



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO –
UENF
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM – CCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS – PPS**

**O PROBLEMA DO CRACK: políticas sociais, intervenções e o cenário de Miracema –
RJ.**

WARLLON DE SOUZA BARCELLOS

**CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ
MARÇO – 2016**

O PROBLEMA DO CRACK: políticas sociais, intervenções e o cenário de Miracema – RJ.

WARLLON DE SOUZA BARCELLOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Políticas Sociais do Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense, como partes das exigências para obtenção do título Mestre em Políticas Sociais. Orientadora: Dr^a. Vera Lúcia Marques da Silva

**CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ
MARÇO– 2016**

APROVADO: __/__/__

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Marques da Silva (Orientadora)
(Doutora em Saúde Coletiva – UERJ)
Universidade Estadual do Norte Fluminense

Prof^a. Dr^a Teresa de Jesus Peixoto Faria
(Doutora em Études Urbaines - Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales)
Universidade Estadual do Norte Fluminense

Prof^o. Dr^a Shirlena Campos de Souza Amaral
(Doutora em Ciências Sociais e Jurídicas – UFF)
Universidade Estadual do Norte Fluminense

Prof^o. Dr^o. Marco José de Oliveira Duarte
(Doutor em Serviço Social – UERJ)
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, minha esposa que sempre acreditou que era possível realizar este sonho, meu irmão que também contribuiu e minha mãe pela educação que me proporcionou.

AGRADECIMENTOS

Neste momento só tenho a agradecer as pessoas que estiveram ao meu lado me apoiando. Quero agradecer a Professora Vera Marques pela disponibilidade e interesse em realizar este trabalho junto comigo, pois sem as suas contribuições não seria possível.

Gratidão ao Programa de Pós Graduação em Políticas Sociais da Universidade Estadual do Norte Fluminense, por ter me acolhido e visto que era possível realizar este trabalho, o meu muito obrigado a todos os professores.

Agradeço aos componentes de minha banca, ao Professor Marcos Duarte por no decorrer deste processo ter me ajudado com diversas literaturas que contribuía para o trabalho, pela amizade e motivação.

Professora Teresa Peixoto também sempre muito receptiva em todos os momentos, disponível para me ouvir e contribuir para minha trajetória acadêmica, muito obrigado mesmo.

A Professora Shirlena Amaral, sempre se mostrou muito receptiva, amiga e sempre me motivando a buscar as minhas conquistas, fico sem palavras para descrever.

Não posso deixar de citar aos amigos de sala de aula que sempre compartilhamos juntos todas nossas angústias e medos em todo este processo de construção de nosso conhecimento, em especial Suelen, Millany e Karolyna. A turma de 2014 vai deixar saudades.

A minha esposa que sempre compreendeu todas as minhas ausências, angustias e necessidades de me ausentar pelos meus estudos.

Ao meu irmão e minha mãe o meu muito obrigado pelo carinho dedicado em todo este momento e também pela compreensão de minhas ausências.

A toda equipe do CAPS de Miracema pela disponibilidade e aos que contribuíram de alguma maneira para este trabalho. Aos entrevistados obrigado pela disponibilidade e atenção neste momento.

Agora próximo ao fim desta etapa tão importante e sonhada em minha vida chego a conclusão que valeu a pena cada momento que vivi. Quando olhamos para o nosso lado e vemos algu que está sempre presente, pessoas que nunca nos deixa desanimar, só podemos estar gratos. Amigos que nos dão palavras de coragem e que lutam para nos ver felizes, são raros hoje em dia. E eu tive a sorte de encontrar vocês, qual luz para meu caminho e tesouro para meus dias. Por vocês e com vocês o meu dia foi ainda mais especial e alegre, e seu carinho demonstrado das mais variadas formas, aqueceu o meu coração e colocou vários sorrisos em meu rosto.

Quem tem pessoas como vocês, tem a certeza da alegria, do amor, e do conforto da amizade sincera. De coração, eu agradeço a todos vocês!

EPÍGRAFE

Fé na vida,
Fé no homem,
Fé no que virá!
Nós podemos tudo,
Nós podemos mais
Vamos lá fazer o que será
Gonzaguinha

RESUMO

BARCELLOS, W. S. O PROBLEMA DO CRACK: políticas sociais e as intervenções em Miracema – RJ. Campos dos Goytacazes, RJ: Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF, 2016.

O tema central desta dissertação é a discussão sobre o problema do crack, abordando a realidade de Miracema, município da região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro e as ações realizadas no atendimento aos usuários de crack. Tendo como modelo as diretrizes da Política Nacional de enfrentamento ao crack, analisou-se de que forma as políticas públicas deste município tem enfrentado a recuperação destes, buscado sociabilidades ampliadas, bem como as ações que estão sendo desenvolvidas para prevenção e combate ao tráfico de tal droga. Utilizou-se o método de análise de narrativas e reconstrução de histórias de vida (ROSENTHAL, 1993), com entrevistas de homens e mulheres em situação de vulnerabilidade social e histórico de consumo de substâncias psicoativas. Os dados foram analisados a partir dos textos transcritos das entrevistas, narrativas biográficas e dos prontuários do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial de Miracema) dos usuários, bem como de entrevistas com agentes institucionais e gestores da saúde e assistência social do município. Ressaltamos a importância do fortalecimento da RAPS enquanto uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento de uma articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de drogas no SUS. Os resultados encontrados apontam alguns fenômenos que configuram o uso de drogas, e em especial o uso de crack, como uma nova expressão da questão social. Um dos fenômenos é o processo de juvenização do uso das drogas, com o envolvimento cada vez maior dos jovens. Outro fenômeno é o da feminilização, com a participação crescente das mulheres no uso do crack. A pauperização, com sua vertente de analfabetismo, é outro fenômeno importante. Por último, esta pesquisa revela o fenômeno da interiorização, no qual há que se formularem políticas específicas que não sejam obstaculizadas pelo número da população. Em suma, fica claro que em Miracema há que se formularem políticas sociais capazes de contemplar de maneira efetiva e equitativa, respeitando as diferenças regionais, além das de gênero, os usuários de crack. Os dados deste estudo de caso apontam diversas variáveis, como racismo, pobreza, desigualdade social, negação de direitos sociais. É sugerido, portanto, que o crack seja apenas mais uma variável. Neste entendimento, o crack não criaria a pobreza e o seu uso excessivo seria consequência e não causa das condições de vida dos usuários.

Palavras-chaves: crack, políticas sociais, desigualdades e pobreza.

ABSTRACT

BARCELLOS, W. S. O PROBLEMA DO CRACK: políticas sociais e as intervenções em Miracema – RJ. Campos dos Goytacazes, RJ: Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF, 2016.

The central theme of this thesis is the discussion of the crack problem, addressing the reality of Miracema, municipality of Northwest region of the State of Rio de Janeiro and the actions taken in compliance with crack users. Modeled on the guidelines of the National Policy for confronting crack, he analyzed how the public policy of this municipality has faced the recovery of these, sought enlarged sociability and the actions that are being developed to prevent and combat trafficking in such damn it. We used the method of analysis of narratives and reconstruction of life stories (ROSENTHAL, 1993), with interviews of men and women in situations of social vulnerability and history of substance use. Data were analyzed from the transcribed texts of the interviews, biographical narratives and records of CAPS (Psychosocial Care Center Miracema) users as well as interviews with institutional agents and managers of health, social care, education and public safety County. The results show some phenomena that shape the use of drugs, especially crack use as a new expression of the social question. One of the phenomena is the juvenização process of drug use, with the increasing involvement of young people. Another phenomenon is the feminization, with the increasing participation of women in crack use. Pauperization with its illiteracy side, is another important phenomenon. Finally, this research reveals the internalization phenomenon in which it is necessary to formulate specific policies that are not hampered by population number. In short, it is clear that in Miracema we must formulate social policies that contemplate an effective and equitable manner, respecting regional differences, in addition to gender, crack users. Data from this case study point to several variables, such as racism, poverty, social inequality, denial of social rights. It is therefore suggested that the crack is just one variable. In this understanding, the crack would not create poverty and its excessive use would result and not because of the living conditions of users.

Keywords: crack, social policy, inequality and poverty.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 – Pacientes na Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi	19
FIGURA 02 – Evolução do envolvimento feminino com o crack	39
FIGURA 03 – Mapa de Miracema e municípios ao redor	47
FIGURA 04 – Mapa do Município de Miracema – RJ	49
FIGURA 05 – Conformação da Rede de Atenção aos usuários de drogas	63
FIGURA 06 – Modelo para o trabalho em Rede	64
FIGURA 07 – Fluxograma das ações em Rede para álcool e outras drogas	65
FIGURA 08 – Rede de Atenção à Saúde Mental	67
FIGURA 09 – Atos de aplicação de medidas sócio educativa	83
FIGURA 10 – Apuração de ato infracional	83
FIGURA 11 – Residência dos adolescentes	84
FIGURA 12 – Local de ocorrência dos atos infracionais	85
FIGURA 13 – Os adolescentes em acompanhamento pelo CREAS	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS**
- ABORDA - Associação Brasileira de Redutores de Danos**
- AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**
- ALERJ – Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro**
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**
- CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras drogas**
- CASM – Centro de Atenção à Saúde da Mulher**
- CEAD - Conselho Estadual Antidrogas do Rio de Janeiro**
- CONAD - Conselho Nacional Antidrogas**
- CONFEN - Conselho Federal de Entorpecentes**
- CRAS – Centro de Referência de Assistência Social**
- CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social**
- DEPEN - Departamento Penitenciário Nacional**
- DNDST/AIDS - Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS**
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente**
- ESF – Estratégia de Saúde da Família**
- F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas**
- F33 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve**
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz**
- FMI – Fundo Monetário Internacional**
- GAPA – Grupo de Apoio e Prevenção a AIDS**
- HIV - Human Immunodeficiency Virus**
- HPV - Human papillomavirus**
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano**
- IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal**
- LA – Liberdade Assistida**
- NASF – Núcleo de Atendimento à Saúde da Família**
- ONG's – Organização Não Governamental**
- ONU – Organização das Nações Unidas**

PAEFI - Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PAIF – Programa de Atendimento Integral à Família

PAIUAD - Política Atenção Integral ao Usuário de Álcool

PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas

PMRJ – Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro

PNAD – Política Nacional Antidrogas

PROERD – Programa Educacional de Resistência das Drogas

PROJAD – Programa de Estudos e Assistência ao uso indevido de drogas

PSC – Prestação de Serviço à Comunidade

PU – Posto de Urgência

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SHR – Serviço Hospitalar de Referência

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Sócio Educativo

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas

SRT – Serviço de Residência Terapêutica

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UA – Unidade de Acolhimento

UAI – Unidade de Acolhimento Infantil

UBS – Unidade Básica de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UNB – Universidade Nacional de Brasília

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 Elementos constituintes da RAPS e o cenário de Miracema	56
TABELA 02 Pirâmide etária dos moradores de Miracema	81

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL E OS SEUS CAMINHOS	18
2.1 A construção das políticas sobre drogas no Brasil	18
2.2 As políticas sobre drogas no governo Lula e Dilma Rousseff	26
2.3 As intervenções governamentais na área de álcool e outras drogas	32
2.4 O caminhar das drogas no Brasil até Miracema – RJ	36
3. A REPRESENTAÇÃO DAS CIDADES E O MUNICÍPIO DE MIRACEMA – RJ..	41
3.1 Teoria da Representação Social dos territórios	42
3.2 As territorialidades Miracemense e suas correlações com as drogas	46
3.3 O contexto histórico do município de Miracema – RJ	52
3.4 A Rede de Atenção Psicossocial e a realidade de Miracema – RJ	54
3.4.1 A Rede de dispositivos do Sistema Único de Assistência Social	60
3.4.2 Outros setores, Recursos Comunitários, Redes Sociais	62
3.5 A organização da assistência na Rede de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas	66
4. O ESTUDO DE CASO E A REALIDADE SOBRE DROGAS EM MIRACEMA	71
4.1 A visão dos gestores sobre o problema das drogas	73
4.2 Os usuários de crack em Miracema	76
4.2.1 A história da menina do tráfico	78
4.2.2 Uma morte no tráfico de drogas	80
4.2.3 Os adolescentes e o tráfico de drogas	81
4.3 A história da Saúde Mental em Miracema	87
4.4 As possibilidades de enfrentamentos	89
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
APENDICES	103
ANEXOS	115

1. INTRODUÇÃO

O tema central desta dissertação é a discussão a respeito das políticas sobre drogas e em especial ao problema do crack, a que utilizaremos boa parte de nossas reflexões. Esta pesquisa é oriunda de uma percepção técnica a partir da experiência profissional do pesquisador no município de Miracema – RJ, possuidor de características significativas no uso de drogas, tráfico, violência e em especial o uso de crack.

O enfrentamento ao crack tem como uma das principais características a integração de políticas entre diferentes unidades da federação, instâncias de governo e sociedade civil, o que tem sido um dos grandes desafios aos gestores e trabalhadores dos serviços públicos das três esferas de governo (municipal, estadual e federal). Neste trabalho, busca-se mostrar que, além dessa integração de políticas, se faz necessário tanto aprofundar debates para o estabelecimento de direitos universais, como a não imposição de condicionalidades. O pressuposto é o de que somente dessa maneira será possível seguir avançando na redução das desigualdades sociais no Brasil, ao mesmo tempo em que se reduzem os problemas causados pelo uso de crack e outras drogas.

Utiliza-se como campo de reflexão das questões acima colocadas um estudo de caso, desta forma o presente estudo terá como objetivo analisar o impacto das políticas sociais de atendimento aos usuários de crack no município de Miracema no Estado do Rio de Janeiro. Neste sentido, serão discutidas as falhas e ausências das políticas públicas de atenção ao uso de crack, bem como as questões que se referem ao uso da droga e de seus usuários, não somente pelo viés da segurança pública, mas especialmente como uma das expressões da questão social e de saúde pública.

Ao tratar o crack como um problema de forte cunho social, de maneira alguma se busca minimizar ou secundarizar a necessidade e importância de ações de saúde pública direcionadas a questão, até porque muitas das ações de saúde têm enfoque fortemente social, na medida em que buscam contribuir para reduzir desigualdades sociais tendo como resultado o resgate da qualidade de vida das pessoas.

A decisão de realizar o estudo em Miracema – RJ, se baseia no pressuposto deste ser um município com características muito fortes sobre o uso de drogas, chegando a ser apelidado como “Miraconha”, “Miraína” e “Miracrack” devido a fatos expostos por toda mídia e dinâmica cotidiana que explicitam claramente o quanto o município possui o tráfico de drogas como uma constante estabelecida tanto em suas áreas de periferia como em um todo.

De acordo com Marcelo Cruz, coordenador do Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas (PROJAD) do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, o consumo de crack tem se espalhado e aumentado em diversas cidades do Estado do Rio de Janeiro. Além disso, tem se notado um processo de interiorização desta droga, haja vista os pequenos municípios estarem se deparando com uma grande demanda de uso e tráfico de crack, este fenômeno é fortemente observado em Miracema – RJ, onde propomos realizar este estudo.

O município de Miracema é pertencente à Região Noroeste Fluminense, com proximidades aos municípios do Estado de Minas Gerais, situando-o na rota do tráfico de drogas da região, ocupa o terceiro lugar na Região Noroeste no que se refere aos indicadores de pobreza e desigualdade, como demonstra o Índice do Mapa de Pobreza e Desigualdades dos Municípios Brasileiros – 2003 do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

De acordo com o censo de 2010, Miracema tem uma população de 26.786 habitantes, e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,713, em 2010, classificando-o como índice médio de desenvolvimento humano em sua ocupação na 72ª posição no critério do IDH estadual.

Objetivando conhecer a realidade da drogadição no município e compreender de que forma as Políticas Sociais têm sido utilizadas por estes usuários, o primeiro passo realizado em nossa pesquisa foi um levantamento de dados no Centro de Atenção Psicossocial de Miracema – RJ (CAPS). Este levantamento confirmou um aumento significativo no índice de usuários de crack nos últimos anos, que será descrito no capítulo três desta dissertação.

A relevância em trazer a discussão referente ao problema sobre o uso de crack no município de Miracema, como objeto de pesquisa no Mestrado em Políticas Sociais, justifica-se justamente pela crescente e significativa proliferação do uso de crack neste município. Acredita-se que um estudo aprofundado local contribuirá para uma discussão mais global sobre o tema, visto haver poucos e raros estudos sobre a realidade de pequenos municípios.

No Brasil, o fenômeno do uso do crack trouxe grandes desafios ao poder público e aos dispositivos voltados para a questão das drogas, especialmente os serviços de saúde, segurança pública e assistência social. Nesse cenário, como parte de uma estratégia nacional foi implementado pelo Governo Federal o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, por meio do Decreto n°. 7.179, de 20 de maio de 2010, alterado pelo Decreto 7.637, de 08 de dezembro de 2011. O plano instituiu o “Programa crack, é possível vencer”, apoiado em três eixos estruturantes que são: cuidado, autoridade e prevenção.

Analisamos as ações realizadas no município de Miracema – RJ, buscando compreender como este programa se operacionaliza em municípios de pequeno porte, ou seja,

como esta política tem apresentado a oportunidade de proporcionar a redução, o controle e até mesmo a recuperação aos indivíduos que fazem o uso abusivo de tal droga. O programa citado pressupõe a necessidade de se promover ações adequadas à realidade e ao contexto no qual o usuário de crack está inserido, com acesso aos programas de atenção básica e construção de uma política abrangente voltada para este público. Os estudos realizados até o presente momento acerca do tema constata um aumento no que se refere as dificuldades no desenvolvimento de estratégias eficientes de enfrentamento à droga e de tratamento dos indivíduos que desenvolvem uso prejudicial da mesma.

Com base na afirmação acima ressaltamos a importância do fortalecimento da RAPS enquanto uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento de uma articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento e ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso abusivo de drogas no SUS, reforçando a importância em articular as ações da RAPS com os recursos comunitários para garantir a melhoria das condições de vida e a inclusão social dos usuários da rede de atendimento do SUS e demais dispositivos que se fizerem necessários.

No primeiro capítulo, serão abordadas as políticas sobre drogas no Brasil e seus desenvolvimentos nos Governos de Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, as possibilidades de intervenções governamentais na área de álcool e outras drogas e a formulação da Política de Enfrentamento ao crack no Brasil. Neste mesmo capítulo, será apresentada toda a trajetória das drogas no Brasil desde sua chegada no país, até abordamos o movimento de interiorização das mesmas no município de Miracema – RJ.

No segundo capítulo, a discussão gira em torno da Representação das Cidades, bem como suas particularidades com os territórios e como isso se destaca no município de Miracema, com características marcantes de disputa de territórios por suas facções do tráfico, organizações criminais ligadas ao mesmo. Serão relatadas particularidades do município de Miracema e seu contexto histórico. Serão abordadas a Rede de Atenção Psicossocial municipal, bem como a rede de dispositivos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e outros setores, recursos comunitários e redes sociais que envolvem o usuário de crack. Propondo uma análise da organização da Assistência na Rede de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas, apontando assim de que maneira isso ocorre, e a aplicabilidade real destes dispositivos no município de Miracema – RJ.

No terceiro capítulo, apresentam-se os dados do estudo de caso realizado em Miracema-RJ, uma abordagem histórica sobre a drogadição, com ênfase para o perfil deste

usuário a partir de resultados de entrevistas realizados com os mesmos e levantamento de dados realizados nos prontuários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do Município.

Nas considerações finais a partir do estudo de caso, após serem levantadas todas as questões pertinentes ao tema proposto, serão realizadas reflexões e a apresentação de algumas sugestões de enfrentamento e superação da realidade apresentada pela dinâmica da drogadição particularmente no município de Miracema-RJ, tomando tal contexto enquanto mais uma das múltiplas expressões da questão social dentro de uma lógica capitalista.

2. AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL E OS SEUS CAMINHOS

Neste capítulo será realizada uma discussão referente às políticas sobre drogas no Brasil e os percursos que a mesma foi tomando no País durante seu desenvolvimento histórico até a chegada aos dias atuais.

Abordaremos como ocorreu o desenvolvimento das Políticas sobre Drogas no Governo dos Presidentes Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2018), apontando como tais contribuíram para o desenvolvimento desta política. Desta forma, serão destacadas as intervenções governamentais na área de álcool e outras drogas e o caminhar da drogadição até sua chegada ao município de Miracema no interior do Estado do Rio de Janeiro, onde centralizamos nossa pesquisa.

2.1 A construção das Políticas sobre drogas no Brasil

No Brasil, os problemas associados ao uso de álcool e outras drogas só começam a ser abordados pelo Estado no início do século XX. Contudo, essa abordagem se origina na década de 1920 e é desenvolvida predominantemente no campo da justiça e da segurança pública, considerando o uso de drogas como um ato criminoso e moralmente incorreto (Mota e Ronzani, 2013). De acordo com Machado e Miranda (2007):

As primeiras intervenções do governo brasileiro na área ocorrem no início do século XX, com a criação de um aparato jurídico-institucional destinado a estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas e a preservar a segurança e a saúde pública no país (Machado e Miranda, 2007, p. 803).

Essa postura, considerada proibicionista, foi embasada em um posicionamento político de “guerra às drogas”, cujo objetivo era a promoção da abstinência de drogas ilícitas e a sua consequente expurgação da sociedade (Mota e Ronzani, 2013). Embasados nesta concepção e abordagem ao problema, as leis e os decretos criados ao longo do século XX no Brasil destinaram-se, principalmente, a controlar o consumo de drogas ilícitas através da proibição, criminalização do uso e do comércio (Alves, 2009; Machado e Miranda, 2007).

Cabe ressaltar que essa postura proibicionista do governo brasileiro foi ao longo do século XX, influenciada e reforçada por deliberações e acordos realizados em convenções/conferências internacionais, em especial as da Organização Nacional das Nações Unidas (ONU). Estas reafirmaram como resposta para o problema a adoção de medidas de

repressão à oferta e ao consumo de drogas (Alves, 2009; Garcia, Leal e Abreu, 2008; Machado e Miranda, 2007).

A partir da década de 70, a legislação brasileira sobre o tema também passa a ser influenciada pelo saber médico, mais especificamente pela psiquiatria (Machado e Miranda, 2007). O discurso médico surge como outra forma de respaldo técnico e conseqüentemente de controle sobre o usuário de drogas, rotulando-o de doente (além de criminoso), isto é, como um agente passivo frente a sua doença. Esse aspecto vem a legitimar uma intervenção direta na liberdade de escolha e ação do indivíduo, vislumbrando que o mesmo não tem capacidade própria de saber o que é melhor para si. Temos então o discurso médico reforçando processos de patologização e exclusão dos usuários de álcool e outras drogas.

Mediante a estas circunstâncias a partir das décadas de 70 e 80, diversos dispositivos são criados no Brasil para prestar assistência aos usuários de drogas, como por exemplo os hospitais psiquiátricos. Estes dispositivos se inserem em um cenário assistencial esvaziado e de difícil acesso, constituindo-se naquele período como o único recurso terapêutico disponível para uma grande parcela de usuários de drogas (Alves, 2009; Vaissman, Ramôa e Serra, 2008). As penas que anteriormente determinavam a exclusão dos usuários do convívio social em prisões, a partir da década de 1970 passam a considerar os hospitais psiquiátricos como locus prioritário para o “tratamento” e a recuperação, com enfoque na “salvação” e na punição destes usuários (Machado e Miranda, 2007). Assim, como elucida Alves (2009), “o que prevalecia não era o direito a saúde, com a garantia de tratamento ao uso de drogas, mas sim a reabilitação criminal do usuário”.

Abaixo seguem fotos de um dos grandes exemplos de tal situação, na década de 80 mais precisamente na cidade do Rio de Janeiro com a Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi, que foi considerado o maior hospício privado da América Latina, onde eram internados pacientes com patologias mentais e uso de drogas, no qual as pessoas “viviam” segregadas em condições sub-humanas.

FIGURA 1
Pacientes da Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi



Fonte: Dados da internet

Nesse cenário pode-se observar ainda, uma predominância das ações de repressão à oferta e demanda de drogas, em detrimento de ações de saúde. A criação de estabelecimentos especializados para tratamento de usuários de drogas na rede pública de saúde não aparece como uma prioridade dentro das leis da época. Isto é afirmado pela Lei n. 6.368, de 1976, que foi a primeira lei brasileira a abordar a questão do tratamento de usuários de drogas, mas que postula que Estados e municípios deverão contar somente quando “necessário e possível” com serviços específicos para o tratamento do usuário de substâncias psicoativas. Tal situação propicia o surgimento e a expansão de diversas instituições de natureza não governamental, como as comunidades terapêuticas, e da tentativa de resposta ao problema pela sociedade civil organizada, como os grupos de ajuda mútua (Alves, 2009; Wandekoken e Siqueira, 2011).

Contudo, desde a década de 80 a partir da Reforma Psiquiátrica e da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a concepção dos problemas associados ao uso de drogas no discurso político mostra-se mais ampliada, passando a ser encarada também como uma questão de saúde pública (Garcia, Leal e Abreu, 2008; Machado e Miranda, 2007; Wandekoken e Siqueira, 2011). Nesse período, surgem os centros de tratamento, pesquisa e prevenção na área, vinculados às universidades públicas, como a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Universidade de Brasília (UnB), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Universidade Federal da Bahia (UFBA) (Machado e Miranda, 2007).

Desta forma estratégias de redução de danos ganham força política, ao proporcionam uma nova visibilidade à atenção ao usuário de álcool e outras drogas no setor público de saúde, enfocando as consequências ou efeitos do uso das drogas de maneira realista (Mota e Ronzani, 2013). Além disso, o surgimento do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) e suas ações nos anos 80 e 90 para além da repressão ao uso e tráfico de drogas, contribuem para o fortalecimento das práticas de atenção e para a constituição de uma malha de serviços para os usuários de drogas, mesmo que inicial (Alves, 2009; Machado e Miranda, 2007). Essas mudanças ocorrem num cenário de avanços e retrocessos em relação à atenção aos usuários de drogas, ganhando força e espaço tanto na legislação quanto nas políticas (Alves, 2009).

Segundo Brites (2015), como tendência histórica, podemos afirmar que o debate crítico sobre a Política de Drogas no Brasil é bastante recente, pois que herdeiro da conjugação de forças progressistas que se articularam no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos de 1980 e que contribuíram para os embates em torno das Reformas Sanitárias e Psiquiátrica. Essa herança progressista no campo da saúde, no entanto, não irriga de forma imediata e direta o debate sobre a Política de Drogas.

Mediante a todo este contexto destaca-se que somente nos finais dos anos 1990 e início dos anos 2000 que as discussões sobre a Política de Drogas no Brasil ganha certa visibilidade e passa a ser reconhecida no âmbito das políticas de saúde e de drogas (BRITES, 2015).

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

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

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

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

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

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

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

A Lei nº. 11.343/2006 colocou o Brasil em destaque no cenário internacional ao instituir o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas (SISNAD) e prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reintegração social de usuários de drogas em consonância com a atual política sobre drogas. Essa Lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: as Leis nº. 6.368/1976 e 10.409/2002. A partir de sua edição foram revogados esses dois dispositivos legais com o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei.

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

O Estado capitalista, com suas peculiaridades decorrentes do processo de recessão do capital, da superacumulação, do deslocamento dos investimentos do setor industrial para o de serviços e da crise do padrão de produção taylorista-fordista, afeta tanto os padrões de proteção social na sociedade capitalista dos países ocidentais industrializados, quanto os sistemas de proteção dos países periféricos subdesenvolvidos ou em via de desenvolvimento. A partir do entendimento do Estado como permeado por contradições e interesses de classe e frações de classe, ou seja, não sendo um órgão exclusivo da classe dominante, este responderia, também, à correlação de forças atuantes em cada momento histórico. Neste

sentido, não sendo um bloco monolítico, a serviço de uma classe, o Estado poderia refletir o estágio da luta de classes ou de grupos de representação de interesses, da reprodução das relações de produção e da busca pela hegemonia de classe.

No Brasil, o ajuste macroeconômico e político-institucional neoliberal ocorreram através de reformas do aparelho administrativo estatal, redirecionamento dos segmentos alvo dos serviços sociais e redução na alocação de recursos para a área social. Assim, configurou-se um desajuste social (SOARES, 2009: 21-22), num momento em que houve um aumento na demanda por bens e serviços coletivos por parte da população expulsa do mercado formal de trabalho e, conseqüentemente, um aumento do desemprego estrutural.

As questões acima, entre outras, refletiram no rearranjo da Política Nacional sobre Drogas, que passou a ser orientada pelo princípio da responsabilidade compartilhada e adotar como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos. Tudo isto também no sentido de ampliar a consciência para a importância da integração social e da descentralização das ações sobre drogas no país.

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

Observa-se na sociedade que, diante do contexto acentuado de vulnerabilidade social e das carências existentes no campo da educação, segurança pública e saúde da população menos favorecidas, e especialmente daquelas que vivem nas periferias das grandes cidades, em particular dos usuários de drogas lícitas e ilícitas, faz-se necessário uma política de Estado que seja capaz de agregar a atenção a todas estas deficiências existentes, que certamente seria um importante elemento para a resolução da problemática.

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

É pautado neste contexto que, no ano de 2010, através do Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010, o Governo Federal criou o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras

drogas, objetivando a prevenção, ao tratamento e a reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas (BRASIL, 2013).

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

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

“Crack é possível vencer” reúne diversas ações que envolvem diretamente as políticas de saúde, assistência social e segurança pública, e, de forma complementar, ações de educação e de garantia de direitos. Conta com a rede de cuidados composta por diversos serviços e equipamentos que oferecem ações distintas para necessidades diferentes. Na saúde, compreende desde serviços da atenção básica que podem articular ações específicas para o público usuário de drogas, como os consultórios na rua, e equipamentos especializados para o atendimento desse público, como os CAPS Álcool e Drogas 24 horas, leitos hospitalares e unidades de acolhimento. Na assistência, conta com equipamentos que podem atuar desde a prevenção, como o Centro de Referência da Assistência Social, até o atendimento especializado, nos casos em que há violação de direitos associada ao uso de drogas, como o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), além da disponibilização de vagas para acolhimento de usuário em comunidades terapêuticas, devidamente cadastradas junto à Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas. Desse modo, existe a possibilidade de fazer diferentes combinações dos serviços e equipamentos disponíveis, vislumbrando construir uma rede que atenda às dimensões e necessidades dos usuários de crack e outras drogas.

Em relação ao papel do Estado brasileiro na contemporaneidade, algumas questões têm se colocado. Com a ascensão e afirmação das políticas de ajuste neoliberal nos 80 e 90, a proposta do grande capital tem como vetores privilegiados a tendência à privatização e a formação do cidadão consumidor. As consequências deste posicionamento se relacionam com a redução da atuação do Estado e a ampliação do mercado (MOTA, 2008). O contexto apresentado se complementa, no dizer de Soares (2009), com o fato das políticas de ajuste

neoliberal no Brasil, terem evidenciado os efeitos da pobreza no país. Assim, a política social passa a ter um caráter residual ou assistencial, com o incentivo governamental às iniciativas do chamado terceiro setor que obteve grande crescimento da década de 1990 em diante.

Contudo, diante do crescente aumento do uso de substâncias psicoativas e dos grandes custos sociais decorrentes desse aumento, o Estado tem sido chamado a responder a essa expressão da questão social com políticas públicas direcionadas ao público alvo. Assim, com o considerável aumento do consumo de drogas (entre as quais o crack), o Estado tem adotado medidas mais eficazes ao encarar esse aumento como um problema social. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem de forma abusiva substâncias psicoativas, independente do grau de escolaridade, sexo, idade e classe social. Como afirma Andrade (2011), essa é uma das expressões da questão social e um problema de saúde pública.

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

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

Assim, atualmente a Política Nacional vem assumindo uma postura em favor da política de 'Redução de Danos' por entender que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado. Entende-se que faz necessário proporcionar ao usuário uma educação sobre drogas, que lhe proporcione uma autonomia de saber fazer suas próprias escolhas, sendo este um grande desafio. Além disso, quando se trata de seres humanos, temos que necessariamente lidar com as singularidades, e com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde em qualquer nível de ocorrência devem levar em conta esta diversidade. Precisam acolher sem julgamentos cada situação, cada usuário, o que é possível e o que é necessário, o que está sendo demandado, e o que pode ser ofertado, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento.

Pautado neste contexto Vinadé (2009), diz que:

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

A abordagem da ‘Redução de Danos’ oferece um caminho promissor, surgindo como uma alternativa e, portanto, não excludente de outros. Reconhece cada usuário em suas singularidades, traçando com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetiva a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida.

2.2 As políticas sobre drogas no Governo Lula e Dilma Rousseff

As políticas sobre drogas no Brasil sofreram, desde o início, influências da política internacional, principalmente no que diz respeito à conjuntura econômica. Neste sentido, e de acordo com Brites (2015), as mudanças operadas no capitalismo mundial pela reestruturação produtiva, pela precarização e flexibilização das relações no mundo do trabalho, pelo crescimento da desigualdade, pela contra-reforma do Estado (BEHRING, 2003) e pelo aumento da violência, jogou um peso devastador sobre as conquistas democráticas no campo dos direitos sociais culturalmente reconhecidos, como saúde e educação, por exemplo, e, no âmbito da política de drogas, os efeitos são ainda mais perversos.

As mudanças no âmbito do processo de acumulação capitalista, desencadeadas pela reestruturação produtiva, conferiram à sociabilidade burguesa características particulares que aprofundaram as desigualdades entre o desenvolvimento do indivíduo social e o gênero humano. Os processos de alienação e de reificação foram aprofundados e criaram novos obstáculos para a afirmação da existência ética e da capacidade de autonomia e liberdades humanas. O uso de drogas neste contexto assume contornos dramáticos pelos danos associados ao incremento do consumo, da dependência e dos riscos de transmissão de doenças. As práticas proibicionistas e a repressão jogam um peso diferenciado sobre essa realidade e contribuem para o aumento da violência e da criminalidade.

A ambiência “pós-moderna” acentua os traços destrutivos e desumanizantes da ordem do capital e incidem de forma particular sobre o consumo de drogas, criando ambiguidades na forma como o Estado e as classes fundamentais interpretam e respondem a esta atividade. A dualidade criada em relação às drogas consideradas legais e ilegais contribui para a construção social de categorias diferenciadas de cidadãos que fazem uso de drogas, relegando aqueles que consomem drogas ilícitas ao anonimato e a exclusão (BRITES, 2006). As categorias diferenciadas construídas exigem formulação de políticas sociais capazes de

contemplar de maneira efetiva e equitativa, respeitando as diferenças regionais, além das de gênero, os usuários de drogas.

Diante das evidências aqui apresentadas, se almeja o incremento das políticas sociais sobre drogas, com enfoque direcionado às demandas específicas para a questão emergente das drogas, especialmente dos serviços de cuidado e saúde, convergindo e integrando esforços intersetoriais do Governo, em suas três esferas federativas e da sociedade em uma perspectiva de responsabilidade compartilhada.

No Brasil em meio a este nesse contexto adverso que as abordagens críticas foram consideradas nos textos oficiais, forjando consensos protocolares incapazes de frear as ações violentas, higienistas e segregadoras que matizam as políticas do Governo Federal e locais em todo o país em relação aos usuários de psicoativos ilícitos, recentemente de forma mais acentuada aos usuários de crack (BRITES, 2015).

O governo do Fernando Henrique Cardoso que se findou no ano de 2002, apresentou algumas peculiaridades como a prioridade do ajuste fiscal. As correspondentes quebras da economia e as cartas de intenção do FMI desembocaram segundo alguns economistas, na profunda e prolongada recessão herdadas pelo governo Lula. Em meio a este contexto é que ocorreram as primeiras iniciativas em benefícios aos usuários de álcool e outras drogas no governo Lula em 2003.

Um outro ponto importante na discussão sobre os governos brasileiros é que somente em finais dos anos 1990 e início dos anos 2000 que o debate crítico a cerca da Política sobre drogas no Brasil ganha visibilidade e passa a ser considerado nos textos oficiais das políticas de saúde. No entanto, a herança com tendência progressista do governo Lula encontra um contexto bastante adverso no governo Dilma para seu aprofundamento e consolidação, no âmbito da política de drogas, pois se depara com a contra-reforma do Estado e com a drástica redução de investimentos nas políticas sociais, fruto da implementação do receituário neoliberal em nosso país.

Neste sentido para Iamamoto (2014), a política social no Brasil tem sido submetida aos ditames da política econômica, sendo redimensionada ante as tendências de privatização, de cortes nos gastos públicos para programas sociais, com focalização no atendimento à pobreza e descentralizados na sua aplicação. Os impactos da redução dos gastos sociais e a consequente deterioração dos serviços sociais públicos têm dependido das relações entre o Estado e a sociedade, das desigualdades e das políticas sociais anteriormente existentes ao programa de contra-reforma do Estado.

Assim sendo, no governo Lula, a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) no ano de 2006, coordenou um grupo do governo que assessorou os parlamentares no processo que levou a aprovação da Lei nº 11.343 em 23 de agosto de 2006, vindo a instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Este se sobrepôs a uma Legislação que se mostrava obsoleta, estando em completo desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações societárias vigentes.

A Lei nº 11.343 trouxe avanços formais no reconhecimento de direitos de usuários e na estratégia de Redução de Danos. Porém, apesar de ser prevista a despenalização do usuário (artigo 28), aumentou a pena mínima do delito de tráfico (artigo 33) de três para cinco anos, o que é apontado como a principal causa do super-encarceramento brasileiro. Tal fator teve consequências, um exemplo foi o país ocupar o 4º lugar em números absolutos de presos, atrás somente dos EUA, da China e da Rússia, totalizando mais de 500 mil presos, sendo o tráfico a segunda maior causa de encarceramento (26%). Em pesquisa realizada no Rio de Janeiro e em Brasília verificou-se que a maioria dos presos por tráfico é formada por réus primários, os quais foram presos sozinhos, desarmados e com pequenas quantidades de drogas, e sem ligação com o crime organizado (BOITEUX, 2015).

Por ser tal delito equiparado a hediondo, o Judiciário brasileiro atua como um reforço do poder repressivo, ao cotidianamente negar o direito ao preso de responder ao processo em liberdade, bem como ao raramente aplicar penas alternativas à privação de liberdade. Isso acarreta um grande aumento do número de pessoas encarceradas em condições desumanas, conforme, inclusive, já denunciado à Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), no caso do Presídio de Urso Branco. Este Presídio, localizado no estado brasileiro de Rondônia, foi palco de uma chacina de dezenas de detentos em 2002 (BOITEUX, 2015).

Acompanhando a tendência mundial, o Brasil compreendeu que seus usuários não devem ser penalizados com a privação de liberdade pela justiça. Especialistas apoiam o porte de drogas para uso pessoal, pois estudos consistentes comprovam que se faz necessário que a atenção ao usuário seja voltada ao oferecimento de reflexão sobre o seu consumo e não ao encarceramento (BOITEUX, 2015).

Vale ressaltar que o proibicionismo sempre foi hegemônico na orientação política dos governos brasileiros no trato das substâncias psicoativas (BRITES, 2015). As regulações legais vigentes em nosso país ao longo do século XX e a legislação atual (2006) expressam domínio dessa perspectiva, que mantém sua hegemonia mesmo diante do reconhecido “fracasso” histórico de suas convicções ideológicas. Como se sabe, tal perspectiva dá

sustentação à política de “Guerra às Drogas” conduzida internacionalmente pela hegemonia estadunidense. Influi sobre os Pactos e Convenções Internacionais em relação às drogas ao longo do século XX e sistematicamente sobre a opção dos países signatários na condução de suas políticas nacionais, ainda que com diferentes matizes.

Brites (2015) vem dizer sobre a existência de um consenso forjado sobre o fato de algumas substâncias psicoativas serem mais perigosas do que outras, independentemente dos indivíduos sociais e das condições de uso, com alardes realizados pela mídia nacional sobre as chamadas “cracolândias” e mesmo sobre a propalada “epidemia do crack”. Não se pretende de forma alguma minimizar os danos sociais e à saúde que estão associados ao uso prejudicial de drogas, nem mesmo ignorar a agressividade da compulsão e da necessidade relacionada ao uso de crack, mas faz-se necessário problematizar mais estas questões, sem reducionismo tão adequado a alguns setores da sociedade.

Assim, nos diz Brites (2015):

Pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (RJ), entre 2011 e junho de 2013, estima que hoje nas capitais brasileiras e no Distrito Federal temos cerca de 370.000 usuários de crack e/ou similares (merla, oxi e pasta-base), número que apesar de preocupante não nos autoriza a falar em epidemia. Os usuários de crack entrevistados nesse inquérito epidemiológico são adultos jovens (até 30 anos), cerca de 80% se declaram não brancos e 55% cursaram apenas o ensino fundamental. Nas capitais, a maior concentração desses usuários ocorre na região Nordeste, e não no Sudeste, contrariando a percepção do senso comum (BRITES 2015, p. 135).

Destaca-se ainda que tais dados são apenas indicativos e que ainda não foram amplamente analisados, mas já permitem desfazer alguns mitos importantes, como por exemplo, o da epidemia do consumo do crack alardeada pela grande mídia e que assegurou a legitimidade dos volumosos gastos previstos no programa federal implementado no governo Rousseff, “Crack, é possível vencer”, centrado na parceria público privada com as comunidades terapêuticas, buscando assim proporcionar um tratamento a tais usuários. Segundo Brites (2015) tal programa foi lançado sem nem mesmo ter sido discutido pelo Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. Com este programa, o governo Rousseff estabelece uma relação entre o público e o privado, no que se referem aos investimentos financeiros públicos nas Comunidades Terapêuticas, sendo esta uma das principais ações do Programa “Crack, é possível vencer”.

Cabe ressaltar que em princípio a regulação pelo Estado de “Comunidades Terapêuticas” (considerando-as como entidades religiosas e não de serviços de saúde e que, às

expensas dessa situação, competem com o financiamento público do SUS), para prestação de serviços de apoio às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas se contrapõe aos princípios inscritos na Constituição Federal (DUARTE, 2015), como também a legislação que regulamenta o SUS, que prevê que um conjunto de ações e serviços de saúde seja prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, para atendimento universalizado no SUS.

Outra questão importante e de extrema relevância dispõe sobre a concentração dos usuários de crack e/ou similares nas capitais da região Nordeste, o que confronta o apelo sensacionalista da mídia patronal em reprisar imagens degradantes das cracolândias paulistas e carioca.

Em meio a todo este contexto, no dia 23 de dezembro de 2011 foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria GM/MS nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial/RAPS. Esta rede tem entre seus principais objetivos ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover o atendimento das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como as suas famílias, e garantir a articulação e integração das redes de saúde no território. Qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Em conformidade com esta Política, a internação é indicada somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A internação deve ocorrer, de preferência no território do usuário facilitando, desta forma, o acompanhamento pela equipe de referência e também a proximidade dos familiares. Após a internação, o usuário deverá retornar para o serviço de origem, para a continuidade do acompanhamento. De acordo com os princípios de regionalização do SUS estabelecidos nas Leis 8.080 as ações de saúde devem ser realizadas pela esfera municipal, tendo o Estado papel de supervisão, monitoramento e indução das políticas de saúde.

Conforme a Portaria GM nº 336, de 19/02/2002, o CAPS AD é o serviço de saúde mental responsável pelo acolhimento e acompanhamento dos usuários de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Configuram-se enquanto serviços abertos, de atenção diária, de base comunitária, e funcionam segundo a lógica do território. Possuem atividades diversificadas (oficinas, atendimento individual/grupo, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atendimento de desintoxicação). Assim, o CAPS AD é, por excelência, o serviço que possui a competência e responsabilidade técnica para a avaliação sobre a demanda de internação para o usuário com problemas de uso prejudicial de

álcool e outras drogas. No caso de não haver CAPS AD no município, a indicação é que o contato seja feito com as Coordenações Municipais de Saúde Mental, para que estas possam viabilizar e se responsabilizar pelo cuidado ao usuário, junto aos outros dispositivos de saúde existentes no território.

Os CAPS AD III são uma modalidade de CAPS mais recente (Portaria GM/MS nº130 de 26 de janeiro de 2012), devendo fornecer atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, e outras drogas, durante 24 horas do dia em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no componente atenção hospitalar compreendem os Serviços Hospitalares de Referências (SHR). Destinam-se às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Ofertando suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas. Funcionam em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados, inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos, definido pela Portaria GM nº 148 de 31 de janeiro de 2012.

O encaminhamento ao SHR deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência e, no caso do usuário acessar a rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciada sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso (Portaria GM nº 148 de 31/01/12).

A RAPS prevê ainda, o componente de atenção residencial de caráter transitório, que seria a implantação de UA (Unidades de Acolhimento Adulto) e UAI (Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil), destinadas ao acolhimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de risco psicossocial (Portaria GM nº 121 -25/01/12).

De acordo com Duarte (2015), a produção do cuidado, portanto, baseia-se em um modelo de atenção à saúde mental aberto - modelo de atenção psicossocial, como uma das portas de entrada para a RAPS, que garanta cuidado e a livre circulação dessas pessoas pelos serviços, comunidade e cidade. A Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família (ESF), porta de entrada privilegiada da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), diz respeito também às necessidades de saúde mental dos usuários. Nela, busca-se um cuidado singular do usuário, conhecendo suas necessidades e demandas, facilitando a criação de estratégias e

linhas de cuidado, seja estimulando sua participação nas atividades existentes nas ESF, seja compartilhando o cuidado com os outros dispositivos, como CAPS, ambulatórios etc.

O autor ainda cita que:

São inúmeros os desafios para o campo da saúde mental, incluindo as políticas sobre drogas. Ainda há muito a trilhar, sobretudo no contexto de ofensiva neoliberal, com subfinanciamento da política pública de saúde, em geral, e da saúde mental, em particular, e os efeitos desse processo, no trabalho cotidiano do cuidar, seja nos CAPS, nas SRT e no trabalho formal. Destacam-se nesse cenário, a precarização, o sucateamento, a privatização, o retrocesso, no campo da saúde mental, enfim (DUARTE, 2015).

Portanto, neste sentido, acredita-se que a articulação de esforços tanto na intervenção política como no trabalho do cuidado e na análise das experiências concretas nesse campo, principalmente na contemporaneidade, se faz muito necessária, principalmente quando não é mais possível retroceder a um modelo manicomial para essa política pública. Para Duarte (2015), o Estado brasileiro tem cedido às pressões neoconservadoras, moralistas e fundamentalistas, ao inserir as comunidades terapêuticas na rede de atenção psicossocial (RAPS), com financiamento público para essas entidades religiosas que, em sua maioria, não são consideradas serviços de saúde (DUARTE, 2015).

2.3 As intervenções governamentais na área de álcool e outras drogas

Ainda que a ameaça à saúde pública tenha sido um dos argumentos utilizados para o estabelecimento de medidas de controle do uso de álcool e outras drogas desde o início do século XX, somente no início do século XXI, mais precisamente em 2003, surgiu sob a forma de uma política, uma proposta de intervenção nessa área no campo da Saúde Pública no Brasil.

Antes disso, porém, podemos constatar a ocorrência de alguns fatos no setor público de saúde, sobretudo nas décadas de 80 e 90, que podem ser relacionados à criação de condições favoráveis ao surgimento dessa política. Mudanças no sistema de saúde brasileiro - como a criação do SUS e o início do processo de reestruturação da atenção em saúde mental - e alterações no quadro de morbidade da população brasileira - com o aparecimento da AIDS - criaram condições que favoreceram a aproximação entre a temática álcool/drogas e a Saúde Pública.

A criação do SUS em 1988 - cujos princípios buscavam garantir a integralidade, a universalidade e a equidade no acesso aos serviços e às condições de saúde, o surgimento da AIDS e a constatação de que 26,5 % das pessoas infectadas pelo HIV eram usuárias de drogas

injetáveis no ano de 1991 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2001a), o início do processo de reestruturação da atenção pública em saúde mental e a constatação de que 35,6 % dos ocupantes de leitos psiquiátricos em 1992 apresentavam problemas diretamente relacionados com o alcoolismo criaram condições para que pudesse ocorrer o encontro das políticas de saúde com a problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas.

Entretanto, como veremos a seguir, esse encontro, cuja necessidade foi evidenciada por indicadores epidemiológicos e do sistema de saúde, aconteceu em tempos e situações diferentes. A princípio, em meados da década de 90, por meio das políticas de prevenção de AIDS e, posteriormente, no ano de 2003, por meio da elaboração da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, quando se reconheceu que a dependência e o uso prejudicial de álcool e outras drogas consistiam em graves problemas de saúde pública e que o SUS, até aquele momento, não havia assumido a responsabilidade pela abordagem dessa problemática.

Essa política foi inserida no processo de reestruturação da atenção em saúde mental em curso no País, desde o início da década de 90. A necessidade de atenção, sobretudo aos alcoolistas, foi historicamente revelada e reafirmada pelo número de leitos psiquiátricos que esses pacientes ocupavam. Apesar da constatação dessa necessidade, o processo de reestruturação de atenção em saúde mental que tinha como objetivo, justamente, a criação de redes de atenção substitutivas aos hospitais psiquiátricos, adiou por quase uma década a discussão e a proposição das diretrizes de atenção aos alcoolistas. Se, desde a década de 70, os alcoolistas ocupavam grande parte dos leitos psiquiátricos, a partir da década de 90, começou a ser constatada a necessidade de tratamento dos usuários de outras drogas. Nessa década, o Brasil, antes um corredor para o tráfico de drogas, se consolidou como um grande mercado consumidor de drogas ilícitas.

Na década seguinte, entre os anos 2001 e 2002, podemos identificar a ocorrência de processos políticos, no âmbito do Ministério da Saúde, que favoreceram a entrada da temática álcool/drogas na agenda da saúde pública brasileira. Em 2003, foi publicada a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

Na década de 80, enquanto vários países redefiniam os padrões de intervenção do poder público na área social, no Brasil surgia uma grande expectativa de ampliação desse poder na área social após o término do período ditatorial. A redemocratização trouxe a expectativa da construção de uma sociedade mais justa e menos desigual por meio da implementação de políticas públicas sociais universais. No setor saúde, essa expectativa foi concretizada por meio da proposição, pelo Movimento da Reforma Sanitária, de um sistema

único de saúde, que teria como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade no acesso às condições e aos serviços de saúde. Em meio a interesses diversos - às vezes conflitantes, às vezes coincidentes do Estado brasileiro, de movimentos sociais, dos trabalhadores e gestores do setor público de saúde e do setor médico privado, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi inscrito na Constituição Brasileira de 1988, conhecida como a “Constituição Cidadã”.

No texto constitucional, a saúde recebeu a seguinte definição:

A saúde é direito de todos e dever do Poder Público, assegurado mediante políticas econômicas, sociais, ambientais e outras que visem à prevenção e à eliminação do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, sem qualquer discriminação (BRASIL, Constituição Brasileira, 1988, p.45).

Os pressupostos da saúde compreendida como direito social a ser garantido pelo Estado e da construção de um sistema público de saúde capaz de prestar atenção integral, equânime e universal, sem qualquer discriminação, criaram as condições legais para que a oferta de atenção à saúde fosse proporcionada a todos os cidadãos brasileiros, inclusive aos usuários de álcool e outras drogas. O próprio texto constitucional prevê como uma das competências dos municípios, no âmbito do SUS:

A prevenção do uso de drogas que determinem dependência física ou psíquica, bem como seu tratamento especializado, provendo os recursos humanos e materiais necessários (BRASIL, Constituição Brasileira, 1988, p.47).

Após quinze anos de existência do SUS, em 2003, o Ministério da Saúde reconheceu que os comprometimentos associados ao consumo de álcool e outras drogas se constituíam em graves problemas de saúde pública e que podia ser constatado um atraso do SUS em relação à assunção de responsabilidade pelo enfrentamento desses problemas. Certamente, essa não foi a única competência atribuída ao SUS que obteve uma resposta tardia. O processo de efetivação e construção do SUS, desde o início, se deu em um cenário marcado por paradoxos e impasses que dificultaram a concretização de suas proposições. O SUS, cujos princípios são característicos de em um estado de bem-estar social, começou a ser implementado quando o Estado brasileiro passava por um processo de reforma de viés neoliberal.

Nota-se a ocorrência de uma onda generalizada de reformas do Estado em vários países do mundo. Essas reformas, com perspectiva neoliberal foram se consolidando como

respostas à crise financeira e à crítica ao estado de bem-estar social. Tal crítica fundamenta-se nos efeitos danosos para as economias nacionais da excessiva intervenção do Estado nos negócios privados, sobretudo na cobrança de altos impostos, necessários para a sustentação das políticas sociais. As reformas passaram a propor a redefinição e a redução das responsabilidades do estado na área social por meio de diferentes medidas, como a redução da atuação do setor público na provisão de serviços, o estabelecimento de políticas sociais focalizadas em populações de baixa renda e o subfinanciamento das ações sociais.

A política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas surgiu em um cenário marcado pelo processo de reforma de estado e pelo processo de consolidação do SUS, quando as dificuldades em se garantir à população brasileira uma atenção universal, integral e equânime já se faziam presentes. Esse cenário permite uma dupla leitura dessa política, que pode ser compreendida como uma política focal – dirigida a um segmento específico da população – ou como a reafirmação de uma política universal – criada para estender um direito social a um segmento que, por motivos diversos, não se beneficiava desse direito.

Por meio de uma política pública focal ou como reafirmação de uma política pública universal, os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas passaram a ser objetos das intervenções do setor público de saúde do Brasil no ano de 2003.

No ano de 1982, foi constatado o primeiro caso de AIDS no Brasil. A ocorrência da doença foi, a princípio, associada aos homossexuais de classe média alta. Por esse motivo, havia, entre as autoridades sanitárias, controvérsias quanto à necessidade de abordagem dessa doença no setor público de saúde. Em função de preconceitos e da falta de compreensão dos riscos que a doença colocava para a população em geral, o poder público resistia a abordar esse fenômeno. Porém, a rápida expansão da doença para outros segmentos - hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e heterossexuais – e a possibilidade de sua expansão para grande parte da população colocaram como necessária a criação de uma política pública de saúde para o controle de AIDS. Algumas organizações não-governamentais (ONGs) surgiram e, além de difundir informações preventivas e ajudar pessoas portadoras do HIV, fiscalizavam e faziam críticas às propostas assistenciais e preventivas estabelecidas pelo governo.

Em 1985, surgiu o Grupo de Apoio e Prevenção a AIDS (GAPA) a partir da mobilização de profissionais que trabalhavam com a AIDS e de militantes do movimento homossexual. Em 1986, foi criada a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), que se destinava a estabelecer discussões e intervenções em situações relacionadas à contaminação entre os politransfundidos (principalmente hemofílicos) como, por exemplo, a inexistência de controle da qualidade do sangue e dos hemoderivados no Brasil.

Outras ONGs surgiram ao longo da década de 80 e 90. Em 1997, foi criada a primeira ONG vinculada à questão de drogas: a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA). No campo governamental, em 1985, o Ministério da Saúde reconheceu a importância de se investigar a situação da AIDS no Brasil e de se criar um programa nacional para o controle dessa doença.

Em 1987, criou-se a Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (DNDST/AIDS) no Ministério da Saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 1989). Essa Divisão posteriormente foi transformada na Coordenação Nacional de DST/AIDS.

Na próxima seção iremos abordar como se desenvolveu o caminhar das drogas no Brasil até sua chegada ao município de Miracema, onde realizamos o estudo de nossa pesquisa.

2.4 O Caminhar das drogas no Brasil até Miracema-RJ

Não existem registros precisos da chegada do crack ao Brasil, nem de quando a droga passa a circular e/ou a ser oferecida nos pontos de venda. Os primeiros artigos sobre o consumo de crack no Brasil foram publicados em 1996, referindo-se a usuários da droga na cidade de São Paulo e relatam sobre a disponibilidade desta droga desde 1991 (Nappoet al., 1996). No final da década de 90, o consumo de crack já estava fora da cidade de São Paulo.

Evidências apontam que a chegada do crack em São Paulo teria acontecido nos bairros da zona leste e posteriormente, atingindo a região da Estação da Luz, também conhecida como a “Cracolândia”. Contudo, a realidade da expansão do uso do crack não se estabelece apenas na cidade de São Paulo. Informações fornecidas pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas relatam sobre dados da entrada de tal droga em outras capitais brasileiras.

De São Paulo, o crack chega a Belo Horizonte que, até a década de 1990, a comercialização e o tráfico de drogas eram de duas drogas ilícitas, a maconha e a cocaína. Este mercado começa a se alterar com a inserção do crack. Mas logo a produção da droga e sua comercialização passam a ocorrer no próprio estado de Minas Gerais. Desta forma, crescem os laboratórios clandestinos de produção de crack e, assim, aumenta-se o tráfico e o consumo de crack no estado.

Esta droga é consequência de muitos homicídios que ocorrem em nosso país e nas capitais brasileiras. Pesquisa realizada pela PUC MINAS (2010) relata que

A entrada do crack em Belo Horizonte é seguida de uma epidemia de homicídios que atingiu a cidade a partir de 1997. Os resultados obtidos pela

pesquisa mostram que há uma forte evidência de que o crescimento das ocorrências de homicídios em Belo Horizonte a partir de 1997 possa ser explicado, em grande medida, pela intensificação dos conflitos relacionados ao tráfico de drogas (PUC – MINAS 2010).

Esta realidade de significativos índices de consumo do crack não se mantém apenas nos estados de São Paulo e Minas Gerais, o mesmo ocorre nas cidades do Estado do Rio de Janeiro. Assim sendo, o consumo do crack na capital do Rio de Janeiro tem feito parte da realidade dos usuários de drogas cariocas nos últimos anos.

Através de um levantamento realizado pelo Conselho Estadual Antidrogas do Rio de Janeiro (CEAD), o número de usuários que procuraram auxílio nos programas de recuperação que a estrutura do próprio conselho ofereceu em 2001 foi de 01 (um) usuário, passando para 183 em 2004, e 262 em 2005, o que revela um aumento de 43,1% no universo de apenas um ano. (ASFORA, 2006). Segundo Asfora (2006), os dados do Núcleo de Prevenção as Drogas da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro - PMRJ (2011), de 2005 a 2008, revelam um aumento de 400% nos atendimentos voltados a usuários de crack neste período.

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

Para Marcelo Cruz, coordenador do Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas (PROJAD) do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, o consumo de CRACK tem se expandindo para as diversas cidades do estado do Rio de Janeiro. Além disso, nota-se um processo de interiorização desta droga, haja vista os pequenos municípios estarem se deparando com uma grande demanda de uso e tráfico de crack. É o que tem acontecido no município de Miracema – RJ, ao qual nos propomos a realizar esta pesquisa.

O município de Miracema pertence à Região Noroeste Fluminense, com proximidades aos municípios do Estado de Minas Gerais, situando-se na rota do tráfico de drogas da região. Ocupa o terceiro lugar na Região Noroeste no que se refere aos indicadores de pobreza e desigualdade, como demonstra o Índice do Mapa de Pobreza e Desigualdade dos Municípios Brasileiros – 2003 do IBGE. De acordo com o censo de 2010, Miracema tem uma população de 26.786 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é 0,713, em

2010, o que o classifica como índice de médio desenvolvimento humano, ocupando a 72ª posição no critério do IDH estadual.

Objetivando conhecer a realidade da drogadição neste município e compreender de que forma as Políticas Públicas e Sociais tem sido utilizados por estes usuários, o primeiro passo a ser realizado em nossa pesquisa, foi um levantamento de dados no Centro de Atenção Psicossocial de Miracema – RJ (CAPS), que foi responsável em confirmar a expectativa proposta por esta discussão de que ocorreu um grande aumento no índice de usuários de CRACK nos últimos anos.

Porém, para efeitos comparativos da pesquisa realizada, cabe citar o estudo recomendado pela Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD), como parte do Plano Integrado de Enfrentamento ao CRACK e outras Drogas, e realizado pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ em 2014, para delinear o perfil da população usuária de crack no país.

Baseado neste estudo, a faixa etária dos usuários de crack é majoritariamente de adultos jovens – com idade média de 30 anos. Outro dado importante encontrado foi predomínio do sexo masculino, com 78,68% dos entrevistados. Em relação à raça/cor dos usuários, houve um predomínio de usuários “não brancos” nas cenas de uso, sendo apenas 20,85% dos usuários de cor branca. Sobre o grau de escolaridade destes usuários, observou-se a baixa frequência de usuários que cursaram/concluíram o ensino médio e a baixíssima proporção de usuários com Ensino Superior, evidenciando que a população pesquisada difere inteiramente daquela que é objeto dos inquéritos escolares (que apontam para a relevância de outros problemas, como o uso de álcool, maconha, remédios, mas não de crack entre alunos do ensino médio e superior). Referente à moradia dos usuários, não se pode afirmar de forma simplista que os usuários de crack são uma população de rua, mas observam-se de forma expressiva usuários nesta situação, sendo aproximadamente 39,04% dos usuários em nosso país se encontravam nesta situação. Quando lhe perguntado sobre as formas de obtenção de dinheiro, relataram ser a forma mais comum as referentes aos trabalhos esporádicos ou autônomos, correspondendo 67,57%.

O levantamento realizado no CAPS – Miracema/RJ mostra os dados a seguir, devendo-se ressaltar que este demonstrativo não representa o montante de usuários do município, haja vista que muitos não são referenciados no Serviço de Saúde Mental oferecido.

Foi identificado nos prontuários do CAPS 445 usuários de Álcool e Outras Drogas, sendo que, destes, 327 fizeram uso de CRACK em algum momento de sua história de uso, o que representa 74%. Desta forma, diversas pessoas não procuram o tratamento, sendo que um

dos motivos identificados é o preconceito ainda existente em relação a serem tratados por um Serviço de Saúde Mental e não especificamente para o tratamento de Drogas.

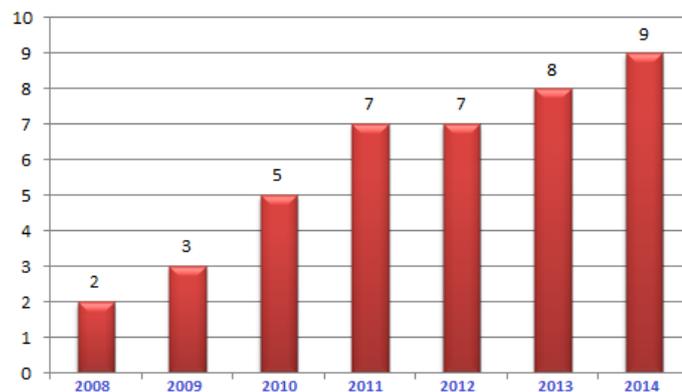
Devido ao fato do município não ter condições de ofertar um serviço específico para usuários de álcool e outras drogas, estes são referenciados para um Programa que também oferta serviços de Psiquiatria, o que gera uma não busca por tratamento, por acreditarem que tal local seja apenas para pessoas acometidas por doenças psiquiátricas.

Cabe ressaltar que, de acordo com a Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), somente municípios com população igual ou superior a 70 mil habitantes podem pleitear um CAPS – AD I, não sendo esta a realidade de Miracema – RJ, que possui uma população de 26.829 habitantes.

O perfil destes 327 usuários do CRACK referenciados no Programa de Saúde Mental do Município de Miracema – RJ demonstra predominância do sexo masculino, com 88%. Constata-se, também, um crescente envolvimento feminino com o uso de tal droga, ocorrendo um crescimento significativo do público feminino de 2008 a 2014 como demonstra a figura que se segue:

FIGURA 02

Evolução do envolvimento feminino com crack



Fonte: elaboração própria

As mulheres têm sido cada vez mais vítimas do tráfico e uso de drogas, sendo o principal motivo de encarceramento das mulheres na América Latina. De acordo com relatório de 2011, publicado pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), 90% das mulheres encarceradas são por tráficos de drogas no Estado de Roraima, e em demais Estado tal realidade se caracteriza da mesma forma. Frequentemente, recorrem ao tráfico e uso de drogas para superar algum momento de dificuldade que está passando, com frequência

relacionada à própria saúde ou até mesmo de um filho. Outras se envolvem no tráfico por meio de ligações emocionais com companheiros, pais ou irmãos.

Em relação à idade destes usuários, os dados contrariam as pesquisas atuais em torno da temática. Na pesquisa da FIOCRUZ (2014), a idade predominante é de 30 anos. Neste estudo presente, identificou-se 57% dos usuários na faixa etária compreendida entre 21 a 30 anos, 33% na faixa de 18 a 20 anos e apenas 20% na faixa de 31 a 40 anos. Considerando cor e raça, foi identificado predomínio da cor parda, ao contrário também das pesquisas recentes sobre o tema que apontam a cor negra. Evidenciou-se que 15% destes usuários são analfabetos. De acordo com dados do IBGE 2010, Miracema ocupa a 5ª posição no ranking dos municípios do Noroeste Fluminense em relação ao analfabetismo da população com 15 anos de idade ou mais, apresentando uma taxa 10,8% nesta situação.

Os dados demonstram um grande número de pessoas que buscam o atendimento para sua recuperação no que tange ao desenvolvimento da dependência química ocasionada pelo uso abusivo do crack, mas, também, constata-se que os resultados de recuperação efetiva estão sendo mínimos. Portanto, se faz necessário que sejam pensadas ações mais coesas e que vão de encontro à realidade do usuário, de uma forma mais completa, capaz assim de proporcionar a redução de danos sociais aos usuários. É necessário que o enfoque não seja apenas na droga, mas sim no indivíduo e o resgate de suas condições de saúde e sociais.

Os dados deste estudo de caso, mostram que o processo de formulação e implementação das políticas sociais para atendimento a estes usuários. As mudanças ocorridas na política de enfrentamento ao uso indevido de drogas e as contradições presente no interior dessa política têm movido a todas as esferas da sociedade na reflexão, revisão e proposição de mudanças com a ampliação dos espaços de luta e confrontação dos múltiplos interesses inscritos no interior da temática “drogas”. O processo político dentro da Política Nacional de Políticas Públicas sobre drogas deve formar um ciclo, começando com uma avaliação sistemática dos problemas relacionados ao uso indevido de drogas, seguida pela prática de políticas de intervenções/preventivas /repressivas, e terminando com uma avaliação objetiva dos resultados alcançados.

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

3. REPRESENTAÇÃO DAS CIDADES E O MUNICÍPIO DE MIRACEMA – RJ

O conceito de Representação neste trabalho objetiva apresentar a questão do território sendo construído a partir do espaço. O espaço é considerado um conceito-chave da ciência geográfica (CORRÊA, 1995), por abarcar uma multiplicidade de fenômenos sociais e naturais, além de se revelar, segundo Santos (2008), como um indutor e um induzido das relações sociais. As noções de indutor e induzido se apoiam na perspectiva de que o espaço, sendo edificado pela ação do homem, guarda em seu âmago uma dimensão que reflete as características sociais, culturais, políticas e econômicas de uma dada sociedade, moldada, portanto, por ela. A noção de induzido revela-se, então, como espelho das relações sociais que circundam a plataforma espacial, uma vez que os objetos e ações podem adquirir tal dimensão (SANTOS, 2002).

O espaço é encarado, assim, como um produto social (LEFEBVRE, 1974). Não se pode ignorar que a sociedade que molda o espaço e nele se reproduz. Logo, as suas relações sociais de produção e de reprodução estarão relacionadas às condições materiais e imateriais que se forjam no processo histórico de sua formação.

Como nos Massey (2008), é preciso entender o espaço não só como produto da sociedade, mas também como produtor dela. A referida autora ainda destaca a necessidade de compreender este espaço como produto de inter-relações que se configura em uma área “trans-escalar” (da imensidão do global até o corpo), como esfera que possibilita a existência da multiplicidade, onde se inclina em pensar uma totalidade na qual distintas trajetórias coexistem; e como um constante devir, uma vez que a formação do espaço não acontece por um momento, mas pela sucessão de percursos e momentos.

Essas características propostas por Massey (2008), acerca do espaço, refletem, portanto, a noção de que ele também é indutor das práticas sociais. Tais práticas sociais e o próprio processo de formação do espaço remetem a intensas disputas sobre a hegemonia de parcelas desta dimensão. Ao longo da história da humanidade acompanha-se sempre disputas sobre o domínio do espaço, sendo este de suma importância na consolidação das relações de poder. Assim, se há domínio e disputas sobre a hegemonia de parte do espaço produzido, existirá, portanto, o jogo de construção do território.

Devemos esclarecer que há uma distinção entre o espaço socialmente produzido e o território, por mais que este último possa emergir da produção do espaço. Autores como Raffestin (1993) tomam como quase similares, o espaço social e o território, uma vez que este espaço é regido também por relações de poder. Por sua vez, Souza (1995) contra-argumenta a

proposta de Raffestin, classificando-a como generalista, quando este coloca o espaço social como o próprio território. Na realidade, o autor desconsidera alguns pontos da obra *Pour une géographiedupouvoir*, onde Raffestin (1993, p.144) deixa claro que espaço e território são conceituações distintas: “O espaço é a ‘prisão original’, o território é a prisão que os homens constroem para si (...) Evidentemente, o território se apoia no espaço, mas não é espaço. É uma produção a partir do espaço”.

Para o referido autor suíço, o território é resultado de uma ação conduzida por um “ator sintagmático” que desenha seus projetos através da canalização do trabalho, energia e informação. Esse “ator sintagmático” tenta escrever sobre o espaço, seu plano de poder através de diferentes práticas.

Assim, o que diferencia o espaço de território é a intenção de construção de “limites de ação” ou delimitação de área onde determinado “ator sintagmático” ou grupo social possa exercer seu poder. Nessa mesma perspectiva, relaciono às ideias de Milton Santos quando afirma que a questão não recai sobre o território em si, mas naquele utilizado.

É importante lembrar o que Milton Santos classifica como “território em si”: o produto do trabalho humano sobre a natureza; portanto, um resultado da conjugação das forças sociais. No entanto, esse espaço produzido é indissociável de objetos e ações. Sendo assim, o que importa é o uso que se dá a esse território, ou seja, as ações que definem a apropriação do mesmo. E o que diferencia uma área de outra, é quem rege e como isso se constrói, enfim, de que maneira determinado grupo consolida sua hegemonia sobre o espaço. Neste caso, o território é definido pela noção de poder.

Por este caminho, e para melhor aprofundar esse debate, parto de uma definição de território que é proposta por Souza (1995, p. 78), entendendo-o como um “espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder”.

O território se diferencia do espaço social no estabelecimento de “delimitações” ou “criação de limites” por meio de relações de poder que se circunscrevem no espaço, assim como pelo “exercício do poder”. Desta forma, o território surge a partir do ambiente, nele se reproduz e é produzido na intensa disputa de domínios.

3.1 A teoria da Representação dos territórios

Nesta perspectiva, podem ser apontados alguns direcionamentos para se pensar o território. Em primeiro lugar, se o poder fosse compreendido em múltiplas escalas, se entenderia o território também por este direcionamento. Em segundo lugar, se ele fosse

exercido por diferentes atores que corroboram na estrutura espacial, seria possível afirmar que existe uma disputa intensa de legitimidade/soberania destes grupos sobre o espaço. Caso o território seja a representação de um poder, faz-se necessário uma aproximação destes dois conceitos para melhor vislumbrar como ocorrem as disputas pelas consolidações territoriais.

Mais adiante, serão exemplificadas questões com as diferentes representações e composições territoriais que se desenham sobre o município de Miracema (RJ), as quais, em suma, se revelam como disputas de representação de poder na apropriação do território para propagação do uso e tráfico de drogas.

Partindo do pressuposto de que o território é definido por relações de poder, e que isso implica numa dada apropriação de parcela do espaço, é necessário conceituar apropriação. Em síntese, apropriar remete a tomar posse, tornar próprio ou mesmo individual. Esta noção dialoga com o território, pois esse é de maneira geral, uma propriedade de alguém ou de algum grupo. O sentido de apropriação não pode recair somente sobre a ideia materializada, mesmo que o fim último se concretize assim. Destarte, uma apropriação pode ser exercida através de um sistema simbólico (GUATTARI, 1985; SACK, 1986; BOURDIEU, 2007; HAESBAERT, 2005, TURCO, 1998).

Bourdieu (2007) é enfático neste quesito quando afirma a existência de um poder simbólico capaz de reger e moldar hábitos da vida social. Esse poder simbólico é caracterizado por uma imaterialidade, ou seja, apresenta-se em formas não visíveis: nas intenções, nos significados, nas ideologias, nas imagens e representações. Assim, se as representações constituem um universo simbólico de poder, pode-se afirmar que elas mesmas são capazes de construir domínios de poder. Deste modo, as representações construídas sobre o espaço podem servir como delimitadores de ação, revelando-se, portanto, como formas de conhecimento e apropriação, restringindo os territórios.

O território em si é uma representação do poder. Quando se constrói projetos e/ou representações do espaço, define-se uma área de ação, nomeia-se e apropria-se. Raffestin (1993, p. 144) indica esse processo:

Produzir uma representação do espaço já é, portanto, uma apropriação, uma empresa, um controle, mesmo se isso permanece nos limites de um conhecimento. Qualquer projeto no espaço que é expresso por uma representação revela a imagem desejada de um território, de um local de relações.

Neste sentido, uma imagem ou modelo que se cria sobre a realidade constitui-se como um instrumento de poder. Logo, ao se produzir representações de determinado espaço,

projeta-se sobre ele uma imagem ideal de território. Contudo, lembrando o que Guy Di Méo coloca a respeito da capacidade diferenciada dos grupos sociais de construir territórios, é possível pontuar, então, a capacidade singular de produzir representações de um espaço ideal. Isso não significa dizer que existam conceituações territoriais verdadeiras e falsas (LEFEBVRE, 2006), mas implica pensar numa “força de representação territorial” que pode estar associada à ação de legitimidade de uma certa sociedade, ou como prefere Raffestin, a um dado ator sintagmático.

A “força de representação territorial” referida está associada aos mecanismos utilizados pelos diferentes atores, agentes e sujeitos sociais na promoção de suas ações. Esses mecanismos correspondem aos meios de comunicação, eventos culturais e/ou científicos, discursos e propagandas, enfim, aos diversos meios em que se possa, em maior ou menor grau, apontar um entendimento de poder.

Para Raffestin, as representações estabelecem limites no espaço. E para compreender um espaço representado, é necessário conhecer suas propriedades, reveladas por meio de códigos e de sistemas sêmicos. Estes códigos e sistemas sêmicos são marcados por toda uma infraestrutura de força, abrangendo dimensões de trabalho, informação, relações de produção, que delimitam um campo de ação. Desta forma, é possível dizer que as representações se alimentam, também, de um sistema sêmico criado para conduzir projetos de poder de um determinado grupo.

Se “a representação compõe o cenário, tendo a organização como espetáculo da tomada original do poder” (RAFFESTIN, 1993, p.144), a representação é um caminho na construção do território. Di Méo (2001, p.14) enfatiza a dualidade entre a materialidade e a imaterialidade que possui o território, indicando o caminho para a passagem do espaço ao território:

A passagem essencial do espaço geográfico ao território não reside unicamente no percurso metodológico inicial, o mesmo da materialidade terrestre a sua essência, ao conteúdo ideal. Isso porque, se o território está ancorado no mundo concreto das práticas sociais, abarca claramente a natureza e os sentidos dos significados que o conferem na ação das representações humanas inspiradas por uma organização (política, econômica, cultural) das sociedades ou no âmago de sua produção.

De forma geral, entende-se que as representações são pontes, ou elos, que possibilitam a passagem do espaço ao território. O território pode ser compreendido, mais uma vez, como representação. Raffestin (1993, p.147) ainda complementa:

Portanto, o espaço representado não é mais o espaço, mas a imagem do espaço, ou melhor, do território visto e/ou vivido. É, em suma, o espaço que se tornou o território de um ator, desde que tomado numa relação social de comunicação.

É através das representações que grupos sociais vão estabelecer seus projetos de domínios espaciais. Projetos estes, de poder, traçados com o objetivo final de apropriação. Saquet (2007) em sua obra *Abordagens e concepções de território* aponta a ligação intrínseca do poder e do território, em que destaca, também, alguns direcionamentos teóricos que orientam a construção da abordagem conceitual de território para outros estudiosos, tais como Claude Raffestin, R. Sack e Giuseppe Dematteis - este último, visto como uma importante referência no que tange a questão territorial. Para Saquet (2007, p.81), “as compreensões [aqui falando da conceituação do território] de Claude Raffestin e de Giuseppe Dematteis, se parecem e são similares”.

Essa compreensão se baseia na ideia de que ambos definem o território como um “produto socioespacial, de relações sociais que são econômicas, políticas e culturais e de ligação de redes internas e externas”. No entanto, o que chama atenção na perspectiva de Dematteis (1985) é o entendimento da geografia como uma maneira de representação do território por meio de metáforas.

Se esse território é produzido no bojo das relações sociais, que incluem materialidades (objetos e ações, como diria Milton Santos) e imaterialidades (intenções, conceitos e ideologias), compreender as diferentes produções do território resulta em descortinar as metáforas do poder. Pode-se ainda acrescentar que decodificar as relações metafóricas de poder sobre um dado território é um ponto nevrálgico na identificação de sua apropriação pelos diferentes atores, agentes e sujeitos sociais.

Essa apropriação é parte constituinte da formação do território. Sua legitimidade alcançada por tais grupos se baseia na força de produção e difusão das representações. Portanto, a identidade de um grupo está, também, na maneira como ele constrói seu território, como o representa e o rege, imprimindo nele suas características. Desta forma torna-se possível pensar, ainda, o território como representação de poder de uma determinada sociedade.

É importante lembrar que as representações constituem formas de conhecimento e de simbolização do mundo (JODELET, 2001; 1989). Raffestin (2009) as explica como resultado de um trabalho e, como tal, é qualificada como energia informada, não se qualifica com uma estabilidade, ou seja, existe variabilidade de intensidade, durabilidade, força e difusão das

representações. Assim, as representações são espelhos das ações dos atores sociais. Pensar em sua imobilidade ou imutabilidade seria como refletir sobre a “morte ou entropia dos atores”.

Isto é, a fluidez das representações em suas diversas características indica os traços dos produtores, dos agentes, atores e sujeitos sociais. Como as representações, quando traduzidas em projetos de poder sobre o espaço, constituem territórios, é possível afirmar, portanto, que os territórios podem apresentar fluidez em duração e extensão.

Esta pesquisa vislumbra demonstrar, a partir de um estudo de caso, a realidade do município de Miracema – RJ, ressaltando a expansão do uso de crack neste município, bem como tal problemática vem sendo enfrentada neste município. Claramente pode-se notar nos dias de hoje através dos meios de comunicação, uma grande proliferação do uso abusivo e conseqüentemente do tráfico de drogas neste município, desta forma propõe-se uma análise em paralelo a partir da Política Nacional de Enfrentamento ao crack e como tal política tem sido abordada e aplicada contextualmente na realidade de Miracema-RJ.

3.2 As territorialidades Miracemenses e suas correlações com as drogas

O município de Miracema-RJ apresenta peculiaridades interessantes que devem ser destacadas no manejo sobre drogas. Desde a década de 90, o município esteve em evidência no que tange ao tráfico de drogas em noticiários sobre criminalidade envolvendo a problemática, principalmente ao tráfico de drogas. O mesmo localiza-se em um ponto estratégico para este comércio, visto fazer divisa com Minas Gerais, estar a aproximadamente 18 km de um município do Estado de Minas (Palma) e localizar-se próximo ao município de Itaperuna, que por ter se tornado uma cidade universitária, abarca uma grande população migrante, com deslocamento de indivíduos dentro de um espaço geográfico, de forma temporária. O mapa que se segue mostra a localização do município de Miracema:

de Psiquiatria, gerando resistência na busca por tratamento, por acreditarem que tal local seja apenas para pessoas acometidas por doenças psiquiátricas.

Cabe ressaltar que, de acordo com a Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), somente municípios com população igual ou superior a 70 mil habitantes podem pleitear um CAPS – AD I, não sendo esta a realidade de Miracema – RJ, que possui uma população de 26.829 habitantes.

Busca assim identificar o território em que estes usuários estão localizados, pois, de acordo com Souza (2007, p. 84), a ocupação do território é vista como algo gerador de raízes e identidade. Assim, um grupo não pode ser mais compreendido sem o seu território, no sentido de que a identidade sócio-cultural das pessoas estaria inarredavelmente ligada aos atributos do espaço concreto (natureza, patrimônio arquitetônico, “paisagem”) e mais. Os limites do território não seriam é bem verdade, imutáveis – pois as fronteiras podem ser alteradas, comumente pela força bruta - mas cada espaço seria, enquanto território, território durante todo o tempo, pois apenas a durabilidade poderia, é claro, ser geradora de identidade sócio-espacial, identidade na verdade não apenas como espaço físico, concreto, mas com o território e, por tabela, com o poder controlador desse território.

Pautado neste contexto, e a partir dos dados encontrados, identificou-se que a maioria destes usuários se encontram-se residindo nas comunidades do morro do Cruzeiro, Cehab, Viradouro, Vila Nova e Jove. Ressalta-se que estas comunidades possui uma característica em comum de extrema relevância que é a falta de acesso as políticas públicas e sociais, não apenas por falta das mesmas, mas, também, e principalmente por falta de conhecimento de como ter acesso a tais serviços. Diante disso, existe a clara necessidade de um trabalho significativo de conscientização de direitos sociais, pois muitas das vezes os mesmos deixam de usufruir por desconhecimentos dos dispositivos e equipamentos existentes na região. Consequentemente, resvalam na ociosidade, recorrendo a atos ilícitos que muitas das vezes levam ao tráfico, até mesmo para subsidiar o próprio consumo de sua droga de preferência.

Uma característica de extrema importância a respeito desses bairros, é que os mesmos encontram-se divididos por instâncias de poder paralelo, denominado facções criminais, que regulam as ações e determinam o cotidiano de tais comunidades. No momento, os bairros estão divididos da seguinte maneira: Cehab, Vila Nova e Jove são comandadas pelo TCP (Terceiro Comando Puro) e os bairros Cruzeiro e Viradouro pelo CV (Comando Vermelho).

Os confrontos entre as facções acontecem periodicamente, a motivação consiste sempre na disputa de territórios, podendo haver mudanças a qualquer momento.

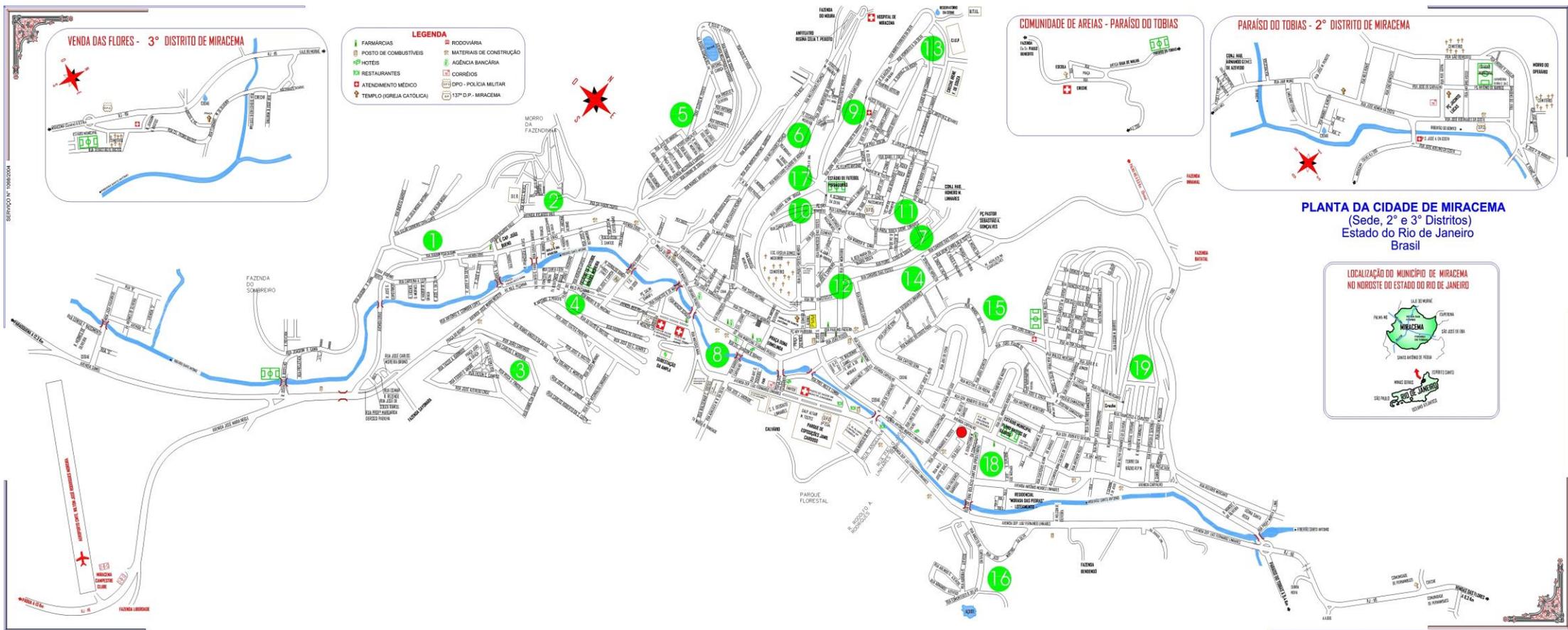
Cabe ressaltar que os bairros citados são os de maior concentração de usuários da droga, embora isto necessariamente não signifique que seja o território do tráfico, pois o uso e o tráfico são ações distintas.

Todavia, mesmo o território se tornando gerador de identidade, para o tráfico de drogas ele acaba sendo instável com “as áreas de influência deslizando sobre o espaço concreto das ruas, becos e praças; a criação de identidade territorial é apenas relativa, digamos, mais propriamente funcional que efetiva”, Souza (2007, p. 88).

O território do tráfico de drogas, segundo Souza (2007, p. 92), apresenta-se, portanto de maneira altamente pulverizado, contrastando vivamente com a estrutura territorial característica de organizações mafiosas. No caso do tráfico de drogas, os territórios enclaves acham-se disseminados pelo tecido urbano, com territórios amigos, dispersos e separados pelo “asfalto” para empregar a gíria, usual, ou seja, por bairros comuns, ou áreas neutras.

Entretanto, o território não se encontra isolado do ponto de relações, da informação e da própria transformação que a mesma exerce no espaço. Mesmo os territórios sendo denominados por traficantes ou facções criminosas inimigas, eles acabam se tornando passagem de informações necessárias para o funcionamento do tráfico de drogas. Segue mapa que demonstra o território de Miracema, bem como parte da Rede deste município.

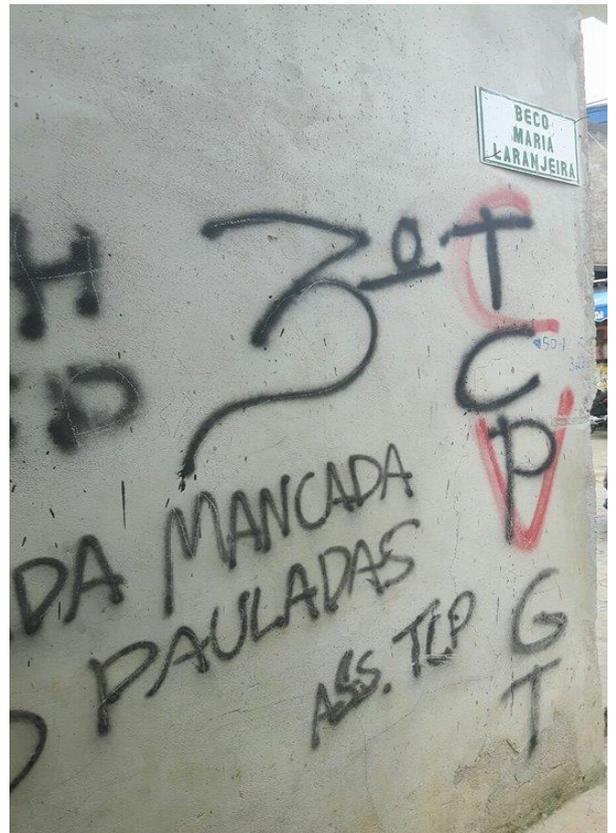
FIGURA 04
Mapa do Município de Miracema



- 1. PONTILHÃO DO ROSA (Lei nº 629/96)**
 AVENIDA "B"
 AVENIDA "D"
 AVENIDA EIRAS (a partir do nº 623)
 AVENIDA HERMES DE OLIVEIRA
 AVENIDA JOSÉ FIGUREDO
 AVENIDA SAMEL
 RUA "B"
 RUA "C"
 RUA "D"
 RUA BHERTO BARROS
 RUA CALORINA DE AZEVEDO LEITE
 RUA EDWIGE F. NASCIMENTO
 RUA JOAQUIM ROSA DA GAMA
 RUA JOSÉ PEREIRA DA SILVA
 RUA JOSÉ SOARES CONSTÂNCIO
 RUA JOSÉ VIANNA DA SILVA
 RUA JULIA MIGUEL ANTÔNIO
 RUA NABOR DE ALVIM BRAGA
 RUA OSCAR CARNEIRO CAVANCANTE
 RUA OEWALDO B. BOTELHO
 RUA VICENTE DUTRA DE MORAES
 RUA WADY MIGUEL
 TRAVESSA EUGÊNIO BERETA
- 2. RODAGEM (Lei nº 629/96)**
 AVENIDA EIRAS (a partir do nº 621)
 AVENIDA RICARDO VALLE
 PRAÇA GETULIO VARGAS
 RUA DOVER LIMA BARROS
 RUA EDUARDO ALVES DA SILVA
 RUA FRANCISCO A. ALVES
 RUA GERSON DE OLIVEIRA SANTOS
 RUA JOÃO BATISTA CARVALHO RETAMERO
 RUA JOÃO CANDIDO DAS NEVES
 RUA JOÃO MARTINS CASTELHANO
 RUA JOSÉ RIBEIRO LEITE
 RUA SALVADOR CLUFFO
 VILA CORTES
 VILA EIRAS
- 3. VISTA ALEGRE (Lei nº 629/96)**
 PRAÇA DO ROTARY
 RUA CARLOS EUCLIDES MOREIRA
 RUA EGÍDIO DOMINGUES ENDRE
 RUA EKSON CARNEIRO CAMPOS
 RUA EMÍLIA DA CRUZ DE AZEVEDO
 RUA HAMILTON SALLES
 RUA JOÃO SANTIAGO
 RUA JOSÉ AZEVEDO CRUZ
 RUA ROSA DOS SANTOS FINGOLO
 RUA TASSO ALVES BARROSO
- 4. CALOY (Lei nº 629/96)**
 AVENIDA JOSÉ MARIA NEGLE
 AVENIDA NILO PEÇANHA
 PRAÇA FRANCISCO AMIM
 PRAÇA DO RUI
 RUA "5"
 RUA ANTONIO SOARES PEIXOTO
 RUA ANTONIO VENTURA COIMBRA LOPES
 RUA CARLOS ROBERTO DA SILVA COSTA
 RUA ENG. REGINALDO MENDES LINHARES
 RUA FRANCISCO DE FREITAS
 RUA GETULIO GARCIA BASTOS
 RUA "H"
 RUA IRANDI ANGELO DA SILVA
 RUA JOÃO MENINO
 RUA JOSÉ CARLOS MOREIRA BRUNO
 RUA JOSÉ CARMO SOARES
 RUA JOSÉ DE SOUZA RAMOS
 RUA GUIMARÃES BASTOS
 RUA JOSÉ TOSTES PADILHA
 RUA MIGUEL BRUNO DE MARTINO
 RUA OSCAR RIBEIRO REZENDE
 RUA PROF. JOSÉ MARIS MACHADO
 RUA PROF. MARGARIDA DEROSI PADILHA
 RUA PROF. SOLANGE COUTINHO MOREIRA
 RUA SANTA LUZIA
 TRAVESSA ERNESTO ROCHA
 TRAVESSA FELINTO GANÇALVES DE FÁRIA
 TRAVESSA HORÁCIO CAPUTE
 TRAVESSA ILDEFONSO AUGUSTO DE SOUZA
 TRAVESSA JOSÉ FELICÍSSIMO THEODORO
 TRAVESSA JOSÉ VENÂNCIO GARCIA
- 5. VALE DO CEDRO (Lei nº 629/96)**
 AVENIDA MELCHIADES CARDOSO
 AVENIDA PEDRO GONÇALVES
 PRAÇA DITÁLIA
 RUA ADUMONT DUARTE MONTEIRO
 RUA ÁLVARO HENRIQUE BRAGA
 RUA ANTÔNIO CARLOS MOREIRA
 RUA ANTÔNIO DIAS CUBIÇA
 RUA ANTÔNIO RIBEIRO
 RUA ERNANI DE SOUZA
 RUA JOÃO CUSTÓDIO DOS SANTOS
 RUA JOSÉ DO AMARAL
 RUA MANOEL ANTÔNIO PESTANA
 RUA OCÁRIO DA SILVA BASTOS
 RUA PREF. SALIM BOUJESSA
 RUA PROF. LAURECI PEREIRA BRAGA
 RUA SCILIO TARDIM FAVER
 RUA VIRGÍLIO RODRIGUES DE OLIVEIRA
 TRAVESSA CLOVIS MOREIRA TOSTES
- 6. HOSPITAL (Lei nº 629/96)**
 RUA ARISTIDES BARBOSA
 RUA BOLEVAR CLÁUDIO DE AQUINO
 RUA DOS GABRIELS
 RUA JOÃO GOVEIA SOUTO
 RUA JOSÉ MÁRCIO MARTINS BARBOSA
 RUA JOSÉ MONTEIRO DE BARROS
 RUA MELCHIADES PIKANÇO
 RUA SAID MANSUR
 TRAVESSA CESÁRIO MOREIRA
 TRAVESSA MIGUEL MANOEL
 TRAVESSA NOSSO SENHOR DOS PASSOS
 TRAVESSA SEBASTIÃO MANOEL PIMENTA
 VILA MARQUES
 VILA MENDONÇA
 VILA REIS
 VILA SOUTO
- 7. NOSSA SENHORA DE FÁTIMA (Lei nº 629/96)**
 RUA DR. MONTEIRO (até o nº 230)
 RUA MARIA TEREZA SODRÉ LINHARES
 RUA PEDRO ELIDO DE SOUZA
 RUA WANDER ROSA DA GAMA
- 8. CENTRO (Lei nº 629/96)**
 AVENIDA ANTONIO MENDES LINHARES (até o SENAC)
 AVENIDA DEP. LUIZ FERNANDO LINHARES
 AVENIDA EPREIN ASSÉD KIK
 AVENIDA NILO PEÇANHA (a partir do nº 671)
 PRAÇA ARY PARREIRA
 PRAÇA DAS MÃES
 PRAÇA DO MERCADO
 PRAÇA DONA ERMELINDA
 PRAÇA JOÃO ANTONIO HASSEL
 RUA ADALGIZA M. RIBEIRO DA SILVA
 RUA ANGELINA J. SALIM
 RUA ANTONIO GONÇALVES SIQUEIRA
 RUA BARROSO DE CARVALHO
 RUA CEL. JOAQUIM BERNARDINO DE BARROS
 RUA CEL. JOSÉ CARLOS MOREIRA
 RUA CEL. JOSEFINO
 RUA DR. MONTEIRO (até o nº 112)
 RUA ELPÍDIO PORTES MENDES (até o nº 49)
 RUA FRANCISCO BRUNO DE MARTINO
 RUA FRANCISCO PROCÓPIO
 RUA IRINEU SODRÉ
 RUA JOÃO PESSOA
 RUA JOÃO ROSA DAMASCENO
 RUA JOSÉ DA SILVA BASTOS
 RUA JOSÉ JOAQUIM ANDRADE
 RUA MARCÍLIO DE POLY
 RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO
 RUA MATOSO MAAIA
 RUA MIGUEL BRUNO DE MARTINO
 RUA MOACYR JUNQUEIRA
 RUA MOACIR SCHUELER
 RUA OSWALDO RANGEL
 RUA PAULINO PADILHA
 RUA PREF. NILO RODRIGUES LOMBA
 RUA SANTO ANTÔNIO
 RUA SANTO DUMONT
 RUA VALDEMAR SAMEL
 RUA WALDEMAR C. TOSTES
 TRAVESSA ANTÔNIO GUTERES
 TRAVESSA CLÉRIO PORTES MENDES
 TRAVESSA CONEGO DANTAS
 TRAVESSA MARIA BELA TRINDADE
 VILA ANTÔNIO G. DE MORAES
- 9. CEHAB (CÍCERO G. BASTOS) (Proj. Delib. nº 017/68)**
 PRAÇA FELICIO ANTONIO
 RUA JORN. JOSÉ EDUARDO RAMALHO DE BARROS
 RUA PREF. ODILON BARROSO BOTELHO
 RUA VASCO TEIXEIRA
 RUA VER. CELSO BASTOS DE BARROS
 RUA VER. CELSO MOREIRA TOSTES
 RUA VER. DANILO CARDOSO
 TRAVESSA JOÃO MIGUEL
- 10. ALTO DO CRUZEIRO (Lei nº 629/96)**
 ESCADARIA DO FERRADURÃO
 PRAÇA SÃO BENEDITO
 RUA AFONSO MOREIRA DO NASCIMENTO
 RUA ALCINA R. DA SILVA
 RUA CAMPO SANTO
 RUA DA MINA
 RUA ELPÍDIO PORTES MENDES (até o nº 236)
 RUA LAURINDO ALVIM PEREIRA
 RUA MANOEL SIMPLICIO LINHARES
 RUA NAIR VILLAGA
 RUA SÃO CLEMENTE (a partir do nº 160)
- 11. VILA NOVA (Lei nº 629/96)**
 RUA "E"
 RUA "F"
 RUA "H"
 RUA BERNARDINO C. DIAS
 RUA ISABEL FERREIRA ORÇAY
 RUA JOÃO ROGÉRIO DO NASCIMENTO
 RUA JOSÉ LUIZ SALVINO DA CUNHA
 RUA MARIANO DE MORAES TOSTES
 RUA OSWALDO RANGEL
 RUA PAULINO PADILHA
 RUA PREF. NILO RODRIGUES LOMBA
 RUA SANTO ANTÔNIO
 RUA DR. MONTEIRO (do nº 114 ao nº 220)
 RUA DR. TEMISTOCLES
 RUA ELPÍDIO PORTES MENDES (do nº 49 ao 235)
 RUA FRANCISCO DIAS TOSTES
 RUA WALDEMAR C. TOSTES
 RUA JOSÉ HONORATO CARNEIRO
 RUA SÃO CLEMENTE (até o nº 160)
 TRAVESSA MANOEL LUIZ DOS SANTOS
 TRAVESSA SALVADOR ALVES DE AZEVEDO
 VILA ERNESTO MORAES TOSTES
- 12. CENTRO REDENTOR (Lei 522/94)**
 PRAÇA MIGUEL BRUNO DE MARTINO
 RUA DR. MONTEIRO (do nº 114 ao nº 220)
 RUA DR. TEMISTOCLES
 RUA ELPÍDIO PORTES MENDES (do nº 49 ao 235)
 RUA FRANCISCO DIAS TOSTES
 RUA WALDEMAR C. TOSTES
 RUA JOSÉ HONORATO CARNEIRO
 RUA SÃO CLEMENTE (até o nº 160)
 TRAVESSA MANOEL LUIZ DOS SANTOS
 TRAVESSA SALVADOR ALVES DE AZEVEDO
 VILA ERNESTO MORAES TOSTES
- 13. VILA JOSÉ DE CARVALHO (Lei nº 629/96)**
 RUA ALCEBIADES MENDES LINHARES
 RUA DURVAL CARNEIRO DA ROCHA
 RUA GLÁUCIO GARCIA DA SILVA
 RUA HONORATO ANTONIO DA SILVA
 RUA LAURO ALVIM COIMBRA
 RUA VER. MÁRIO FERREIRA DA SILVA
 RUA PORFÍRIO AUGUSTO BOTELHO
- 14. NOSSA SENHORA APARECEIDA (Lei nº 629/96)**
 RUA ADILES MONTES CARVALHO
 RUA DEODATO LINHARES
 RUA FRANCISCO CARDOSO
 RUA IRENE ELMIRA DE SOUZA TOSTES
 RUA MANOEL JOSÉ DE OLIVEIRA
 RUA MICHEL SALIM
 RUA ONOFRE ZACARIAS
 RUA PAULO AUGUSTO MACHADO
 RUA CÂNDIDO DIAS TOSTES
- 15. MORRO DA JOVE (Lei nº 629/96)**
 RUA MANOEL DO COUTO PAIVA
 RUA CAPITÃO SENA (até o nº 236)
 ESCADARIA QUE LIGA AS DUAS RUAS
- 16. BOA VISTA (Lei nº 629/96)**
 RUA ANICETO DE CARVALHO
 RUA ARLINDO GOMES DE AZEVEDO
 RUA ARMANDO GOMES DE AZEVEDO
 RUA AUREA BERSACULA DE AZEVEDO
 RUA EUMENTEGED BELA DELATE
 RUA JOSÉ MARTINS DA SILVA
 RUA NELSON R. OLIVEIRA
 RODÓVIA RJ-116 (até o trevo)
- 17. VIRADOURO (Lei nº 629/96)**
 RUA DANTE BARBI
 RUA JANDIRA ALVIM BRAGA
 RUA SEBASTIÃO GONÇALVES MOREIRAS
 VILA DONA ANA
 PRAÇA MARIZA DAMASCENO
- 18. SANTA TERESA (Lei nº 629/96)**
 AVENIDA ANTONIO MENDES LINHARES
 AVENIDA CARVALHO
 RUA ANTONIO REGO
 RUA ANTONIO BERNARDINO MONTEIRO
 RUA ANTONIO MOTA
 RUA CAPITÃO SENNA (a partir do nº 236)
 RUA CEL. ARMANDO RIBEIRO
 RUA CUSTÓDIO ALVIM BARROS
 RUA DR. EBAL BOLÁCIO SANT'ANNA
 RUA ESMERALDINA CALDAS DE SOUZA
 RUA EUGÊNIO CONSTÂNCIO
 RUA FREDERICO BARROSO
 RUA GOV. ROBERTO SILVEIRA
 RUA HÉLIO DE OLIVEIRA SANTOS
 RUA JOÃO CHELCK
 RUA JOÃO RIBEIRO DE MATOS
 RUA JOSÉ DIAS DE SOUZA
 RUA JUIZ DE FORA
 RUA LINO DE PAULA FILHO
 RUA LUIZ AURÉLIO RUFOLO
 RUA MANOEL DO COUTO PAIVA (a partir do nº 188)
 RUA MANOEL FRAZÃO DE OLIVEIRA
 RUA NESTOR COELHO DA ROCHA
 RUA PAPA JOÃO XXIII
 RUA PREF. JOSÉ DE CARVALHO
 RUA PREF. MARCELO DE B. TOSTES
 RUA PROF. JULIETA DAMASCENO (até o nº 128)
 RUA PROF. MARIZA XAVIER LIMA
 RUA ROZÁRIO MERCANTE
 RUA VER. JOSÉ PEREIRA NETO
 VILA HASSEL
 VILA SEBASTIANA MARIA DA CONCEIÇÃO
 VILA SUELY
 VILA TEPERINO
- 19. JARDIM BEVERLY (Lei nº 629/96)**
 RUA AILTON ZACARIAS
 RUA ALCYR FERNANDES DE OLIVEIRA
 RUA CLOVIS TOSTES
 RUA DEMETRIO DAMASCENO
 RUA DIONIZIO PEREIRA ROSA
 RUA EDSOM ALVIM BARROS
 RUA EDSOM MONTEIRO DE BARROS
 RUA ESTORQUILDA D. SENTINELI
 RUA FILOMENA MERCANTE
 RUA FRANCISCO A. BARROSO
 RUA FRANCISCO DE POLY
 RUA GUSTAVO BENEDITO VIEIRA
 RUA JOÃO ROSA DAMASCENO JUNIOR
 RUA JOSÉ MARIA DA SILVA
 RUA JOSEFINA DAMASCENO
 RUA LOURIVAL TEPERINO
 RUA LUCAS DAMASCENO
 RUA MANOEL VIEIRA DE SOUZA
 RUA ORLANDA DE MARTINO AVERSA
 RUA OSWALDO MARTINS DOS PASSOS
 RUA PROF. NEZIO CAMARA CASTRO
 RUA PROF. JULIETA DAMASCENO (a partir do 130)
 RUA URURAI M. MACEDO
 RUA VIRGÍLIO DAMASCENO
 RUA VITORIO M. FARINAZIO
 RUA WALECE MERCANTE
 TRAVESSA FRANCISCO DO VALE GUEDES

A figura 04 demonstra como o município está distribuído em seus bairros, como já citado obtém muitas oportunidades de saídas para diversas cidades e até mesmo ao Estado de Minas Gerais. As comunidades citadas no mapa 02 e 09 à 19 tem fortes características com o tráfico de drogas e os territórios demarcados pelas disputas de poder pelos espaços.

Abaixo seguem algumas imagens de pichações de casas, postes e prédios públicos nestas comunidades, demonstrando o reconhecimento daquela comunidade como pertencente a determinada facção do tráfico de drogas:



Fotos tiradas no morro da Jove

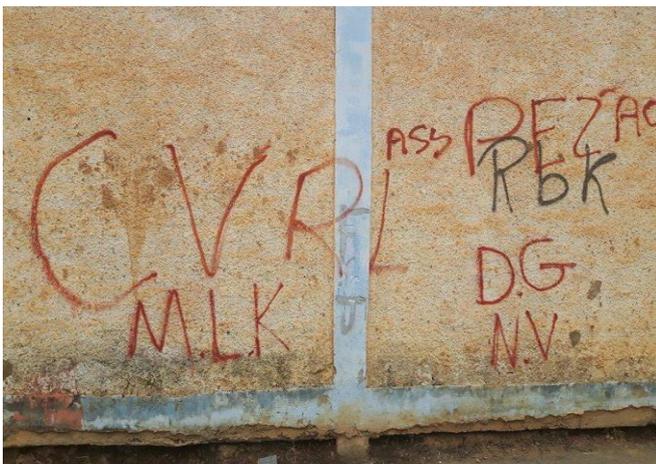


As fotos acima foram tiradas no Morro da Jove, localidade com forte envolvimento onde ocorrem diversos confrontos entre facções por disputa de territórios, como demonstram as pichações acima o espaço era comandado pelo CV – Comando Vermelho e o TCP – Terceiro Comando Puro passou a dominar este território. As próprias pichações são marcadas por ameaças dizendo que: “em caso de mancadas terão pauladas”. Isso demonstra como tais espaços são marcados pelo medo e ameaças àquela comunidade.

A seguir estão as fotos de pichações na comunidade do Carrapichão, local que recentemente veio acolher um conjunto habitacional que foi inaugurado no ano de 2012 e desde então, graves problemas sociais foram surgindo e principalmente no que tange à drogadição e o tráfico de drogas. Esta comunidade vive em constantes oscilações de dominação e neste momento como demonstram as pichações vem sendo “gerenciada” pelo Comando Vermelho.



Fonte: Fotos tiradas no conjunto habitacional do carrapichão



Fonte: Foto tirada no conjunto habitacional do carrapichão



Fonte: Fotos tiradas no bairro rodagem

A comunidade carrapichão ainda não disponibiliza de nenhum recurso de atendimento, como serviços de atenção a saúde básica, equipamentos de assistência social dentre outros,

tornando necessária utilização de todos os recursos públicos em outro bairro, denominado Pontilhão do Rosa. Mediante a tal contexto ressaltamos a necessidade que esta comunidade seja acompanhada pelos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial para assim buscar formas de contribuir para melhoria da qualidade de vida das pessoas que residem nesta localidade.

Seguem abaixo ainda algumas fotos retiradas no alto do Cruzeiro, localidade também gerenciada pelo Comando Vermelho, como demonstram as pichações:



Fotos tiradas no morro da Cehab



Fotos tiradas no morro do Cruzeiro

As imagens apresentadas demonstram como a cidade de Miracema encontra-se demarcada territorialmente pela disputa de poder de facções criminais, e o descaso do poder público em não intervir nestas situações que afligem tanto a população. Mediante a tal problemática torna-se clara e urgente a necessidade de maior intervenção Estatal nestes espaços para que sejam minimizados tais danos, que são causados na vida de toda a população miracemense, que acaba sendo vitimada de maneira geral mediante ao atual quadro de insegurança e violência ao qual são expostos dentro desta configuração de dinâmica cotidiana.

3.3 O contexto histórico do município de Miracema

A colonização do território do município de Miracema é atribuída aos esforços de D. Ermelinda Rodrigues Pereira, primitiva proprietária das terras que constituem o distrito sede. Segundo a tradição, por volta de 1846, esta referida senhora mandou erigir, no local onde atualmente existe a praça que tem seu nome, uma capela dedicada ao culto de Santo Antônio. Era intenção de D. Ermelinda transformar suas propriedades em bens de uma paróquia, que pretendia entregar, mais tarde, a um de seus filhos, de nome Manoel, que concluíra seus estudos em um seminário de Mariana (Minas Gerais).

Prosseguindo com seu intento, a referida senhora doou 25 alqueires de terra, dos dois mil que possuía, para a formação da futura freguesia de Santo Antônio, posteriormente, Santo Antônio dos Brotos. Deve-se a mudança de nome ao fato de um dos sólidos esteios da capela construída por D. Ermelinda ter brotado, fato que a credence popular atribuiu a um milagre, acrescentando ao nome do padroeiro Santo Antônio, a designação de "dos Brotos".

O crescimento da povoação motivou, em 26 de janeiro de 1880, a criação do Distrito Policial de Santo Antônio dos Brotos. Em 09 de setembro de 1881, foi criado o Distrito de Paz e, em 13 de abril de 1883, atendendo à solicitação da comunidade através da Câmara de Pádua, o governo provincial resolveu mudar a denominação de Santo Antônio dos Brotos para o de Miracema, originária da língua tupi-guarani: ybira (pau, madeira); cema (brotar) e, em se tratando de eufonia da palavra, sugeriu o Dr. Francisco Antunes Ferreira da Luz que se trocasse o Y por M.

Em 03 de maio de 1936, chegou à Miracema o governador do Estado, Almirante Protógenes Guimarães, acompanhado do presidente da ALERJ, Dr. Arnaldo Tavares, e de outras autoridades estaduais, para instalar o município de Miracema.

Miracema, desde os seus primórdios até o fim do século XIX, contou com intensa vida econômica e social, verificando-se enorme surto progressista, época em que suas lavouras de café, arroz, milho e feijão abarrotavam os mercados, os quais chegavam em lombos de burros, via São Fidélis, e a partir de 1883, pela Estrada de Ferro Santo Antônio de Pádua – Ramal Miracema.

Com sua emancipação político-administrativa, Miracema recuperou-se da derrocada do café e foi iniciada a cultura do algodão para abastecer a fábrica de tecidos São Martino e, concomitantemente, desenvolveu a cultura da cana-de-açúcar em ação conjunta com a Usina Santa Rosa. Foi crescendo a cultura do arroz irrigado, juntamente com apicultura leiteira, que é a principal atividade rural do município. As culturas de milho, feijão e café são consideradas de subsistência.

Entre 1830 e 1930, a região exportou, em café, valores superiores aos da exportação de ouro e diamantes de Minas Gerais. Graças ao preço do café na Europa, Miracema liderou a região em um processo de enriquecimento. Para a fabulosa produção cafeeira do período foi necessária uma enorme quantidade de mão-de-obra escrava.

Na década de 1930, o poder político do estado de São Paulo obrigou Getúlio Vargas a diminuir os cafezais do Rio de Janeiro, destruindo todas as lavouras existentes em Miracema. O café fornecia 80% dos recursos do município. Nas décadas de 60 e 70 seus canaviais submergiram na onda verde da cultura tecnificada ocorrendo uma diminuição sensível da

renda do município. Por último, o arroz, que ainda segurava a economia, foi suplantado pela eficiência e tecnologia dos estados do Sul do Brasil na década de 1980.

3.4 A Rede de Atenção Psicossocial e a realidade Miracema – RJ.

Para entender a rede de atenção aos usuários de drogas, devemos compreendê-la pela RAS (Rede de Atenção à Saúde), mas também pela rede de atenção psicossocial (RAPS). A RAPS pode ser entendida como a articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas no SUS. Assim, ela é constituída por sete níveis de atenção, cujos elementos devem atuar territorialmente e de forma articulada (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

No nível da Atenção Básica em Saúde, a RAPS é composta pelas unidades básicas de saúde e equipes de ESF, desenvolvendo ações de promoção de saúde, prevenção e cuidado de pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são responsáveis pelo matricial e cuidado compartilhado com as UBS e equipes de ESF. Além disso, as equipes de Consultório na Rua e redutores de danos ofertam ações e cuidado de saúde de modo itinerante para a população em situação de rua e os Centros de Convivência e Cultura oferecem espaços de socialização, produção e intervenção para a população em geral (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

Na Atenção Psicossocial Estratégica, temos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que assistem pessoas com transtornos mentais, de forma territorializada, a partir de projetos terapêuticos individuais e em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Os CAPS podem ser do tipo I, para municípios ou regiões com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e funcionando de segunda a sexta-feira, como é o caso do município de Miracema; do tipo II, em municípios ou regiões entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando de segunda a sexta-feira; e o tipo III, para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, todos os dias, incluindo fins de semana e feriados. Além destes, existem os CAPS específicos para o cuidado às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas (CAPSad) e os destinados a atender crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou fazem uso de álcool e outras drogas (CAPSi). Os CAPSad podem ser do tipo II (para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes) e do tipo III (em municípios ou regiões com populações acima de duzentos mil habitantes), funcionando todos os dias 24 horas. Já os CAPSi são indicados para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes, funcionando de segunda a

sexta-feira, de 8h às 18h (BRASIL, 2011). Nos municípios sem CAPSad, os CAPS para transtornos mentais gerais são responsáveis pela assistência às pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, como no caso de Miracema que apesar de uma demanda significativa não disponibiliza de um CAPSad (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

A Atenção Residencial de Caráter Transitório é conformada pelas Unidades de Acolhimento (UA), que oferecem cuidados contínuos para usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social que necessitem de um acompanhamento terapêutico ou protetivo transitório. Existem as UAs específicas para acolhimento de adultos usuários de álcool e outras drogas e destinadas a adolescentes e jovens, de doze até dezoito anos. Os serviços de atenção em regime residencial, como as comunidades terapêuticas, prestam cuidados de caráter residencial transitório por até nove meses para usuários de drogas com necessidades clínicas estáveis (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

A Atenção Hospitalar é constituída por serviços hospitalares através de leitos ou enfermarias especializadas em hospitais gerais. Esses serviços oferecem tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas que necessitem de desintoxicação e em casos de comorbidades de ordem clínica e ou psíquica. O trabalho é realizado por meio de internações em regime de curtíssima ou curta permanência (BRASIL, 2011). O município de Miracema tem pleiteado este convenio junto ao Ministério da Saúde desde o ano de 2014 e ainda não obteve resultado, pautado na Portaria nº 148 de 31 de Janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. A distribuição dos leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes parâmetros e critérios:

I - 1 (um) leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para cada 23 mil habitantes, tendo como base a Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2012).

Mesmo podendo pleitear apenas um leito por ser um município com população de aproximadamente 26 mil habitantes, foram solicitados 02 leitos devido a grande demanda apresentada e também pela grande procura por parte da população usuária e de seus familiares por internação, sendo o hospital geral a referência para este tipo de atendimento, pautando-se assim suas diretrizes na perspectiva antimanicomial (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

Com relação à atenção de urgência e emergência, existem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e as UBS quando possível. Estes serviços são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

As Estratégias de Desinstitucionalização baseiam-se nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e o Programa de Volta para Casa, visando garantir aos usuários de drogas e pessoas com transtorno mental de longa permanência o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, promovendo autonomia e o exercício de cidadania através da inclusão social (BRASIL, 2011).

Por fim, temos as Estratégias de Reabilitação Psicossocial compostas por iniciativas intersetoriais de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativos sociais. Estas ações devem articular a RAPS com os recursos comunitários para garantir a melhoria das condições de vida e a inclusão social dos usuários da rede (BRASIL, 2011).

A tabela a seguir descreve como se organiza a RAPS no município de Miracema e em um quadro comparativo descrevemos também os serviços que faltam nesta cidade.

TABELA 1
Elementos constituintes da RAPS e o cenário de Miracema

RAPS e seus dispositivos	O que é este serviço?	A RAPS em Miracema
Consultório de Rua	Equipes de saúde móveis que prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, e trabalham junto aos usuários de álcool, crack e outras drogas com a estratégia de redução de danos. Essas equipes possuem profissionais de várias formações que atuam de forma itinerante nas ruas desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção.	O município não disponibiliza deste serviço. O CREAS juntamente com o CAPS faz este serviço quando necessário.

<p>Unidade de Acolhimento (adulto e infantil)</p>	<p>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.</p> <p>A Unidade de Acolhimento Adulto - UAA é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial que oferece acolhimento transitório às pessoas de ambos os sexos, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Elas funcionam como casas onde as pessoas que estejam em tratamento nos CAPS tem apoio profissional e podem viver por um período. Acolhem até 15 adultos por até 6 seis meses, apoiando seus moradores na busca de emprego, estudo e outras alternativas de moradia. São espaços abertos, de acolhimento sempre voluntário.</p>	<p>Não existe este atendimento no município.</p>
<p>Leitos em enfermarias especializados</p>	<p>Os leitos de saúde mental em hospitais gerais são serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que oferecem suporte hospitalar de curta duração. São utilizados apenas em situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de outras doenças associadas ao uso de drogas. Atuam como retaguarda para a RAPS e demais serviços de saúde do município ou região de saúde. A internação deve preparar os pacientes para retomar seu tratamento nos CAPS e outros serviços da RAPS após a alta. Funcionam em regime integral, nas 24 horas do dia e nos 7 dias da semana, finais de semana e feriados, sem interrupção da continuidade do cuidado.</p>	<p>Não há enfermarias especializadas, o município disponibiliza de um leito em hospital geral para o serviço de saúde mental e quando o leito não está ocupado, quando necessário utiliza-se para usuários de álcool e outras drogas.</p>
<p>CAPS – AD</p>	<p>O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD 24 horas) é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas. Seu público específico são os adultos, mas também podem atender crianças e adolescentes, desde que observadas as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Os CAPS AD 24 horas oferecem</p>	<p>Com os dados apresentados nesta pesquisa, há um interesse do Estado e do Município em solicitar este dispositivo, visto</p>

	<p>atendimento à população, realizam o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os CAPS também atendem aos usuários em seus momentos de crise, podendo oferecer acolhimento noturno por um período curto de dias. O CAPS apoia usuários e famílias na busca de independência e responsabilidade para com seu tratamento. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, que possam garantir o sucesso de suas ações, preocupando-se com a pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. Dispõe de equipe multiprofissional composta por médico psiquiatra, clínico geral, psicólogos, dentre outros.</p>	<p>haver uma demanda comprovada.</p>
CAPS I	<p>Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são serviços da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS abertos destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais. Os CAPS oferecem atendimento à população, realizam o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os CAPS também atendem aos usuários em seus momentos de crise. O CAPS apoia usuários e famílias na busca de independência e responsabilidade para com seu tratamento. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com a pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. Dispõe de equipe multiprofissional composta por médico/psiquiatra, psicólogos, dentre outros.</p>	<p>Único serviço específico de saúde mental, que acaba abrangendo todos os atendimentos realizados aos usuários de álcool e outras drogas. Atualmente, não tem ações específicas para este público. Apenas um grupo de “mútua ajuda”.</p>
Hospital Geral	<p>Unidade de saúde responsável pelo atendimento das demandas espontâneas da população.</p>	<p>O Hospital de Miracema é uma instituição filantrópica, na qual existe grande resistência no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas.</p>
UBS – Unidades básicas de saúde	<p>As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são o local prioritário de atuação das equipes de Atenção Básica (eAB). Desse modo, desenvolve-se uma Atenção Básica à Saúde com alto grau de descentralização e profunda capilaridade no território nacional, o que a deixa sempre mais próxima ao cotidiano das pessoas.</p>	<p>O município não disponibiliza deste dispositivo em sua rede.</p>

Prontos Socorros Gerais –	São unidades de atendimentos de urgências e emergências localizadas nas unidades de saúde. Existe uma gradação do nível de complexidade que cada PS pode atender.	O município disponibiliza de um Posto de Urgência – PU, no qual é utilizado como referência para atendimentos de emergência.
Conselhos de defesa dos direitos do usuário	Os conselhos são ferramentas que buscam garantir os direitos de seus usuários.	Não há nenhuma instituição específica em defesa dos direitos dos usuários, nem mesmo o Conselho Municipal de Política Sobre Drogas. Eles utilizam das instituições de uso coletivo.
ESF – Estratégia de Saúde Família	A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.	Miracema disponibiliza de 06 unidades de ESF, não contemplando toda a cobertura do município.
Serviço de Referência Hospitalar	Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial.	O município de Miracema tem pleiteado este convenio junto ao Ministério da Saúde desde o ano de 2014 e ainda não obteve resultado.
NASF – Núcleo de Atendimento à Saúde da Família	Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.	O município não disponibiliza deste dispositivo, em fase de implementação.
CRAS – Centro de Referência	O CRAS é uma unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social sendo responsável pela	O município disponibiliza de

de Assistência Social	organização e oferta dos serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios e DF. Representa a principal estrutura física local para a proteção social básica, desempenha papel central no território onde se localiza, possuindo a função exclusiva da oferta pública do trabalho social com famílias por meio do serviço de Proteção e Atendimento Integral a Famílias (PAIF) e gestão territorial da rede socioassistencial de proteção social básica.	dois CRAS.
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social	O CREAS é uma unidade pública estatal, de abrangência municipal ou regional, referência para a oferta de trabalho social a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, que demandam intervenções especializadas no âmbito do SUAS. Sua gestão e funcionamento compreendem um conjunto de aspectos, tais como: infraestrutura e recursos humanos compatíveis com os serviços ofertados, trabalho em rede, articulação com as demais unidades e serviços da rede socioassistencial, das demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos, além da organização de registros de informação e o desenvolvimento de processos de monitoramento e avaliação das ações realizadas.	Em Miracema temos um CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
Serviço de Fortalecimento de Vínculos	O SCFV é um serviço da Proteção Social Básica do SUAS que é ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias realizado por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI).	O município de Miracema disponibiliza do SCFV.
Serviço de Acolhimento Institucional para Criança e Adolescente	Oferecer acolhimento provisório e excepcional para crianças e adolescentes de ambos os sexos, inclusive crianças e adolescentes com deficiência, em situação de medida de proteção e em situação de risco pessoal, social e de abandono, cujas famílias ou responsáveis se encontrem temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção. As unidades devem oferecer ambiente acolhedor, estar inseridas na comunidade e ter aspecto semelhante ao de uma residência, sem distanciar-se excessivamente, do ponto de vista geográfico e sócioeconômico, da comunidade de origem das crianças e adolescentes acolhidos. O atendimento prestado deve ser personalizado, em pequenos grupos e favorecer o convívio familiar e comunitário, bem como a utilização dos equipamentos e serviços disponíveis na comunidade local.	Ainda temos em Miracema um Programa de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes.

Fonte: Elaboração do próprio autor

3.4.1 A Rede de Dispositivos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

Devido à própria amplitude e complexidade do fenômeno, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) mostra-se demasiadamente importante na perspectiva do cuidado, devendo ser incorporado também pela rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Os determinantes sociais são fundamentais para a prevenção ao uso de substâncias psicoativas, adesão ao tratamento e reinserção social, sendo papéis da assistência social o fortalecimento das redes sociais dos indivíduos e sua reconstrução, quando em situações de extrema vulnerabilidade ou exclusão social (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

A rede sócio-assistencial, assim como a rede de saúde, é dividida em níveis de complexidade ou de proteção articulados transversalmente. A proteção básica, oferecida pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), compreende a gestão de benefícios, o acompanhamento socio-familiar, a atenção às famílias com idosos ou pessoas com deficiência e atenção com a rede social e demais políticas. Assim como as UBS e equipes de ESF na saúde, o CRAS é a maior porta de entrada para a população no SUAS (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

No que tange à assistência a usuários de drogas, os serviços de proteção básica atuam prioritariamente na promoção de saúde e prevenção, ao prevenir situações de vulnerabilidade e risco social, desenvolvendo potencialidades individuais e fortalecendo vínculos familiares e comunitários. Logo, a oferta dos serviços de proteção básica deve estar concatenada com os demais serviços, programas e projetos sócio-assistenciais, bem como de outros setores, a partir da atenção territorializada (BRASIL, 2012b).

A proteção social especial divide-se em média e alta complexidade. A média complexidade é materializada em programas assistenciais como os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que atendem indivíduos ou famílias com agravos de vulnerabilidade, perda de vínculos, que estão em situação de violência, em situação de rua, de abandono, ou que também perderam alguns de seus direitos (BRASIL, 2004a). Nesse nível de complexidade/proteção criou-se também um novo dispositivo para atender especificamente a população em situação de rua, intitulado Centro POP (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

Nesse sentido, os serviços e programas da proteção social de média complexidade podem atuar na prevenção ao uso de drogas e também no atendimento e reinserção social de usuários e suas famílias, trabalhando em rede e intersetorialmente no acompanhamento especializado e continuado das famílias e indivíduos. Os CAPS e CAPSad aparecem enquanto

parceiros primordiais dos CREAS na atenção aos usuários de drogas e suas famílias, através do cuidado compartilhado. Especificamente sobre o cuidado a população em situação de rua, os Centros POP atuam na identificação das conjunturas de associação do uso de álcool e outras drogas com a situação de rua, trabalhando o cuidado em parceria com serviços de saúde e restante da rede sócio-assistencial (BRASIL, 2012b).

Por fim, a alta complexidade se materializa nos serviços de acolhimento institucional de curta e média permanência – os antigos abrigos – para indivíduos e familiares que se encontram afastados temporariamente de seu núcleo familiar e/ou comunitário de referência. Estes serviços possuem características residenciais, assegurando a proteção integral aos seus usuários através da estadia, condições de higienização, segurança e privacidade, de modo que possam construir projetos de vida e, conseqüentemente, consigam retornar ao convívio familiar e ou comunitário (BRASIL, 2004a).

3.4.2 Outros Setores, Recursos Comunitários e Redes Sociais

Para além da RAS, da RAPS e da rede da assistência social, torna-se relevante à incorporação de outros setores estratégicos, como a segurança e defesa social, vinculando ações de prevenção da criminalidade, educação e reinserção social dos indivíduos privados de liberdade ou cumprindo algum tipo de medida socioeducativa; a educação em especial no que tange à prevenção, tendo nas escolas espaços comunitários amplos e privilegiados para a realização de trabalhos comunitários amplos e privilegiados para a realização de trabalhos educativos e conscientizadores; outros setores, como a cultura, esporte, lazer, dentre outros, são fundamentais através de ações preventivas e ou atreladas ao cuidado (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

As políticas também preconizam que a prevenção e o cuidado ao uso de álcool e outras drogas deve ocorrer a partir da articulação entre os dispositivos governamentais e diferentes segmentos da sociedade, com a construção e/ou fortalecimento de redes sociais, visando à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde (BRASIL, 2005). Isto se justifica, pois, embora a atenção para álcool e outras drogas seja tarefa de uma rede articulada de serviços, é imperativo que se incorporem e se fortaleçam os recursos comunitários existentes, a fim de se fomentar cenários que realmente possibilitem a reinserção dos usuários (Bezerra e Dimenstein, 2008).

Uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que vise uma assistência efetiva a partir do enfoque comunitário não pode abrir mão das potencialidades geradas pela

inclusão e mobilização da comunidade e o cuidado compartilhado. O apoio, a estrutura familiar e a constituição de novas redes de relações interpessoais e redes sociais aparecem como importantes determinantes no tratamento ao uso de drogas. Assim, o cuidado na área apregoa uma abordagem ampliada, necessitando do desenvolvimento do envolvimento da família e sociedade, escolas, espaços de cultura e lazer etc. e possibilitando o papel participativo dos usuários de drogas em seu tratamento e nas políticas públicas a eles referentes (Schneider et al., 2013). Contudo, essa corresponsabilização não significa desresponsabilizar o Estado na provisão de uma rede pública de tratamento aos usuários de drogas, com serviços e profissionais qualificados para atender a demanda existente (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

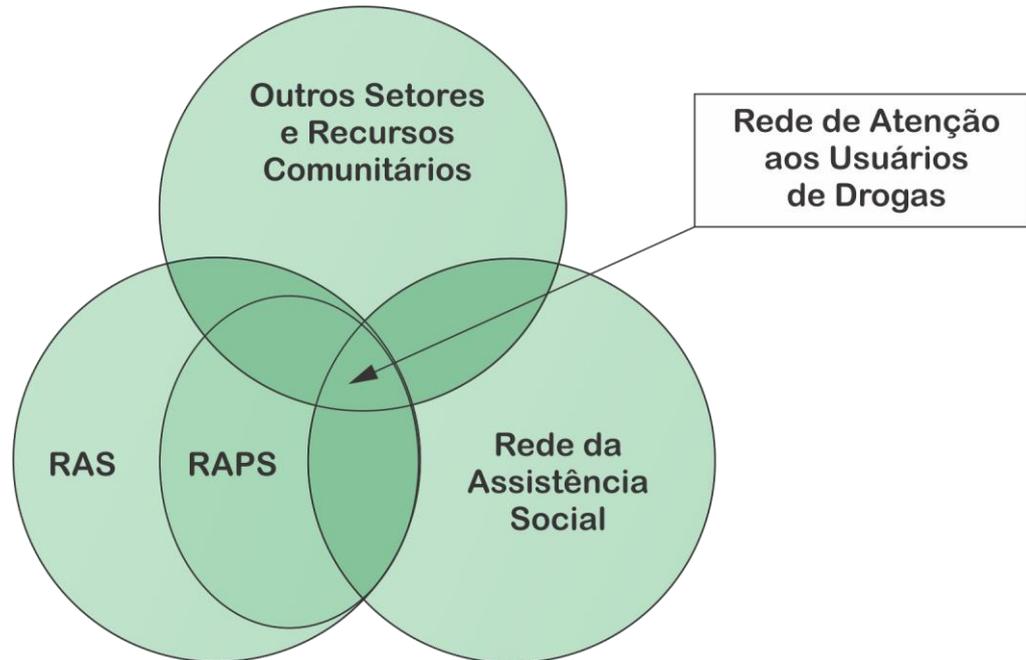
Desta forma, quando se fala da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, deve-se ter em mente a imbricação entre as redes de atenção à saúde, atenção psicossocial, da assistência social, outros setores estratégicos e os recursos comunitários, articulando a atenção a usuários de drogas a partir dos princípios do SUS e do SUAS, como demonstrado a seguir:

[...] uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde (BRASIL, 2004b, p. 6).

Ainda, devem ser realizadas:

[...] articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergência, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares (BRASIL, 2005, p. 6)

FIGURA 05
Conformação da Rede de Atenção aos usuários de Drogas.

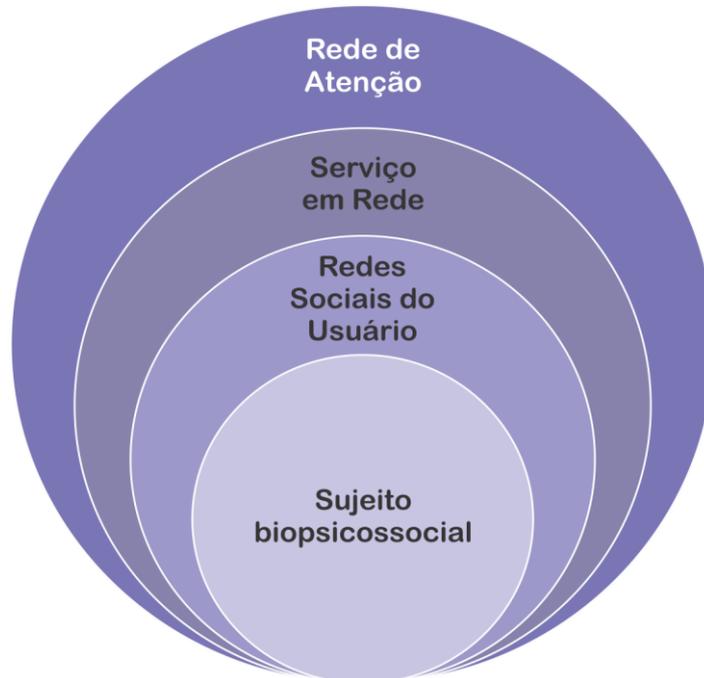


Fonte: RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015.

A figura acima sugere de que maneira deve se organizar as redes de atendimento aos usuários de crack e outras drogas, em uma lógica circular onde perpassam todos os atores sociais envolvidos no atendimento a este usuário. Possibilitando assim um trabalho capaz de atender a tais usuários de forma integral, demonstrando a importância das políticas públicas estarem interligadas entre si, formando assim uma rede de atenção.

Entretanto, se faz necessário entender que o trabalho em rede no tocante à temática de álcool e outras drogas deve ser planejado e executado através da perspectiva de rede, com a assistência sendo estruturada através de sistemas integrados. Como demonstra a figura a seguir:

FIGURA 06
Modelo para o trabalho em Rede



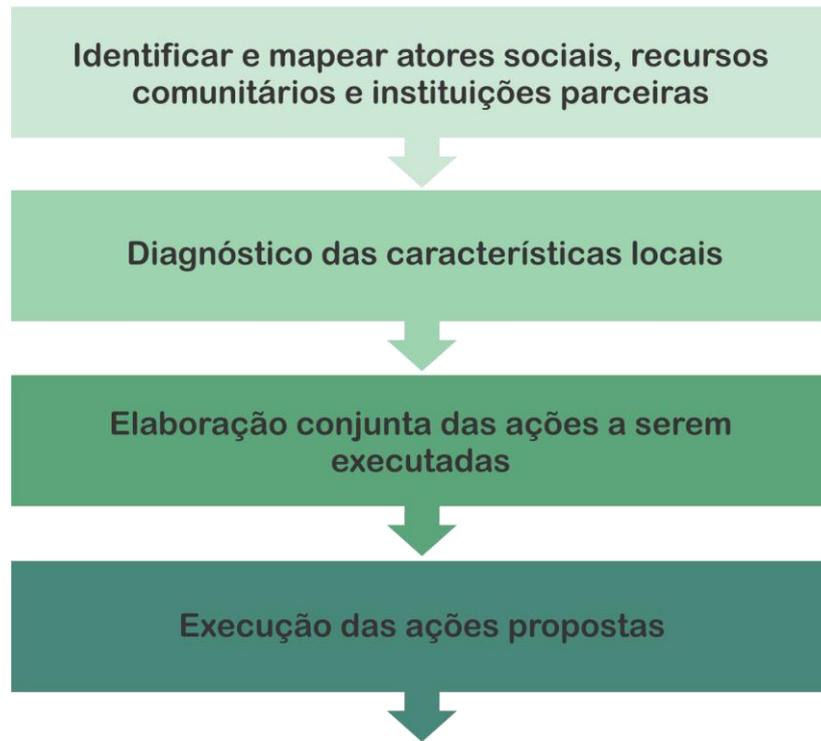
Fonte: RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015.

Conforme demonstra a figura, a primeira camada do modelo refere-se à rede de atenção, mais especificamente aos recursos e serviços existentes a usuários de álcool e outras drogas que fazem parte do contexto assistencial. Assim, não se pretende minimizar a importância da existência de serviços integrados e intersetoriais aos usuários de drogas. É imperativo e responsabilidade do Estado garantir as condições necessárias para a atenção aos usuários de drogas. Dentro desse panorama, tornam-se necessárias a criação de linhas guias de cuidado para orientação do fluxo da rede, especificando tipos de encaminhamento e tratamento de acordo com os casos e possibilitando uma maior articulação entre os serviços (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

Desta forma, entende-se também que a rede se consolida através do planejamento das ações, articulando setores, serviços e profissionais, e não somente através de trocas pontuais e informais entre os profissionais e motivações políticas sem que se opere uma reflexão sobre as ações executadas. Para isso, é imperativo o conhecimento dos profissionais sobre a própria rede e os serviços que a conforma e são conformados por ela. Essa consolidação deve perpassar os indivíduos e suas ideologias, através de políticas estruturantes que tenham força para dar embasamento à continuação das práticas (Costa, Laport, Mota et al., 2013).

Apesar da impossibilidade de existência de apenas uma única maneira de se trabalhar em rede, foi delineado um processo de ações a serem implantadas quando se objetiva colocar em prática essa perspectiva de trabalho. Como demonstra a figura a seguir:

FIGURA 07
Fluxograma das ações em rede para álcool e outras drogas



Fonte: RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015.

Antes mesmo de realizar o trabalho em rede, dois aspectos são fundamentais para que haja uma maior qualidade das ações que serão realizadas:

O primeiro aspecto se pauta em identificar e mapear atores sociais, recursos comunitários e possíveis instituições parceiras, que possam contribuir de alguma maneira para o trabalho em rede e que possa proporcionar assistência e cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. Pois, antes de realizar qualquer ação, é imperativo saber o que está a minha disposição e o que pode ser feito a partir disso.

O outro aspecto fundamental é realizar um diagnóstico das características locais, com a identificação dos atores sociais, recursos comunitários e instituição que existem no seu contexto particular de ação, será possível planejar ações em conjunto para minimizar os danos sociais causados pelas drogas.

3.5 A organização da assistência na Rede de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas

A partir do exposto, dois princípios aparecem como fundamentais na organização das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: intersetorialidade e integralidade.

A intersetorialidade significa “a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (Junqueira e Inojosa, 1997). Parte-se do pressuposto de que somente o esforço isolado do setor saúde não é suficiente para abarcar todos os componentes de algo tão complexo como o uso de drogas. O ser humano deve ser visto em sua totalidade, considerando as condições particulares de sua vida, suas necessidades individuais e coletivas. As prioridades, portanto, são definidas a partir de problemas da população que, por sua vez, estão ligados a diversas causas, dimensões etc. E requerem necessariamente parcerias entre diversos serviços e setores (Junqueira, 1998). Dessa forma, para a obtenção de resultados mais efetivos, uma articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do uso de drogas e promover a saúde (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

A integralidade da assistência preconiza um conjunto articulado e contínuo de serviços, profissionais e ações, que vão desde a promoção da saúde e prevenção ao tratamento e reabilitação/reintegração social, sendo tanto individuais quanto coletivas e realizadas em todos os níveis de atenção do sistema de saúde (primário, secundário e terciário) e assistência social (proteção social básica e especial) (BRASIL, 1990). Deve-se compreender a integração da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas de forma contínua, variando de acordo com as características locais das regiões e serviços (Organización Panamericana de laSalud [OPS], 2007). Ademais, para compreender a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas a partir desta perspectiva integrada, é necessária a superação de práticas fragmentadas costumeiras no âmbito das políticas públicas brasileiras, que contribuem para o surgimento e manutenção de insuficiências e, em alguns casos, para ausências de diálogo e interação entre os diferentes atores, serviços e setores que contribuem (Paiva, Costa e Ronzani, 2012).

Concernente à assistência aos usuários de drogas, tanto a PNAD quanto a PAIUAD compartilham do ideal de organização dos serviços e ações em álcool e outras drogas através de redes de atenção integradas e intersetoriais (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2005). A PAIUAD especificamente embasada pelos pressupostos e diretrizes do SUS – e, portanto, em sua forma de estruturação – e das políticas em saúde mental originadas da Reforma Psiquiátrica (Alves, 2009).

Como forma de operacionalizar a organização e o trabalho da rede de atenção aos usuários de drogas, a PAIUAD pressupõe o tratamento e a reinserção social dos usuários de drogas a partir da configuração da rede de atenção integrada, onde os Centros de Atenção

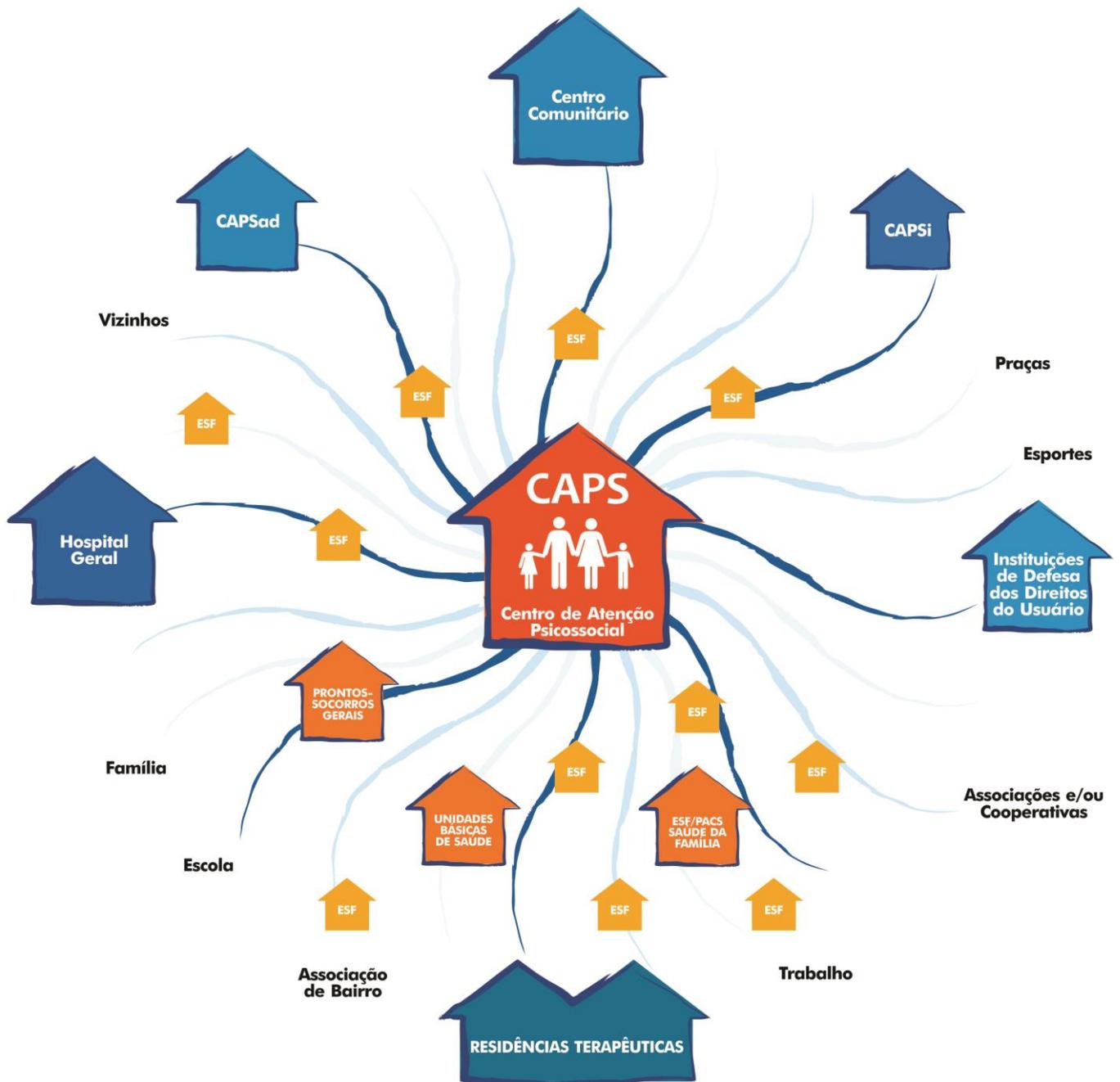
Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad) possuem a tarefa de articulação dos serviços e do fluxo de cuidado, além da realização do matriciamento para os demais serviços não especializados (Brasil, 2004b). Além desse papel de organização, os CAPSad prestam atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e leitos para repouso e/ou desintoxicação ambulatorial (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

Assim, os CAPSad são responsáveis pela oferta assistencial às ações do SUS e do SUAS, dando suporte técnico para qualificar suas ações e ampliar o seu campo de ação. Eles devem atuar em conjunto com os dispositivos das redes formais do SUS, como os dispositivos da RAS e RAPS (equipes da ESF, residências terapêuticas, consultório na rua, hospitais gerais, outros CAPS etc.), do SUAS (CRAS, CREAS, serviço de acolhimento institucional etc.), outros setores estratégicos e serviços e recursos comunitários, buscando favorecer o processo de autonomização da vida dos usuários (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

Nos últimos anos, como aponta Andrade (2011), “num contexto de pânico social relacionado ao uso de crack e de grande fragilidade estrutural, haja vista a carência de ações comunitárias junto os usuários de drogas”, foram instituídos o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Estes dois planos, resultaram, no ano de 2013, no Programa “Crack, é possível vencer” que, apesar de algumas particularidades frente à PNAD e PAIUAD, como um maior foco ao crack e à inserção (ou reinserção) do discurso jurídico e da autoridade policial na temática, também vai em direção à necessidade de organização da rede atenção aos usuários de drogas, sua ampliação e melhoria do atendimento a esta demanda (Brasil, 2009a; Brasil, 2010b; Brasil, 2013).

Assim a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas pode ser mais bem visualizada na figura abaixo, que representa a rede de atenção à saúde mental, segundo o Ministério da Saúde. Deve-se considerar somente os CAPSad como elementos centrais, aos invés dos CAPS para transtornos mentais gerais, como a figura apresenta.

FIGURA 08
 Rede de Atenção à Saúde Mental
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Fonte: RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015.

Entretanto, em recente revisão narrativa, Costa, Mota, Paiva e Ronzani (2013) observaram um cenário com diversos obstáculos incidentes às redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Em suma, a cobertura existente ainda é insuficiente, havendo também problemas estruturais e de qualificação profissional e com os preceitos de

integralidade e intersetorialidade não consolidado de fato; os CAPSad, além da necessidade de expansão, enfrentam a necessidade de readequação de algumas práticas e pressupostos e de se repensar seu papel dentro da rede, visando seu fortalecimento, expansão, melhoria estrutural e readequação de práticas; ademais, jaz ao Estado uma maior responsabilização em fornecer melhores alternativas ao panorama encontrado, avançando no fortalecimento da rede pública, ações intersetoriais, articulação do cuidado e no aprimoramento das condições de trabalho (Costa, Mota, Paiva e Ronzani, 2013).

Como apresentado anteriormente, faz-se necessário um cuidado ampliado e integral aos usuários de drogas, com as próprias políticas deixando clara a importância das ações intersetoriais. Contudo, dois questionamentos mostram-se pertinentes: 1) A pluralidade de políticas na área não faz com que as próprias políticas e ações se polarizem? 2) Em função do avanço da política de assistência social e outros setores, não é necessário a incorporação destes setores e dispositivos pauta-se em direcionamentos específicos, indo além do generalismo? Isto é, quais são as responsabilidades de cada nível e setor? Estas responsabilidades recaem em quais tipos de ação? (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

Com relação ao primeiro questionamento, conforme apresentado no início do capítulo, existem a PNAD da SENAD (Ministério da Justiça), a PAIUAD (Ministério da Saúde) e o Programa “Crack, é possível vencer” (Governo Federal) que não é uma política pública, mas ao influenciar a maioria das ações na área adquire o caráter de uma. Estas políticas e o programa possuem algumas particularidades, inclusive sobre racionalidade que atribuem ao fenômeno, como: redução de danos ou abstinência, guerra contra as drogas ou viés de saúde pública. Assim, qual é a racionalidade predominante sobre a temática e que serviços e profissionais devem incorporar em suas práticas? Qual é a “política” que define/rege as ações? Em qual delas os profissionais devem se basear? O que se percebe é uma heterogenia de visões, racionalidades e de políticas que atingem, em últimas instâncias, o profissional e o usuário, que por sua vez já são influenciados por seus valores e crenças (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

Além disso, acreditamos que um aspecto influente para a fragmentação das ações na prática seja a sua origem fragmentada nas políticas e programas, não concordando inteiramente com a velha máxima “no papel é lindo, mas na prática...”. Isto pode ser visto na própria RAPS, que desconsidera os dispositivos da rede SUAS (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

Sobre o segundo questionamento, sabe-se que a própria temática é fluida, não havendo como generalizar todos os casos e formas de atuação, e que as características e necessidades locais, além das singularidades dos sujeitos, que irão direcionar o trabalho. Contudo, é necessária a estipulação de parâmetros mínimos de atuação e a disponibilização de ferramental adequado, até mesmo para que os profissionais tenham algum embasamento/direcionamento e não caiam numa relativização por completo das práticas ou, por outro lado, numa paralisação frente a um cenário sem direção. Entende-se que, enquanto políticas sobre um determinado tema, estas não devem se restringir a indicar a importância de incorporação das temáticas pelos setores, serviços e profissionais, com possibilidades de ações destacadas de modo genérico/vago, fazendo com que pareçam documentos meramente sensibilizatórios (RONZANI; COSTA; MOTA; LAPORT, 2015).

Observa-se também uma insuficiência de parâmetros de estruturação e atuação dos dispositivos do SUAS sobre a temática, impossibilitando uma análise mais aprofundada. Outra consequência desta dinâmica no planejamento das políticas é concernente à promoção de saúde e à prevenção ao uso de substâncias, que embora referidas em todas as políticas, não há definição clara ou objetiva das estratégias de ação para cada nível e setor. Isso reflete muitas vezes na qualidade de serviços e ações, com desresponsabilizações (ou super-responsabilizações) dos serviços e profissionais, subnotificação de casos e negligências de atenção (Costa, Laport, Mota, Ronzani, 2013; Ronzani, 2008).

Tais aspectos reiteram a necessidade de análises críticas sobre o processo de construção das políticas e modelos assistenciais sobre drogas, visando entender melhor os aspectos estruturais e processuais das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e estabelecendo conexões entre serviços, academia e políticas. Propõe-se maior proximidade das políticas com as realidades locais, através do estabelecimento dos preceitos da descentralização e regionalização, ao invés de tomá-los como uma transferência de responsabilidades entre os níveis federativos, e reforçando os locus de participação social, como os conselhos gestores e conferências temáticas, incidindo em reformulações constantes nas políticas. Entende-se a rede de atenção aos usuários de drogas como um processo contínuo e não como um produto estático e acabado. Trata-se de uma construção permanente, conflituosa, onde saberes e práticas podem ser potencializados a partir de reflexões mais aprofundadas, reverberando no planejamento e implantação de projetos e ações mais contextualizados e eficazes (Costa, Mota, Paiva e Ronzani, 2013).

4. O ESTUDO DE CASO E A REALIDADE SOBRE DROGAS NO MUNICÍPIO DE MIRACEMA

Como base metodológica será abordada neste trabalho à pesquisa qualitativa, empírica e analítica de natureza avaliativa, através da realização do estudo de caso sobre a realidade do município de Miracema – RJ. A discussão proposta se refere às Políticas Sociais de atendimento aos usuários de crack nesta cidade, como embasamento desta pesquisa, foi realizada uma revisão bibliográfica baseada em autores que discutam sobre a temática proposta, visando assim o enriquecimento teórico da proposta em questão.

De acordo com Fonseca (2002, p.33) o estudo de caso visa conhecer em profundidade o como e o porquê de uma determinada situação que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe. O estudo de caso pode decorrer de acordo com uma perspectiva interpretativa, que procura compreender como é o mundo do ponto de vista dos participantes, ou uma perspectiva pragmática, que visa simplesmente apresentar uma perspectiva global, tanto quanto possível completa e coerente, do objeto de estudo do ponto de vista do investigador.

Minayo (2005) nos diz que o estudo de caso, no âmbito da investigação avaliativa, visa a apresentar ou a esclarecer por quê e como determinada decisão ou conjunto de decisões foram tomadas. Objetiva, também, evidenciar ligações causais entre intervenções e situações da vida real; bem como ressaltar o contexto em que uma intervenção ocorreu. Além disto, visa demonstrar o rumo de uma intervenção em curso e como modifica-la.

De acordo com Lakatos (2003) a pesquisa bibliográfica é um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados ao tema. O estudo de literatura pertinente pode contribuir para planificação do trabalho, evitar publicações e certos erros, e representa uma fonte indispensável de informações, podendo até orientar as indagações existentes no estudo.

De forma a potencializar a validade do estudo, primeiramente procura-se o instrumento mais adequado, aquele correto para medir o que se faz necessário medir. Logo, buscou-se comparar os resultados obtidos pelo pesquisador a outros resultados adquiridos por meio de outros instrumento e os relacionamos a teoria de referência neste estudo em questão.

Após a realização da revisão bibliográfica, foi feita a coleta de dados utilizando de técnicas de pesquisa para alcançar os objetivos propostos. De acordo com Lakatos (2003) o processo de coleta de dados é a “etapa da pesquisa em que se inicia a aplicação dos

instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas, a fim de efetuar a coleta dos dados previstos”.

Desta maneira, este estudo utilizou da triangulação de métodos, pois de acordo com Minayo (2007) a triangulação pode ser compreendida como sendo uma dinâmica de investigação capaz de integrar a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um construto específico. Minayo (2005), ainda nos diz que a triangulação não é um método em si. É uma estratégia de pesquisa que se apoia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares. Esta abordagem teórica deve ser escolhida quando contribuir para aumentar o conhecimento do assunto e atender aos objetivos que se deseja alcançar.

A cerca do que foi proposto será realizada uma observação participante no Centro de Atenção Psicossocial de Miracema – RJ, visto o pesquisador ser Assistente Social desta instituição desde o ano de 2013 e a partir de 2016 assumiu a coordenação, podendo ter uma análise ainda mais aprofundada sobre o trabalho desenvolvido nesta instituição, no que se refere ao atendimento dos usuários de crack. Segundo Minayo (2007), a observação participante pode ser compreendida como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto a ser observado, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

Logo, foram realizadas entrevistas com os gestores municipais das Políticas de Assistência Social e Saúde, visto, serem estas algumas das principais políticas sociais de enfrentamento ao crack, necessitando assim, de maior intervenção Estatal e atenção da municipalidade. Acima de tudo, a entrevista é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo (MINAYO, 2007).

Por fim, os questionários foram aplicados nos usuários de crack atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial, com o objetivo conhecer e compreender, os reais motivos pelos quais eles iniciaram o uso desta droga.

De acordo com Lakatos (2003) depois de elaborado os instrumentos de pesquisa, o procedimento mais utilizado para averiguar da validade é o teste-preliminar ou pré-teste.

Consiste na verdade em testar os instrumentos de pesquisa sobre uma pequena parte da população do “universo” a ser estudado, antes de ser aplicado definitivamente, a fim de evitar que a pesquisa chegue a um resultado falso. Seu objetivo, portanto, é verificar até que ponto esses instrumentos têm, realmente, condições de garantir resultados isentos de erros.

Um amplo processo de treinamento das equipes para este fim é extremamente importante, atividade na qual são destacados os cuidados no preenchimento de questionários e tabulação de dados. Um aspecto primordial na aplicação de questionários é o fato da necessidade de a equipe estar ciente de seu papel de neutralidade, não devendo interferir no momento da aplicação do instrumento.

Neste caso, não devem ser feitas sugestões de respostas aos participantes. A única interferência por parte da equipe deve corresponder as ações para um bom andamento da pesquisa. Os participantes devem ser informados da importância da pesquisa e de outras informações relacionadas. Além disso, a equipe pode sanar eventuais dúvidas que venham a ocorrer, como o significado de termos que geram dúvidas aos participantes.

Neste trabalho utilizamos pré-teste para assim termos ciência da validade dos métodos escolhidos.

4.1 A visão dos gestores sobre o problema das drogas

Este subtítulo de nossa discussão tem por objetivo mostrar como os gestores municipais lidam com a situação das drogas no município de Miracema e como os dispositivos públicos estão sendo utilizados para o atendimento a esta demanda.

Buscando alcançar o objetivo proposto foram realizadas entrevistas com os gestores, sendo eles: Prefeito Municipal, Secretária Municipal de Saúde e Secretária Municipal de Assistência Social.

Com relação ao Prefeito Municipal buscou-se compreender como este tem realizado em nível de gestão municipal a articulação de ações em prol de medidas para atendimento as demandas de drogas no município de Miracema – RJ. A entrevista com o Prefeito teve como base alcançar o conhecimento de quais são as principais ações realizadas no município e torno da temática discutida.

Inicialmente foi perguntado ao Prefeito Municipal como este lidava como a falta de segurança que a população tanto reivindicava devido às brigas existentes entre as facções criminais no município, o mesmo nos respondeu que:

Sabemos dos fatos ocorridos e temos reivindicado melhores condições para o município, inclusive maior efetivo da polícia militar para assim atender a estas demandas. As pessoas costumam polemizar muito estes fatos isolados que ocorrem e sempre ocorreram no município, nossa gestão conseguiu diminuir muito os índices de criminalidade em nossa cidade e ainda buscar implementar serviços para o atendimento aos usuários de drogas. Estamos em fase de implantação da Fazenda Esperança no município.

Na fala do prefeito percebemos que a preocupação dele é resolver a questão da drogadição e criminalidade do município como “caso de polícia” e não como um caso de carência de políticas públicas. Nota-se a preocupação em trabalhar o problema, mas não reconhece em momento algum, as causas que levaram a problemática das drogas chegar a atual situação neste município.

Portanto, precisamos romper com esta lógica de imediatismo e começar a estabelecer ações que sejam capazes de criar articulações das políticas sociais, buscando assim a valorização destas em seus espaços. Mas, no município de Miracema a realidade tem sido diferente, neste momento isso não ocorre por parte do Governo Municipal, visto que a equipe de Saúde Mental está com seus salários atrasados por três meses, sem mesmo uma posição de regularização desta situação. Assim fica claro o descaso desta gestão com as políticas sociais e em especial com a de Saúde Mental.

É necessária a reforma e a modernização do aparelho Estatal e isso se torna inadiável, diante de tantos problemas sociais na sociedade contemporânea. Mas em nome de que prioridades? Ora, a reforma em andamento no Brasil favorece a criação de novos mercados pela privatização de vários setores públicos. É o chamado Estado Mínimo do projeto neoliberal, que avança na contramão dos direitos sociais. É o desmantelamento de serviços públicos essenciais em favor de interesses privados na saúde, na educação, na previdência e em outras áreas. Mas, a reforma deveria ser, ao contrário, em favor dos direitos sociais. Em favor de uma gestão pública sob controle crescente da sociedade civil.

Uma reforma orientada pelo esforço de reversão das inúmeras formas de exclusão social, na construção da cidadania. Um Estado – um governo, pautado pela intransigente recusa ética da promiscuidade entre a esfera de interesse público e aquela dos privilégios. Assim, ganham relevo as lutas pelo fortalecimento da sociedade civil e pela coesão de suas organizações visando consolidar e ampliar os mecanismos de controle social sobre o Estado. Como efeito, é preciso ousar nas formas de regulação social em direção a uma sociedade mais justa na produção e repartição da riqueza social e mais democrática no exercício do poder. O

que equivale dizer que é preciso lutar pela democratização social, política, econômica e cultural da sociedade brasileira.

Mediante a realidade de Miracema, aponta-se que o município carece cada vez mais desse processo de reforma e modernização do Estado, visto que a cada dia se tornar visível os problemas sociais que ocorrem município, principalmente no que tange ao envolvimento com as drogas, nota-se um desenvolvimento lento, débil e tardio das políticas sociais neste município. Isso ficou claro com as falas do Prefeito Municipal, quando articula ações de resolver o problema da drogadição do município através do fortalecimento da repressão e em momento algum pensar no fortalecimento das políticas sociais.

Entrevistamos também o secretário municipal de assistência social, visto tal política contar com dispositivos fundamentais para o atendimento a estes usuários, como por exemplo os CRAS e CREAS, responsáveis em cumprir um papel de acompanhamento de famílias em sua integralidade.

Desta forma perguntamos ao mesmo o que a política de Assistência Social tem realizado no município de Miracema em detrimento dos usuários de crack, o mesmo nos disse que:

Temos movido diversos esforços para ajudar a população miracemense a lutar contra este vício tão grande que é o crack, a secretária sempre que pode disponibiliza carros para levar usuários em clínicas de internações que eu mesmo consigo vagas, pois o CAPS não faz esse trabalho. Tenho um amigo dono de uma clínica em Campos dos Goytacazes e sempre que preciso ele disponibiliza vagas para mim.

A fala do Secretário mostra o total desconhecimento técnico e político, que o mesmo possui sobre a política de saúde mental e o seu papel enquanto gestor de Assistência Social neste município. Vale ressaltar que ocorreu negligencia por parte da Coordenação de Saúde Mental do Município que sempre teve conhecimento deste fato e não moveu esforços em modificar esta realidade, permitindo assim que usuários de drogas do município fossem encaminhados para tratamento em Comunidades Terapêuticas que prestam serviços de péssima qualidade e não fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial.

Com expectativa de encontrarmos gestores mais comprometidos com a situação do município, realizamos a entrevista com a Secretária Municipal de Saúde, que nos disse o seguinte:

Temos ciência da situação do município e como cada vez mais tem crescido absurdamente os índices de envolvimento com drogas, para isso temos

lutado pela ampliação dos serviços de saúde mental no município, estamos construindo uma sede nova para o CAPS, estamos articulando junto ao Governo Estadual a implementação de um CAPSad no município devido a demanda comprovada que temos, mesmo que seja necessário realizar consórcio com outro município vizinho. Os dados desta pesquisa irão contribuir para que mostremos ao Governo Estadual como o município tem sido vítima das drogas e que precisamos fortalecer a Rede de Saúde Mental de nossa cidade.

Fica claro o compromisso da atual secretária de saúde com a política de saúde mental do município, a mesma tem buscado encontrar formas de contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas que são acometidas pelas drogas e em especial pelo crack.

4.2 Os usuários de crack em Miracema – RJ

Será abordada a seguir a trajetória de vida de três usuários de crack do município de Miracema, no intuito de explorar a origem de um tipo social tão presente nas cidades brasileiras de maneira geral. Pelas entrevistas percebemos a perturbação gerada nos indivíduos pela associação a categorias que os hostilizam por meio de insultos e estigmas, que são acima de tudo acusações públicas, atos de designação que aspiram à universalidade e à autoridade sobre o mundo social (BOURDIEU, 2004).

Para o alcance de nosso objetivo convidamos o leitor a acompanhar um breve relato da história de Rodrigo, que aos trinta e seis anos de idade, ainda se vê aprisionado ao uso de crack e outras drogas. Rodrigo relata uma história de muito sofrimento desde sua infância, na qual foi criado com muitas dificuldades. Relata muita agressividade por parte de seu pai, que por diversas vezes presenciou agressões a sua mãe, lembra-se de tudo isso com muita mágoa.

Quanto ao uso de drogas, afirma ter iniciado em sua adolescência e especificamente com cocaína.

Comecei a usar drogas por curiosidade, trabalhava em uma loja de montagem de móveis e precisávamos viajar longas horas para realizar as entregas e até que um dia um amigo me ofereceu cocaína, dizendo que isso nos ajudaria a ficar mais ligado, naquele momento achei muito legal, ríamos como criança daquilo tudo. Logo aquilo foi virando rotina e para mim a cocaína já não me deixava tão ligado, mas, sentia a necessidade de mais. Com isso comecei a beber muito e fazer o uso da cocaína para assim me sentir melhor.

Rodrigo conta que o pior momento de tudo isso foi quando se chegou ao conhecimento de sua família tudo aquilo que estava acontecendo com ele ,

Quando minha mãe ficou sabendo que eu usava drogas para mim foi o fundo do poço, foi quando por pressão dela fui para minha primeira internação, pois ela achava que eu iria me curar, mas mal sabia ela que a droga já havia me dominado de uma forma que eu não conseguiria mais ficar sem. Chegando lá na internação tinha mais drogas do que aqui fora, muitos dos que estavam lá continuavam usando drogas normalmente escondido dos diretores, eles não tinham controle sobre nós. Foi lá que conheci o crack, eu sempre disse que nunca usaria o crack, mas como lá a gente não tinha muita escolha, com uma abstinência enorme acabei experimentando o crack.

Rodrigo ainda relata que logo neste local que estava para “tratamento” acabaram descobrindo que ele estava fazendo uso de drogas e veio a ser desligado do tratamento e obrigado a retornar para Miracema.

Chegando à minha casa, a decepção foi grande, com minha mãe sabendo que eu tinha sido desligado da clínica por que estava usando crack lá, foi aí que fui realmente ao fundo do poço, meu irmão mais novo tinha acabado de passar em um concurso público e tomado posse no período em que eu estava internado. Foi juntando uma decepção atrás da outra em minha vida e da minha família, não tinha mais para onde correr, só me restava mesmo uma vida de fracasso.

Rodrigo atualmente realiza tratamento psiquiátrico no CAPS, decorrente de sua história de aproximadamente vinte anos de drogadição, segundo relato do mesmo, tendo chegado ao “fundo do poço” após o uso do crack, com diagnóstico de F19 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao de outras substâncias psicoativas, associado ao F33 – Transtorno depressivo recorrente. No momento, oscila em uso e abstinência. Porém, de acordo com o relato da mãe, faz substituição das drogas ilícitas por lícitas, no caso os medicamentos, fazendo uso totalmente descontrolado.

Eu já não sei mais o que fazer com ele. Ele me obriga ir na farmácia e comprar mais remédio para ele, senão ele diz que vai usar crack. Não sei o que fazer da minha vida (muito choro). Ele está acabando comigo.

Em nossa análise, Rodrigo foi um jovem com histórico familiar conflituoso, sem estabelecimento de relações sociais que lhe possibilitassem fazer escolhas que lhe gerassem uma qualidade vida. Por uma questão de necessidade financeira, precisou se inserir no mercado de trabalho muito jovem, e, assim, com muitas vulnerabilidades, acabou se inserindo no mundo das drogas.

Temos estudos que demonstram o perfil de um usuário de crack, Rodrigo não fica distante deste, apresenta grau de escolaridade baixo, teve que abandonar os estudos para começar a trabalhar, família sempre com muitas dificuldades financeiras, pais com pouco estudo e negros.

Nosso intuito aqui foi problematizar os elementos da experiência e do estilo de vida que tornam assim uma classe social inteira mais suscetível a problemas relacionados ao consumo de drogas através do exemplo empírico do nosso entrevistado, que tem apresentado problemas de integração social, dificuldade de alocação em posições valiosas no mercado de trabalho e, ao fim e ao cabo, enfrenta obstáculos aparentemente intransponíveis para a realização pessoal e consecução de uma “boa vida”.

4.2.1 A história da menina do tráfico

Paula é o nome dela, menina, jovem e “linda” era assim que todos diziam sobre ela. Até o dia em que conheceu as drogas. Foi aí que todos começaram a dizer: “Nossa, Paula acabou!”.

Paula chegou ao CAPS em 2013 depois de uma longa e triste trajetória de uso e tráfico de drogas. Muito jovem e hoje com seus vinte e poucos anos, nos conta sobre seu histórico no mundo das drogas em Miracema – RJ.

Cara... Eu comecei a usar drogas por zoeira e curtidão, os caras me ofereceram e eu aceitei, achando que eu dava conta daquilo. Só que não é bem assim. Comecei a fumar maconha eu tinha doze anos, foi na escola mesmo, a gente fugia e ia pro jardim (praça central da cidade) para fumar e isso foi se repetindo por muito tempo. Até o dia que me cansei de ir para escola, por que lá era muito chato. Parei de estudar na sexta série mesmo, não quero nem saber mais de escola.

Paula tem um histórico no tráfico de drogas desde os 13 anos de idade, lugar onde ela conseguiu ganhar “poder” e muitas tristezas em sua vida.

A primeira tristeza ela mesma conta:

O pior momento da minha vida foi com a prisão da minha mãe, foi neste momento que meu mundo caiu de vez, pegaram ela na maldade, a droga não era dela. Ela acabou sendo presa por tráfico de drogas e com isso fiquei sem a única coisa boa que tinha na minha vida, meus irmãos já não ligavam pra mim a muito tempo mesmo. Naquela época eu tinha uns 16 anos, fiquei sem saber o que fazer da minha vida e com isso acabei enfiando a cara na droga, pois era o único momento que eu me sentia bem. Os caras pediam para eu carregar e eu carregava, pra entregar e eu entregava, o que eles me mandavam fazer, eu fazia. Enfia tudo no meu cabelo e levava para eles.

Ninguém me pegava, eu fazia as entregas tudo rapidinho e ainda sobrava tempo para fumar um.

Até o dia em que ela conheceu o Pedro:

Pedro foi o homem da minha vida, ele que me ensinou tudo o que sei fazer hoje (mas não quero fazer mais), hoje quero refazer minha vida. O Pedro era o dono do morro naquela época e a gente fazia tudo junto, ele conseguia a droga com os caras de fora e a gente distribuía no morro e para os caras que subiam lá para comprar. Vivíamos aquela vida louca, brigas com os caras do Comando que queriam tirar onda na nossa área e isso o Pedro não admitia, nossa área era só nossa, malandro não tirava onda, sempre muito brigão. Até o dia que os PMS subiram lá, invadiram a nossa casa, era seis hora da manhã, reviraram tudo, a gente nem teve como correr e levaram o Pedro. Ele tá preso até hoje e eu to aqui cuidando de mim e de nosso filho, esperando ele sair. Com a prisão do Pedro eu fiquei comandando lá em cima, tive que assumir tudo, até o dia que tomei um tiro, depois desse dia eu tive certeza que eu não quero isso pra minha vida, preciso mudar de vida, tenho filho para criar, o pai dele já tá preso, não quero a mesma vida que eu tive para ele.

Paula ainda nos conta sobre o uso de crack em sua vida:

A pedra eu conheci com o Pedro, eu sempre disse que nunca eu ia virar crackuda, mas os caras diziam que eu tinha que experimentar pra saber qual era da parada, foi a pior coisa da minha vida. Acabou com a minha vida de vez, o probleminha do meu filho eu sei que é disso, eu tenho certeza. Pedro não gosta que eu falo, mas é verdade e ele sabe disso também, meu filho tem dois anos e ainda não fala e nem anda direito. O crack me levou a tudo de pior que você possa imaginar, acabou com minha vida.

Paula nos relata uma vida de muito sofrimento em detrimento ao uso de drogas e crack, o que podemos perceber com seu relato é como a falta de Políticas Sociais integradoras e capazes de atender esta adolescente no momento adequado gera uma vida de extremo sofrimento em detrimento ao uso de drogas.

Uma alternativa para minimizar esta situação seria uma atuação maior da política educacional deste município em pensar estratégias de prevenção ao uso de drogas nas Escolas Municipais e Estaduais, para levar conhecimento aos alunos sobre os riscos e consequências do uso indiscriminado de drogas, não se pautando em visão proibicionista, mas sim levando conhecimento referente às implicações geradas.

As escolas são ambientes com múltiplas determinações, sua cultura, as influências do ambiente e as diversas interferências do processo educacional nelas próprias e no seu entorno, trazem o seu significado, as oportunidades criadas, os processos nelas vividos e as experiências ali realizadas. A forma como a escola usa o seu espaço, as relações interpessoais

e a interação com a comunidade são muito importantes para uma boa formação do alunado. O desafio maior é sem dúvida, a posição da escola diante dos acontecimentos do mundo atual. Tais desafios trazem as inquietudes humanas, as relações sociais, econômicas, políticas e culturais, levando-nos a avaliar os enfrentamentos que devemos fazer. A escola é, por princípio, local do conhecimento produzido e sociabilizado dialeticamente, sempre na busca de novas sínteses, construídas na e com a realidade.

Dessa forma, a escola se estabelece para o Estado como um espaço privilegiado para a condução de ações para a prevenção ao uso de drogas. Mais do que um problema individual, com todas as suas consequências e desdobramentos, o consumo de drogas é um problema social. Compreendemos que essa prevenção se dá pelo conhecimento e, neste sentido, a instituição escolar necessita do acesso a textos e matérias resultantes de pesquisas sérias e de um forte trabalho conscientizador e qualificada sobre o assunto para que, devidamente amparada, possa contribuir para a formação integral aos seus estudantes.

É necessário que haja um novo desenho dos espaços de enfrentamento ao uso indevido de drogas, trazendo novas possibilidades de arranjos e soluções no processo de formulação e implementação da Política Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. É nesse contexto, que a instituição Escola e seus representantes se inserem. Espera-se que inicialmente cada tomada de decisão que ocorra nos municípios provoque uma modificação no olhar dos atores. E um ponto de partida é a constituição de uma nova representação de problemas no âmbito da Educação. Os profissionais dessa área, não podem prescindir do conhecimento e aprofundamento da problemática abordada e de seus desdobramentos no espaço local, para elaborar uma visão crítica e apontar estratégias de enfrentamento, mais especificamente na instituição escolar, visto que é também nesse espaço escolar que demandas relacionadas às drogas surgem cotidianamente (seja através do uso indevido, do tráfico, das diversas formas de violência, etc). Os processos educacionais devem gerar e desenvolver mudanças no sentido da transformação social. E ainda serem capazes de desenvolver, implantar discursos e ações alternativas, contribuindo significativamente para a reversão do quadro apontado.

4.2.2 Uma morte no tráfico de drogas

Antonio Dias dos Santos é o seu nome, iniciou seu atendimento no CAPS de Miracema em vinte e quatro de março do ano de dois mil e onze, na época ainda adolescente veio acompanhado pelo Conselho Tutelar e neste dia relatou que desde os doze anos de idade vinha fazendo uso de drogas (maconha e cigarro), diz ter feito uso de cocaína apenas uma vez

na vida, porém com 15 anos de idade deu início a sua história com o crack. Relatou que com 15 anos foi internado duas vezes em “clínicas populares” que eram ofertadas no Estado do Rio de Janeiro para este tipo de atendimento, uma na cidade de Barra Mansa e outra na Cidade de Sepetiba – RJ. Neste dia solicitou mais uma vez internação.

Na época o adolescente foi encaminhado ao CREDEQ – Centro de Recuperação de Dependentes Químicos, chegando a sua terceira internação, local onde ficou por quatro meses. Depois o adolescente foi internado no Sítio AD na Ilha do Governador aos dezessete anos, permanecendo neste local por mais quatro meses, vindo então a completar a maioridade penal.

Antonio atribuiu o uso de drogas pela ausência dos pais na infância e adolescência. O pai do mesmo no momento encontra-se preso em Itaperuna – RJ. Disse não querer falar em assunto de família, pois lhe fazia muito mal e ele ainda se sentia muito vulnerável diante da droga.

Antonio foi preso após cometer diversos delitos pela cidade para uso de crack, ficando detido alguns dias no Presídio Diomedes Vinhosa Muniz no município de Itaperuna – RJ.

Logo após isso, jovem veio a ser baleado em briga de facções e assassinado aos dezanove anos pelo tráfico de drogas.

4.2.3 Os adolescentes e o tráfico de drogas

Segundo dados do último Censo (2010) realizado pelo IBGE, Miracema possui uma população de 26. 843 habitantes, sendo em sua maioria crianças, adolescentes e jovens como demonstra a tabela a seguir:

TABELA 02
Pirâmide etária dos moradores de Miracema – RJ

Pirâmide Etária		
Idade	Miracema	
	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	726	701
5 a 9 anos	1.007	978
10 a 14 anos	1.149	1.143
15 a 19 anos	1.207	1.093

20 a 24 anos	1.051	1.045
25 a 29 anos	986	1.062
30 a 34 anos	947	998
35 a 39 anos	889	965
40 a 44 anos	932	985
45 a 49 anos	887	948
50 a 54 anos	753	822
55 a 59 anos	656	700
60 a 64 anos	492	610
65 a 69 anos	383	472
70 a 74 anos	324	398
75 a 79 anos	268	322
80 a 84 anos	134	224
85 a 89 anos	51	107
90 a 94 anos	19	62
95 a 99 anos	04	18
Mais de 100 anos	0	05

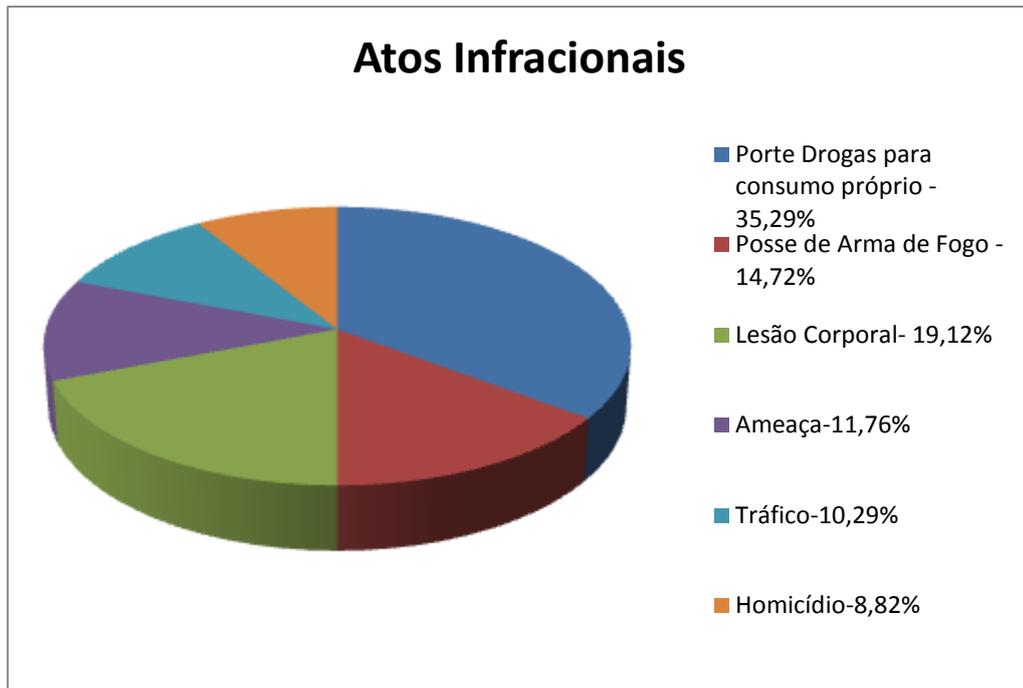
Fonte: Elaboração do próprio autor

Em Miracema, de acordo com levantamento realizado no Ministério Público referente à entrada de processos dos últimos dois anos, foi verificado que grande parte dos atos infracionais cometidos pelos adolescentes estão ligados ao porte de droga para o consumo próprio, posse de arma de fogo, lesão corporal, ameaça, tráfico e homicídio. De acordo com o Promotor de Justiça do Município de Miracema, cerca de 80% dos homicídios ocorridos nesta cidade é relacionado diretamente com o uso e tráfico de drogas, com base nisto ele nos diz que:

Em Miracema se compararmos com outros municípios da região, Miracema tem uma criminalidade mais assentada no tráfico de drogas, temos alguns casos notórios de práticas de atos infracionais por adolescentes praticados por usuários de drogas, temos alguns casos aqui muito emblemáticos de

peças (adolescentes) que respondem a dez, doze processos por furto, por causa do uso de drogas. Tráfico de drogas em Miracema está muito presente na criminalidade... irei “chutar aqui por alto”, mas de 80 a 90% de casos de tentativa de homicídio e homicídio estão vinculados a questão do tráfico de drogas, guerra de facção.

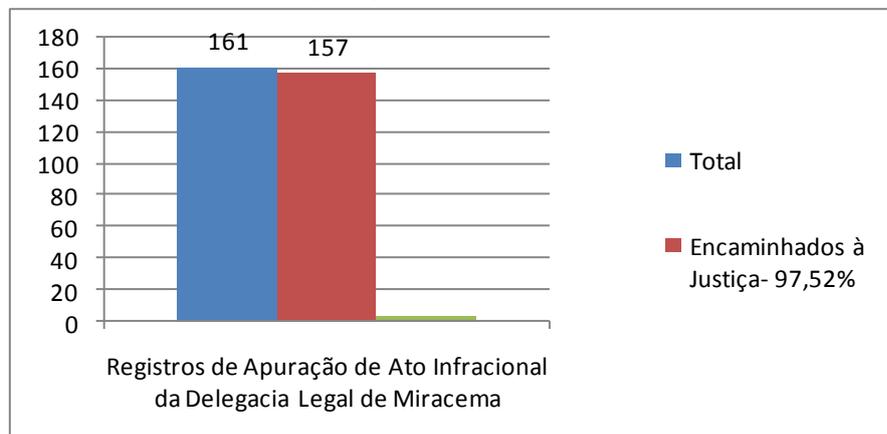
FIGURA 09
Atos de aplicação de medidas sócio educativas



Fonte: Elaboração do próprio autor

No que tange aos registros de Apuração de Ato Infracional da Delegacia Legal do Município, segundo relatório encaminhado à Promotoria de Justiça ficou constatado que 97,52% dos casos foram encaminhados à Justiça.

FIGURA 10
Apuração de ato infracional



Fonte: Elaboração do próprio autor

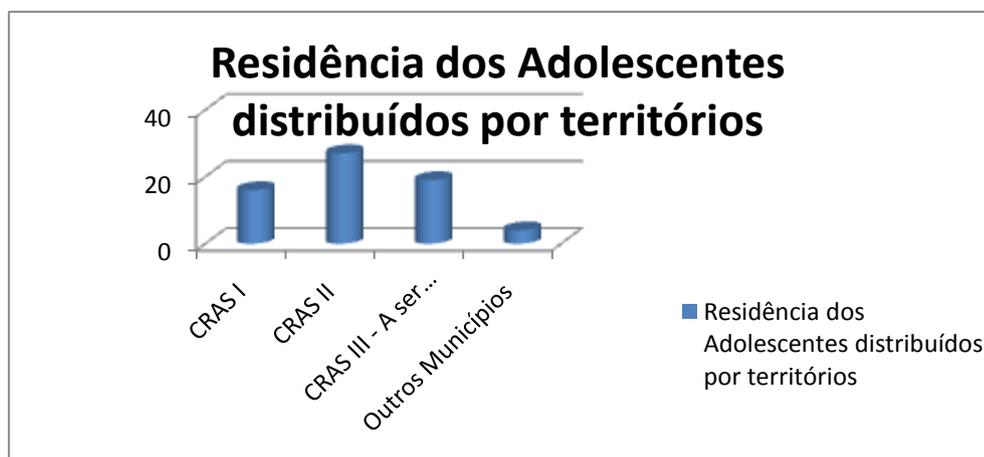
O presente diagnóstico retrata a realidade do município e aponta para a necessidade emergente da criação de estratégias para o atendimento de crianças e adolescentes e dessa forma contribuir não só para a efetivação de seus direitos, mas também para a construção de sua identidade social.

No município de Miracema, a população jovem conta com os serviços das diversas políticas públicas existentes no município: na área de Assistência Social: 02 (dois) pólos de Serviços de Convivências e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, 01 (um) em Miracema e 01 em Paraíso do Tobias, distrito de Miracema. Dois 02 (dois) Centros de Referência de Assistência Social, CRAS I – Demétrio Damasceno situado à Rua Nestor Coelho da Rocha, 133 – Santa Tereza e o CRAS II – Professora Ana Lúcia de Oliveira situado à Rua Bernardino Cardoso Dias, S/N – Vila Nova e 01 (um) Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, localizado na Praça Antônio Hassel, S/N – Centro.

Os Centros de Referência da Assistência Social é uma Unidade Pública Estatal descentralizada da Política Nacional de Assistência Social que atua como a principal porta de entrada do SUAS e é responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. O principal serviço ofertado pelo CRAS é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). Consiste em um trabalho continuado que visa fortalecer a função protetiva das famílias, prevenindo a ruptura de vínculos, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

De acordo com pesquisa levantada verificou-se que a residência habitual dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa está localizada no território de abrangência do CRAS II.

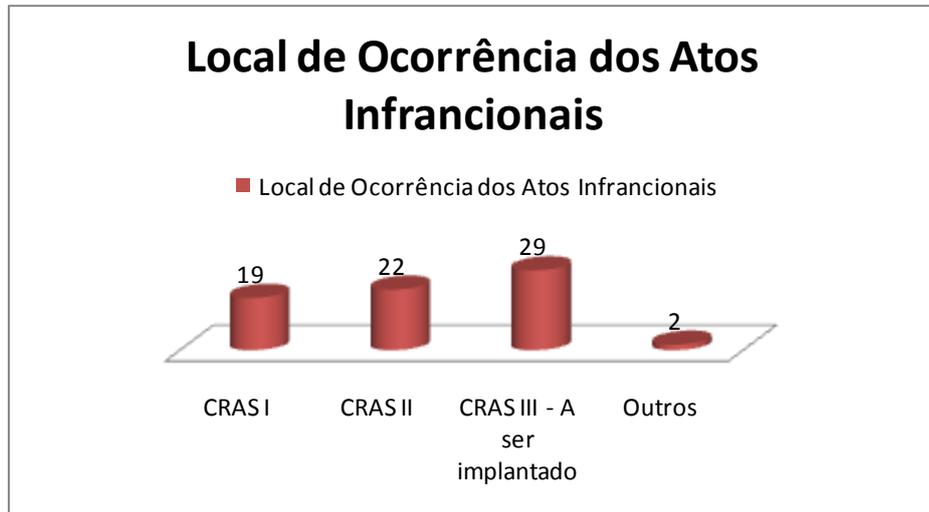
FIGURA 11
Residência dos adolescentes



Fonte: Elaboração do próprio autor

Já o local de ocorrência dos atos infracionais está no território do CRAS III que está aguardando implantação. Fato que demonstra a real necessidade desse equipamento na localidade.

FIGURA 12
Local de ocorrência dos atos infracionais

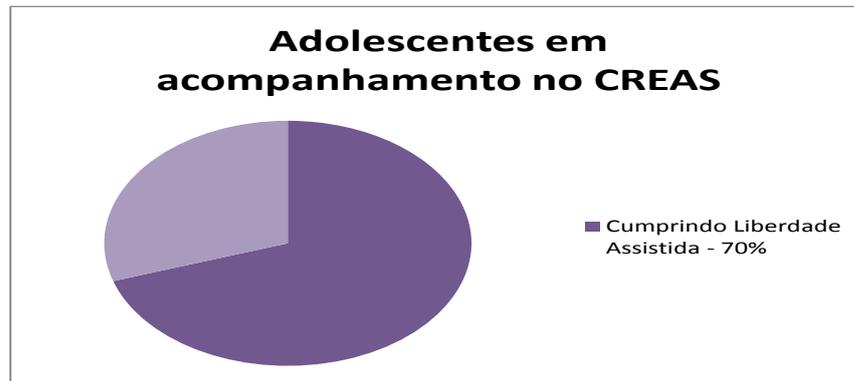


Fonte: Elaboração do próprio autor

O atendimento socioeducativo em meio aberto bem como o acompanhamento familiar dos responsáveis pelo adolescente, através do Programa de Atendimento Especializado a Famílias Indivíduos - PAEFI foi incorporado às ações do CREAS que no município de Miracema foi implantado em 28/01/2011. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social configura-se como uma Unidade pública e Estatal, que oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos. Essa oferta tem como foco o acesso da família a direitos socioassistenciais, por meio da potencialização de recursos e capacidade de proteção. Para o exercício de suas atividades, os serviços ofertados nos CREAS devem ser desenvolvidos de modo articulado com a rede de serviços da assistência social, órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas.

Nos últimos dois anos foram encaminhados pela Justiça ao CREAS de Miracema 24 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, sendo que atualmente se encontram em acompanhamento na unidade 10 adolescentes em sua maioria em cumprimento de Liberdade Assistida.

FIGURA 13
Os adolescentes em acompanhamento pelo CREAS



Fonte: Elaboração do próprio autor

Vale ressaltar que o atendimento aos adolescentes em cumprimento das medidas de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e de Liberdade Assistida (LA) foi regulamentado no âmbito da Proteção Social Especial através da resolução 109/2009, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Com a Tipificação o serviço de medidas socioeducativas foi implantado nos municípios, a partir das especificidades de cada região. Por outro lado, considerar as especificidades foi fundamental para propor de forma qualificada, continuada e padronizada o atendimento aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, definido em uma de suas matrizes como trabalho social essencial para o atendimento ao adolescente:

A acolhida; a escuta; o estudo social; o diagnóstico socioeconômico; referência e contrarreferência; trabalho interdisciplinar; articulação inster institucional com os demais órgãos do sistema de garantia de direitos, produção de orientações técnicas e materiais informativos; monitoramento e avaliação de serviço, proteção social proativa; orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais; construção de plano individual e familiar de atendimento, considerando as especificidades da adolescência; orientação sociofamiliar; acesso à documentação pessoal; informação, comunicação e defesa de direitos, articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação com os serviços de políticas de relatórios e/ou prontuários (BRASIL.2009, p.25).

O cofinanciamento dos serviços ofertados pelo CREAS é de responsabilidades dos entes federados – União, Estados e Municípios. O “Serviço de Proteção Social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de LA e de PSC” tem seu cofinanciamento previsto no artigo 68, da NOB dentre os serviços ofertados.

Ressaltamos que o acompanhamento dos adolescentes em meio aberto é um dos Serviços oferecido no CREAS e que não necessariamente possui equipe exclusiva para o

atendimento, existindo, portanto entre as diretrizes do SUAS e do SINASE acúmulo de funções profissionais, acarretando em muitas ocasiões baixa efetividade no acompanhamento realizado.

Na área da saúde o município de Miracema possui como referência para atendimento de adolescentes o Centro de Atendimento à Saúde da Mulher - CASM que vai atender a adolescente tanto na parte ginecológica quanto a de pré-natal. O Centro Médico Moacir Junqueira que oferece vacinação contra o vírus do HPV para meninas adolescentes de 09 a 13 anos. Além disso, contamos com 06 unidades de ESF – Estratégia Saúde da Família localizadas nos bairros da Pontilhão do Rosa, Cruzeiro, Jove, Beverly, Paraíso do Tobias e Venda das Flores. A estratégia mostra que oferecer às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias comunidades resulta em melhorias importantes nas condições de saúde da população. No setor educacional contamos com 14 Unidades escolares públicas, sendo 06 estaduais e 08 municipais distribuídas em vários bairros da cidade.

4.3 A história da saúde mental no município de Miracema

O processo de reforma psiquiátrica introduziu no Brasil uma série de modificações na assistência prestada ao portador de transtorno mental. Dessa forma, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação deste CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. Entretanto, o surgimento do CAPS no Município de Miracema deu-se no ano de 2002, por consequência das grandes demandas que estava ocorrendo no município, acrescentando também que o índice de internação no município de Bom Jesus estava muito elevado. No princípio os pacientes estavam mais relacionados na área da dependência química (álcool e droga).

O projeto foi criado pelos Psicólogos e Assistentes Sociais que trabalhavam na Secretaria de Saúde, onde enviaram o projeto para a Secretaria Estadual de Saúde para o credenciamento do CAPS. Tendo como primeira coordenadora, Lydiane Moreira de Barros. Estes serviços têm equipe mínima de 09 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias

úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês, contendo um trabalho interdisciplinar.

O objetivo do CAPS, é ofertar atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

A instituição tem como missão dar um atendimento diurno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais.

A causa das demandas se dá por usuários que buscam tratamentos, onde, sofrem com transtornos mentais graves e demais quadros. Incluindo também os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).

Em análise a cerca do perfil dos usuários no CAPS, no período de 18 a 21 de março do ano de 2015 constatamos que: com relação à variável sexo, 61,4% dos usuários eram homens e 38,6%, mulheres. A idade média foi de 41 anos, variando em uma faixa etária de 15 a 79 anos. O grupo etário que se destacou encontrava-se na faixa etária de 20 aos 59 anos, com 91% dos usuários. A idade média dos homens foi de 40,8 anos, variando entre 15 a 75 anos, com maior concentração no grupo etário de 40 a 49 anos com 30,7%. A idade média das mulheres foi de 41,4 anos, variando entre 16 a 77 anos, prevalecendo a de 30 a 39 anos com 34,6%.

Com relação à variável ocupação, em apenas em 21,5% dos prontuários, esses dados foram encontrados referentes a atividades laborativas. Destes, as ocupações mais frequentes

foram: do lar 20,5%, ajudante geral 13,7%, pedreiro 10,9%; comerciante e eletricista, ambas com 8,2%, respectivamente. As menos frequentes foram: militar e motorista, com 2,7%, respectivamente; advogado, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, contabilizando o percentual de 1,4%. A escolaridade dos usuários do CAPS foi registrada em 34,1% dos prontuários. Desses, 50% cursaram parcial ou integralmente o Ensino Fundamental; 36,2%, parcial ou integralmente o Ensino Médio; 7,8% iniciaram ou concluíram o Ensino Superior; e 6,0% não possuíam grau de instrução.

A informação do estado civil dos usuários do CAPS foi encontrada em 89% dos prontuários. Desses, 60% eram solteiros; 28,1% casados; 8,3% separados e 3,6% viúvos.

Finalizando, a informação sobre a variável etnia dos usuários do CAPS foi obtida em 65% dos prontuários. Destes, 73% eram brancos; 15,9% pardos e 11,4% negros. No CAPS, essa informação foi encontrada em 94% dos prontuários. A maioria dos usuários residia na região Oeste do município, contabilizando 40,5%; na região Sul, 24,5% dos usuários; na região Leste, 19,2%; por fim, na região Norte, 14,8%. Dos usuários atendidos, 0,9% eram de outros municípios.

4.4 As possibilidades de enfrentamento

De acordo com dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2014) do Ministério da Justiça, o Brasil é campeão mundial em números absolutos de homicídios por ano: são mais de 56 mil mortes violentas, sendo estimado que 50% dessas estejam relacionadas com a "guerra às drogas". O país é também o terceiro maior encarcerador de pessoas do mundo: cerca de 30% das prisões são igualmente relacionadas às drogas. O consumo dessas substâncias também vem crescendo no país, o que pode ser uma indicação de que a repressão talvez não seja a melhor estratégia para se lidar com o problema. Por isso se fazem necessários cada vez mais se pensarem iniciativas que lidem com a prevenção, redução de danos, tratamento e reinserção social de usuários, e articulação política em torno do tema para possíveis mudanças na legislação sobre drogas no Brasil.

Num país imerso em uma onda de boçalidade e retrocesso no campo dos direitos e das conquistas coletivas, precisamos pensar ações em nome do coletivo e colocar todas as liberdades acima do individualismo.

As estatísticas atuais sobre o uso no consumo de psicoativos, o aumento do número de usuários e a enorme quantidade de drogas ilicitamente comercializadas apontam para um quadro muito mais amplo de uso do que existia no começo do século XX, quando as

substâncias narcóticas e psicotrópicas ainda não estavam sujeitas nenhum tipo de controle legal ou especificamente penal (BOITEUX, 2015).

Com isso, ao mesmo tempo a criação de um sistema proibicionista, por meio de Convenções internacionais que impuseram um controle penal rígido sobre as drogas ilícitas, e o aumento da cooperação internacional contra o tráfico não têm levado aos fins a que o sistema proibicionista se atribui: erradicação da produção de drogas ilícitas e redução do consumo, mediante um suposto incremento da proteção à saúde pública (BOITEUX, 2015).

A partir deste contexto, verifica-se ser o Brasil signatário de todos os instrumentos de controle de drogas, que foram, sem exceção, internalizados seguindo os trâmites legais, tendo o Brasil se caracterizado pela implementação ampla da política proibicionista, a qual se adequou facilmente ao modelo repressivo brasileiro (BOITEUX, 2015).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tratarmos acerca da temática em questão foi possível verificar alguns aspectos que desejamos por em destaque.

Após o avanço parcial conquistado com a lei de drogas de 2006 (Brasil, 2006), estamos vivendo atualmente no Brasil um momento de refluxo conservador extremamente preocupante, na contramão dos avanços que vem sendo conquistados em diversos países.

Confrontando estas experiências de práticas de cuidado integral aos usuários de crack com a realidade brasileira, sabemos o quão improvável é que este modelo seja implementado aqui em curto a médio prazo, dada as pressões conservadoras, moralistas e estigmatizantes que têm dominado o campo das políticas públicas, com grande ressonância na sociedade. Porém, não há dúvida de que, em termos de práticas de cuidado e promoção da saúde das pessoas que fazem uso prejudicial de crack, o espaço de uso seguro e supervisionado seria o dispositivo mais adequado a ser oferecido como política pública.

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

Mais ainda, muito pouco tem sido feito para atender a esta demanda. No Noroeste Fluminense, o que se faz é o atendimento ambulatorial através dos CAPS'ad (Centro de Atenção Psicossocial à usuário de álcool e outras drogas). Em municípios nos quais não há CAPS'ad, como o município por nós estudado, Miracema, utiliza-se os CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial), com foco em usuários com transtornos mentais, ou seja, não é específico para usuários de álcool e outras drogas.

Isso demonstra a fragilidade das políticas oferecidas nesta região para tal demanda e a importância de estudos de caso, pois são reveladoras das especificidades dos municípios, principalmente os menores que, como Miracema, situam-se como importantes no contexto deste tema. Para este contexto, as políticas públicas de atendimento a estes usuários devem ser reformuladas visando o atendimento destas especificidades regionais.

O estudo em Miracema evidencia alguns fenômenos que configuram o uso de drogas, e em especial o uso de crack, como uma nova expressão da questão social. Um dos fenômenos é o processo de juvenização do uso das drogas, com o envolvimento cada vez maior dos jovens. Outro fenômeno é o da feminilização, com a participação crescente das mulheres no uso do crack. A pauperização, com sua vertente de analfabetismo, é outro fenômeno importante. Por último, esta pesquisa revela o fenômeno da interiorização, no qual

há que se formularem políticas específicas que não sejam obstaculizadas pelo número da população.

Em suma, há que se formularem políticas sociais capazes de contemplar de maneira efetiva e equitativa, respeitando as diferenças regionais, além das de gênero, os usuários de crack. Os dados deste estudo de caso, apontam diversas variáveis, como racismo, pobreza, desigualdade social, negação de direitos sociais. É sugerido, portanto, que o crack seja apenas mais uma variável. Neste entendimento, o crack não criaria a pobreza e o seu uso excessivo seria consequência e não causa das condições de vida dos usuários.

Diante das evidências aqui apresentadas, se almeja o incremento das políticas sociais sobre drogas, com enfoque direcionado às demandas específicas para a questão emergente do crack, especialmente dos serviços de cuidado e saúde, convergindo e integrando esforços intersetoriais do Governo, em suas três esferas federativas e da sociedade em uma perspectiva de responsabilidade compartilhada.

O fenômeno do uso de substâncias apresenta-se, ao longo dos anos, como um problema muito complexo, fator de risco para uma grande variedade de questões individuais e sociais. Desse modo, um cuidado isolado e individualizante para o usuário não abordará todas as dimensões envolvidas nessa complexidade do uso de drogas.

Por isso este estudo vem mostrar a partir da realidade de Miracema a importância da estruturação e o fortalecimento das redes de atenção aos usuários de drogas, reconhecendo que existem muitos desafios a serem superados, devido a grande lacuna de investimentos existentes neste campo, ganhando força apenas a partir dos anos 2000.

Especificamente no caso de Miracema, vimos a importância de haver um maior entrelaçamento entre os atores envolvidos no atendimento ao usuário de droga, pois muitas das vezes rotulam a responsabilidade pelo atendimento ao CAPS e assim deixam de atender ao usuário de drogas por dizer que “ele não é meu”, porém precisa ficar claro para os profissionais deste município que “ele é de todos” e “para todos”, necessitando assim de todo e qualquer atendimento que ele buscar em qualquer setor do município.

Fica claro a necessidade de direcionamentos específicos na prevenção e o cuidado em álcool e outras drogas, para cada nível, setor, dispositivos e profissionais, gerando fluxos de redes adaptados e conformados de acordo com as realidades locais.

No município hoje não é realizada nenhuma ação de prevenção aos usuários de drogas, apenas a do PROERD – Programa Educacional de Resistências as Drogas, que é uma ação da Polícia Militar que acontece nas escolas. A Rede de Atenção Psicossocial da cidade não

realiza nenhuma ação, gerando assim um descomprometimento com esta importante causa, em um município com características tão fortes com o uso de drogas.

Atualmente, se faz imprescindível que haja uma reorganização das políticas sobre álcool e outras drogas, para que, ao invés de polarizações, seja possível a construção de uma política que abarque integralmente os setores, serviços, profissionais e ações sendo formuladas a partir de um amplo debate, com a participação da sociedade civil, profissionais, usuários, familiares e especialistas da área.

Em Miracema é necessário uma reorganização do Serviço de Saúde Mental, visto estarem todos os serviços funcionando no mesmo espaço e não sendo isto viável. Atualmente o Ambulatório de Saúde Mental e o CAPS funcionando juntos em um mesmo espaço, sendo, portanto necessário à divisão destes espaços e até mesmo da própria equipe de atendimento. Acredita-se que ocorrendo esta separação seja possível proporcionar um melhor atendimento aos usuários do CAPS e no ambulatório aos usuários de álcool e outras drogas.

Miracema precisa avançar em suas ações de saúde mental e os dados desta pesquisa demonstram como as políticas sociais se mostram frágeis neste município, necessitando assim de maior interação entre os agentes políticos e reconhecer a valorização do trabalho em Rede, levando em consideração os espaços institucionais como uma ferramenta que possibilita a garantia de direitos dos usuários de drogas.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V. S. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas.** Cad. Saúde Pública, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.

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

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

BERINGH, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. **Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica.** Psicol. Cienc. Prof., v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete. **Avaliação de políticas, programas e projetos sociais.** In: CFESS e ABEPSS (Organizadoras) Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2009.

BOITEUX, Luciana. Brasil: **Reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva.** Revista Sur. v. 12. n°. 21 – Agosto de 2015.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad.**

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Conselho Nacional Antidrogas. **Política Nacional sobre Drogas.** Brasília: Conselho Nacional Antidrogas, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.190,0 de 04 de junho de 2009. **Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Alcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Tribunal de Contas d União [TCU]. **Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas.** Brasília: TCU, 2012a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS]. **Sistema Único de Assistência Social – SUAS: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas.** Brasília: MDS, 2012b.

_____. Casa Civil. **Crack, é possível vencer? Enfrentar o crack. Compromisso de todos.** Brasília: Casa Civil, 2013.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde.**

_____. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.

_____. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

_____. Portaria nº GM 336 de 19 de fevereiro de 2002.

_____. Portaria nº GM 130 de 26 de janeiro de 2012.

_____. Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012.

_____. Portaria nº 121 de 25 de janeiro de 2012.

_____. Medida provisória nº 1.669, de 19 de junho de 1998.

_____. Resolução GSIPR/CH/CONAD Nº3, de 27 de outubro de 2005.

_____. Decreto nº 4.345, de 26 de Agosto de 2002, **Institui a Política Nacional Antidrogas.**

_____. Decreto nº 2.632, de 19 de Junho de 1998, **dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas.**

_____. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, **institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.**

_____. Decreto nº 7.637, de 08 de dezembro de 2011, Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que **institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.**

_____. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias.** – 2. Ed. – Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010.

_____. **Capacitação para comunidades terapêuticas – Conhecer para cuidar melhor: Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas.** Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2013.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007. 322p.

_____. **Os três estados do capital cultural**. In: NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. M. *Escritos de Educação*. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRITES, Cristina Maria. **Política de Drogas no Brasil: usos e abusos**. In: **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça proximidades e opiniões**. Vilma Bokany (organizadora). São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

_____. Cristina Maria. **Ética e uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos**. Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social pela PUC – São Paulo, 2006.

COMMISSION ON NARCOTICS AND DRUGS. **Fifth-sixth session. United Nations Office for Drugs and Crime**. Vienna, Austria, Mar 2006. Disponível em <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/56.html>. Acesso em Dezembro 2015.

CORRÊA, R. L. **Espaço: um conceito chave da Geografia**. In: Castro, Iná; CORRÊA, Roberto L.; GOMES, Paulo C. (Org's). *Geografia: Conceitos e Temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p.15-47.

COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; PAIVA, F.S.; RONZANI, T. M. **Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura**. *Cienc. Saúde Colet.* [online]. 2013.

COSTA, P.H. A.; LAPORT, T.J.; MOTA, D.C.B.; PAIVA, F.S.; RONZANI, T.M. **A rede assistencial sobre drogas segundo seus próprios atores**. *Saúde em debate*, n. 37 (número especial), p. 110-121, 2013.

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

DEMATTEIS, G. **Le metafore della terra. La geografia umana tra mito e scienza.** Milano: Feltrinelli, 1985. 118p.

DI MÉO, G. **Geographie Sociale et territoires.** Paris: Nathan, 2001. 320p.

DOMOSLAWSKI, A, **Política da Droga em Portugal - Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas.** Global Drug Policy Program, Open Society Foundations, 2011. Disponível em http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/drug-policy-in-portugal-portuguese-20111206_0.pdf. Acessado em março de 2015.

DUARTE, Marco José de Oliveira. **Política pública de saúde mental hoje: análise e perspectivas dos dispositivos de produção do cuidado.** In: 3º Encontro Internacional de Política Social – UFES, Vitória – ES, Junho de 2015.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa Nacional sobre Crack.** Setembro 2014.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C.C. **A política antidrogas brasileira: velhos dilemas.** *Psicol. Soc.*, v. 20, n. 2, p. 267-276, 2008.

GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY. **War on Drugs: Report of the global commission on drug policy.** Rio de Janeiro, Global Commission on Drug Policy, 2011. Disponível em <http://www.globalcommissionondrugs.org/>. Acesso em Janeiro 2016.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo.** 7. ed. rev. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 327p

HAESBAERT, R. **O mito da des-territorialização: do “fim dos territórios a multiterritorialidade”.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 400p.

HART, Carl L. **Slogans vazios, problemas reais.** *Revista Sur.* v. 12. n.º. 21 – Agosto de 2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 8ª. ed. – São Paulo: Cortez 2014.

INCIARDI, J.A. **Beyond cocaine: basuco, crack and other cocaine products.** Contemporary Drug Problems, p. 461-492, 1987.

JODELET, D. **As Representações Sociais.** Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. 420p.

JODELET, D. **Représentation sociales: un domaine en expansion.** In D Jodelet(ed), Les représentations sociales. Paris: Presses Universitaires de France, 1989. p.31-61.

JUNQUEIRA , L. A. P. **Descentralização e intersetorialidade na construção de um novo modelo de gestão.** Rev. Adm. Pública, v. 32, n. 2, p. 11-22, 1998.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.;KOMATSU, S. **Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza.** In: XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia pública: Perspectivas, Possibilidades y Limitaciones”. Caracas, Venezuela, 1997.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa,, elaboração, análise e interpretação de dados.** São Paulo: Atlas, 2003.

LEFEBVRE, H. **La production de l'espace.** Paris: Maspero,[1972] 1974. 485p.

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

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P.S.C. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil.** História, Ciências e Saúde, 14 (3), p. 801-21, 2007.

MASSEY, D. **Pelo espaço. Uma nova política da espacialidade.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008. 312p.

MOTA, D.C.B; RONZANI, T. M. **Implementação de políticas públicas brasileiras para usuários de álcool e outras drogas.** In: RONZANI, T.M. (Org.). *Ações Integradas sobre Drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas.* Juiz de Fora: Editora UFJF, 2013. p. 293-324.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento.** 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

_____. M. C. de S. **Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de Programas Sociais.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Combate ao Crack.** Brasília, 2010.

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

NAPPO SA, Galduróz JC, Noto AR. **Crack use in São Paulo.** *Subst Use Misuse* 1996; 31: 565-579.

PAIVA, F. S.; COSTA, P. H. A.; ROZANI, T. M. **Fortalecendo redes sociais: desafios e possibilidades na prevenção ao uso de drogas na atenção primária à saúde.** *Aletheia*, v. 37, n. 1, p. 57-72, 2012.

PUC – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. **Os impactos do CRACK na saúde pública e na segurança pública.** CEPESP – Centro de Pesquisas em Segurança Pública da PUC Minas. Agosto 2010. Disponível em: http://www.pucminas.br/imagdb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20100826153926.pdf. Acesso em 25/02/2015.

RAFFESTIN, C. **A produção das estruturas territoriais e sua representação.** In: SAQUET, M. A; SPOSITO, E. S. *Territórios e territorialidades - Teorias, processos e conflitos.* São Paulo: Expressão Popular, 2009. P.17-35.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder.** São Paulo: Ática, 1993. 269p.

RONZANI, T.M. **Padrão de uso de álcool entre pacientes da atenção primária à saúde: estudo comparativo.** Revista de APS, v. 11, n. 2, p. 163-171, 2008.

SACK, R. D. **Human Territoriality. Its Theory and History.** Cambridge: Cambridge University Press, 1986. 272p.

SANTOS, M. **Por uma Geografia Nova.** 6. ed. São Paulo: EDUSP, 2008. 285p.

SANTOS, M. **A natureza do Espaço.** São Paulo: Edusp, 2002. 392p.

SAQUET, M. A. **Abordagens e concepções de território.** São Paulo: Expressão Popular, 2007. 200p.

SCHNEIDER, J. F. et al. **Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família.** Texto contexto – Enferm., v. 22, n. 3, p. 654-661, 2013.

SOARES, Laura Tavares. **Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina.** 03 ed. São Paulo: Cortez, 2009 (Coleção Questões da Nossa Época; v. 78).

SOUZA, M. L. **O território sobre o espaço e poder, autonomia e desenvolvimento.** In.: CASTRO, Iná; CORRÊA, Roberto L.; GOMES, Paulo C. (Org's). Geografia: Conceitos e Temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p.140-164

TURCO, A. Culture dell'alterità. **Il território africano e le sue rappresentazioni.** Milano: Unicopli, 1998, pp. 548

VAISSMAN, M.; RAMÔA, M.; SERRA, A. S. V. **Panorama do tratamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro.** Saúde em Debate, v.32, ns. 78/80, p. 121-132, 2008.

VINADÉ, T. F. **Redução de danos na atenção primária à saúde: construindo a potência do encontro.** IN.: MINOZZO, F.; FRANÇA, S.P. (Org.). A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde: módulo 07. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, p. 63-73, 2009.

WANDERKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. **Discursos políticos e a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas.** Saúde em Debate, v. 35, n. 88, p. 105-112, 2011.

APENDICES – A

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A ENTREVISTA**

**UNIVERSIDADE ESTUDAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM – CCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS - PPGPS**

AUTORIZAÇÃO

Eu autorizo a utilização dos dados desta entrevista para a pesquisa “A Política de Enfrentamento ao crack: Um estudo de caso sobre a realidade de Miracema – RJ” realizada pelo mestrando em Políticas Sociais pela Universidade Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, Warllon de Souza Barcellos sob a orientação da Professora Dr^a. Vera Lúcia Marques da Silva, vale ressaltar que todos os dados serão mantidos em anonimato, não havendo divulgação dos mesmos, apenas para fins de pesquisa.

Miracema, RJ, ____/____/____

Assinatura

Entrevistado: _____

Contato: (____) _____ Cel.: (____) _____

E-mail: _____

APENDICES – B**ENTREVISTA COM PROMOTOR DE JUSTIÇA**

1. Acompanhamos pelos noticiários que o município de Miracema apresenta características significativas de envolvimento com Drogas, como o Ministério Público estaria atuando frente a esta questão?

2. Acredita-se existir um significativo envolvimento significativo de crianças e adolescentes com o uso e tráfico de drogas, o que poderia nos dizer sobre isso?

3. Quais são as principais localidades envolvidas com tráfico e uso de drogas?

4. Diante da criminalidade existe no município, acredita-se que sua maioria tem ligação direta com o tráfico de drogas?

5. Desde quando está atuando no município acredita-se que ocorreu um aumento do envolvimento com as drogas neste período?

APENDICES – C**ENTREVISTA DE SECRETÁRIO DE ASSISTENCIA SOCIAL**

1. A partir do envolvimento de drogas existente pelos municípios de Miracema o que a Política de Assistência Social do município tem feito em prol de tais?

2. Dentro da Rede sócio-assistencial qual programa tem feito os atendimentos aos usuários de drogas e quais as ações desenvolvidas?

3. Quais são as principais localidades envolvidas com tráfico e uso de drogas?

APENDICES – D**ENTREVISTA COM DE SECRETÁRIO DE SAÚDE**

1. A partir do envolvimento de drogas existente pelos municípios de Miracema o que a Política de Saúde do município tem feito em prol de tais?

2. Dentro da rede de atenção à saúde qual programa tem feito os atendimentos aos usuários de drogas e quais as ações desenvolvidas?

3. Quais são as principais localidades envolvidas com tráfico e uso de drogas?

4. Acredita-se que seria necessário a implementação de um novo Serviço para atendimento a usuários de Álcool e Outras Drogas, como por exemplo um CAPS – AD?

APENDICES – E**ENTREVISTA COM O ATUAL COORDENADOR DE SAÚDE MENTAL**

1. Frente a Coordenação de Saúde Mental do Município podemos dizer que existe uma demanda significativa sobre o uso de drogas e em especial do CRACK no município de Miracema?

2. Quais ações têm sido desenvolvidas para enfrentamento a esta questão?

3. Acredita-se que seria necessário a implementação de um novo Serviço para atendimento a usuários de Álcool e Outras Drogas, como por exemplo um CAPS – AD?

APENDICES – F**ENTREVISTA COM A EX-COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL**

1. Quando atuou frente à Coordenação de Saúde Mental do Município já existia uma demanda significativa de usuários de álcool e outras drogas, em especial de CRACK?

2. Quais ações eram desenvolvidas para enfrentamento a esta questão?

3. Acredita-se que seria necessário a implementação de um novo Serviço para atendimento a usuários de Álcool e Outras Drogas, como por exemplo um CAPS – AD?

APENDICES – G**ENTREVISTA COM CONSELHEIRO NACIONAL DE SAÚDE**

1. Na condição de Conselheiro Nacional de Saúde o que poderia nos dizer sobre o envolvimento com as drogas existente no município de Miracema?

2. Sobre a necessidade de maior incentivo das Políticas Públicas no interior o que acredita que poderia contribuir para a redução e/ou controle das drogas?

APENDICES – H**ENTREVISTA COM PREFEITO MUNICIPAL**

- 1) Quais ações estão sendo desenvolvidas no município referente ao uso de drogas e em especial ao crack.

ANEXO – A

JOVEM É PRESO COM DROGA E ENTREGA RÉPLICAS DE FUZIS EM MIRACEMA

NELSON BARROS 10/02/2015

Neste Sábado (08/02), por volta das 17h30, policiais militares, M. Rocha e Ranilson, lotados na 3ª Cia de Miracema encontravam-se nas imediações da 137ªDP quando observaram um jovem de 19 anos em atitude suspeita no interior de um ônibus da Autoviação Brasil, que seguia destino a Santo Antônio de Pádua.



Ao abordarem o coletivo na Avenida Nilo Peçanha, no Bairro Caloi, os agentes de segurança perceberam que o jovem, já conhecido como usuário de

drogas no meio policial , rasgou um envólucro e se desvencilhou de um material aparentando ser maconha jogando-o no piso do veículo.

Denúncias anteriores davam conta de que este mesmo jovem, em outros momentos, poderia estar supostamente manuseando um Fuzil HK Cal 762 de uso restrito juntamente com outro homem, conforme uma foto passada a Polícia Militar através de denúncia, onde ambos aparecem ostentando os Fuzis.

Conduzido para a 137ªDP, o jovem esclareceu que os Fuzis das fotos eram réplicas confeccionadas com fitas e com papelão, e que foram utilizadas num evento de fantasias na cidade.

Em diligência a sua residência e na residência do outro homem que aparece na foto, as réplicas de Fuzis foram apreendidas pelos militares e conduzidas a Distrital.

Ao término da análise do material encontrado no piso do coletivo, feito pela perícia técnica da Polícia Civil, ficou constatado se tratar de 2,0 gr de Cannabis Sativa (maconha).

O jovem acusado foi enquadrado no Art 28 da Lei 11.343/06 (Posse de Entorpecente) e liberado após prestar esclarecimentos.

Disponível em: http://www.doisestados.com.br/ver_noticia.php?n=957

ANEXO - B

Polícia Militar apreende armas, drogas e prende um suspeito em Miracema

24/11/2015

Operação contou com apoio das guarnições do Patamo, PPC do Cruzeiro, setores Fox e Golf



Pelo menos quatro pessoas foram detidas durante uma operação da Polícia Militar, realizada na noite desta segunda-feira, no Morro da Jove, em Miracema. Além dos suspeitos detidos, os Policiais Militares apreenderam armas, munições, drogas, material para endolação, celulares e dinheiro em espécie.

De acordo com a Polícia Militar, os suspeitos ao verem a aproximação das viaturas fugiram do local, entretanto, quatro eles conseguiram ser localizados e detidos. O caso aconteceu em uma residência na Rua Manoel do Couto Paiva, por volta das 23h.

Na residência, os Policiais Militares ainda encontraram 10 buchas de maconha, material para endolar a droga, uma réplica de Fuzil, um revólver cal. 38,

um facão, uma faca, 12 munições cal. 22, 13 munições cal. 38, seis celulares, e ainda R\$416,00 em espécie.

O caso foi registrado na 137ª Delegacia Legal de Miracema. Dos quatro detidos, apenas um acabou sendo autuado por tráfico de drogas. O suspeito identificado como M.C.R. ficou preso na carceragem da Delegacia até ser transferido para a Casa de Custódia de Itaperuna, onde ficará a disposição da Justiça.

Disponível em: http://www.doisestados.com.br/ver_noticia.php?n=1977

ANEXO - C

Adolescente fica ferido após ser baleado em Miracema

23/11/2015

Tiro partiu de um motociclista e atingiu a nádega do menor, que também é suspeito de ter envolvimento com o tráfico de drogas.



Um adolescente foi baleado na noite deste domingo, dia 22, no bairro Rodagem, em Miracema. O disparo partiu de um motociclista, que não foi localizado. O adolescente foi atendido no Posto de Urgência de Miracema e passa bem.

De acordo com a Polícia Militar, o adolescente P.V.G.A., de 16 anos, estava passando pela Rua Joaquim Rosa da Gama por volta das 19h30min, quando foi surpreendido por um elemento que chegou em uma moto Shineray de cor prata. O motociclista desceu da moto, sacou uma arma e tentou efetuar disparos contra o adolescente, mas a arma falhou. Com isso, o adolescente aproveitou para tentar escapar, foi quando o motociclista conseguiu efetuar pelo menos um disparo que acertou a nádega da vítima.

O motociclista empreendeu fuga tomando rumo ignorado e o adolescente também correu do local. Vizinhos ouviram a movimentação e acionaram uma guarnição da Polícia Militar. Os Policiais Militares conseguiram localizar o

adolescente ferido e o levaram para o Posto de Urgência de Miracema, onde ele foi atendido, medicado e liberado. Em seguida, o adolescente foi levado para a 137ª Delegacia Legal de Miracema, onde a ocorrência foi registrada.

A Polícia Militar continua realizando patrulhamentos na tentativa de localizar o suspeito. O adolescente baleado é suspeito de ter envolvimento com o tráfico de drogas na cidade. Em depoimento na Delegacia, a vítima disse ter reconhecido o autor dos disparos. A Polícia Civil segue investigando o caso.

Disponível em: http://www.doisestados.com.br/ver_noticia.php?n=1976

ANEXO - D

PMs prendem pai e filho em Miracema, suspeitos por tráfico de drogas

20/11/2015

Policiais militares da 3ª Cia de Miracema cumpriram um Mandado de Busca e Apreensão, nesta sexta-feira (20/11), em uma casa a Avenida Antônio Mendes Linhares, no Bairro Santa Teresa, e prenderam o jovem Tales Moreira Botelho 20 anos e seu pai, José Torres Botelho Júnior, 57 anos.

Foram apreendidos na residência pelos policiais militares, 32, 24 gr de cocaína, 18,8 gramas de maconha, uma pistola, munição 365, um cordão de ouro, R\$119,00, uma pulseira, 02 dólares, dois vidros lança perfume vazios. Já com o jovem Tales foram encontrados dois celulares e R\$ 130,00. Com seu pai José, a quantia de R\$ 535,00.

ANEXO - E

01/05/2015 14h22 - Atualizado em 01/05/2015 14h27

Megaoperação cumpre mandados de prisão em Miracema, no RJ

Ação contou com atuação de 100 homens das polícias Militar, Civil e CORE. Objetivo foi desarticular o tráfico de drogas na cidade.

Dulcides NettoDo G1 Norte Fluminense



Presos foram encaminhados para 137ª DP -Miracema (Foto: Divulgação/Delegacia Legal)

Uma megaoperação contou com a atuação de 100 homens das polícias Civil, Militar e da Coordenadoria de Recursos Especiais (CORE), do Rio de Janeiro, na manhã desta sexta-feira (1º), para cumprir 14 Mandados de Prisão e de Busca e Apreensão, expedido pela Justiça, em Miracema, no Noroeste Fluminense. O caso foi registrado na 137ª DP Miracema, e informou que dos 14 Mandados, 9 foram cumpridos.

De acordo com o delegado titular da 138ª DP Laje do Muriaé, Renato Soares Vieira, que também responde pela delegacia de Miracema, o objetivo da operação foi desarticular o tráfico de drogas na cidade e oferecer resposta à população após um vídeo, compartilhado nas redes sociais, que mostra supostos traficantes fazendo ameaças a uma facção rival.

"Em Miracema nós temos uma guerra de duas facções. Um levantamento da Polícia Civil constatou que o tráfico de drogas tem crescido bastante na cidade e por isso, desencadeamos a operação. Percorremos diversos bairros e localidades da cidade e a ação terminou por volta das 12h", declarou Além da CORE e Policias Civis da 137ª DP Miracema, participaram da operação policiais civis da 130ª DP de Quissamã, 134ª DP de Campos dos Goytacazes, 136ª DP de Santo Antônio de Pádua, 141ª DP de São

Fidélis, 142ª DP de Cambuci, 145ª DP de São João da Barra, 148ª DP de Italva e também policiais militares da 36ª Batalhão de Polícia Militar (BPM).

Disponível em: <http://g1.globo.com/rj/norte-fluminense/noticia/2015/05/megaoperacao-cumpre-nove-mandados-em-miracema-no-rj.html>

ANEXO – F**Três mulheres e um homem, são presos por tráfico em Miracema**

NELSON BARROS 09/03/2016

Três mulheres e 1 homem foram presos ontem por Policiais Militares do Patrulhamento Tático Motorizado da 3ª Companhia de Miracema por tráfico de drogas ontem 08/03/16. Após denúncia de que elementos estariam se deslocando para a cidade de Itaperuna com destino à Casa de Custódia para entregar entorpecentes aos detentos, os Militares efetuaram abordagem aos ocupantes de um veículo e apreenderam grande quantidade de drogas escondidas nas genitálias de duas mulheres e R\$275,00 em dinheiro.

A ocorrência foi registrada na 135ª DP de área, que após encaminhar material para o ICCE de Pádua, constatou tratar-se 468,8g de maconha com o total de 96 buchas e 44,8g de cocaína com o total de 12 papélotes. Os acusados foram autuados no Art. 33 da Lei 11.343/06, onde permaneceram na carceragem da DP aguardando escolta para Casa de Custódia e Presídio Feminino. O Veículo permaneceu apreendido na 135ª DP para ser periciado.

FONTE: 36º BPM

Disponível em: http://www.doisestados.com.br/ver_noticia.php?n=2046

Anexo – G**MAIS UM BALEADO EM MIRACEMA**

NELSON BARROS 02/03/2016

Luiz Fernando Pinheiro, mais conhecido como Nandão, foi ferido a tiros, na Rua Joaquim Rosa da Gama, em Miracema, próximo ao Posto de Saúde do Bairro da Rodagem. Ele foi levado para o Posto de Urgência da cidade. Seu estado é considerado grave.

A tentativa de homicídio, aconteceu na tarde desta quarta-feira (02/03) por volta das 16 horas.



Local aonde Nandão, levou os tiros.

Disponível em: http://www.doisestados.com.br/ver_noticia.php?n=2037

ANEXO – H

Menor é espancado brutalmente em Miracema

NELSON BARROS 29/02/2016

O jovem foi violentamente agredido com pauladas e pedradas, hoje (29/02) por volta das 12 horas, na Travessa Waldemar Samel (próximo ao SENAC) em Miracema, por um grupo rival. Tudo indica ser uma briga de gangues no município envolvendo jovens.

Segundo informações, a rixa seria entre os bairros do Cruzeiro e Jove. O Menor (aparentando 15 anos) foi socorrido pelos policiais militares da 3ª Cia, em estado grave e levado para o Posto de Urgência.