça São Salvador a equipe seguia para o último local de abordagem, em baixo da ponte Leonel Brizola (mais conhecida como ponte da “Rosinha”) onde um grupo de aproximadamente 6 pessoas havia montado um “acampamento” com cobertores presos em uma das paredes. Esse local era apontado pela coordenadora do Centro Pop como sendo um espaço de uso de crack e prostituição, no entanto em nenhuma das abordagens que estive presente presenciei o consumo aberto de crack, e

como haviam “abrigos” com os cobertores tampouco era possível afirmar quais atividades eram empreendidas ali. Nas abordagens diurnas o carro parava e a equipe tentava se aproximar, mas normalmente não encontrava ninguém. Durante a noite o carro parava longe, contavam-se quantas pessoas estavam ali e seguíamos para o Centro Pop. Um dos orientadores afirmou que isso se dava porque “eles olhavam de cara feia para a equipe”, o que provocava uma sensação de insegurança aos funcionários. Ao final da pesquisa esse local foi cercado com placas de alumínio, expulsando definitivamente os que estavam abrigados ali.

Todos os locais nos quais é feita abordagem, ou naqueles onde concentram-se moradores de rua, tem em comum a facilidade de acesso à água, comida e alguma forma de abrigo. Segundo os interlocutores, permanecer em grupo pode ser uma vantagem de proteção contra a violência de outros grupos de moradores de rua quando estão em conflito, da repressão da guarda ou mesmo da violência dos demais moradores da cidade. No entanto, estar em grupo não significa que haja uma unidade entre si, e as brigas internas eram constantes.

3.3.1 – Atendendo uma “Denúncia”

Durante o acompanhamento dos atendimentos do Centro Pop uma categoria que aparece com frequência é o recebimento de “denúncias”, essa categoria não diz respeito a aspectos criminais ou judiciários ou mesmo ao consumo de drogas, mas refere-se à presença indesejada de moradores de rua em determinados locais da cidade.

A denúncia se apresenta como categoria nativa que funciona como instrumento de controle social, e que impõe ao sujeito em situação de rua, por meio da ação de agentes que devem ter o interesse público por premissa, sua remoção do espaço que em tese também é público.

Como foi explicado pelos técnicos, tais “denúncias” normalmente ocorrem quando há presença de um morador de rua dormindo ou descansando em locais de maior visibilidade, geralmente na região central da cidade, nas calçadas em frente de algum estabelecimento comercial, ou debaixo do viaduto.

O que demonstra uma percepção dos espaços públicos como se fossem privados, de modo a requerer a remoção de outros indivíduos, baseando-se em características/condições julgadas pelos denunciante como premissas para que indivíduos possam ocupar ou não determinado local. Isto pode ser associado ao não reconhecimento de tais indivíduos como cidadãos portadores de direitos, ou ainda, por enxergá-los como alguma ameaça que justifique sua remoção. Ameaça esta pode ser, por exemplo, furto, assalto ou, simplesmente, pelo fato dos moradores de rua “espantarem os clientes”.

A categoria "denúncia" aparece ligada ao aspecto de sujeira do morador de rua, essas observações vão ao encontro dos achados de pesquisa de Medeiros (2015), partindo da perspectiva da antropóloga Mary Douglas, quando observa que não era o consumo de drogas o disruptor da noção de ordem no espaço público da capital mineira, mas noções de higiene. De acordo com a autora, “nessa condição, as diferentes instituições, os colocam nas pautas político-sanitárias, lançam mão de mecanismos de poder e dominação e interferem de forma repressiva sobre as suas vidas”. (Medeiros, 2015).

Segundo os técnicos do centro pop, as “denúncias” normalmente partem da Guarda Civil Municipal, de lojistas e de vereadores, que solicitam a retirada da(s) pessoa(s) do local, em um processo classificado por eles como “higienista”. Atender a uma “denúncia” é normalmente um processo que irrita os técnicos, principalmente quando ela parte da Guarda Municipal, irritação que é justificada por eles devido a ação de retirar moradores de rua das ruas não ser de responsabilidade dos técnicos, e ainda, ao atenderem tais solicitações são obrigados a realizarem relatórios constando o ocorrido.

Por tanto, tais atores significam as práticas “higienistas” como algo negativo, principalmente quando a demanda por tais práticas partem da Guarda Municipal. O que demonstra haver tensão na distribuição de responsabilidades que competem à Guarda Municipal ou aos técnicos do Centro Pop no que cumpre lidar com tais sujeitos.

3.4 – Abordagens do Consultório na Rua

As abordagens do CR seguiam os mesmo locais do Centro Pop, um dos motivos óbvios era que começaram a fazer sua abordagem acompanhando o primeiro grupo. Durante toda a pesquisa essa equipe não se constitui por completo, como mencionado na introdução, além disso, os três componentes da equipe possuíam outros empregos limitando os dias de abordagem para terças e quartas feiras. A equipe era composta por uma enfermeira - que era a coordenadora-, uma técnica em enfermagem, e um estagiário estudante de Serviço Social da UFF-Campos. Em 2014 todas as abordagens foram em conjunto com o Centro Pop e, a partir de abril de 2015 puderam contar parcialmente com um carro da Secretaria de Saúde. O objetivo do dispositivo tal como está no programa *Crack é Possível Vencer* era fazer atendimento em “cenas de uso de crack”, porém o consumo dessa droga na cidade difere da que normalmente é apresentada nos jornais sobre as “cracolândias” nas grandes cidades, notadamente no Rio de Janeiro e São Paulo.

Com isso, e também com a mudança de perspectiva do *Consultório de* para *na Rua*, o foco do atendimento não era o consumo de drogas, seja crack, outras drogas lícitas ou ilícitas. A falta de recursos disponibilizados também não permitia nenhum outro tipo de atendimento de atenção básica *in loco*, assim o trabalho da equipe consistia em levantar as demandas de atendimento de saúde da população de rua como consultas médicas, dentista, ginecologista, exames de sangue. Com a falta de veículo no primeiro momento, os moradores de rua recebiam uma ficha de encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde do Servidor (UBS), que era a referência para a equipe, porém eram constantes as reclamações dos *usuários* que ao procurar o serviço não conseguiam atendimento.

Em 2015 esse problema não mudou muito, como o carro não era garantido, muitas vezes marcava-se de encontrar com o *usuário* para encaminhá-lo ao atendimento na UBS, mas no dia marcado o carro poderia não estar disponível. Segundo relatou um dos membros da equipe, essa situação acabou levando a algumas situações “complicadas” para eles, pois num dos dias de abordagem, após terem “furado” com um *usuário*, encontraram-no alcoolizado na Praça da República. Nesse encontro, o *usuário* “despejou verdades desagradáveis”, o que teria levado outro membro da equipe a ficar irritado respondendo “que estava ali fazendo um favor para eles”. Segundo o relato, a

abordagem foi encerrada ali, e permaneceram sem ir à praça por algumas semanas. Já no final da pesquisa uma das *técnicas* do Centro Pop externou que a coordenadora do serviço também estava preocupada com essa situação do CR, pois os *usuários* poderiam começar a associar essas falhas do CR ao Centro Pop, visto que parte das abordagens aconteciam em conjunto.

3.4.1 – Uma questão de definição: chamar ou não de “cracolândia”?

Após um período sem ir a campo, no começo de 2015, telefonei para a coordenadora do Centro Pop para saber se as abordagens já haviam voltado a acontecer (em janeiro e fevereiro não tinha carro disponível), nessa ligação além de confirmar que o serviço havia sido regularizado, me informou que a equipe do CR passara a contar com carro próprio²⁴ e que agora estavam acessando uma “cracolândia”, mas que ali o Centro Pop não “chegava”.

Quando consegui fazer contato com a coordenadora do CR ela confirmou tais informações, reafirmando que estavam fazendo abordagens nessa “craconlândia”. Deixamos combinado para a semana seguinte que acompanharia à abordagem. A equipe utilizava uma sala anexa à Unidade de Acolhimento Infantil²⁵ (UAI) para suas reuniões, sendo também o local marcado para saída das abordagens. Apesar do CPV prever que o carro para as abordagens do CR deveria seguir um padrão, utilizando uma Kombi ou

²⁴ Também tentei contato com a coordenadora do CR, mas naquele momento não havia conseguido efetivá-lo.

²⁵ A Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil - UAI é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial que oferece acolhimento transitório às crianças e adolescentes de ambos os sexos, de 10 a 18 anos de idade, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Acolhe e oferece cuidados contínuos e de proteção para até 10 crianças e adolescentes, observando as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A permanência no serviço é de caráter voluntário. A UAI deve garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social para os usuários por até 6 meses, oferecendo a este público e seus familiares tempo e oportunidade para construir novos projetos de vida. Disponível em < <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/unidade-acolhimento-infantil.html> > Acessado em 05/09/2015.

Apesar dessa descrição, em um seminário público ocorrido em maio de 2015 a coordenadora do departamento de Saúde Mental do município afirmou que a UAI também recebia internações compulsórias. O que colocava em evidência o caráter involuntário da estadia desses jovens na unidade era que muitas vezes eles “fugiam” ou “evadiam”, como colocado pelos funcionários, em detrimento de simplesmente “sair” como uma escolha. Das poucas vezes em que estive na unidade, segundo o que me explicaram lá, alguns dos jovens estavam “internados” devido a ameaças a sua integridade no local de residência e não necessariamente devido a problemas com consumo de substâncias psicoativas. A UAI está localizada na Avenida Sete de Setembro, na região central do município.

uma van, o carro disponibilizado era um sedan de passeio, o que dificultava na hora de fazer encaminhamentos para as unidades de atendimento.

No dia marcado, logo na chegada à UAI encontrei com o estagiário da equipe do CR, enquanto aguardávamos o carro para a abordagem e as demais componentes da equipe, conversamos sobre o trabalho, seu progresso na universidade, viagens e projetos pessoais. Perguntei sobre a “descoberta” da referida “cracolândia”, sua reação foi de perguntar quem havia me falado sobre “cracolândia”, pois não queriam se referir ao local daquela forma. Explicou-me que era uma “cena de uso” localizada na margem do rio Paraíba do Sul do lado do distrito de Guarus, e que haviam criado um “vínculo²⁶” com uma usuária do local, ressaltando que se começassem a utilizar o nome “cracolândia” poderiam atrair a atenção da polícia ou guarda municipal para o local, o que ameaçaria tal “vínculo”.

Com a chegada do restante da equipe fomos fazer a abordagem começando por esse local, ainda no carro foi repetida a conversa que acabáramos de ter, com o estagiário repetindo a necessidade de não usar o termo “cracolândia”. Ao chegar no local era possível observar algumas barracas improvisadas entre a vegetação da margem do rio, a uns três metros abaixo do nível da rua. A equipe não desceu pela escada improvisada e começou a chamar pela pessoa já conhecida, sem obter resposta. Ficamos mais alguns minutos ali, observei que duas senhoras andavam ao longo desse trecho procurando por alguém, elas se aproximaram e disseram que estavam procurando pela filha de uma delas que já estava fora de casa havia dois dias. Como não conseguimos contato com nenhum usuário, seguimos para continuar a abordagem nos locais já mencionados anteriormente, adotando a mesma ordem das abordagens do Centro Pop.

Até o final da pesquisa acompanhei mais quatro abordagens ali, em nenhuma delas a equipe desceu até os barracos, sempre chamando pela mulher que era usuária de crack. Em apenas uma abordagem estive em contato com ela e pudemos conversar por alguns minutos afastados do restante da equipe. Nessa conversa, Raquel explicou a dinâmica do local, que ali permaneciam cerca de dez a quinze pessoas regularmente, mas que outras costumavam frequentar o local para fumar crack e depois seguiam para

²⁶ Rui (2012) observa que a noção de vínculo utilizada nos programas de redução de danos que acompanhou estava ligada a uma forma de relação de confiança entre a equipe e os usuários de crack atendidos. O contato que pude manter com alguns usuários dos serviços demonstraram que essa noção não está calcada apenas na confiança, mas também nas condições objetivas sobre o que esses serviços podem oferecer.

o trabalho ou para casa. Seu consumo de crack variava, principalmente, de acordo com o “sucesso” em pequenos furtos que fazia na região central da cidade, ou como dizia jocosamente “quando ia às compras”, variando de cinco a dez pedras por dia. Alguns interlocutores da rua já haviam me relatado que a aquisição de drogas ilícitas, muitas vezes, dependia de seu local de origem, por exemplo, alguém da favela Tira Gosto, em tese, não poderia freqüentar as *bocas* da favela Baleeira. Perguntei sobre isso a Raquel que me respondeu não haver esse problema pela sua origem, porém que não podia freqüentar algumas *bocas*, pois, era conhecida como *ladra*. Isso expõe que sua identidade não era marcada pelo uso de crack ou outra droga qualquer, isto é, não era a identidade de *crackuda* ou *maconheira*, *cachaceira*, mas a forma que utilizava para conseguir dinheiro era distintiva, segundo as representações locais.

Em outras abordagens nesta cena conheci outra mulher e seu companheiro, segundo eles nenhum dos dois era consumidor de crack, apenas *fumavam um*. Ela estava grávida e a equipe a havia convencido de fazer exames de pré-natal em um posto médico que ficava próximo dali. Levá-la ao posto apresentava o primeiro problema de se fazer a abordagem em um carro de passeio, pois não havia lugar para todos que estavam na abordagem e mais ela, o que demandava mais de uma viagem.

Posteriormente, numa conversa com a coordenadora do CR ela afirmava como havia sido importante (e um caso de sorte) o motorista que a prefeitura havia designado para acompanhar a equipe. Segundo ela, foi através dele que “descobriram” aquela cena, pois ele era voluntário em um grupo religioso evangélico que fazia “tratamento” com dependentes químicos.

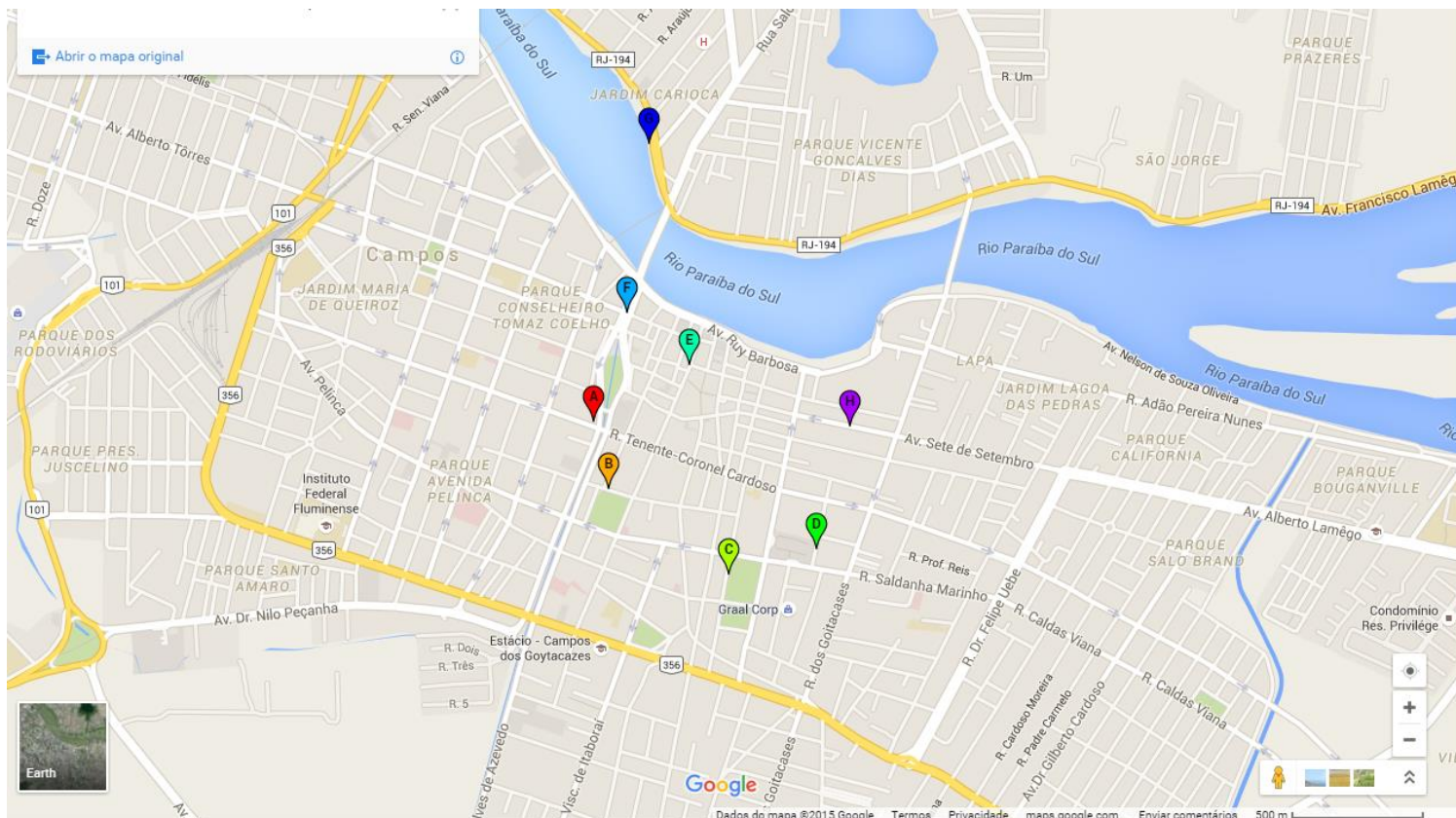


Figura 1 - Locais de atendimento Centro Pop-CR

- Ponto A: Centro Pop
- Ponto B: Rodoviária Velha/ Praça da República
- Ponto C: Jardim São Benedito
- Ponto D: Trianon
- Ponto E: Praça São Salvador
- Ponto F: Ponte “Rosinha”
- Ponto G: Cena de uso de crack: a “cracolândia”
- Ponto H: Unidade de Acolhimento Infantil

3.4. Articulação entre os eixos e a “rede” socioassistencial e de saúde

Um dos pontos centrais que buscamos investigar foi como se concretizaria uma política pública que busca articular a atuação de agências do Estado que historicamente atuam de forma distinta. A hipótese de partida, de que na prática essas articulações não ocorreriam, foi confirmada, mas além disto, foi possível perceber que a própria

existência de uma “rede” socioassistencial e de saúde, chamada na política de “intersetorialidade” também não existe tal como imaginada pela burocracia, em que há uma previsibilidade e protocolo que orientam as ações. As entrevistas com funcionários do *Consultório na Rua* e do *Centro Pop* revelaram que a “rede” é na verdade uma construção pessoal, dependente das relações pessoais desses funcionários para que os encaminhamentos e atendimentos fossem realizados.

Um aspecto interessante para pensar na existência dessa “rede” são os atores não institucionais que a compõem, como por exemplo o senhor morador de rua que encaminha pessoas recém chegadas na cidade para o CentroPop (ou indica para os profissionais indivíduos/grupos recém chegados). Outro exemplo é o motorista da equipe do CR que através de uma atividade privada, junto a um grupo religioso pode indicar à equipe do CR a existência da cena de uso chamada de “cracolândia”.

Em entrevista com uma das funcionárias do CR, ao questioná-la sobre a articulação com os setores da Assistência Social e da Saúde, respondeu-me que a relação é de “portas abertas”, porém, ressaltou que ao participar do Fórum do Consultório na Rua do estado do Rio de Janeiro, ouviu relatos de experiências que ela também vivenciava em sua rotina de seu trabalho a respeito da necessidade de “criação de rede”. Em suas palavras: “A gente sempre tem que criar rede. Eu nunca tenho uma coisa que eu posso te dar certeza que eu vou conseguir. Falam que é muito exaustivo, porque, é uma rede que você cria todos os dias”. Assim, pedi que explicasse o que significa “criar redes”.

Assim como eles falaram, a gente não pode ter uma rede tão aberta que passe tudo, e nem uma tão fechada que você tenha dificuldade. Então, vamos supor, eu não posso dar certeza pros meus usuários hoje, “Oh quarta feira eu tenho 5 fichas”, eu tenho que ir lá todas às vezes, ver se tá disponível..Foi uma rede que eu criei com ele. [...] Eu sou a ponte que cria uma rede entre o usuário e os dispositivos. Então assim, vamos supor: a gestante. Eu criei uma primeira rede pra um pré natal, então eu já sei aonde vou levar. Mas não foi uma coisa que alguém falou assim: “Vai lá que resolve”. Não, eu tive que sentar, conversar, expor. Por exemplo, atendimento dentário que eles pedem. Eu tô correndo atrás, então é uma rede que eu tô formando também, entendeu? Então, sempre que surge uma coisa, por mais que seja uma coisa que já tenha acontecido, a gente nunca tem certeza que é ali que você leva e assim que vai acontecer, sabendo que é uma coisa previsível. [...] Tá acontecendo aqui, acontece em qualquer lugar.

Em entrevista, outro funcionário do CR, ao ser indagado sobre como se dão as ações conjuntas entre as áreas de Saúde, Assistência e Segurança Pública previstas no Programa, argumentou que

Essa relação em conjunto, ela vem obedecendo essa tal neutralidade que as Políticas e as Portarias assumem, porém na sua essência, desse conflito entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista para a saúde. A perspectiva do projeto privatista é a da culpabilização do uso, é a perspectiva da criminalização do usuário, num momento que a sociedade reacende sua perspectiva e sua vocação conservadora motivada pelas elites desse país, iniciadas pelas elites desse país e que também são gerenciadas por essas elites. Eu penso que a inserção dos setores da Segurança é uma demanda requisitada pela classe média, que demanda segurança e educação à sua maneira.

Continuando a entrevista, perguntei: “Na ponta da linha, na prática, essas articulações acontecem?”

A gente tem dentro dessas Políticas o que eu chamo de “fetiche da parceria”, pela onda da precarização dos serviços públicos que nós vivemos a ideia de que “basta você querer que nós vamos trabalhar” “unir forças” independente de qual for o objetivo, ele está sendo a coqueluche das Políticas Sociais. A precarização é exatamente para isso, eu precarizo para que eu possa abrir para esses setores entrarem aqui dentro. Então a gente de certa forma vem tentando construir esse debate de que a perspectiva da Segurança Pública no trato do uso de substâncias é diferente da Assistência Social e da Saúde. Mas como a Política de certa forma nos impinge uma relação, essa relação também precisa ser construída. Esse tem sido um movimento com toda dificuldade no Brasil hoje, então dentro dessa construção a gente vem dialogando com os grupos coletivos, com a Assistência e com a Saúde sobre essa diferença nas abordagens.

Como foi observado, tal dificuldade de articulação com a polícia foi mencionada nas demais entrevistas realizadas com os funcionários do CR. A crítica está associada, na maioria das vezes, à prática de criminalização dos usuários por parte da polícia, assim a presença de tal instituição seria um obstáculo a mais nos momentos de abordagem, por serem atreladas a práticas repressivas e não assistenciais. Na sequência da entrevista, o mesmo funcionário argumentou:

A pobreza no Brasil sempre foi criminalizada, foi caso de polícia. Agora nós temos um Sistema Único de Assistência Social, que se fortalece a partir do Sistema Único de Saúde, mas é uma demanda reacendida pelo pensamento conservador.

Apesar das divergências entre os discursos das Secretarias de Saúde e Assistência Social e aqueles apresentados por representantes da Guarda Municipal, as reproduções de estigmas socialmente atribuídos a moradores de rua e usuários de crack

(categorias muitas vezes tratadas como equivalentes) estiveram presentes também nos discursos de membros da equipe do Centro Pop e Consultório de Rua.

O fato do uso de álcool e outras drogas ter sido evidenciado com maior frequência que o de crack ao longo da pesquisa, os discursos institucionais se direcionavam mais ao combate ao crack (sendo os moradores de rua de forma geral, compreendidos como parte desse grupo), tratando-o de forma semelhante à realizada pela mídia, do que às demandas das populações de rua de forma geral.

Ao final da pesquisa ficou constatado é que apesar do programa ser anunciado tendo como objetivo o investimento em dispositivos de atenção a saúde primordialmente oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na prática a parte que mais teve atenção no município foi no eixo Autoridade, com a aquisição dos equipamentos de segurança e o treinamento oferecido à Guarda Municipal, mesmo considerando isso tais equipamentos ainda não estavam funcionando quando terminei meu trabalho de campo. Esses problemas relativos ao programa não estavam restritos ao município de Campos. A meta de instituir 308 CR no país até 2014 está longe de ser atingida, em setembro de 2015 estão registrados apenas 129 CR. As metas para implementação dos outros dispositivos ligados a área da saúde também ficaram longe de ser atingidas. O que se observa é que na prática houve uma preponderância dos investimentos nas comunidades terapêuticas.

4 – O consumo de crack por quem vive nas ruas de Campos

Como já mencionei, ao acompanhar as equipes de abordagem nos locais que concentram pessoas em situação de rua e que supostamente seriam os locais onde se consome crack, durante quase um ano, o consumo de crack foi um dos únicos elementos não presenciados, o que me levava a acreditar, e as conversas com os funcionários confirmavam isso, que o consumo de crack entre essa população era baixo, mas por outro lado o consumo de álcool, principalmente cachaça estava presente em praticamente todos os locais de abordagem, independente do horário.

O desenvolvimento da pesquisa revelou que há uma série de moralidades que cercam o consumo do consumo de crack o que implica em outras modalidades de uso, diversas daquelas normalmente veiculadas pela imprensa, com cenas grandes de consumo como em São Paulo e Rio de Janeiro. A aproximação que pude ter com os moradores de rua, entre eles alguns usuários e ex usuários de crack permitiu conhecer parte dessa realidade, mas como não pude acompanhar de perto os horários em que estavam fazendo uso não foi possível analisar rituais de consumo e nem as práticas adotadas nesses momentos. O que se apresenta aqui são os discursos e representações sobre as modalidades de consumo de crack e outras drogas, lícitas ou ilícitas, suas relações com os espaços da cidade, os conflitos e a ausência desses com a Polícia e Guarda Municipal, assim como com os funcionários dos serviços públicos com que tem contato.

As moralidades sobre o consumo de crack fizeram com que essa droga em específico apresentasse regras específicas quanto ao seu consumo na cidade de Campos. Mesmo nos espaços em que ocorre seu comércio o crack ganhou um patamar diferenciado das demais drogas, nas favelas da cidade mesmo que o comércio esteja presente, o consumo apresenta uma série de regras e sanções que não se aplica a nenhuma outra droga, independente do *status* legal. Enquanto o consumo de maconha e cocaína é até certo ponto socialmente aceito nos espaços públicos das favelas, o consumo de crack é estritamente vedado. A justificativa normalmente apontada por meus interlocutores é a presença de crianças nesses espaços, assim o consumo deve ficar restrito ao interior das casas ou locais fora da visão dos demais, como no caso da favela Tira Gosto (uma das maiores da cidade) em que é permitido o consumo na beira

do rio Paraíba do Sul. Fora dos locais de venda de drogas a justificativa da presença de crianças também era acionada, como o consumo no banheiro do Mercado Municipal, na região central da cidade. Essa moralidade em torno das crianças também foi observada por Ygor Alves (2015) entre usuários de crack na cidade de São Paulo que buscavam a privacidade de barracos. A análise desenvolvida pelo antropólogo é apoiada na perspectiva de Norman Zinberg (1984), em que o uso controlado de drogas deve ser entendido como resultante da ação de sanções sociais e controles informais, desenvolvidos entre os usuários de drogas.

Nos demais espaços públicos da cidade o consumo de crack era de certa forma camuflado, sendo fumado em cigarros misturado com tabaco (chamado de *zirrê*) ou com maconha (chamado de *fristo*) o que permitia *manter o grau na disciplina*, como relatado por Pedro:

“Durante o dia o sujeito tem que dar uma *dichavada*, dá pra fumar na Praça do Liceu, do XV (Praça da República), mas tem que manter a *disciplina* para não ficar chamando a atenção. Normalmente fuma no cigarro ou no *fristo* que aí fica mais disfarçado, só quem conhece o cheiro que se liga. Mas dá pra fumar na lata ou no cachimbo também, mas o cara tem que ser rápido e se ligar onde está, aqui no Mercado (Municipal) rola de fumar no banheiro perto da peixaria, mas tem que ver se não tem criança por perto, se tiver e o cara for fumar os peixeiros já partem pra cima, é o que eu to falando tem que ficar na *disciplina* para não chamar atenção. Eu não gosto de fumar durante o dia por que fico muito noiado, tem muito movimento e eu acho que tem alguém me perseguindo, me olhando. A maioria não fuma durante o dia, o Ricardo é um que se tiver dinheiro pra fumar, vai fumar a hora que for, mas aí ele entra numa casa abandonada e só sai depois que acabar com a pedra.

4.1 A construção social do usuário de crack: Mendigo x Morador de rua – Crackudo x Usuário de Crack

Na chegada de um dos dias de trabalho de campo, encontrei com Marcelo, um homem negro de pouco mais de 35 anos de idade, que havia conhecido há poucos dias durante o atendimento e relatava que estava fazendo tratamento no CAPS AD por causa de seu consumo de crack. Ele esperava por informações sobre uma cirurgia que iria fazer na capital fluminense e, demonstrando-se chateado começou a contar sobre os

estigmas que cercam as pessoas na mesma situação que ele, em situação de rua e usuário de drogas:

M: As pessoas acham que morador de rua e mendigo é tudo a mesma coisa. Mas não é!

B: Como assim?

M: Olha só, o mendigo é aquele cara sujo, de cobertor nas costas, que sai por aí revirando lixo pra comer, come qualquer merda de comida podre, ele desistiu da vida, não consegue sair da rua, a **rua ganhou ele**. O morador de rua não. É o cara que tá na rua, mas que tá procurando melhorar, tá na rua por alguma adversidade, mas ele não desistiu. Sai para *manguear*, pede um dinheiro, uma ajuda. Mas ele anda limpo, toma banho procura um *trampo*. Mas é foda que a sociedade não vê isso, pra eles é tudo a mesma coisa. Você quer ver, é a mesma coisa que acontece com o usuário de crack.

B: Não entendi, me explica melhor isso?

M: As pessoas acham que usuário de crack é tudo igual, que é tudo bandido que vai te roubar pra comprar mais pedra. Essa é a diferença do crackudo pro usuário de crack. O crackudo é o cara que desistiu da vida, **perdeu pra pedra**, vive por conta de pedra, por isso não toma banho, não come direito e quando tá sem dinheiro ele não se importa se precisa roubar, dá o cu pra comprar mais pedra. O usuário de crack não, o cara pode até ter um problema pra se controlar, mas ele se preocupa em andar limpo, em comer, fazer outros *corres*, não é a pedra que manda nele, se precisa de uma grana ele vai lá e faz um *trampo*, descarrega uma caminhão, vigia ou lava uns carros, *mangueia*, mas não precisa roubar.

O relato de Marcelo apresenta as representações distintas que podem ser acionadas na tentativa de afastar-se do rótulo desviante caracterizados por ele como o **morador de rua e usuário de crack** como aquele que incorpora hábitos e práticas socialmente aceitos e assim atende a seus próprios desejos, e aqueles transgridem as normas sociais representado pelo **mendigo** e o **cracudo**, com hábitos e práticas socialmente reprovadas. Essas representações que distinguem os usuários de crack em diferentes categorias foram analisadas por Malheiros (2013) e Alves (2015) como sendo correspondentes ao tempo de uso, o *sacizeiro* ou *nóia* seriam aqueles que ainda não conseguem controlar o próprio uso, normalmente usuários inexperientes.

O relato de Marcelo não faz essa correspondência com o tempo ou experiência de uso, mas na capacidade de autodeterminação do sujeito em rejeitar o rótulo pejorativo. Essa construção também está ligada aos outros estigmas, o usuário de crack e/ou morador de rua, possuem certa margem para manipular a própria identidade, afastando-se do rótulo desviante (Becker, 2008) mas isso não significa que não estejam sujeitos à outras formas de estigmatização, como a racial por exemplo

Pedro apresentou-me elementos no mesmo sentido quando perguntei o que ele faz quando está com vontade de fumar crack mas não quer ou não pode.

“Eu bebo cachaça ou fumo um baseado, os efeitos são bem diferentes mas ajudam a tirar a vontade, a fissura do crack. O crack é foda, mas dá pra controlar, o sujeito tem que ter um pouco de cabeça, comer, tomar banho, ficar na moral. Se não ele se perde e a droga ganha.

Ou seja, elementos como a manutenção ou não de práticas consideradas higiênicas como tomar banho, ou comer alimentos limpos ou não, e ainda tentar arrumar emprego ou não, são características essenciais para delimitar tais categorias de diferenciação levantadas por eles. Os termos perdeu para a rua e perdeu para o crack, a droga ganhou, a rua ganhou são observados no mesmo sentido, refletindo uma fronteira de certa forma hierárquica entre aqueles que estão vivendo em condições consideradas melhores do que outros.

Passados um pouco mais de uma hora após essa conversa, encontro novamente com Marcelo na parte externa do Centro Pop e partilhamos um cigarro. Ele me conta que falta um pouco menos de um mês para sua cirurgia e que iria passar uns dias em Rio das Ostras, segundo ele porque lá o Centro Pop fica a poucos metros da praia, e que ficaria por lá para dar uma relaxada. Voltei a encontrá-lo pouco mais de uma semana depois e pergunto como estava, seguindo o diálogo:

M: Pô to de boa! A praia lá é top! Deu pra dar uma relaxada legal, agora eu vim aqui ver o esquema da cirurgia e também vou conversar com a advogada que contratei para me *encostar* no INPS, acho que já vai sair minha aposentadoria. Não é muita grana mas já dá pra fazer alguma coisa, né?

B: É, pelo menos é um dinheiro certo por mês...

B: Mas e o CAPS? Como que você fez esses dias que estava em Rio das Ostras?

M: Ah, eu fiquei sem ir, meu remédio pra ansiedade acabou mas eu fiquei de boa, tava sem grana! Rárárá!

(nesse momento ele chega mais perto e abaixa o tom de voz)

M: Mas eu to fumando uns *baseadinhos*, sabe como é, maconha dá uma relaxada...

Mais uma vez o discurso sobre o uso da maconha como mecanismo de controle sobre o uso de crack é acionado.

Nesse momento ele é chamado para o atendimento e eu fui tomar um copo de café na cozinha. Terminado o café fui para uma das salas de atendimento e não encontrei com Marcelo. Quando estava saindo para almoçar volto a encontrá-lo na parte externa do Centro Pop e pergunto como estava a situação de sua cirurgia, seguindo o diálogo:

M: Pô cara, não sei o que está acontecendo! A moça ali disse que a cirurgia tava marcada pra semana passada, que ligaram aqui lá do hospital dizendo que eu tinha que tá lá. Mas a cirurgia tava marcada pra semana que vem! Será que perdi a cirurgia? Me ajuda aí a ver isso?

B: Pô Marcelo, não sei se vou poder te ajudar, mas eu posso conversar a funcionária e pedir pra ligar lá pro hospital e ver isso direito.

M: Cara, será que remarcarão assim a cirurgia?

B: Também acho estranho avisar assim, em cima da hora, espera o pessoal voltar do almoço e nós vemos isso, pode ser?

M: Tudo bem, eu vou almoçar então e te espero.

Ah, voltei da advogada agora, deu tudo certo, o dinheiro deve sair amanhã já. Me ajuda aqui a fazer uma conta? Eu tenho que dar R\$ 250,00 pra ela, três parcelas de 250. Vê pra mim quanto que sobra?

B: Claro, me passa aí quanto que você vai receber.

M: São 770.

B: Então sobra 520.

A conversa se encerra, Marcelo caminha para a parte de trás do Centro Pop, onde são feitas as refeições, e eu saio para almoçar em um pequeno restaurante que fica próximo dali. Essa foi a última vez que encontrei com Marcelo, na volta do almoço, pouco mais de 30 minutos, ele já não estava lá. Conversei com o funcionário, um dos orientadores sociais, que havia dito para ele da cirurgia, ele tampouco sabia mais detalhes, apenas que ligaram do hospital dizendo que a cirurgia era “no dia seguinte” (sem saber ao certo que dia era esse). Esperei por Marcelo naquela tarde, mas como mencionei, não voltei a encontrá-lo até o final da pesquisa. Passados uns três dias estava conversando com um dos frequentadores do Centro Pop que sabia ser amigo de Marcelo. Pergunto se tem notícias dele, se ele tinha conseguido resolver o problema da cirurgia. Chamarei ele aqui de Beto:

Beto: Acho que ele não conseguiu resolver não. Ele recebeu uma grana aí, alugou um quarto num hotel e tava torrando com pedra, mas ele *tava de patrão*, tava indo de táxi pra pegar pedra na boca. Ele me chamou pra ficar lá com ele, mas eu não to afim não, já disse chega de pedra, “ta por fora isso”. Ele disse que tinha que ir no Rio resolver essa parada da cirurgia, acho que ele foi pra lá já.

Neste fragmento, quero chamar atenção não para o possível descontrole de Marcelo, como pode parecer num primeiro momento, mas em sua capacidade de administrar os próprios recursos, escolhendo um lugar seguro para desfrutar de sua droga de escolha. Reduzir o consumo de crack (ou qualquer outra droga) a uma forma de escapismo dos problemas ou como forma de alívio da fissura deixa de lado a parte fundamental no uso de qualquer droga, o prazer que ela proporciona.

4.2 Maconha é remédio!

No dia seguinte ao primeiro encontro com Solange (descrito na introdução) encontrei-me novamente com ela no Centro Pop quando saí da sala de atendimento para fumar um cigarro. Ela veio conversar comigo e *manguear* um cigarro, como era de costume, e logo no começo da conversa me pediu desculpas pelo dia anterior (por ter perguntando se fumava *um*), ao que respondi que não havia problema, expliquei minha situação de pesquisador ali e dos meus interesses de pesquisa. Começamos a conversar sobre sua história de vida, tempo na rua e consumo de drogas.

Eu comecei a ficar na rua com uns 8/9 anos de idade, eu morava em Cabo Frio e ficava uns dois ou três dias na rua. Com 11 anos eu saí definitivamente de casa e rodei tudo por aí. Agora mesmo eu to indo pra Bahia, tô indo procurar um baiano pra mim, mas um baiano bom!! Rárárá!!

Perguntei sobre o consumo de outras drogas que não a maconha (que já havia mencionado)

Já cheirei muito! Vish! Já fumei muita pedra, mas agora tô só na maconha. A pessoa tem que ter cabeça, tem gente que fuma pedra e perde a linha. Eu sempre falava que não dava pra ficar só na pedra o tempo todo. A pedra é foda, destrói o sujeito. Tinha que ter um hora pra comer, tomar um banho, não fico um dia sem tomar banho.

Falo para ela que minha primeira impressão era que o consumo de crack era baixo entre a população de rua em Campos, ao que responde: “você tá enganado, se rodar por aí vai achar”. Pergunto então por que, em sua opinião, não havia consumo aberto de crack na cidade, respondendo que não sabia. Ela estava um pouco agitada nesse momento, disse que ia procurar alguém para “fortalecer um baseado”, antes de sair diz:

Maconha é remédio! Eu parei de fumar pedra por causa da maconha. Olha, a maconha te dá apetite, relaxa e deixa de bom humor. E a pedra... á, não vou dizer que não é bom, mas é que te deixa muito paranóico, você acha que tem alguém atrás de você o tempo todo. E tu acaba gastando todo dinheiro com pedra por causa da fissura, já com a maconha não. Ontem eu comprei uma bucha de 10 (reais) e fiz cinco baseados, assim eu fico de boa, acho até que to um pouco chapada de ontem ainda.

Ela termina de falar repetindo “maconha é remédio!”, rindo e sai andando em direção à saída do Centro Pop. A observação de Solange sobre o uso de maconha como forma de aliviar a vontade de usar crack, ou até mesmo a substituição de uma droga pela outra tem sido observada por diversos autores (Da Silveira *et al* 1999; Raupp, 2011; Malheiros, 2013; Alves, 2015). Outros interlocutores da rua também relatavam essa associação, e além da maconha a própria cachaça servia como forma de aliviar a vontade de fumar crack durante o dia, em que os controles externos estavam mais presentes. O que reforça a ideia de formação de mecanismos próprios de autocontrole,

ou de migração para o consumo de outras drogas, como forma de auto-preservação, o que confronta a representação do usuário de crack como àquele que perde completamente o controle sobre sua vontade, e que na prática é o que sustenta as políticas de internação compulsória.

4.3 Conflitos com a Guarda Municipal e a relação com a Polícia Militar

Em um dos dias de trabalho de campo em que estava acompanhando o grupo de psicólogos do *Voz da Rua*, ainda no começo da pesquisa, encontrei com Diego que conhecia havia algumas semanas e trabalhava vigiando e lavando carros na parte dos fundos do Teatro Trianon. Perguntei para ele sobre o consumo de crack entre o grupo que costumava ficar ali

A turma daqui (Trianon, pelo menos até o começo de 2015) não fuma crack não, o pessoal daqui é da cachaça, mas tem um ou outro que cola com nós que fuma pedra mas fica na *disciplina* e não arranja problema. Mas você vê, a gente tava tomando uma cachaça aqui no gramado (parte dos fundos do teatro) e veio o guarda falar que não podia ficar ali, que tinha que sair. Mas naquela hora tinha um grupo de *playboy* fumando maconha ali debaixo da árvore (apontando uma árvore a uns 15 metros), mas não adianta discutir senão é pior pra nós... Eu acho que é uma questão social isso aí! Porra, eu pago imposto na minha cachaça, compro ela ali no mercadinho! Vem esse filho da puta desse guarda pra falar que *nóis num* pode ficar aqui? Porra! O *playboy* compra a maconha dele de quem? Ele ta sustentando tráfico e a gente não pode beber a cachaça?

Essa colocação de Diego serve como referência para as formas de inserção no espaço público, na gestão dos ilegalismos a possibilidade de um grupo de classe média ou alta utilizar maconha sem ser incomodado pode ser visto como uma expressão da hierarquia presente no espaço público. Nesse exemplo, percebe-se uma prática de distinção de tratamento de acordo com a classe social a qual determinados indivíduos são atribuídos, e está menos associada a legalidade e a quem se apropria daquele espaço, caracterizada por Diego como uma “questão social”.

A concepção que é o usuário que mantém o tráfico de drogas foi ampliada na fala de Pedro

Pô, seu eu *manguear* aqui no sinal rapidinho eu consigo trinta conto, aí é fácil já são três pedras. A própria sociedade ajuda a manter o tráfico por que dá dinheiro. É difícil você ver alguém chegar e falar, ‘ei, ta com fome? Vem aqui que te pago um lanche’. Tem gente que já chega e fala, ‘toma aqui, compra lá sua cachaça, sua maconha, sua pedra eu sei que é isso que você vai fazer mesmo

Depois de descrever essa relação com a guarda, perguntei como era a relação com a Polícia Militar, pois o batalhão da PM fica localizado a um quarteirão dali. Segundo ele a polícia nunca havia criado problemas com o grupo, pois “*ficavam na disciplina*”, relatava que alguns policiais ainda deixavam quentinhas para eles com certa frequência. Segundo Diego “*ficar na disciplina*”, mantendo o lugar limpo, não fazendo as necessidades fisiológicas naquele espaço, “sem algazarra” como um forma de etiqueta seria o motivo de não haver conflitos com a Polícia Militar

A gestão dos ilegalismos na relação entre a polícia militar e os usuários de crack em situação de rua aparece também numa conversa com Pedro, um homem de 27 anos que normalmente não ficava em grupo, apesar de se relacionar com o pessoal da praça da República:

A polícia não ta nem aí com o cracudo, se ele pega o cara e leva pra delegacia vai levar *esporro* do delegado. O delegado vai falar “porra vai me trazer mendigo?! Leva essa porra daqui, eu quero traficante, quero droga em quantidade, arma, estelionatário, homicida...”. Há pouco tempo um amigo meu quase rodou por “associação ao tráfico”, o cara é usuário mas tava fumando perto da boca, aí a polícia chegou *de bicho* e pegou uma galera. Esse meu amigo conseguiu se livrar por que tava com um cachimbo no bolso que não tinham achado na hora da dura.

A fala de Pedro abre um diálogo com a pesquisa de Policarpo, Veríssimo e Grillo (2011) e Veríssimo (2011), ao analisar as situações da *dura* e do *desenrola*, considerando as drogas como uma mercadoria política, numa situação em que a polícia tem o poder de negociar a classificação de um sujeito como usuário ou traficante de

acordo com a Lei de Drogas (11.343/2006). Por um lado o desinteresse da polícia civil na criminalização de um pária social, e por outro a limitação que seria tentar negociar alguma vantagem econômica pelos policiais militares. As diferenças nas relações entre usuários de drogas, policiais civis e militares e guardas municipais na cidade do Rio de Janeiro (analisada pelos autores citados acima) e Campos dos Goytacazes evidenciam como essas relações não são uniformes e variam com uma série de fatores sócio-culturais. De acordo com Veríssimo (2011) em pesquisa realizada no município de São Gonçalo – região metropolitana da cidade do Rio de Janeiro – os policiais militares costumavam lançar mão de métodos mais violentos em relação aos usuários de crack, pois eram vistos como aqueles que mais contribuía financeiramente com o tráfico de drogas. Por outro lado, na cidade de Campos, o que esta pesquisa vem evidenciado é o que o morador de rua/ usuário de crack é interpretado como um problema de ordem urbana, daí os conflitos centrados na relação com a Guarda Municipal.

Outro ponto importante de se destacar na fala acima diz respeito à própria noção de estigma, tal como formulada por Goffman, quando o autor fala que não se trata da presença ou ausência de um atributo em si, mas de uma “linguagem de relações”. O fato do amigo de Pedro ter sido identificado como usuário, após a descoberta do cachimbo em seu bolso, funcionou positivamente a seu favor, ou seja, ao inverso de um “estigma” como uma relação identitária negativa, o que evitou sua classificação enquanto “traficante”.

Por fim, gostaria de problematizar a noção expressa na CPV de “reinsere socialmente usuários e dependentes” de crack. Essa noção, como foi apresentada nas falas dos *técnicos* e funcionários do CR está ligada a uma noção de ordem, ligada ao mundo do trabalho e da família, como tipos ideias a serem seguidos. A conversa Douglas, um ex-usuário de cocaína injetável que trabalhava como redutor de danos em uma Organização Não Governamental e acabou virando um usuário contumaz de crack como essa noção também pode ser problemática.

D: Minha forma de ficar longe do crack vai ser essa, quero viver da minha arte, das minhas poesias viver do que penso, de pessoas ouvirem o que penso e discutir sobre isso me dá muito prazer, quero fazer os *mangueiros* no sinal como palhaço. Pra mim, estar fora da

sociedade, vivendo na margem da sociedade, não ter patrão e gente me enchendo o saco é que me ajuda a ficar longe do crack.

B: E esse é um dos objetivos das políticas de drogas...

D: É, cabe às instituições tentar te reintegrar à sociedade, na verdade todas elas supõem que você tem que arrumar um emprego e seguir um padrão e tal. Eu não consumo crack hoje por que eu não estou integrado à sociedade. Por que hoje eu não sou obrigado a rezar no pé de ninguém, se alguém me chama pra ir pra igreja ou falar de deus para mim eu ponho a minha opinião. Eu não planejei meu dia hoje, daqui a pouco eu vou pra praça, me maqueio, se fizer 20 conto e quiser parar eu paro, ou continuo, e amanhã nem sei o que vou fazer e depois de amanhã também não. Para mim, isso deu certo porque fazia parte da minha cultura, era o que eu fazia antes, viajar por aqui e por ali

Nesse capítulo, busquei trazer, mesmo que de forma breve, alguns relatos que revelam diversas questões relativas ao consumo de crack e outras drogas. A pesquisa acabou apontando para uma série de questões que não puderam ser aprofundadas devido ao tempo disponível para a realização da pesquisa e também porque não era esse o objetivo original da investigação, mas que acabou complementando as análises empreendidas.

Considerações Finais

Esta pesquisa teve como objetivo analisar as práticas de atendimento a usuários de crack no município de Campos dos Goytacazes após a implementação do *Programa Crack é Possível Vencer* do Governo Federal em 2014. Focando na atuação dos burocratas de nível de rua, aqui representados pela equipe do Consultório na Rua em conjunto com o Centro Pop, Polícia e Guarda Municipal e que de acordo com o plano ocorreriam em conjunto, no intuito de compreender como as representações das equipes sobre a política pública e o consumo de crack repercutiriam no atendimento do público alvo.

Como demonstrado no início do trabalho a Política de Drogas no Brasil traz elementos concorrentes entre si, oriundos da perspectiva ligada ao “proibicionismo” e a “guerra às drogas”, pautada pela segurança pública, e a perspectiva de atenção à saúde ligada pela política de redução de danos. Essas perspectivas deveriam dialogar entre si com a implementação do Programa Crack é Possível Vencer, no entanto, o que podemos observar na prática, ao menos no município de Campos dos Goytacazes, é que as representações desses burocratas tornam as ações em conjunto inviáveis. Os conflitos oriundos dessas representações foi mais bem evidenciado na relação entre os serviços de assistência social e saúde (Centro Pop e Consultório na Rua, respectivamente) de um lado e da Guarda Municipal do outro. Esses conflitos foram referentes à forma como cada agência deveria pautar seu atendimento e a própria concepção que cada uma faz do “problema” entre saúde pública, ordem urbana e criminalidade.

Dessa forma, mesmo com as limitações impostas à pesquisa, devido ao tempo de implementação do CPV e dos respectivos dispositivos no município foi possível alcançar o objetivo inicial, verificando que a proposta do programa de uma atuação conjunta entre essas agências torna-se pouco factível na prática.

Um dos elementos verificados referente ao que se intitula “rede socioassistencial e de saúde” é que essa rede não se apresenta como um elemento da burocracia do Estado. Mas na verdade uma construção feita entre burocratas dos diversos dispositivos e outros elementos não institucionais como o motorista e o morador de rua que compõem articulação, mostrando que a rede não é o que fala a burocracia. Interessante pensar como esses atores não institucionais, e que são colocados fora da política podem

ser importantes nessas articulações e troca de saberes local. A pesquisa de Domanico (2006) por exemplo, demonstra como a participação de usuários e ex usuários de drogas nos programas de redução de danos por ela acompanhados era essencial para atingir o público alvo.

No âmbito nacional, foi notório o maior incentivo direcionado para as comunidades terapêuticas em relação aos investimentos nas instituições públicas voltadas para a redução de danos, apesar de originalmente o programa ser baseado na *Política de Redução de Danos*. Além disso, apesar do programa instituir-se com foco na questão do tratamento, em Campos, a segurança foi a esfera pública que “mais avançou”, pois a ela foi destinada a maior parte da verba, voltadas à aquisição de ônibus, câmeras de vigilância e demais equipamento para guarda municipal.

Apesar dos investimentos em equipamentos de repressão, o pouco conhecimento das equipes profissionais das instituições de saúde e assistência social sobre o consumo de crack, somado ao que a pesquisa demonstrou em relação ao perfil desses usuários, sugere que as práticas repressoras e de vigilância, ao contrário de oferecer assistência, colabora para o caráter “oculto” dos usuários, apontado pelas próprias equipes profissionais como fator que dificulta a prestação de serviços. Assim como observado na pesquisa realizada pela FIOCRUZ, pude observar em Campos um elevado número de pessoas egressas do sistema carcerário, ou seja, o próprio Estado gera parte da população que está em situação de rua.

Ao término da pesquisa a maior parte dos dispositivos previstos não havia sido implementado e o comitê gestor havia se reunido uma única vez ao longo do ano, somado a isso, a diminuição do enfoque midiático em torno do consumo de crack parecem ser indícios de um abandono do Programa Crack é Possível Vencer.

Sobre o consumo de crack, este revelou uma série de especificidades distintas daquelas comumente apresentadas pelo senso comum e divulgadas pela mídia. São exemplos dessas representações o fato dos usuários não apresentarem, necessariamente, ruptura com os laços familiares ou com o trabalho, característica que legitima a necessidade de políticas de reinserção dessas pessoas. O consumo de álcool e outras drogas mostrou-se mais frequente e constante que o uso de crack, embora não fossem tratados com o eufemismo da epidemia, nem serem o alvo de políticas específicas.

Outra questão importante é a evidência de falta de treinamento observada pelos próprios funcionários que trabalham para o Programa. Além da própria afirmação deles com relação a isso, foi possível perceber em seus discursos certa falta de conhecimento sobre alguns temas básicos que envolvem o trabalho que realizam, o que muitas vezes transforma sua atuação em algo instintivo, segundo seus próprios relatos. Este ponto é importante, pois toca na questão da formação profissional que vai além da capacitação que deveria ser oferecida aos funcionários quando são contratados. A maioria dos profissionais entrevistados tem formação em enfermagem, psicologia ou serviço social, áreas que abrangem em sua atuação profissional trabalhos relacionados à saúde mental, porém, pode-se perceber que a minoria dos cursos apresenta a seus alunos conhecimento crítico, tanto teórico como prático a respeito desse ofício.

Por fim, é importante ressaltar algumas limitações e ressalvas quanto ao uso da teoria do desvio e estigma tal como formulada por autores como Goffman e Becker. Ambos autores produziram seus trabalhos em contextos culturais diversos ao brasileiro, assim as noções sobre “norma”, “desvio” e “aplicação das regras” correspondem ao contexto cultural estadunidense, que é caracterizada por ser uma sociedade individualista e igualitária, e portanto as “regras” são aplicadas universalmente. No caso da sociedade brasileira, estruturalmente hierárquica e desigual, as regras são criadas e aplicadas de forma desigual, particularizadas e prescindem da autoridade interpretativa para sua aplicação (Kant de Lima, 2007, 2011).

Referências Bibliográficas

ALBURQUEQUE, Bernardo Starling. “Idade doida da pedra”: Configurações históricas e antropológicas do crack na contemporaneidade. in.: Crack: um desafio social / Organizadores: Luis Flavio Saporì; Regina Medeiros. Minas Gerais: Ed. PUC Minas: 2010.

ALVES, Ygor Diego Delgado. Jamais fomos zumbis: contexto social e craqueiros na cidade de São Paulo. Tese de doutorado em antropologia, PPGA/UFBA. Salvador, 2015.

BARROS, Tatiane Vieira; ALCANTARA Jaína Linhares. Reflexões metodológicas sobre a experiência com o mapeamento do perfil de usuários de crack no Nordeste do Brasil. in: Labate, B. C., Policarpo, F., Goulart, S. L. e Rosa, P. O. (orgs). Drogas, políticas públicas e consumidores. Campinas: Mercado de Letras, 2016 (no prelo).

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neileane (orgs). Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais? - Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BECKER, Howard S. Outsiders: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro, Zahar Editora, 2009.

BOURGOIS, Philippe. In Search of Respect: selling crack in El Bario. Cambridge University Press, 1997.

BOURGOIS, Phillippe; SCHOMBERG, Jeff. Righteous Dopefiend. University of California Press, Los Angeles, California, 2009

BRASIL. Programa Crack: é possível vencer. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html> . Acessado em: 11/01/2015.

CHARTIER, Roger. História Cultural entre Práticas e Representações. Trad. portuguesa. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil/Lisboa: DIFEL, 1990.

_____. O mundo como representação. Revista Estudos Avançados (11) 5, 1991.

CYPRESTE, Artur D. Crime e Trabalho no Brasil: O Controle das Drogas Entre a Primeira República e o Código Penal de 1940. Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política em 2010 na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. 2010.

DOMANICO, Andrea. Craqueiros e Cracados: bem vindos ao mundo dos nórias. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, 2006.

ESCOHOTADO, Antonio. Historia General de las Drogas. Espasa Calpe: 2009

FANTAUZZI, Gustavo dos Santos; AARÃO, Bruna de Fátima Chaves. O advento do crack no contexto político brasileiro. in.: Crack: um desafio social / Organizadores: Luis Flavio Saporì; Regina Medeiros. Minas Gerais: Ed. PUC Minas: 2010.

FIGLIARELLI, Maurício. Uso de “drogas”: controvérsias médicas e debate público. Campinas: Mercado das Letras, 2007.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir. Petrópolis. Vozes: 2004

_____. Segurança, Território e População. Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo, Martins Fontes editora, 2008.

GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

_____. Ritual de Interação. Petrópolis, Editora Vozes, 2011.

GOMES, Luis. Flávio. Drogas, descriminalização e princípio da insignificância. Disponível em <http://lfg.jusbrasil.com.br/noticias/2095217/drogas-descriminalizacao-e-principio-da-insignificancia>. Publicado em 25/02/2010
Acessado em 11/01/2015

LIMA, Lana Lage da Gama ; SILVA, Sabrina Souza da. O Programa de Justiça Terapêutica do estado do Rio de Janeiro. Estudos de Sociologia (São Paulo), v. 17, p. 375-398, 2012.

LIPSKY, Michael. Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in Public Services. New York, Russell Sage Foundation, 2010.

LOPES, Eva Patricia. O enquadramento do crack na mídia impressa nacional: um estudo sobre segurança e saúde pública. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde. Universidade de Brasília, 2012.

MACRAE, Edward. Prefácio. In: “Crack: contextos, padrões e propósitos de uso”. MACRAE, E. et al (org.).s Salvador: EDUFBA: CETAD,2013.

MATTOS, Márcio Júlio da Silva. A inserção da segurança pública no Programa Crack é Possível Vencer. Encontro Internacional Participação, Democracia e Políticas Públicas: aproximando agendas e agentes, Araraquara, 2013.

MIRANDA, Ana Paula Mendes de et al. Antropologia e Políticas Públicas: notas sobre a avaliação do trabalho policial em Delegacias Legais. 2005.

MEDEIROS, Regina de Paula; GONÇALVES, Luis Henrique Francelino; SILVA, Carlos Eduardo. Sujos, itinerantes e drogados: etnografia sobre vida na rua e uso de drogas. Maceió: REA/ABANNE, 2015. Anais.

MORGAN, John P.; ZIMMER, Lynn. The Social Pharmacology of Smokeable Cocaine: Not All It's Cracked Up To Be. in: Crack in America: demon drugs and social justice / Edited by Craig Reinerman and Harry G. Levine. University of California Press, 1997.

NADELMANN, Ethan, A. Drug Prohibition in the U.S.: Costs, Consequences, and Alternatives. in: Crack in America: demon drugs and social justice / Edited by Craig Reinerman and Harry G. Levine. University of California Press, 1997.

NAPPO, S. A.; GALDUROZ, J. C. F.; NOTO, A. R.. Crack Use in São Paulo. Substance Use & Misuse, New York, n 31, v , pp 565-579, 1996.

NERY, Antonio Filho; SOARES, George Gusmão; NUÑES, Maria Eugenia; MACRAE, Edward. Diálogo com Dr. Antonio Nery Filho, George Gusmão Soares, Maria Eugenia Nuñez e Edward McRae sobre crack. in.: Crack: contextos e propósitos de uso / McRae, organizadores [et al]. Salvador: EDUFBA: CETAD,2013.

NERY, Antonio Filho. Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua / organizadores: Antonio Nery Filho, Andréia Leite Ribeiro Valério. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.

KANT DE LIMA, R. A polícia do Rio de Janeiro: seus dilemas e paradoxos. Rio de Janeiro, 1995.

KARAM, Maria Lúcia. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In Labate, Beatriz Caiuby *et al.*(org) Drogas e Cultura: novas perspectivas. Salvador, EduFBA. 2008

OLMO, Rosa Del. A face oculta da Droga. Rio de Janeiro, Editora Revan, 1991.

POLICARPO, F. O Programa Justiça Terapêutica da Vara de Execuções Penais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007. Dissertação de Mestrado em Antropologia. Universidade Federal Fluminense.

Policarpo. F. O consumo de drogas e seus controles: uma perspectiva comparada entre as cidades do Rio de Janeiro, Brasil, e de San Francisco, EUA. Tese de Doutorado. Niterói, Programa de Pós Graduação em Antropologia, 2013

VERISSIMO, M. A nova lei de drogas e seus dilemas. Apontamentos para o estudo das formas de desigualdade presentes nos interstícios do ordenamento jurídicopenal brasileiro. Civitas – Revista de Ciências Sociais, vol. 10, n. 2, Porto Alegre, 2010.

_____. A lei e a moral: apontamentos para o estudo da lógica jurídicopolicial no Brasil. In: Jornadas de Investigación en Antropología Social, V. Buenos Aires, 2008.

_____. Quem são os 'cracudos'? Apontamentos para o estudo antropológico de 'problema social'. DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social, 2015.

RAUPP, Luciane; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Circuitos de *crack* na região central da cidade de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011.

REINARMAN, Craig; LEVINE, Harry G. America's Latest Demond Drug. in: *Crack in America: demon drugs and social justice* / Edited by Craig Reinerman and Harry G. Levine. University of California Press, 1997.

_____. The Crack Attack: Politics and Media in the Crack Scare. in: *Crack. in America: demon drugs and social justice* / Edited by Craig Reinerman and Harry G. Levine. University of California Press, 1997.

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

_____. Série Pensando o Direito. Tráfico de Drogas e Constituição. Projeto Pensando o Direito. Nº 1/2009.

RUI, Taniele. *Corpos Abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack*. Tese de doutorado em Antropologia, Universidade Estadual de Campinas 2012

SAPORI, Luis Flavio; SENA, Lúcia Lamounier; SILVA, Bráulio Figueiredo Alves. A relação entre o comércio do crack e a violência urbana na região metropolitana de Belo Horizonte. in.: *Crack: um desafio social* / Organizadores: Luis Flavio Saporì; Regina Medeiros. Minas Gerais: Ed. PUC Minas: 2010.

SINHORETTO, Jacqueline. Campo estatal de administração de conflitos: reflexões sobre a prática de pesquisa para a construção de um objeto. In: *Reunión de Antropologia del Mercosur, VIII.*, Buenos Aires, 2009.

TELLES, Vera. Nas dobras do legal e ilegal: ilegalismos e jogos de poder nas tramas da cidade. *Revista Dilemas*: Vol. 2, nº 5-6 2010 - pp. 97-126

ZIMBERG, Norman. *Drug, Set, and Setting: the basis for controlled intoxicant use* Yale University Press: 1984.