

**UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE**

**NAÍMA WORM**

**POLÍTICA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS NO BRASIL: NOVAS  
ESTRATÉGIAS A PARTIR DA ANÁLISE DOS PONTOS DE DESARTICULAÇÃO  
DO PROGRAMA *CRACK*, *É POSSÍVEL VENCER***

São Paulo

2016

NAÍMA WORM

**POLÍTICA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS NO BRASIL: NOVAS  
ESTRATÉGIAS A PARTIR DA ANÁLISE DOS PONTOS DE DESARTICULAÇÃO  
DO PROGRAMA *CRACK*, É POSSÍVEL VENCER**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Doutorado em Direito Político e Econômico, Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial para obtenção do título de doutora.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Clarice Seixas Duarte

São Paulo  
2016

NAÍMA WORM

**POLÍTICA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS NO BRASIL: NOVAS  
ESTRATÉGIAS A PARTIR DA ANÁLISE DOS PONTOS DE DESARTICULAÇÃO  
DO PROGRAMA *CRACK*, É POSSÍVEL VENCER**

Tese de Doutorado apresentada ao  
Programa de Doutorado em Direito Político  
e Econômico, Universidade Presbiteriana  
Mackenzie, como requisito parcial para  
obtenção do título de doutora.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dra. Clarice Seixas Duarte

---

Prof. Dr. Felipe Chiarello

---

Prof. Dra. Maria Paula Dallari Bucci

---

Prof. Dr. Fernando Mussa Abujamra Aith

---

Prof. Dr. Maurides de Melo Ribeiro

W928p Worm, Naima

Políticas públicas de drogas: estudo do programa crack, é possível vencer e as estratégias para uma política nacional. / Naima Worm. – 2016.

228 f.; 30 cm

Tese (Doutorado em Direito Político e Econômico) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2016.

Orientadora: Clarice Seixas Duarte

Bibliografia: f. 212-213

1. Drogas. 2. Políticas públicas. 3. Crack, é possível vencer. 4. Programas governamentais de drogas. I. Título

CDDir 341.5555

Dedico este trabalho ao meu querido  
companheiro e marido, Eric Migani, e  
nossos filhos, Angelo e Rafael.

Agradeço a Deus por guiar e proteger minha caminhada.

Às Professoras Clarice Duarte Seixas e Maria Paula Dallari Bucci, que orientaram a construção deste trabalho.

À amiga Cheila Biallowons, que me acolheu e deu apoio incondicional à realização do doutorado.

À minha família, Salete, Cristiane, Alessandra, Gabriel, João e Pedro Henrique, pelo apoio e carinho.

À família de São Paulo, na pessoa da Marry, minha sogra, que muito me ajuda nas tarefas do dia a dia e foi indispensável para elaboração do trabalho.

Agradeço também à paciência dos colegas, dos professores da Universidade Federal do Tocantins e aos alunos, que compreenderam minha ausência nesse período. Em especial, aos amigos Murilo Braz, Valtuir Soares, Aline Salles, Sérgio Lorentino, Aloísio Bolwerk, Vinícius Marques e Leonice, que contribuíram e incentivaram a concretização do curso.

À Professora Sibeles Biazotto e Katia Gomes, que realizaram a correção do texto.

## RESUMO

A presente pesquisa versa sobre o estudo de políticas públicas de enfrentamento às drogas adotadas no Brasil, com vista a apresentar estratégias jurídicas que subsidiem os entes políticos a criarem programas de enfrentamento ao crack. Na pesquisa, foram utilizadas bases normativas que estruturam a política de drogas, em especial o programa do Governo Federal *Crack, é possível vencer*, de amplitude nacional, adotado no Brasil em todas as capitais dos Estados e Municípios com população superior a 200 mil habitantes, a partir de 2010. No capítulo um, apresentaram-se os modelos de enfrentamento às drogas – modelos proibicionista, abolicionista e de redução de danos – a fim de subsidiar o estudo do programa *Crack, é possível vencer* e apresentar estratégias a serem utilizadas em quaisquer programas de enfrentamento ao crack. Partiu-se de uma análise da proteção aos direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988, bem como a tutela específica à saúde e à assistência social. O segundo capítulo investigou a teoria jurídica acerca das políticas públicas e as bases conceituais que apresentam as políticas públicas de drogas, bem como a polêmica sobre a internação não voluntária e o primeiro mapeamento do perfil de usuários e dependentes de crack no País, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, em 2013. O capítulo três descreveu os eixos estruturantes do programa *Crack, é possível vencer*, analisando os pontos de desarticulação do programa que comprometem sua plena efetivação, tratando-se do ponto central da tese. Por fim, no capítulo quatro, construíram-se proposições para rearticulação do programa, com a finalidade de contribuir para o aprofundamento dos estudos sobre o tema e subsidiar possíveis intervenções nas políticas públicas de drogas em execução. A metodologia empregada na pesquisa é a dedutiva, com a aplicação das técnicas de investigação documental e análise do referencial teórico, investigando particularmente a teoria que subsidia a construção das políticas públicas e a base normativa e documental do Programa *Crack, é possível vencer*. As conclusões extraídas do problema proposto apresentam como ponto de desarticulação do programa: necessidade de melhor diagnóstico prévio para identificação do público a ser atendido e definição das ações a serem adotadas; ampliação do programa, a fim de contemplar municípios com menos de 200 mil habitantes; necessidade de participação da sociedade civil no planejamento e na execução do programa, como critério para a sua legitimidade no Estado Democrático de Direito; falta de interesse dos gestores municipais em aderir ao programa; dificuldade de articulação entre os três eixos estruturantes do programa: cuidado, autoridade e prevenção; precariedade das redes do Sistema Único de Saúde – SUS e Sistema Único da Assistência Social – SUAS; necessidade de ampliação dos setores que compõem o programa; monitoramento e avaliação do programa e investimentos financeiros insuficientes para sua execução.

**Palavras-chave:** Drogas. Políticas Públicas. Crack, é possível vencer. Programas governamentais de drogas.

## ABSTRACT

This research is about the study of coping with public policies on drugs adopted in Brazil, aiming to present the legal strategies that support the political entities to create confronting programs to crack. In the survey the normative base that supports the drug policy was used, especially the federal government Crack program, it's possible to win, of national extensive and adopted in all the capitals of the states and cities with a population over 200,000 inhabitants. In chapter one the models to confronting drugs were presented - prohibitionist, abolitionist and harm reduction models - in order to support the study of the Crack program, it is possible to win and present strategies to be used in any confrontation program to crack. The protection of social rights under the Federal Constitution of 1988 was analyzed as well as the specific protection to health and social care. The second chapter investigated the legal theory about public policies and the conceptual foundations of public drug policies as well as the controversy over the non-voluntary hospitalization and the first user profile mapping and crack addicts in the country conducted by the Oswaldo Cruz Foundation. Chapter three described the structural axes of the Crack program, it's possible to win, analyzing the dismantling of parts of the program that compromise its full realization, as it is the main topic of the thesis. Finally, in chapter four, proposals for re-articulation of the program were built, in order to contribute to further studies and subsidize possible interventions in public policy drug running. The methodology used in the research is deductive, with the application of documentary research techniques and theoretical framework, investigating the theory that supports the construction of public policies and normative basis and document the Crack program, it's possible to win. The conclusions drawn from the proposed issue presented as dislocation point of the program: the need for prior diagnosis for identifying the public to be served and size of the actions; expansion of the program in order to include cities with less than 200,000 inhabitants; need for civil society participation in planning and program implementation; lack of interest of municipal managers in joining the program; difficulty understanding among the three structural axes of the program: care, authority and prevention; precarious UHS networks - Unified Health System and USSA - Unique System of Social Assistance; need for expansion of the sectors that make up the program; monitoring and evaluating the program and insufficient financial investment for their implementation.

**Keywords:** Drugs. Public Policy. Crack, can be conquered. Government drug programs.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Faixa etária de usuários de crack e/ou similares no Brasil.....	115
Figura 2 – Faixa etária de usuários de crack e/ou similares no Brasil por capital e não capital.....	115
Figura 3 – Situação conjugal dos usuários de crack .....	116
Figura 4 – Escolaridade dos usuários de crack.....	117
Figura 5 – Situação de moradia dos usuários de crack no Brasil.....	118
Figura 6 – Situação de moradia dos usuários de crack nas capitais e não-capitais	119

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação dos direitos sociais .....	47
Tabela 2 – Aspectos considerados importantes para facilitar o acesso e o uso de serviços de atenção e tratamento para usuários de crack e/ou similares, segundo local .....	61
Tabela 3 – Fontes de renda (dos últimos 30 dias anteriores à pesquisa) dos usuários de crack e/ou similares, segundo local.....	63
Tabela 4 – Processos de institucionalização das políticas públicas.....	83
Tabela 5 – Levantamento de dados por amostragem nos processos de internação compulsória no Estado de São Paulo .....	103
Tabela 6 – Fonte de renda dos usuários e dependentes de crack.....	120
Tabela 7 – Perfil dos usuários de crack no Brasil.....	123
Tabela 8 – Estrutura do Programa <i>Crack, é possível vencer</i> .....	127
Tabela 9 – Quadro de Referência de uma Política Pública.....	134
Tabela 10 – Rede de atendimento do Programa <i>Crack, é possível vencer</i> .....	138
Tabela 11 – Resumo dos serviços de saúde que compõem o programa <i>Crack, é possível vencer</i> .....	138
Tabela 12 – Organização dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS .....	147
Tabela 13 – Orçamento do Governo Federal Programa <i>Crack é possível Vencer</i> . Valores em R\$ milhões Execução Orçamentária até 31 de dezembro de 2014 .....	148
Tabela 14 – Número de Municípios por faixa de habitantes .....	157
Tabela 15 – Despesas do Fundo Nacional Antidrogas em 2014.....	172
Tabela 16 – Orçamento do Governo Federal Programa <i>Crack é possível Vencer</i> ..	193
Tabela 17 – Desenvolvimento histórico dos mecanismos de participação social no Brasil .....	196
Tabela 18 – Membros do Conselho Antidrogas .....	199

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 1 – POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS NO BRASIL E SUA BASE NORMATIVA: INFLUÊNCIA DOS MODELOS PROIBICIONISTA, ABOLICIONISTA E DE REDUÇÃO DE DANOS</b> .....	<b>21</b>
1.1 FUNDAMENTOS DAS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS: OS MODELOS PROIBICIONISTA, ABOLICIONISTA E DE REDUÇÃO DE DANOS .....	22
1.2 BASE NORMATIVA DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO CRACK NO BRASIL .....	40
1.2.1 Influência dos Tratados Internacionais para a formação da política de drogas no Brasil .....	40
1.2.2 Diretrizes estabelecidas na Constituição da República Federativa do Brasil para subsidiar as políticas de drogas .....	43
1.3 PROTEÇÃO AOS DEPENDENTES DE DROGAS COMO EXPRESSÃO DOS DIREITOS SOCIAIS NO BRASIL .....	44
<b>1.3.1 Direito à saúde no texto constitucional</b> .....	<b>50</b>
1.3.1.1 Saúde enquanto direito e sua integração pelo Sistema Único de Saúde .....	51
1.3.1.2 Oferecimento de tratamento por meio da saúde pública e privada e sua intersecção com o tratamento de usuários de drogas .....	58
<b>1.3.2 Assistência Social na Constituição de 1988</b> .....	<b>60</b>
<b>1.3.3 Base normativa da política de drogas no Brasil</b> .....	<b>67</b>
<b>1.3.4 Atos Regulamentares da política de drogas</b> .....	<b>73</b>
<b>CAPÍTULO 2 – ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS NO BRASIL</b> .....	<b>78</b>
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONCEITO DE POLÍTICAS PÚBLICAS .....	78
2.2 COMPLEXIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS .....	95
2.3 RETROCESSO NA APLICAÇÃO DA POLÍTICA DE DROGAS: INTERNAÇÃO NÃO VOLUNTÁRIA DE USUÁRIOS E DEPENDENTES DE CRACK .....	98

2.4 MAPEAMENTO TARDIO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DE CRACK NO BRASIL: AUSÊNCIA DE DIAGNÓSTICO PRÉVIO DOS SUJEITOS DA POLÍTICA DE DROGAS.....	111
<b>3 ESTRUTURA DO PROGRAMA <i>CRACK, É POSSÍVEL VENCER</i>: PONTOS DE DESARTICULAÇÃO DO PROGRAMA E PERSPECTIVA SOCIAL DO PROBLEMA .....</b>	<b>125</b>
3.1 ESTRUTURAS BÁSICAS DO PROGRAMA E A INSERÇÃO DOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS .....	126
<b>3.1.1 Eixo estruturante do programa: cuidado .....</b>	<b>136</b>
<b>3.1.2 Eixo estruturante do programa: prevenção .....</b>	<b>148</b>
<b>3.1.3 Eixo estruturante do programa: autoridade.....</b>	<b>150</b>
3.2 ANÁLISE CRÍTICA DA ESTRUTURA DO PROGRAMA <i>CRACK, É POSSÍVEL VENCER</i> : PONTOS DE DESARTICULAÇÃO DO PROGRAMA .....	153
<b>4 REARTICULAÇÃO DO PROGRAMA <i>CRACK, É POSSÍVEL VENCER</i> SOB A PERSPECTIVA INTERSETORIAL DAS POLÍTICAS DE DROGAS .....</b>	<b>174</b>
4.1 CRACK COMO PROBLEMA INTERSETORIAL: NECESSIDADE DE REARTICULAÇÃO DOS SETORES E ENTES FEDERADOS ENVOLVIDOS NA POLÍTICA.....	175
4.2 AMPLIAÇÃO DA COBERTURA DO PROGRAMA: ASPECTO TERRITORIAL E AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS.....	184
4.3 FINANCIAMENTO DA POLÍTICA PÚBLICA DE DROGAS: IMPRESCINDIBILIDADE DO FINANCIAMENTO PÚBLICO E COPARTICIPAÇÃO DA INICIATIVA PRIVADA .....	190
4.4 PARTICIPAÇÃO POPULAR: SOCIEDADE CIVIL E CONSELHOS DE DROGAS .....	195
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>203</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>214</b>

## INTRODUÇÃO

Questões relacionadas à dependência de substâncias psicoativas estão cada vez mais frequentes na mídia e no cotidiano das sociedades contemporâneas, expondo a fragilidade da família, da sociedade e do Estado em lidar com o problema.

A proposta desta pesquisa é estudar a política pública de drogas adotadas no Brasil, apresentando a base normativa que lhe confere suporte e, especialmente, os elementos que subsidiam as ações do programa governamental *Crack, é possível vencer*. A partir desse panorama, investigam-se os pontos de desarticulação dessa ação governamental, apresentando os limites da política e as perspectivas alternativas de intervenção.

O uso de drogas é antigo e com registro nas diferentes civilizações do mundo, geralmente incorporados aos rituais religiosos, pagãos e a festividades. A partir do século XIX, os Estados passaram a controlar o consumo, gerando a edição de medidas de força e aparelhamento policial para seu controle. Esse consumo foi intensificado na segunda metade do século XIX, fazendo com que os Estados editassem normas cada vez mais punitivas a usuários e traficantes, influenciados pelo modelo de política proibicionista norte-americana.

Já o crack é uma droga recente, subproduto da cocaína, com origem nos Estados Unidos na década de 80. Os primeiros registros no Brasil contam de 1990, com concentração dos usuários no centro de São Paulo (RAUPP; ADORNO, 2011). As primeiras pesquisas feitas no Brasil, limitadas a pequenos grupos de usuários em tratamento, mostrava que o perfil do usuário de crack era de “homem, jovem, de baixa escolaridade e sem vínculos empregatícios formais”, que praticavam pequenos ilícitos a fim de conseguir a droga. Ainda, apontava a falta de controle de usuários em relação ao consumo da droga, os quais passavam a viver em torno da sua obtenção (OLIVEIRA; NAPPO, 2008, p. 665).

A dificuldade em mapear o universo de usuários reside no fato da criminalização da conduta e na clandestinidade do uso. No ano de 2014, a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ publicou o maior mapeamento de usuários de crack já feito no País, atendendo uma demanda da Secretaria Nacional de Drogas. Contudo deve-se destacar que essa pesquisa foi realizada nas cenas públicas de uso do crack, excluindo as pessoas que fazem uso da droga em outros locais, de acesso restrito, por se tratar de locais privados. Ainda assim, a pesquisa representa um importante

marco para a obtenção de dados a fim de subsidiar as políticas públicas de enfrentamento ao crack e será abordada ao longo de todo o trabalho (BASTOS; BERTONI, 2014).

No Brasil, a mídia tem noticiado com bastante ênfase a reunião de usuários de crack em concentrações públicas, chamadas de *cracolândias*, consideradas áreas de comércio e uso da droga. As ações de desarticulação desses centros de comércio e consumo de drogas ainda são restritas e dependentes das políticas locais, mas timidamente começam a repercutir efeitos positivos junto aos usuários que aderiram aos programas que oferecem emprego e moradia, a exemplo do programa *Braços Abertos*, do município de São Paulo. Ainda não há avaliação oficial do programa, apesar da importância os instrumentos de monitoramento constantes das metas de cada etapa do programa, desde o planejamento até a execução das ações. Porém relatos dos beneficiários demonstram satisfação em serem atendidos nas áreas da assistência social – como moradia, alimentação e trabalho – e na saúde – como os consultórios de rua que prestam assistência básica de saúde aos usuários. Reforça-se a necessidade, como uma das etapas dos programas que integram uma política pública, o constante monitoramento e avaliação do programa, a fim de verificar se está alcançando as metas propostas e rever possíveis adequações ao longo da execução<sup>1</sup>.

A *cracolândia* do município de São Paulo, localizada na região do bairro da Luz, centro do município de São Paulo, é um dos exemplos de concentração de usuários e comércio da droga. Esses locais de venda pública já são percebidos em outras cidades, como aponta a pesquisa da FIOCRUZ, exigindo esforços conjuntos dos entes federados para seu enfrentamento. A formatação de uma política estruturada nos níveis federal, estadual e municipal é tarefa complexa, uma vez que abrange questões relacionadas à saúde, à segurança pública, à educação, à assistência social, ao esporte e à cultura, exigindo a integração entre Estado, sociedade e família, o que determina esforço na sua articulação.

Percebe-se a importância da articulação da política de drogas com outras políticas, uma vez que o tratamento deve vir acompanhado do oferecimento de

---

<sup>1</sup> O programa *Braços Abertos* foi criado pelo Decreto n. 55.067 de 28 de abril de 2014, pelo Governo do Município de São Paulo, e tem por objetivo “promover a reabilitação psicossocial de pessoas em situação de vulnerabilidade social e uso abusivo de substâncias psicoativas, por meio da promoção de direitos e de ações assistenciais, de saúde e de prevenção ao uso abusivo de drogas” (art. 1º). Trata-se de uma política intersetorial, que necessitou de ajustes desde sua implantação, mas que revela o esforço nas ações de enfrentamento às drogas com políticas de redução de danos.

alternativas aos usuários e dependentes, o que exige ações intersetoriais e contínuas do Estado. Tal intersectorialidade pode ocorrer com a intersecção das ações de enfrentamento às drogas com outros programas governamentais, a exemplo de capacitação para o trabalho, acompanhamento terapêutico, educação formal etc.

Inexiste uma resposta simples para a problemática, no entanto afasta-se, de imediato, a exclusiva intensificação da política criminal como principal mecanismo de controle da expansão das drogas, como fizeram os Estados Unidos da América, com punições severas a traficantes e usuários/dependentes e o Brasil, que editou suas primeiras normativas influenciado por esse modelo de política.

No Brasil, a pasta responsável pela atenção às drogas pertence ao Ministério da Justiça, gerido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, a qual administra o Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD, constituído de dotações orçamentárias da União, doações de particulares e resultado econômico dos bens apreendidos em decorrência do tráfico de drogas. O programa *Crack, é possível vencer* não é desenvolvido por um único Ministério, apesar de ter seu *locus* no Ministério da Justiça, na Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP, apresentando uma capilaridade particular em relação às outras políticas de Estado. Suas ações são ramificadas em outras pastas: Casa Civil da Presidência da República, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério da Fazenda, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Saúde e Ministério da Educação. No ministério da Justiça, as ações são coordenadas pelas duas secretarias: Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD (BRASIL, Ministério da Justiça, SENAD Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014).

As ações desenvolvidas no programa são efetivadas no âmbito de cada Ministério, com recursos próprios e aproveitando a estrutura preexistente de equipamentos e pessoas, sendo reforçada com financiamento da rubrica orçamentária designada ao programa, conforme explicado no texto. Cada Ministério desenvolve uma parcela das ações do programa com recursos financeiros, de pessoas e materiais da sua pasta, recebendo aporte da União para complementar as ações. A articulação do programa fica sob a responsabilidade do Ministério da Justiça e da Casa Civil, que monitoram o programa e selam as adesões dos entes federados, por meio de pactos e das ferramentas de gestão usualmente utilizadas, a exemplo do Sistema Informatizado de Monitoramento da Presidência da República – SIMPR. Os

Ministérios envolvidos realizam verdadeira indução aos entes federados – Estados e Municípios –, para que façam a adesão ao programa.

A pesquisa estudará as bases teóricas e normativas indispensáveis para a estruturação de uma política pública de drogas e investigará, dentro da política estabelecida, os pontos de desarticulação do programa *Crack, é possível vencer*, a fim de apresentar estratégias afirmativas de intervenção na política.

A Constituição Federal, por meio dos seus princípios informativos, como a dignidade da pessoa humana, vida, saúde e liberdade inspirou a construção de um conjunto normativo que direciona a política de drogas, desde a legislação infraconstitucional até as ferramentas de gestão, das quais a Administração Pública lança mão para executar suas ações. Trata-se de um conjunto de normas e atos administrativos que juntos dão suporte à política de drogas. A Lei n. 11.343/2006 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. Voltado especificamente ao crack, o governo federal editou o Decreto n. 7.179/2010 e alterações, o qual institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. Outros importantes documentos legislativos tratam da questão, assunto abordado em capítulo específico desta pesquisa.

Além da previsão legislativa dos princípios gerais que regem a política de drogas, há documentos internacionais que indicam o posicionamento que o Brasil adotou nas duas últimas décadas com relação ao enfrentamento às drogas, muito próximo da política proibicionista adotada nos Estados Unidos da América. Cita-se o Decreto n. 179, de 24 de julho de 1991, que promulga o Acordo de Cooperação Mútua para a Redução da Demanda, Prevenção do Uso Indevido e Combate à Produção e ao Tráfico Ilícito de Drogas, entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo dos Estados Unidos da América, todos com vertentes no modelo proibicionista de enfrentamento às drogas. Toda base jurídica que subsidia a política de drogas no Brasil será tratada na pesquisa.

A dificuldade no enfrentamento ao crack encontra pontos de desarticulação que merecem ser pesquisados, a fim de compreender as barreiras encontradas pelos entes federativos na execução da política, bem como os percalços na articulação entre os setores envolvidos – saúde, educação, assistência social ou de segurança pública. Trata-se de um problema multifacetado, ou seja, com características variadas e peculiares, como indica a semântica da palavra. Inicialmente, importante citar que é um problema complexo, sem respostas simples, versando de estudos e pesquisas



interdisciplinares e análise de experiências, em especial as utilizadas em países que conseguiram reduzir os índices de usuários e dependentes e, por consequência, a criminalidade, desagregação familiar e social que as drogas produzem.

A pesquisa parte do estudo teórico dos fundamentos normativos sob os quais se estruturam a política de drogas no Brasil a partir do texto constitucional de 1988, os modelos adotados e a teoria geral das políticas públicas, para, a partir dessa plataforma teórica, se compreender os pontos de avanço e fragilidade do Programa *Crack, é possível vencer*. A problemática central da pesquisa é investigar, a partir da compreensão dos elementos que estruturam o programa a partir do modelo de análise proposto por Maria Paula Dallari Bucci, os pontos de desarticulação do Programa *Crack, é possível Vencer*, e formar alternativas ao modelo adotado, naquilo que couber.

É importante apresentar os objetivos da pesquisa, partindo do objetivo geral para os objetivos específicos. Assim, a pesquisa tem como objetivo geral investigar os pontos de desarticulação do programa *Crack, é possível Vencer*, sob a perspectiva horizontal, entre os setores chamados a atuar – saúde, assistência social, educação e segurança pública – entre os entes federados que pactuam as ações e demais pontos de desarranjo do programa e apresentar intervenções aptas a superar essas barreiras.

Como primeiro objetivo específico, a pesquisa busca analisar os modelos de enfrentamento às drogas; a base normativa que compõe a política de drogas no Brasil e os direitos sociais dispostos no texto Constitucional que subsidiam a construção dessa política.

O segundo objetivo específico consiste no estudo das bases conceituais de políticas públicas, a partir dos elementos propostos na Teoria Jurídica elaborada por Maria Paula Dallari Bucci (2006; 2013), a fim de compreender as bases intersetoriais que compõem a política específica de enfrentamento às drogas, apresentando seus elementos essenciais. Ainda, serão trabalhadas as questões envolvendo a internação não voluntária de usuários e dependentes, utilizada pelo Poder Judiciário sem previsão na legislação que estabelece a política, apontando para o retrocesso da medida, bem como o primeiro mapeamento que traçou o perfil dos usuários de crack no País, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, posteriormente ao planejamento do programa.

Ainda, como terceiro objetivo específico, especialmente voltado para o aprofundamento do estudo do programa *Crack, é possível Vencer*, foi realizada a análise dos elementos estruturantes, as conexões entre os entes políticos participantes, a forma como reflete nos beneficiários e pessoas que os cercam. Pesquisaram-se também os eixos que estruturam o programa, bem como seu financiamento e abrangência. A partir do estudo do programa, tendo por base toda a base conceitual que precede sua implantação, propõe-se investigar os pontos de desarticulação que o fragilizam.

Por fim, o quarto objetivo específico, instrumentalizado no último capítulo, apresenta as propostas de intervenção na política a fim de superar os pontos de desarticulação encontrados e oferecer subsídios para a implantação de novas estratégias ou programas e ações dentro do contexto das políticas de drogas existente.

O trabalho justifica-se pela necessidade de fomento do tema políticas públicas de drogas sob a perspectiva jurídica, o qual é debatido e pesquisado com mais intensidade sob a tônica da assistência social, segurança pública e saúde, mas ainda incipiente sob a ótica jurídica.

O procedimento inicial adotado metodologicamente na pesquisa foi o levantamento do referencial teórico sobre políticas públicas e a base jurídica que a institui, a análise dos principais estudos interdisciplinares já realizados sobre dependência em crack, bem como as linhas de ação estabelecidas nas diretrizes governamentais e a investigação do programa federal *Crack, é possível vencer*.

Ainda em relação à metodologia aplicada ao trabalho, pautou-se na pesquisa bibliográfica e do referencial teórico já produzido, associados às pesquisas recentes feitas pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas – INPAD, Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID e informações do programa federal *Crack, é possível vencer*. Foi utilizada ainda como recurso metodológico a visita técnica, com vistas a auxiliar a interação entre a proposta estabelecida na legislação que forma o programa e a prática na sua gestão. A proposta da visita técnica, como parte integrante da pesquisa documental, permite um olhar holístico sobre o objeto de estudo e, assim, pode-se obter as respostas formuladas na pesquisa.

Marconi e Lakatos (2010, p. 253-254) explicam que a metodologia jurídica de pesquisas possui peculiaridades, pois “é um procedimento por meio do qual se

estabelece o objeto que deve ser controlado pelo método que indicará as bases, o fundamento da sistematização jurídica”. Os autores reforçam a necessidade de se usar, na pesquisa jurídica, os conceitos como instrumentos de caracterização dos elementos da pesquisa e imprescindíveis para a solução de problemas jurídicos, “tornando possível pensar com clareza e racionalidade questões do Direito”.

Sempre haverá divergência entre o método adotado para determinada investigação, dependendo da posição assumida pelo pesquisador e dos critérios adotados. O fato é que, para direcionar o caminho da presente pesquisa, mesmo que isso cause divergência, adotou-se o método dedutivo, do qual se parte de enunciados ou premissas gerais para se chegar às conclusões necessárias. Na pesquisa em apreço, optou-se partir da teoria geral para se alcançarem conclusões sobre o problema apresentado, quais sejam, buscou-se a teoria jurídica geral das políticas públicas para encontrar os pontos de desarranjo do programa estabelecido pelo Governo Federal. Trata-se de um novo olhar sobre uma questão já estudada, possibilitando novas conclusões e sugestões de intervenção.

Foram utilizados estudos que utilizam documentos como fonte de dados, informações e evidências. A pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica se completam em um trabalho investigativo. “A principal diferença entre elas decorre da natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica utiliza fontes secundárias, isto é, materiais transcritos de publicações disponíveis, na forma de livros, jornais, artigos etc.” (MARTINS; THEÓPHILO, 2009, p. 55), assim, versa sobre o levantamento de pesquisas já realizadas anteriormente, tendo em vista que o conhecimento não parte do zero. Por outro lado, a pesquisa documental emprega fontes primárias, como materiais compilados pelo próprio autor, que ainda não foram submetidos à análise ou que têm a possibilidade de serem reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Assim, o caminho percorrido na pesquisa delimitou-se em duas fases: na primeira, realizou-se o levantamento teórico dos modelos de políticas de enfrentamento às drogas; o levantamento normativo que compõe a política de drogas e o estudo da teoria jurídica acerca das políticas públicas, descrevendo o ciclo de sua formação e os elementos indispensáveis para sua estruturação, conforme modelo proposto por Mari Paula Dallari Bucci (2006; 2013). Verificou-se a constitucionalidade da internação não voluntária, nas modalidades involuntária e compulsória, e sua utilização para dependentes e usuários de crack.

Na segunda, investigou-se o programa desenvolvido pelo Governo Federal a partir de 2010 para enfrentamento ao crack, compreendendo seus elementos formadores e investigando os arranjos estabelecidos entre os órgãos públicos e entes federados responsáveis pela sua execução. Nessa fase, por meio de pesquisa documental e visita técnica aos órgãos responsáveis pela gestão do programa – Ministério da Justiça e Casa Civil da Presidência da República –, levantaram-se os pontos de desarranjo da política e, a partir dessas constatações, foram formuladas proposituras de intervenção na política.

Dessa forma, o trabalho está dividido em quatro seções, as quais contemplam a temática sob o enfoque da bibliografia especializada, aprofundando-se em estudos já desenvolvidos, e a análise das práticas governamentais que contemplem as situações de dependentes e usuários de crack.

No primeiro capítulo, são abordados os modelos de políticas de enfrentamento às drogas, proibicionismo, abolicionismo e redução de danos, o Estado Social e o desempenho constitucional de tutela à dignidade da pessoa humana por meio da efetivação jurídico-prestacional dos direitos fundamentais sociais. Ainda, realiza-se o levantamento normativo que sustenta a base jurídica da política de drogas e a descrição dos direitos sociais que subsidiam essa política.

O segundo capítulo cuida do levantamento bibliográfico acerca do referencial teórico relacionado às políticas públicas, com enfoque para a Teoria Jurídica das políticas públicas, os ciclos de construção e os processos envolvidos. Em seguida, analisa-se a utilização pelo Poder Judiciário da internação compulsória, medida não prevista em lei para usuários e dependentes de drogas, a qual representa um retrocesso na política de drogas, e a descrição do primeiro mapeamento acerca do perfil dos usuários e dependentes de crack no País, feito pela Fundação Oswaldo Cruz, em momento posterior ao planejamento da política.

O terceiro capítulo trata da investigação acerca do programa *Crack, é possível vencer*, por meio da análise dos documentos publicados sobre o programa, informações orçamentárias e pesquisas já desenvolvidas sobre o programa. A partir do estudo investigativo, foi possível identificar os pontos de desarticulação do programa.

O último capítulo versa sobre a propositura de estratégias e iniciativas a serem adotadas para a promoção de um programa, a partir dos pontos de desarticulação identificados. Conclui-se pela necessidade de ampliação da intersetorialidade das

ações governamentais e a reestruturação a partir do fortalecimento dos elementos cobertura, financiamento, profissionais e serviços e maior participação social no planejamento, na coordenação, na execução e no monitoramento.

Dessa forma, buscou-se desenvolver uma pesquisa que não tem por escopo encerrar a discussão acerca da construção das políticas públicas de drogas no País, mas contribuir para seu aprimoramento, servindo de instrumento para melhoria das políticas existentes e referência para novas pesquisas.

## **CAPÍTULO 1 – POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS NO BRASIL E SUA BASE NORMATIVA: INFLUÊNCIA DOS MODELOS PROIBICIONISTA, ABOLICIONISTA E DE REDUÇÃO DE DANOS**

Inicialmente, convém delimitar alguns conceitos importantes para, então, tratar dos modelos de enfrentamento e controle de drogas adotados pelos estados contemporâneos.

O crack, como popularmente se denominou a substância extraída da pasta base da cocaína quando misturada a ingredientes que lhe intensificam o efeito, originou-se nos Estados Unidos, alastrando-se rapidamente para outras regiões do mundo, principalmente nos países subdesenvolvidos. Sua origem está relacionada ao baixo custo da produção e capilaridade na distribuição e consumo.

Como uma variação da cocaína, o crack é “produzido por meio de uma tecnologia que, provavelmente, surgiu como respostas às sanções do estado norte-americano ao comércio de querosene, éter, amônia e outros produtos utilizados na produção de cocaína” (ALBUQUERQUE, 2010, p. 28).

Seu início acontece quando, no Caribe, trabalhadores das refinarias de cocaína descobriram, a partir das sobras e dos rejeitos da produção, a possibilidade da produção de crack. Por isso, o crack é entendido como um subproduto daquela. Trata-se, então, de uma droga de produção simples, utilizada via inalação (o que diminui o risco de contaminação do vírus HIV), mas que possui efeito similar ao da cocaína injetável (ALBUQUERQUE, 2010).

Por ter baixo custo de produção e forma simples de uso, foi inicialmente utilizado nas classes sociais de baixa renda, em localidades periféricas, mais vulneráveis e marcadas pela presença do tráfico de drogas em geral, alastrando-se nessas localidades em um pequeno espaço de tempo (OGATA; RIBEIRO, 2010).

No Brasil, a Política Nacional sobre Drogas – PNAD, prevista no Decreto n. 4.345, de 26 de agosto de 2002, estrutura a maneira como o Estado agirá com relação à formulação das políticas de drogas. O primeiro ponto abordado refere-se à prevenção do uso das drogas ilícitas e ao uso indevido das drogas lícitas. O segundo ponto refere-se à distinção dirigida a todos os atores que, direta ou indiretamente, atuam com as drogas, a exemplo de legisladores, juristas, gestores públicos, operadores da saúde, assistentes sociais, organizações da sociedade civil etc. que deverão tratar usuário, pessoa em uso indevido, dependente e traficante de drogas,

estabelecendo que as políticas não poderão diferenciar usuários e dependentes de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, Decreto n. 4.345, de 26 de agosto de 2002).

O PNAD traça as diretrizes centrais da política de drogas e revela que o Sistema Nacional de Drogas – SISNAD não adotou um modelo em exclusão a outros, mas criou um sistema no qual coexistem alguns modelos, com uma política híbrida, em que se conjugam esforços de prevenção, redução de danos e combate à oferta das drogas.

### 1.1 FUNDAMENTOS DAS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS: OS MODELOS PROIBICIONISTA, ABOLICIONISTA E DE REDUÇÃO DE DANOS

A fim de esquematizar os modelos estatais de enfrentamento às drogas adotados em alguns países, serão trabalhados os três principais, cada qual com fundamentos e perspectivas diferentes: proibicionismo, abolicionismo e redução de danos. O primeiro modelo está baseado na proibição ao consumo das drogas, acompanhada de medidas de força, aparato policial, penitenciário e sanções legislativas rígidas a consumidores e traficantes. O segundo modelo, abolicionista, trata essencialmente da descriminalização das drogas. O terceiro modelo se adequa a uma postura mais moderada de enfrentamento, baseado na desarticulação do mercado consumidor de drogas a partir de medidas que desestimulam o consumo e oferecem apoio aos dependentes.

Antes de entrar em cada um dos modelos citados, é necessário conceituar política social e criminal, já que esses modelos estão embasados nessas políticas. Será tratado, mais tarde, da necessidade de articulação entre ambas.

As políticas sociais “têm como meta a promoção de uma melhor qualidade de vida da população em geral, tornando efetivos os seus direitos constitucionais por meio de políticas de emprego, de capacitação profissional, de saúde e outras ações de promoção e tutela da dignidade humana”. Já as políticas criminais “atuam diretamente no fenômeno criminal, prevenindo os fatores etiológicos da criminalidade e reprimindo-a quando lesionados ou postos em perigo concreto os bens juridicamente protegidos” (RIBEIRO, 2013, p. 20).

A seguir, apresentam-se os três modelos de enfrentamento às drogas, e cada uma possui compromisso diferenciado com o desenvolvimento social. A política

proibicionista possui por concepção maior investimento no aparato social, ao passo que os modelos abolicionistas e de redução de danos possuem maior afinidade com as políticas sociais.

### **i. O modelo proibicionista**

Desde o século XVI, os europeus foram apresentados a uma gama diversa de novos produtos e substâncias psicoativas e, a partir de então, houve a contínua massificação de seu uso por este e outros povos, apesar da falta de conhecimento ou identificação cultural com as novas substâncias (RIBEIRO, 2013). Por isso, o tema foi rapidamente tratado como causa de morbidade, merecendo atenção nas ações de saúde pública. Mas foi apenas no período de transição para o século XX que a conjugação desses fatores a aspectos morais, religiosos e éticos desencadeou na reivindicação da proibição de consumo das substâncias psicoativas.

Nesse íterim, “a alternativa da proibição do consumo de drogas como estratégia de política pública estava presente de alguma forma em todas as nações no final do século XIX” (RIBEIRO, 2013, p. 24-25).

Essa política, pautada exclusivamente na proibição, tem origem nos EUA e veio, como visto, por meio da conjugação de fatores étnicos, religiosos e morais, e o uso das drogas estava associado diretamente como elemento de insurgência da violência. Como o combate às drogas estava intrinsecamente relacionado às questões de moral, de saúde, étnicas e de segurança pública, observou-se maior influência do modelo proibicionista na elaboração das leis de drogas, com punições severas a fabricantes, traficantes e usuários, em oposição ao crescente consumo.

A política proibicionista foi paulatinamente sendo ampliada pelos setores mais conservadores, primeiramente com a edição de leis que proibiam o consumo de algumas substâncias até alcançar o status de emenda constitucional. A produção em larga escala das bebidas alcólicas nos Estados Unidos crescera rapidamente, em razão dos avanços tecnológicos, aumentando a sua circulação em âmbito nacional. O aumento do consumo passou a preocupar as lideranças do País, fazendo com que, aos poucos, fossem adotadas medidas que restringiam o uso de drogas, até abolir por completo a legalidade de qualquer droga, inclusive o álcool, com ápice na adoção da 18ª Emenda à Constituição dos Estados Unidos (RIBEIRO; ARAÚJO, 2006).



O consumo de drogas passa a ter relevância no cenário político, principalmente a partir do fim do século XIX, com a intensificação dos Estados Unidos no controle das substâncias entorpecentes. Isso ocorreu por meio da adoção do *Harrison Narcotics Act* (1914), que limitou o uso da cocaína e do ópio apenas nos casos de prescrição médica, e do *Volstead Act*, de 1920 a 1933, que proibiu a fabricação, o comércio e o consumo de bebidas alcóolicas, cujo resultado prático, porém, foi o fortalecimento das máfias (RIBEIRO, 2013).

Por prever a total proibição do consumo e uso de drogas, esse modelo acabou por desencadear a criação de organizações de poder paralelo que controlavam o comércio ilegal nos EUA e na Europa. Inicialmente, essas organizações controlavam o comércio de álcool, sob o mando da máfia italiana, e a produção e comercialização de ópio, pelos chineses. Já nas décadas de setenta e oitenta, houve a expansão da cocaína, controlada pelos colombianos. No leste europeu, o controle do tráfico de drogas ficou a cargo das organizações russas. Tratava-se de organizações criminosas com forte poder econômico, influência política e poderio bélico (RIBEIRO; ARAÚJO, 2006).

Hoje, a política de proibição tem como foco o enrijecimento do aparelho de segurança pública, com o fortalecimento das polícias, do Poder Judiciário e do sistema penitenciário, com ênfase no controle de fronteiras, no enfrentamento ao tráfico e na abstinência forçada dos usuários de drogas. “Presume-se que a interdição pela lei penal, sob ameaça de pena, fará com que os indivíduos alterem seus costumes, gostos e escolhas, deixando de consumir determinadas substâncias pelo fato de serem ilícitas” (WEIGERT, 2010, p. 32).

Diante desses aportes, pode-se concluir que

[...] o modelo proibicionista-punitivo tem por fundamento dois princípios: um de ordem moral-religiosa, que prega a abstinência como única possibilidade relacional dos indivíduos com essas substâncias, e outro de ordem higienista, que preconiza o ideal de um mundo livre de drogas, que conjugados, determinam a proibição de qualquer modalidade de uso, comércio ou produção dos psicotrópicos etiquetados como ilícitos, condutas que passaram a ser tipificadas como crime e sancionados com penas privativas de liberdade e mesmo, em alguns países, penas corporais (RIBEIRO, 2013, p. 26-27).

A política proibicionista distinguiu “drogas legais e ilegais e [firmou] a convicção de que o único meio eficaz para lutar contra os danos produzidos pelas

drogas ilegais é a repressão penal”. As proibições aos prazeres são uma restrição à autonomia do indivíduo, “efeito concreto do processo moralizador”, implementado com maior ênfase no campo das drogas (WEIGERT, 2010, p. 31).

No caso do Brasil, até o início do século XX, as drogas não eram controladas pelo Estado, e foi a partir de 1920 que começaram os primeiros movimentos por sua ilegalidade. O consumo e o tráfico de drogas chegaram, então, ao País, criando organizações paralelas de poder, instaladas principalmente no Estado do Rio de Janeiro. Se, por um lado, essas organizações se estruturaram, a política proibicionista de origem norte-americana também ganhou força, enrijecendo a punição para traficantes e usuários, condicionando as políticas públicas para o combate criminal e deixando, em segundo plano, as políticas de saúde e assistência social.

O traço forte da política de drogas, marcada pelo proibicionismo, decorre de vários fatores que o associam à criminalidade, os quais levam os governos a adotarem, com maior ênfase, as medidas de segurança em detrimento das ações de saúde e assistência social. O perfil dos usuários de crack, como se verá a partir da pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, a qual mapeou esse público por meio de uma investigação inédita com abrangência nacional, aponta como maiores vítimas as populações pobres, marginalizadas socialmente, negros e pardos, com baixa escolaridade, em situação de vulnerabilidade social (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ, 2014).

O crack apenas passou a ser objeto de pauta política, começando timidamente a ser inserido no planejamento das ações estatais do País, a partir da década de 2000, com ações governamentais isoladas e inexpressivas. Até então não havia uma política particularizada para dependentes de crack e/ou similares, como a merla, pasta base e o oxi<sup>2</sup>. A pressão popular para o enfrentamento do problema foi a razão da inclusão da temática na agenda política, principalmente em decorrência de a mídia destacar constantemente as cenas de uso em São Paulo e Rio de Janeiro. Assim, a pressão midiática e o clamor público por respostas governamentais imediatas resultaram na inclusão do crack na agenda política da campanha eleitoral para Presidência da República em 2010 pelos principais candidatos, que o abordaram

---

<sup>2</sup> Oxi consiste em um entorpecente que mistura pasta base de cocaína com querosene, gasolina, cal virgem ou solvente usado na construção civil; pasta base da cocaína e a merla, ambas derivadas da cocaína, sendo a reunião de folhas de coca com ácido sulfúrico, querosene, cal virgem, concentrando de 40 a 70% de cocaína (FIOCRUZ, 2014).

sob a perspectiva da saúde (candidatos José Serra, do Partido da Social Democracia – PSDB e Marina Silva do Partido Verde – PV) e da segurança pública (candidata Dilma Rousseff do Partido dos Trabalhadores – PT). Após a eleição da Presidente Dilma Rousseff para o seu primeiro mandato, de 2011 a 2014, criou-se o Programa *Crack, é possível vencer*, pelo Governo Federal, com previsão para ter continuidade no segundo mandato, de 2015 a 2018. Trata-se aqui do posicionamento dos três candidatos mais votados e com maior expressão nacional<sup>3</sup>.

Os dados da pesquisa nacional do perfil de usuários de crack feito pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ<sup>4</sup> relatam cenas de uso em todas as capitais pesquisadas. Nas últimas duas décadas, o Estado tem alargado sua atuação no controle ao tráfico e recuperação dos dependentes, primeiramente com políticas higienistas e proibicionistas (exclusivamente) e, mais recentemente, com normas jurídicas que incluem o delineamento do sistema nacional antidrogas, reinserção de usuários e dependentes e previsão dos crimes relacionados ao uso e tráfico de drogas. Trata-se de normativas mais híbridas, em processo de migração do proibicionismo total para políticas de redução de danos, como se verá em seguida. O programa *Crack, é possível vencer* retrata uma das ações governamentais, com natureza intersetorial entre os Ministérios da Saúde, Justiça, Educação, Desenvolvimento Social, Direitos Humanos, Cultura, Esporte.

As políticas higienistas remontam o início do século XX, fortemente ligadas à ideia de limpeza urbana (engenharia) e de saúde (avanços da medicina). Envolviam o cenário urbano, a exemplo a derrubada de prédios de habitação coletiva, como

---

<sup>3</sup> A corrida presidencial de 2010 contou no primeiro turno com nove candidatos, e nenhum alcançou a maioria absoluta dos votos, disputando o segundo turno os candidatos Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores, e José Serra, do Partido da Social Democracia. José Serra apresentou a proposta de criação de clínicas especializadas para tratamento de usuários de crack, ampliação da oferta de apoio nos CAP's – Centro de Atenção Psicossocial de Atenção Álcool e Drogas, apoio às famílias, inclusão no SUS do financiamento em clínicas especializadas. O foco do problema foi a saúde pública. Para saber mais, acessar o site do PSDB em <http://www.psdb.org.br/wp-content/uploads/2010/10/Programa-de-Governo-Jose-Serra.pdf>. A candidata à época e vencedora das eleições, Presidente Dilma Rousseff, também tratou a questão do crack no seu programa de governo para enfrentamento dessa droga, culminando no primeiro ano da sua gestão a criação do programa *Crack, é possível vencer*.

<sup>4</sup> Os resultados do levantamento nacional sobre o uso do crack realizado pela Fiocruz em 2013 podem ser verificados no livro digital “Pesquisa Nacional sobre o uso de crack – Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?”, lançado pela Fundação. Organizado pelos pesquisadores do Laboratório de Informação em Saúde (Lis/Icict/Fiocruz), Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni, o livro é resultado da parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) e a Fiocruz. A publicação traz uma ampla investigação, que buscou delinear o perfil dos usuários de crack no Brasil e estimar a proporção dessa população nas 26 capitais e no Distrito Federal. A pesquisa servirá para orientar as políticas governamentais e sociais voltadas à população usuária de crack e outras drogas similares. Todas as informações estão disponíveis no site [portalfiocruz.br](http://portalfiocruz.br), registradas nas referências ao final desse trabalho.

ocorreu no governo do Prefeito do Rio de Janeiro Francisco Pereira Passos, na primeira década do século XX. Outro exemplo são as ações de saúde voltadas para a internação dos doentes mentais em hospícios, retirada dos pobres do cenário urbano, encarceramento dos desajustados e criminosos etc. Quanto à higiene, entendia-se, em regra, que “a desorganização social e o mau funcionamento da sociedade eram as causas das doenças, cabendo à Medicina refletir e atuar sobre seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais, visando a neutralizar todo perigo possível” (MANSARENA; SILVA, 2000, p. 118).

A utilização exclusiva de políticas proibicionistas revela um modelo fracassado, que mesmo tendo despendido um grande aporte de recursos econômicos não conseguiu reduzir no mercado a produção de produtos etiquetados como ilícitos e diminuir seu consumo (RIBEIRO, 2013).

A adoção de medidas punitivas para as ações que contrariam a ordem social pactuada como aceitável socialmente maximiza os processos de criminalização dos fenômenos contrários à ordem social e exigem do Estado aumento do seu aparato de repressão. A primeira resposta às drogas adotadas no Brasil foi a intensificação da política criminal.

A política criminal “é definida, assim, como o conjunto de princípios e recomendações para reagir contra o fenômeno delitivo através do sistema penal” (CARVALHO, 2010, p. 89). Há uma forte tendência a se resolver os problemas sociais com a intensificação das políticas criminais, oferecendo sempre uma resposta penal. Verifica-se, em vários exemplos de políticas que adotaram medidas penais mais duras aos agressores, violência contra mulher, idoso, crimes hediondos etc. A primeira tendência do Estado é ampliar a punição por meio da criação de leis especiais, como resposta imediata, deixando para segundo plano a adoção de estratégias preventivas que diminuam ou atuem no sentido de reduzir os danos das condutas ilícitas praticadas, sem adoção de medidas punitivas.

No caso da legislação brasileira de drogas, expressa, entre outros instrumentos, na Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, observa-se a instituição de uma política híbrida, pois, ao passo que criminaliza o tráfico, com punições aos usuários sem levá-los ao encarceramento, também prevê, ainda que tímidos, mecanismos de redução de danos. A política não é exclusivamente punitiva, mas não

deixa de aplicar pena aos usuários, mesmo que menores, quando comparada à legislação anterior<sup>5</sup>.

A punição de usuários, nos termos da legislação em vigor, ocorre diretamente na forma de admoestação verbal, prestação de serviços à comunidade e comparecimento a cursos ou programas educativos ou, indiretamente, quando o usuário pratica delitos para adquirir a droga e acaba por ser condenado criminalmente. Aqui, o crime é uma consequência da dependência.

Com relação à admoestação verbal, mecanismo que pode ser utilizado pelo magistrado ao final da audiência, parece inapropriada que essa advertência seja feita pela autoridade judicial, uma vez que não se trata de profissional habilitado para essa tarefa. Assim, a admoestação verbal, desacompanhada de outras medidas, tende a não repercutir qualquer efeito. A advertência, por si só, desacompanhada de outros instrumentos de saúde e assistência social, tende a não ter repercussão junto ao dependente. A inserção em programa ou curso educativo deve ser interpretada como inserção em programa de apoio à recuperação do usuário, efetivado por equipe multidisciplinar, com vista à redução do uso e minimização dos efeitos da droga. Por outro lado, a prestação de serviço à comunidade, quando bem executada e associada a outros programas de redução de danos, tende a obter melhores resultados, pois envolve o dependente no contexto social em que está inserido.

Outro ponto importante a ser discutido no modelo proibicionista é a fragilidade de tratamento aos usuários em condição de carceragem, seja quando praticam o delito para obtenção da droga, ou quando praticam delito diverso, mas estão na condição de dependência química. A pena, de modo geral, possui os objetivos de punir, educar e ressocializar. Com relação à punição dos usuários e dependentes de drogas, a pena extrapola os objetivos constitucionais, tratando-se de um sistema degradante à dignidade da pessoa humana, que não só retira a liberdade e suspende os direitos políticos, mas o aniquila física e mentalmente, contribuindo para a redução da sua cidadania. Quanto à educação e ressocialização, o sistema penitenciário não consegue realizá-los plenamente. Ao contrário, é notório que no sistema prisional brasileiro as condições do encarceramento pioram a condição humana, não oferecem mecanismos de acesso à educação e ressocialização, ficando os detentos, a maior parte do tempo, ociosos, fato nocivo aos dependentes químicos, pois pode elevar a

---

<sup>5</sup> Lei n. 6.368, de 21 de outubro de 1976.

vontade do consumo de drogas, sem oferecer tratamento adequado à dependência e a outras patologias decorrentes do seu uso.

Como balizamento a esta pesquisa, será adotada como modelo a proposta de formulação de uma política essencialmente de redução de danos, em contraposição à política totalmente proibicionista, que, considera-se, não consegue atingir bons resultados isoladamente, pelas razões que seguem.

Estudo recente da *International Centre for Science in Drug Policy* – ICSDP (2014), alerta que o sistema de “guerra às drogas” com ênfase em política criminal tem falhado, solidificando uma tendência internacional pela adoção da política de redução de danos em substituição à política proibicionista.

Para entender melhor as razões que levaram o instituto a alcançar essa conclusão, o estudo aponta que o valor da maconha e da cocaína diminuiu de 1990 a 2010, e a qualidade, ou seja, o nível de pureza da droga tem melhorado. Ainda, alertou para o aumento do número de apreensões, como indicador do aumento no volume de produção, bem como a falência das leis endurecedoras à repressão.

A pesquisa utilizou indicadores fornecidos pelos próprios países membros, envolvendo os continentes Americano, com ênfase nos Estados Unidos da América, e os continentes Europeu e Australiano, comprovando que o enrijecimento da lei não reduz a violência. Isso sugere a mudança do regime proibicionista para um regime que estabeleça um controle estatal, além de alertar para a precariedade do controle de vigilância dos países sobre as drogas. O monitoramento de ações e comportamentos é fundamental para o aprimoramento das ações estatais.

A política proibicionista “não só não soluciona os problemas de saúde pública como, pelo contrário, potencializa o eventual prejuízo, tornando lesão consumada o que era perigo abstrato” (RIBEIRO, 2013, p. 88). Sob a ótica da saúde pública, há:

- 1) ausência de controle da pureza e adulteração das substâncias consumidas, fatores responsáveis pela maioria das intoxicações agudas;
- 2) o alto índice de contaminação por Aids, Hepatites e outras doenças infectocontagiosas entre usuários de drogas, em razão do compartilhamento de apetrechos de uso e falta de assepsia nas cenas de uso;
- 3) aumento das dificuldades na adoção de estratégias de redução de danos devido ao contexto de clandestinidade imposto pela ilicitude da conduta aliado à resistência das agências de controle penal às abordagens mais compreensivas da conduta;
- 4) o permanente estado de confronto com sistema penal por parte das pessoas que usam drogas;
- 5) o incremento da mortalidade, morbidades e comorbidades decorrentes das práticas de resolução de conflitos

numa atividade ilícita e, principalmente, da violência policial na repressão a essas atividades (RIBEIRO, 2013, p. 88).

Acrescenta-se que, se houve “alguma contribuição positiva do proibicionismo, essa foi a comprovação de que a criminalização de uma conduta não inibe sua prática, quando ela é majoritária e aceita pela sociedade”. Admite-se, porém, que não há um único modelo a ser adotado por todos os países, dada a diversidade cultural, econômica e social (RIBEIRO, 2013, p. 89).

Para além do proibicionismo, Daniela Cristina Belchior Mota e Telmo Mota Ronzani esclarecem sobre a existência de políticas paralelas que costumam ser adotadas pelos Estados, e apresentam uma visão geral sobre as espécies de políticas públicas que podem ser implementadas no enfrentamento às drogas. Estes levam em consideração uma abordagem de redução de danos, classificando-as drogas como lícitas, quando de uso e comercialização permitidas, e ilícitas as que são proibidas. Os autores trabalham duas categorizações das políticas aplicadas no campo das drogas: de acordo com a natureza e finalidade, as políticas alocatórias e as políticas regulatórias (MOTA; RONZANI, 2013, p. 299); e uma segunda categorização, políticas de redução da demanda e políticas de redução da oferta (MOTA; RONZANI, 2013, p. 300).

Com relação às drogas lícitas e ilícitas, explicam que podem ser usadas como base das ações governamentais as **políticas alocatórias**, aquelas que visam a destinar recursos para as ações de assistência social, a exemplo de tratamento para dependentes, ações de prevenção e ações educativas. Essa política é utilizada nas campanhas contra o tabagismo e uso de crack, e ações de saúde, como disponibilidade de leitos e tratamento psiquiátrico, por exemplo (MOTA; RONZANI, 2013, p. 299).

Com relação ao controle feito pelo Estado nas políticas para drogas lícitas, principalmente no que se refere ao acesso às substâncias entorpecentes, podem-se utilizar as **políticas regulatórias**, que estabelecem regras mínimas para acesso às drogas, por exemplo, “leis que impõem uma idade mínima para compra de bebidas alcólicas ou que proíbem o consumo de tabaco em ambientes fechados” (MOTA; RONZANI, 2013, p. 299).

A segunda forma de categorização baseia-se na política de drogas adotada no país e fundamenta-se na redução do mercado consumidor e no combate ao tráfico.

A **política de redução de demanda** objetiva prevenir o uso de drogas lícitas e ilícitas, por meio do planejamento de oferta de ações assistenciais para tratamento, recuperação e reinserção social. Já a **política de redução de oferta** é composta de ações que envolvem o sistema punitivo do Estado – segurança pública, polícias, Poder Judiciário, sistema Penitenciário. Tem como objetivo o combate ao tráfico e suas consequências diretas e reflexas, como violência, marginalização, exclusão social, formação de áreas dominadas pelo tráfico e até mesmo guerras (MOTA; RONZANI, 2013).

Como se verá, o programa *Crack, é possível vencer* conjuga as políticas alocatórias, de redução de demanda e de redução de oferta, pois trabalha os três eixos, (i) cuidado, com ações na saúde e assistência social, (ii) prevenção, com ações educativas e qualificação profissional, e (iii) autoridade, com ações de segurança. A política de regulamentação não se aplica ao crack, por se tratar de uma droga ilícita, criminalizada pela legislação brasileira. No Brasil, essa política de regulamentação é aplicada às bebidas alcóolicas e ao tabaco.

Avançando para o terceiro modelo de política, a antítese da política proibicionista, será comentada a política abolicionista ou descriminalizante, que retira o caráter criminal do uso de entorpecentes. Nesse caso, o uso de drogas deixa de ser um ilícito penal e passa a ser controlado pelo Estado, dentro de um sistema regulatório – política de regulamentação, acompanhado de uma política de redução de danos, a fim de reduzir o mercado consumidor e regular o acesso às drogas.

## **ii) Modelo Abolicionista**

Em uma análise dos problemas das drogas ilícitas na América Latina e no Caribe, Berverley A. Carlson (1997) trata da produção, do tráfico e do consumo de drogas ilícitas como fatores de desintegração social em quase todos os países. A consequência é a ampliação da delinquência e da violência, as quais se refletem imediatamente na desintegração familiar, no comportamento da juventude e nas comunidades que vivem no entorno das áreas do tráfico de drogas, tratando-se de um problema crescente. Ainda, a economia e a cultura da droga constituem uma ameaça para o capital humano e afetam a credibilidade dos países que procuram alcançar a integração econômica regional e a integração social nacional. A América Latina, de



maneira geral, ainda se encontra em fase de aprimoramento das políticas públicas de drogas, estudando os modelos já utilizados em outros continentes, como o Europeu.

Uma possível resposta aos conflitos sociais crescentes em razão do tráfico de drogas vem sendo observado por alguns países da Europa que, a exemplo de Portugal, descriminalizaram as drogas e passaram a investir na diminuição do consumo como política de enfrentamento.

No Brasil, a adoção do modelo abolicionista, em tese, demandaria estudos que comprovassem ser o melhor modelo de enfrentamento às drogas, na medida em que a política de drogas ainda utiliza a punição como principal instrumento de combate. A transição para um modelo que emprega medidas diversas das penais exige um planejamento voltado para alternativas que desestimulem o consumo de drogas.

A política criminal investe no combate às drogas por meio do emprego de medidas de violência, enquanto o modelo abolicionista enfrenta a questão por meios alternativos, com investimento em ações de saúde, assistência social, educação, prevenção, esportes, lazer dentre outras. “As políticas criminais alternativas propõem novas formas de gestão do fenômeno delitivo, baseadas, em sua maioria, nos discursos de descriminalização” (CARVALHO, 2010, p. 89-90). Ressalta-se o alto custo das ações de política-criminal, as quais poderiam ser substituídas por soluções alternativas, inclusive não-judiciais, evitando a aplicação do sistema penal como primeira resposta aos problemas sociais.

Entre as políticas criminais contemporâneas, tem-se a proposta de descriminalização das drogas, vista como processo lento e gradual, cuja aplicação deve ser em etapas, mesmo porque a criminalização já está arraigada nas instituições e na legislação construídas até aqui. A descriminalização legislativa, mecanismo de remoção da ilicitude penal, comporta três processos distintos:

- (1) descriminalização legislativa em sentido estrito (*abolitio criminis*);
- (2) descriminalização parcial, substitutiva ou setorial, cujo processo é o de (2.1) transferência da infração penal para outro ramo do direito – v.g. direito administrativo sancionador – mantendo-se sua ilicitude jurídica, porém não penal e/ou de (2.2) alteração dos critérios sancionatórios, como a modificação nos critérios da tipicidade, flexibilização das penas ou de sua execução, criação de regras diferenciadas de extinção de punibilidade entre outros (*reformatio legis in mellius*) (CARVALHO, 2010, p. 109).

A descriminalização legislativa implica abolição do tipo penal, exclusão da conduta da esfera penal. No caso do consumo de drogas, a mudança do eixo de punição para tratamento pode justificar tal medida. No Brasil, essa transformação não poderá ocorrer abruptamente sem a adoção de políticas de redução de danos e execução fática dessas políticas. Se adotada, o processo deverá ser paulatino.

Convém salientar que a descriminalização não é a única alternativa para o enfrentamento às drogas, em especial ao crack, podendo o Estado utilizar outras ações voltadas ao tratamento dos usuários, a exemplo do acompanhamento ambulatorial, terapêutico, psicológico e internação – para os casos extremos. Medidas de assistência social, saúde, prevenção, programas esportivos, artísticos e profissionalizantes também se apresentam como soluções de redução de danos, que podem vir como proposta de substituição à política proibicionista ou a elas ser aplicadas cumulativamente.

É fato que os avanços nas pesquisas e nos estudos promovidos pelas ciências criminais e sociais estão dirigindo, paulatinamente, para mudanças no controle das ações sociais. Esses avanços também estão influenciando a reformulação do Direito Penal, que passou a buscar alternativas para diminuição da sua aplicação, a exemplo da descriminalização das drogas e adoção da política de redução de danos.

Portugal, que descriminalizou o porte de drogas para consumo próprio em novembro de 2000, tem colhido resultados razoáveis com relação ao controle dos usuários e substituição do encarceramento pelo tratamento, o que reduz gastos com repressão e aparato policial, pela adoção de políticas públicas de atendimento à saúde.

Este país utilizou a estratégia de

[...] retirar a infração do âmbito penal e transformá-la num ilícito de mera ordenação social, ou contra-ordenações, que se situam no campo do Direito Administrativo ou, mais precisamente, administrativo – penal. Portanto, em vez de tentar diminuir o uso através da punição dos consumidores, as novas medidas mantêm as drogas ilegais, mas já não tratam o consumo como crime. Isso viabilizou a implantação de todo um conjunto de estratégias com abordagens mais toleráveis e que possibilitam o estabelecimento de vínculos com os usuários dessas substâncias, sem que fosse necessário abdicar do controle sobre sua utilização, todavia realizando-o através de institutos não penais e, com isso, sem afrontar as Convenções Internacionais das quais Portugal também é signatário (RIBEIRO, 2013, p. 105).

A experiência de Portugal merece destaque por ser inovadora no sentido de valorizar as políticas de redução de danos em contraponto à política norte-americana de criminalização de traficante e usuário. O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – SINCAD, órgão estatal que trabalha as problemáticas das drogas em Portugal, possui como missão a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção de comportamentos aditivos e a diminuição das dependências e, entre os valores institucionais, o humanismo, reconhecendo a plena dignidade humana. Trata-se de uma experiência particular de ação estatal no enfrentamento às drogas, que em parte deve ser observada pelo governo e instituições brasileiras, mas com as devidas adaptações culturais, econômicas, sociais e políticas (SINCAD, 2014).

### **iii) Redução de Danos**

A redução de danos apresenta-se como importante medida de substituição ou minimização à criminalização no contexto de enfrentamento às drogas, alinhando política criminal, tratamento e prevenção. Esse modelo tomou maior corpo a partir da década de 90, com a distribuição de seringas e camisinhas aos usuários de drogas como enfrentamento à proliferação do vírus HIV, sustentada em pilares opostos às políticas proibicionistas (WEIGERT, 2010).

O modelo de redução de danos também se mostra como uma política de tolerância à própria história das drogas no mundo, que é utilizada desde a antiguidade em rituais espirituais sob o controle de autoridades religiosas (RIBEIRO, 2012). Ressalta-se que uso de substâncias psicoativas remonta a tempos imemoriais, em uma relação própria, a depender do momento histórico e cultural vivido na sociedade e, “[...] como uma narrativa mítica, esse uso é ressignificado em sintonia com as vicissitudes da história, ora com aspectos ritualísticos, ora com aspecto utilitário, criando, todavia, uma relação ‘simbiótica’, entre a substância e o sujeito que a utiliza” (ALBUQUERQUE, 2010, p. 13).

Em uma ampliação conceitual, pode-se defini-la “como uma política humanista e pragmática que visa à melhora do quadro geral do cidadão que usa drogas, sem que lhe seja exigida a abstinência ou imposta a renúncia ao consumo dessas substâncias” (RIBEIRO, 2013, p. 46).

Em verdade, o modelo de redução de danos prevê a inserção do usuário em etapas de tratamento e apoio familiar, social e profissional com o objetivo de alcançar, paulatinamente, a redução do uso a níveis toleráveis e, até mesmo, a abstinência. Trata-se da gestão do uso da droga, que possibilitará ao dependente fazer o uso racional de substâncias entorpecentes, garantindo melhor qualidade de vida aos usuários. O Estado fará o controle das drogas a fim possibilitar meios de gestão pelos usuários e dependentes.

Enquanto na política proibicionista a abstinência é a única alternativa oferecida ao usuário, na política de redução de danos ela é apenas um dos objetivos a ser alcançado, pois as metas buscam diminuir o impacto das drogas na vida cotidiana do usuário, assim,

La reducion de daños y la abstinência (no) sean mutuamente excluydentes, pero si esta abstinência no es el único objetivo aceptable o importante. La redución de daños inclye establecer una jerarquia de objetivos, com etapas para alcanzar los más inmediatos y realistas em el caminho hacia el uso libre de riesgos, o, si corresponde, a la abstinência (WEIGERT, 2010, p. 116).

A proposta da redução de danos é trabalhar a diminuição dos riscos que a droga causa no indivíduo sob aspectos físicos, psíquicos, familiar, social e econômico. O dependente não é excluído do meio social em que convive para ser tratado sob a técnica da abstinência, mas, ao contrário, o tratamento lhe é ofertado dentro da sua realidade, em etapas, garantindo-lhe acesso aos meios indispensáveis ao seu reerguimento.

O crack possui peculiaridades no consumo que o diferencia de outras drogas, principalmente quanto à forma de uso, que ocorre, em geral, com concentrações em espaços públicos, em grupos, com uso de cachimbo, demandando ações próprias de redução dos seus impactos. Existe toda uma ritualística no uso do crack, envolvendo questões ligadas à criminalização e violência, em que

[...] uma regra básica é não fazer barulho, ficar calado, ter movimentos lentos. Essa conduta parece estar ligada à paranoia que os usos envolvem. Acreditam, nessa fase, que existem pessoas (polícia, pai, mãe, vizinho) que querem puni-los pelo uso, e o silêncio seria uma forma de detectá-los antes que eles (usuários) fossem encontrados. Outro fato é a desconfiança que há entre os membros do grupo, acham que serão roubados, enganados pelos parceiros, portanto, qualquer

movimento suspeito pode levar à violência (ALBURQUEQUE, 2010, p. 31).

As peculiaridades dos usuários e dependentes de crack levam à conclusão de que precisam de atendimento especial quanto às medidas de redução de danos, pensadas de acordo com as características de consumo da droga e seus usuários e dependentes. Assim,

[...] o tratamento da dependência química deve ser considerado como um conjunto de técnicas e intervenções desenvolvidas no intuito de favorecer a redução ou a abstinência do consumo de substâncias psicoativas, bem como a melhora da qualidade de vida e do funcionamento social (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010, p. 15-16).

A dificuldade da implantação de programas de redução de danos no Brasil pode ser exemplificada com o caso do município de Santos, Estado de São Paulo, em 1989, quando um programa municipal iniciou a distribuição de seringas para evitar a contaminação dos usuários de drogas com o vírus HIV. Naquela oportunidade, as autoridades que planejaram e executaram o programa, bem como o Secretário de Saúde e Prefeito, foram enquadrados na Lei de Drogas vigente à época (Lei n. 6.368/1976), que previa a aplicação de penas a quem fizesse apologia ao crime, tendo por consequência a interrupção do programa. Outros programas, como o informativo distribuído na parada do orgulho gay, em São Paulo, sobre o uso de drogas, em especial o *ecstasy*, também foi alvo da “reação moralista” da imprensa e da sociedade (RIBEIRO, 2013).

Atualmente, as técnicas de redução de danos estão sendo recebidas com mais aceitação perante as instituições públicas e a sociedade, em sintonia com os valores insculpidos na Constituição Federal, notadamente a proteção à dignidade da pessoa humana, vida e saúde.

As drogas sempre existiram, seja para uso religioso, divertimento ou cura. Não é um fato novo. A problemática atual reside no alastramento do consumo, inserção de tecnologia na produção (drogas com mais qualidade e pureza, acarretando maior intoxicação) e facilidade na distribuição, elementos que dificultam a ação do Estado em implantar políticas públicas de redução de danos. Ainda, é importante registrar que a política de drogas no Brasil foi e ainda é marcada pelo traço proibicionista, com ênfase nas ações de força, entre elas a criminalização dos usuários.

Associada a esses elementos, tem-se a marginalização dos usuários nas regiões periféricas das cidades, com menor ação do Estado e precariedade na prestação dos serviços públicos, abrindo espaço para o tráfico e toda a violência que o circunda. Nesse sentido, observa-se que ocorreu um processo de *guetização* também dos usuários de drogas, a exemplo do que fora feito aos judeus na Alemanha e aos negros nos Estados Unidos. As comunidades mais pobres e carentes da presença do Estado acabam por alojar-se nas regiões periféricas, local de fácil trânsito de traficantes. Logo, quanto maior o tráfico de drogas ilícitas, maior a incidência da violência e de suas consequências.

Ainda, é nas regiões periféricas que se percebe maior ausência dos serviços públicos e incidência da força policial do Estado, que acabam por fortalecer a marginalização dessas comunidades. A problemática das drogas está intimamente ligada à desigualdade social e à dificuldade de consolidação de uma sociedade mais igualitária.

O modelo de Estado construído para dar suporte ao desenvolvimento capitalista está baseado na premissa de que quanto menos o Estado interferir na vida privada e no *jogo* econômico, a sociedade mais apta estará para atender os ditames da obtenção de lucro. Contudo o baixo investimento do Estado nas questões sociais reflete na acentuação das desigualdades sociais e na violência urbana. O desenvolvimento econômico sem repartição da riqueza produzida agrava a marginalização e a miséria dos que não detêm os meios de produção, pois enfraquece o consumo e aumenta as mazelas sociais, como violência, precarização na mão de obra e corrupção.

O baixo investimento em ações sociais, em específico às que se referem ao usuário e aos dependentes de drogas, acentua a marginalização e gera uma situação de exclusão familiar, social e geográfica, e *guetização* em pontos de concentração denominados *cracolândias*.

Esse fenômeno é mais bem enfrentado no modelo de Estado Social, com ênfase na implementação de direitos sociais, uma vez que sua concepção é formada a partir do investimento em ações que reduzam a desigualdade social, melhore as condições de vida e confira oportunidades de trabalho, lazer, cultura, esporte, alternativas que tendem a minar o consumo de drogas.

Esse padrão de exclusão dos indesejáveis, promovido pelo processo de *guetização*, é revertido por intermédio de políticas sociais de inclusão, com

valorização da dignidade de pessoa humana e de ações que efetivem a proteção, abarcando os grupos vulneráveis, inclusive dependentes de entorpecentes.

O uso da expressão *guetização* neste trabalho refere-se à exclusão geográfica e social que a droga causa aos usuários, que tendem a concentrarem-se em áreas específicas, geralmente em bairros periféricos ou nos centros urbanos de depreciação imobiliária.

A terminologia *guetos* inicialmente foi usada para designar “as concentrações residenciais de judeus europeus nos portos do Atlântico”, distinta das áreas denominadas *slum*, as quais refletem regiões de “moradia precária e de patologia social”, com situação de precariedade bem mais acentuada do que a dos guetos judeus, dessa forma, seriam “instrumento bifacetado [*Janus faced*] de cerceamento e controle étnico-racial” (WACQUANT, 2004, p. 155-156).

Historicamente, guetos e *slum* diferenciam-se, pois aquele se caracteriza como área de moradia e concentração de judeus refugiados, enquanto este se caracteriza como área de “dilapidação imobiliária que, por extensão, tende a designar uma população de má reputação e indesejável para as classes baixas”. Com o tempo, nos Estados Unidos da América (EUA), a utilização da terminologia foi estendida, com o desenvolvimento dos centros urbanos, a todas as áreas habitadas por imigrantes e excluídos e caracterizados por traços comuns de “abandono físico, superpopulação, exacerbando assim males urbanos como a criminalidade, a desintegração familiar, a pobreza e a falta de participação na vida nacional” (WACQUANT, 2004, p. 155-156).

A expressão também foi utilizada especificamente para designar “áreas de vício” habitadas por “vagabundos, boêmios e prostitutas”, criadas a “partir do desejo natural de cada grupo em preservar seus hábitos culturais peculiares” (WIRTH, 1928, *apud* WACQUANT, 2004, p. 156).

Nos EUA, após a II Guerra Mundial, utilizou-se para designar as comunidades negras que se desenvolviam dentro da sociedade branca, o que conferia o conceito a partir de aspectos raciais, expressando o discurso hegemônico da raça branca sobre a raça negra. O panorama social mudou a partir das políticas sociais e de previdência, tomando a expressão *gueto* outro sentido a partir da década de 90, sem relacioná-la a “qualquer traço de raça ou poder”. À medida que a segregação de negros e brancos foi perdendo força, o termo *gueto* tomou outra configuração, relacionado a qualquer grupo marcado pela pobreza e exclusão, aproximando-se do conceito de *slum*, sendo atualmente percebida sua utilização como instrumentos de *cercamento* e *controle*

para dominação “etno-racial e da desigualdade urbana” (WACQUANT, 2004, p. 156-157).

As constituições sociais estão voltadas aos valores da igualdade, com elevação dos direitos sociais, e disponibilizam um rol maior de instrumentos para sua implementação.

A Constituição Mexicana de 1917 e a de Weimar, Alemanha, de 1919, inauguram um novo modelo de Estado, mais preocupado em reduzir as desigualdades sociais e em tornar mais distributiva a riqueza produzida. Inaugura-se o Estado Social, com feição mais humanitária e global após a Segunda Guerra Mundial, em que vencedores e vencidos tiveram de se reerguer socialmente.

Na tentativa de romper com esse processo de exclusão, é construído um novo modelo de Estado, o democrático social, marcado por constituições que listam direitos sociais e buscam a prestação de serviços públicos que garantam dignidade a todos, alicerçada nos princípios da dignidade humana, vida, igualdade e solidariedade. Assim, a Constituição Federal de 1988 é um exemplo de documento normativo construído sobre os alicerces dos direitos humanos, que descreveu direitos fundamentais e sociais capazes de minimizar as mazelas sociais, incluindo o enfrentamento às drogas.

A atenção das ações não deve estar focada apenas nas consequências que as drogas causam, principalmente quanto à violência, ao tráfico, aos comportamentos sociais divergentes e à marginalização, esta que induz a política para a adoção do proibicionismo e do fortalecimento do aparato policial. Tampouco a abstinência deve ser a única forma de enfrentamento às drogas, reforçada pelo modelo moral e religioso que possui ligação íntima com o proibicionismo. A redução de danos desponta como uma alternativa razoável de enfrentamento, pois respeita a autonomia do indivíduo ofertando-lhe opções dentro do seu contexto social para a gestão do uso das drogas.

A política de drogas adotada pelo Ministério da Saúde, antes mesmo da edição do programa *Crack, é possível vencer*, demonstra a opção pela redução de danos, como instrumento coerente para o enfrentamento às drogas, e em convergência com o Plano Nacional de Drogas – PNAD, concluído em 2005. Isso porque

A redução de danos proporciona uma alternativa prática para os modelos moral/criminal e de doença, pois desvia a atenção do uso de



drogas em si para as consequências ou para os efeitos do comportamento aditivo, os quais são avaliados em termos de serem prejudiciais para o usuário e para a sociedade, e não por serem julgados moralmente incorretos (MOTA; RONZANI, 2013, p. 297).

A partir do entendimento dos modelos de enfrentamento às drogas, é possível compreender melhor o direcionamento que o Estado dará ao tema, levando-se em consideração o conjunto normativo constitucional estabelecido para o enfrentamento da pobreza e da exclusão social, fatores que influenciam diretamente as políticas de drogas, como se verá na seção seguinte.

## 1.2 BASE NORMATIVA DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO CRACK NO BRASIL

Esta seção tem por escopo apresentar a base normativa que estabelece a política de enfrentamento às drogas no País, com foco na normativa que atende à política de controle do crack. Buscou-se trazer, primeiramente, o aparato internacional ao qual o Brasil é signatário e, em seguida, a legislação que estrutura a política de drogas e o programa *Crack, é possível vencer*.

A partir do conhecimento da legislação vigente, será possível avaliar se esse corpo normativo está apto ou não a sustentar uma política específica de enfrentamento ao crack.

### 1.2.1 Influência dos Tratados Internacionais para a formação da política de drogas no Brasil

As questões que envolvem a drogadição se constituem em um desafio mundial, e alguns países se lançaram mais cedo no seu enfrentamento. Implementando políticas proibicionistas, com o enrijecimento das normas penais e maior investimento em segurança pública, os Estados Unidos iniciaram verdadeira *guerra*, influenciando a Organização das Nações Unidas e países signatários dos tratados internacionais sobre drogas.

Os EUA implementaram, desde a proibição do álcool, regras proibicionistas que puniam com rigor produtores, traficantes e usuários. Investiu-se muito no

aparelhamento do Estado para a guerra contra as drogas, e essa política influenciou outros países, a exemplo do Brasil.

Por sua vez, a Europa adotou um modelo de enfrentamento baseado em ações de redução de danos, com políticas que atacassem a demanda de consumidores, desestimulando o uso e, assim, conseqüentemente, minando o mercado consumidor das drogas.

A Organização das Nações Unidas – ONU desde logo se mostrou adepta à política proibicionista, articulando seus documentos internacionais para o combate às drogas na linha criminal. Recentemente, o órgão internacional tem revelado uma tendência à cumulação das políticas de redução de danos e proibicionista. A ONU estrutura suas ações em dois departamentos específicos: o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime – UNODC e o *International Narcotics Control Board* – INCB. Ambos os departamentos publicaram em suas pesquisas e documentos o tratamento aos usuários como substituição eficaz à repressão criminal aos dependentes (ONU, 2014).

Visando ao fortalecimento da visão dominante, a Organização das Nações Unidas – ONU criou, em 1946, a Comissão de Narcóticos – CND, responsável pela formulação de políticas de drogas que contribuíssem para o fortalecimento do sistema de controle internacional dessas substâncias. A CND é composta por 53 estados-membros e está situada abaixo do Conselho Econômico e Social – ECOSOC e da Assembleia Geral da ONU, instância máxima da instituição (RIBEIRO; ARAÚJO, 2006).

A comissão de Narcóticos da Organização das Nações Unidas promoveu a criação de três Convenções Internacionais a fim de balizar as políticas nacionais de enfrentamento às drogas, sob a forte influência do modelo proibicionista norte-americano.

Concomitante à criação da Comissão de Narcóticos pela ONU, também crescia e se estabeleciam o crime organizado (e as mazelas sociais que o acompanham) e as organizações da sociedade civil em luta pela cidadania disputando seus interesses dentro do cenário internacional, especialmente a partir dos anos sessenta. Naquele período, a CND organizou a primeira de uma série de três convenções visando ao estabelecimento de programa comum para todos os países-membros, no tocante às políticas de drogas. Realizada em Nova York, a Convenção Única sobre Estupefacientes (1961) enfatizou a necessidade de

estabelecer regras claras para o controle das substâncias psicoativas e a criação de mecanismos internacionais para fiscalizar a sua implementação pelos signatários do acordo (RIBEIRO; ARAÚJO, 2006).

As principais resoluções da Convenção Única sobre Estupefacientes (1961) referem-se a: (i) limitação da produção e do comércio de drogas, voltados apenas para o uso médico ou pesquisa científica; (ii) elaboração de uma Lista de Substâncias Controladas, divididas em quatro categorias, desde aquelas sem aplicação médica e maior potencial de dependência química (Lista 1: cocaína, maconha, heroína), até aquelas de grande utilidade médica e baixo potencial de dependência (Lista 4: benzodiazepínicos); (iii) criação do *International Narcotics Control Board* (INBC), formado por treze membros e responsável pelo monitoramento e controle de importação e exportação de entorpecentes destinados ao uso médico científico; (iv) proibição do porte de drogas psicoativas sob controle, exceto na vigência de autorização legal (médica); (v) combate nacional e cooperação internacional contra o tráfico internacional de drogas (RIBEIRO; ARAÚJO, 2006).

Dez anos depois, a Comissão de Narcóticos – CND realizou a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971), na cidade de Viena (Áustria), escolhida como sede permanente da CND e de seus órgãos subordinados. A segunda convenção preocupou-se principalmente com a repressão às novas drogas sintéticas (psicodélicas), como o LSD, disseminadas pela contracultura estadunidense durante os anos sessenta.

A terceira e última das chamadas Convenções-Irmãs da ONU foi a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas (Viena – 1988).

Cumprir esclarecer que apenas em 1991 houve a publicação do Decreto n. 179, de 24 de julho de 1991, que promulgou o acordo de cooperação mútua entre Brasil e Estados Unidos da América, observando os compromissos já fixados entre os Estados na Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, no Protocolo de 1972, e na Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, em 1971.

A política proibicionista norte-americana, com a adoção de medidas repressivas penais, ganha força em outros países, a exemplo do Brasil, que passa a investir no recrudescimento do sistema penal contra o tráfico e uso de drogas (RIBEIRO, 2013). Os documentos internacionais possuem forte inclinação ao modelo proibicionista implantado pelos EUA. Com relação ao Brasil, as primeiras legislações

de drogas estampavam essa influência. Atualmente, as normativas que tratam do tema, inclusive a Lei de Drogas, conjuga as políticas proibicionista e de redução de danos, na tentativa de harmonizar o controle ao tráfico com o amparo aos usuários e dependentes.

### **1.2.2 Diretrizes estabelecidas na Constituição da República Federativa do Brasil para subsidiar as políticas de drogas**

Inicialmente, é preciso esclarecer que o Brasil adotou as três Convenções Irmãs da ONU antes da promulgação da Constituição Cidadã, e os valores estampados nos documentos internacionais não são compatíveis com a nova ordem constitucional.

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, possui um viés mais humanitário do que suas antecessoras. O texto não trata expressamente da questão das drogas, mas imprime importantes princípios que fundamentam a construção da legislação infraconstitucional que subsidia a política nacional de drogas.

Alguns elementos merecem destaque, como componentes do aparelho normativo que conduzem as ações estatais e privadas no enfrentamento às drogas. Primeiramente, a dignidade da pessoa humana tem lugar de destaque nessa discussão, uma vez que eleva o usuário e dependente de drogas à condição de sujeito de direitos e, portanto, merecedor de cuidado do Estado, da sociedade e da família.

O princípio implica o dever de tratar usuários e dependentes sob os aspectos da cidadania, garantindo-lhes a fruição de outros importantes princípios, como vida, saúde, liberdade e acesso aos bens e serviços que lhe garanta o mínimo existencial.

A dignidade da pessoa humana afasta uma antiga prática adotada para doentes mentais, deficientes físicos e dependentes de entorpecentes: a internação em hospitais/manicômios – política flagrantemente higienista. Esse afastamento obriga o Estado a adotar diretrizes que proporcionem acesso ao tratamento sem, para isso, ceifar seu direito, agora garantido constitucionalmente, a uma vida digna.

O direito à vida, diretamente relacionado ao direito social à saúde, acesso à alimentação e aos serviços públicos, implica o dever do Estado em fornecer os meios

mínimos para que usuários e dependentes de drogas tenham acesso a programas de tratamento.

Todos esses princípios devem dialogar com a autonomia da vontade e a liberdade de ir, vir e permanecer, afastando internações arbitrárias e incentivando o livre arbítrio na adesão ao tratamento de saúde. A questão das internações não voluntárias – involuntárias e compulsórias – será tratada no Capítulo 3 deste trabalho.

Por fim, o texto constitucional estabeleceu um rol de direitos sociais que balizam as ações do Estado na construção dos programas de enfrentamento às drogas, relacionados com saúde, educação, moradia, trabalho, assistência social e erradicação da pobreza. Esses programas são traduzidos na legislação infraconstitucional, a qual cumpre especificar e completar o sentido da norma de eficácia limitada trazida pela Carta Magna, dando-o efetividade. Esses direitos sociais são explicados mais atentamente nas seções seguintes.

Antes de se adentrar à legislação mais recente, será feita uma breve análise histórica de todas as leis já editadas no Brasil sobre drogas a fim de se observar com clareza a forma com que o tema foi tratado pelo País ao longo dos anos.

### 1.3 PROTEÇÃO AOS DEPENDENTES DE DROGAS COMO EXPRESSÃO DOS DIREITOS SOCIAIS NO BRASIL

A Constituição da República Federativa de 1988 escreve um novo capítulo para os direitos sociais no País, com o propósito de implementar o desenvolvimento social, por meio de um texto comprometido com a redução das desigualdades sociais.

A implementação de direitos sociais possui impacto direto na redução de danos aos dependentes de drogas, pois o Estado instrumentaliza-se dos meios materiais e de recursos humanos a fim de prestar serviços públicos que minimizem os efeitos da desigualdade social, elemento intrínseco à drogadição.

O serviço público possui dois elementos integrantes: o substrato material, o qual corresponde à prestação de utilidade ou comodidade gozada diretamente pelos cidadãos; e o elemento formal, que lhe dá justamente caráter jurídico, com a incidência do regime jurídico público que confere à administração pública a supremacia do interesse público sobre o particular (MELLO, 2010).

Há importantes conclusões quanto ao conceito de serviço público:

1. A noção de serviço público não permaneceu estática no tempo; houve uma ampliação na sua abrangência, para incluir atividades de natureza comercial, industrial e social;
2. É o Estado, por meio da lei, que escolhe quais atividades que, em determinado momento, são consideradas serviços públicos; no direito brasileiro, a própria constituição faz essa indicação nos artigos 21, incisos X, XI, XII, XV e XXIII, e 25, § 2º, alterados, respectivamente, pelas Emendas Constitucionais 8 e 5, de 1995; isto exclui a possibilidade de distinguir, mediante critérios objetivos, o serviço público da atividade privada; esta permanecerá como tal enquanto o Estado não assumir como própria;
3. Daí outra conclusão: o serviço público varia não só no tempo, como também no espaço, pois depende da legislação de cada país a maior ou menor abrangência das atividades definidas como serviços públicos;
4. Não se pode dizer, dentre os conceitos mais amplos ou mais restritos, que um seja mais correto que o outro; pode-se graduar, de forma decrescente, os vários conceitos: os que incluem todas as atividades do Estado (legislação, jurisdição e execução); os que só consideram as atividades administrativas, excluindo legislação e jurisdição, sem distinguir o serviço público do poder de polícia, fomento e intervenção. Os que preferem restringir mais para distinguir o serviço público das outras três atividades da Administração Pública (DI PIETRO, 2011, p. 102-103).

Os programas que dão conteúdo material à política de drogas são por excelência serviços públicos, os quais não podem ser alocados exclusivamente nos serviços de saúde, pois também incluem, na sua essência, ações de assistência social, educação e segurança pública, além de demandar, como complementares, ações de cultura, esporte, lazer entre outras. É serviço público e deve ser caracterizado pela universalidade de acesso, garantindo sua prestação a todos que necessitarem.

O Brasil é exemplo de enfrentamento tardio às drogas, visto que a política nacional de drogas foi criada em setembro de 2006, e o programa *Crack, é possível vencer* apenas em maio de 2010. A política anterior era de caráter penal repressivo, desde as Ordenações Filipinas de 1603 até o Código Penal em 1940 (BRASIL, 2014).

A questão das drogas também é um problema social, uma vez que afeta com maior intensidade a população pobre e com dificuldade de acesso aos serviços públicos e renda. A população pobre está mais vulnerável à drogadição e toda violência gerada pelo tráfico, por várias razões, que vão desde a localização urbana, a precarização dos serviços públicos, maior contato com o tráfico, ao perfil socioeconômico e pessoal. A pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, realizada nos anos de 2013 e 2014, revelou que os usuários de crack pertencem às

classes mais pobres, com baixa escolaridade e qualificação profissional, sem emprego formal e com pouco ou quase nenhum acesso aos serviços públicos, principalmente de saúde. Os dados revelados pela pesquisa serão estudados com maior detalhamento em seção própria (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ, 2014).

Os direitos sociais, incluídos no rol dos direitos de segunda dimensão, exigem do Estado ações, atuação positiva no sentido de efetivar serviços que proporcionem melhoria de vida a todos. A nova Carta inseriu o cidadão no centro do texto constitucional, investido de direitos e com direitos especiais de acordo com suas peculiaridades, a exemplo do idoso, da criança, do hipossuficiente, do consumidor etc. Assim, construiu-se um extenso rol de direitos que demandam força dos grupos sociais para gerarem políticas públicas, e até que sejam de fato efetivadas, permanecem no texto constitucional como um dever imposto pelo constituinte ao Estado e à sociedade.

Os direitos de primeira geração, as liberdades públicas, somente serão exercidos plenamente quando implementados os direitos de segunda geração, que proporcionam condições para exercê-los. Sem a garantia do mínimo existencial, não há o que se falar em exercício dos direitos políticos e civis (TAVARES, 2012).

A fim de se organizarem os direitos sociais, estes são agrupados em cinco categorias, quais sejam: 1ª) os direitos sociais dos trabalhadores; 2ª) os direitos sociais da seguridade social; 3ª) os direitos sociais de natureza econômica; 4ª) os direitos sociais da cultura; 5ª) os de segurança (TAVARES, 2012).

Por sua vez, os direitos sociais dos trabalhadores dividem-se em direitos sociais individuais e direitos sociais coletivos do trabalhador.

Os direitos sociais da seguridade social compreendem: “1º) direito à saúde; 2º) direito à assistência social; 3º) direito à previdência social”. Os direitos relativos à ordem econômica exigem atuação que favoreça: “1º) busca do pleno emprego; 2º) redução das desigualdades sociais e regionais; 3º) erradicação da pobreza e marginalização; 4º) a defesa do consumidor e concorrência”. Para finalizar, no tocante aos direitos à cultura, inserem-se: “1º) direito à educação; 2º) direito à cultura propriamente dita” (TAVARES, 2008, p. 772).

Sistematizando, tem-se a Tabela 1 que apresenta a classificação dos direitos sociais.

Tabela 1 – Classificação dos direitos sociais

<b>Rol de direitos</b>	<b>Espécies</b>
Direitos sociais dos trabalhadores	1º) direitos sociais individuais; 2º) direitos sociais coletivos do trabalhador
Direitos sociais da seguridade social	1º) direito à saúde; 2º) direito à assistência social; 3º) direito à previdência social
Direitos sociais de natureza econômica	1º) busca do pleno emprego; 2º) redução das desigualdades sociais e regionais; 3º) erradicação da pobreza e marginalização; 4º) a defesa do consumidor e concorrência
Direitos sociais da cultura	1º) direito à educação; 2º) direito à cultura propriamente dita
Direitos sociais de segurança	sem classificação

Fonte: próprio autor.

Esse rol de direitos sociais, assim como os direitos fundamentais, não está exaustivamente tratado no “Título II de nossa Carta Magna, existindo, portanto, direitos sociais dispersos ao longo de todo o seu texto. Exemplos destes podem ser encontrados em seu Título VIII, ‘Da Ordem Social’” (ARAÚJO; NUNES JÚNIOR, 2012, p. 250).

Alguns consideram que não é necessário classificar os direitos sociais colocando-os no mesmo patamar hierárquico, primeiro por tratarem-se de direitos que implementam melhorias nas condições sociais, depois por utilizarem como assento os artigos 6º a 11 da CRFB. Assim, propõe-se a seguinte classificação:

Direitos sociais relativos ao trabalhador;  
 Direitos sociais relativos à seguridade, compreendendo o direito à saúde, à previdência e assistência social;  
 Direitos sociais relativos à educação e à cultura;  
 Direitos sociais relativos à moradia;  
 Direitos sociais relativos à família, criança, adolescente e idoso;  
 Direitos sociais relativos ao meio ambiente (SILVA, 2008, p. 287).

A classificação possibilita sistematizar o estudo e a compreensão da matéria, por isso a divergência de modelos, resultado da organização de vários doutrinadores. Outro aspecto importante é a compreensão do porquê da construção de direitos sociais na Constituição de 1988, sua instituição enquanto necessidade latente de reestruturação do Estado, apontando-o para diretrizes que valorizam o desenvolvimento social.

Chama-se atenção para o marco simbólico de reestruturação do Estado com a Constituição de 1988, que no período ditatorial “exibiu indicadores econômicos



positivos e custos sociais dramáticos”, e mesmo sendo um “dos dez grandes produtores de riquezas, o Brasil convivia e continua a conviver com índices sofríveis em áreas como educação, habitação e saúde”. Destaca-se a característica de o texto ser dirigente, ao estabelecer “fins, tarefas e objetivos para o Estado e para a sociedade”, equilibrando as forças do capital e do trabalhador (BARROSO, 2010, p. 10-12).

Trata-se de um texto que teve na base de formação diversas forças sociais, equilibrando os interesses do sistema econômico capitalista com as reformas sociais propostas pelos grupos atuantes na Assembleia Nacional Constituinte. No entanto, ao término do trabalho, não se articularam suficientemente no poder, até mesmo pelo arcaísmo da política patrimonialista, assim, foi-se “do fisiologismo e clientelismo – que não podiam ser denunciados nem combatidos à luz do dia”, ao ponto atávico de “superposição entre o público e o privado, com as perversões que a acompanhavam: favorecimentos, nepotismos, corrupção e descompromisso com a eficiência” (BARROSO, 2010, p. 10-11).

Os direitos sociais são apontados por três características: a primeira, por não encerrarem, no texto constitucional, o seu rol, podendo buscar validade em outras fontes, como os tratados internacionais e a legislação infraconstitucional. A segunda, por demandarem, para efetivação, adequação orçamentária para sua realização – a reserva do possível. Por fim, a terceira característica qualifica os direitos sociais como norma cogente, irrenunciável, principalmente no campo dos direitos do trabalhador (TAVARES, 2008).

A primeira característica é verificada pela presença de direitos sociais em tratados internacionais, por todo texto constitucional e legislação infraconstitucional. A segunda característica, orçamentária, apresenta os direitos sociais e econômicos como interdependentes, uma vez que a condução da economia proporcionará uma maior ou menor efetividade aos direitos sociais.

Quanto aos Direitos Sociais, “disciplinam situações subjetivas pessoais ou grupais de caráter concreto”, e “os direitos econômicos constituirão pressupostos” da existência dos direitos sociais, pois sem uma política econômica orientada para a intervenção e participação estatal na economia, “não se comporão as premissas necessárias ao surgimento de um regime democrático de conteúdo tutelar dos fracos e dos mais numerosos” (SILVA, 2008, p. 286).

A terceira característica implica a adoção dos direitos sociais como normas de cumprimento obrigatório pelos governantes, não como mero repertório de recomendações, mas obrigações imperativas atribuídas. O Estado deve buscar meios econômicos para concretizá-los.

As modernas constituições são consideradas como importantes instrumentos de garantia ao pleno desenvolvimento social, com fins ao bem-estar coletivo, por meio de ações estatais que resgatem a dignidade dos menos favorecidos.

Os direitos sociais assumem feição nítida de se proporem a diminuir as desigualdades sociais, por meio de prestação de serviços públicos que suavizem as consequências do modelo capitalista de exploração do trabalhador, percebidos já no artigo 1º, inciso IV do texto constitucional, equilibrando “os valores sociais do trabalho e a livre iniciativa”, ambos fundamentos republicanos, seguidos dos artigos 6º, 7º e outros dispositivos que tutelam o trabalhador. O texto constitucional dirige o desenvolvimento social ao mesmo tempo em que permite a exploração do capital e a propriedade privada. Busca-se equilíbrio entre a exploração do trabalhador com a sua promoção social.

E mais, a efetivação dos direitos sociais, além de representar um importante elemento para sanar os desequilíbrios econômicos, tutelando os carentes, é fundamental para garantir “o pleno desenvolvimento da personalidade humana”, garantidos pelo estado como etapa subsequente às conquistas liberais – direitos de primeira geração (ZIMMERMANN, 2002, p. 321).

Os Direitos Sociais têm aplicação imediata, nos termos do artigo 5º, § 1º da CRFB/1988, e podem ser implementados, no caso de omissão legislativa, pelas técnicas de controle de constitucionalidade. Isso pode ocorrer por intermédio da Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão (ADO), quando proposta por algum dos legitimados do artigo 103 da CRFB/1988, bem como por qualquer cidadão, seja individual ou coletivamente, por intermédio do Mandado de Injunção, quando violar direitos de nacionalidade, cidadania e soberania.

Por constituir o rol dos direitos prestacionais (caráter positivo), tem uma efetividade menor do que os direitos de defesa (caráter negativo), constatada pela relação entre o grau de concretização e as limitações orçamentárias do Estado. Isso exige do gestor público, dada à restrição de recursos financeiros, escolher as prioridades a serem primeiramente atendidas entre as demandas legítimas e igualmente contempladas na Constituição.

O agente público acaba por ser obrigado a decidir qual serviço social prestará primeiro e a eleger o grupo que se encontra em maior vulnerabilidade, garantindo a efetivação do *mínimo existencial*. A deficiência na prestação dos serviços públicos reside na alta demanda financeira do Estado para gerir o funcionamento da máquina pública e na escassez de recursos orçamentários. Esses fatores, juntos, impedem uma realização satisfatória dos direitos sociais, exigindo que o Estado eleja um rol de direitos mínimos para ser efetivado, o que deixa por vezes de contemplar demandas urgentes, como a do atendimento aos dependentes de drogas.

A abordagem reporta-se especialmente aos direitos sociais que afetam os dependentes de drogas, em especial os usuários de crack, referente ao direito à saúde, à assistência social, à erradicação da pobreza e da marginalização.

A saúde constitui-se em importante direito social com o qual deverá se preocupar o Estado na política de drogas, junto com a assistência social, educação, incluído aí o caráter de prevenção ao uso e à assistência social, por refletir o amparo material mínimo que cada cidadão deve ter garantido pelo Estado, principalmente quando está desconstituído de seu vigor físico e mental. Os dependentes de crack, na sua grande maioria, encontram-se em situação de risco econômico e vulnerabilidade social, carecendo de ações estatais que assegurem o mínimo de dignidade.

A erradicação da pobreza e da marginalidade promove o cidadão enquanto sujeito de direito, vestindo-o de dignidade humana. Trata-se de um investimento do Estado no desenvolvimento social, de longo prazo, com reflexos no desenvolvimento econômico, social e humano. A erradicação da pobreza traz consigo a implementação de outros direitos sociais, como moradia, trabalho, educação, lazer, acesso à cultura e ao desporto.

A prestação dos direitos sociais pelo Estado reforça os direitos fundamentais garantidos no texto constitucional, proporcionando ao indivíduo melhores condições de exercer seu papel de cidadão.

### **1.3.1 Direito à saúde no texto constitucional**

Para tratar do direito à saúde, sistematizar-se-á o conteúdo em dois pontos: a saúde enquanto direito e sua integração pelo sistema único de saúde; e o oferecimento de tratamento por meio da saúde pública e privada.

### 1.3.1.1 Saúde enquanto direito e sua integração pelo Sistema Único de Saúde

Enquanto **direito** material, o artigo 196 do texto constitucional dispõe:

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

A proteção estabelecida refere-se tanto à saúde sob o aspecto universal, em que todos têm direito de acesso à rede, como impõe o dever ao Estado em oferecê-la.

Trata-se de uma política empregada pelo Estado para manutenção de uma sociedade saudável, com medidas preventivas e de redução de danos, considerada de relevância pública.

O modelo federativo adotado pela Constituição Republicana de 1891 repartiu a competência entre os entes políticos na gestão do Estado, incluindo a prestação dos serviços públicos. Com a saúde não é diferente, devendo cada ente financiar parte dos serviços públicos de saúde, na rede integrada denominada de Sistema único de Saúde – SUS. Uma importante questão repousa sobre a cota parte de cada ente na efetivação do direito à saúde, sendo a problemática controversa na jurisprudência e na doutrina. Em 2010, o Supremo Tribunal Federal, por intermédio do voto do Ministro Relator Gilmar Mendes, estabeleceu paradigmas para Judiciário e Administração Pública, o qual se trabalhará agora.

O voto tratou o tema acerca do papel do Estado na efetivação dos direitos sociais no Agravo Regimental na Suspensão de Liminar n. 47, de 17/3/2010, o qual versava sobre o dever da União, Estado de Pernambuco e Município de Petrolina em garantir o funcionamento do Hospital Municipal Dom Malan.

O julgado ressalta, no que tange aos direitos fundamentais, a necessidade de uma “proibição de prestação insuficiente”, os quais, sob a perspectiva objetiva,

dependem para efetivação “criação e conformação de órgãos e procedimentos indispensáveis à sua efetivação”. Complementa defendendo a intervenção do Poder Judiciário quando os demais poderes – Legislativo e Executivo – omitem-se na formação de políticas públicas para dar efetividade, sem que isso represente violação à “separação aos poderes” ou quebra “do princípio da reserva do financeiramente possível” (STF, 2010, p. 8).

Para auxiliar na compreensão do direito à saúde, que no caso brasileiro não resta dúvida ser direito marcado pela força normativa do texto constitucional, far-se-á um estudo detalhado dos seus elementos, seguindo a proposta do julgado, o qual sistematizou o artigo 196 CRFB/1988 em partes: (a) a saúde é direito de todos e (b) dever do Estado, (c) garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à (d) redução do risco de doença e de outros agravos e (e) ao acesso universal e igualitário às (f) ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O direito à saúde como manifestação de um **direito de todos** trata-se de um direito individual, pois cada cidadão tem direito à saúde física e mental, um direito público subjetivo, assim reconhecido anteriormente no Agravo Regimental do Recurso Extraordinário n. 271.286-8/RS, não tratando de mera norma programática, mas norma que impõe aos entes federados um dever de ação. O fundamento para que o Poder Judiciário intervenha nas ações de saúde é resultado da qualificação da norma – “relevância pública”. Trata também de um direito coletivo, o direito à saúde pública, manifestado por meio do planejamento coletivo das ações de saúde, que envolvem as diretrizes econômicas, sociais e culturais. A não concretização depende de prévia justificativa – precisa e pontual – por parte do poder público (STF, 2010, p. 15-16).

No que tange aos dependentes de drogas, em especial do crack, a atenção quanto à saúde constitui-se eixo do programa *Crack, é possível vencer*, com ações de redução de danos que vão desde casa abrigo, consultórios de rua e tratamento ambulatorial – os CAPs, que serão tratados em detalhe na seção que descreve o programa. A saúde é um dos elementos da vida que se perde com o consumo descontrolado de drogas, quando não são realizadas ações de gestão das drogas, o que afeta os aspectos físico e mental dos dependentes.

O sistema de cobertura de saúde na rede pública é notoriamente precário tanto para o público em geral, quanto para os dependentes de drogas. Os hospitais, ambulatorios, comunidades terapêuticas e demais programas oferecidos pela rede integrada da saúde não conseguem suprir a demanda adequadamente. Quando o

dependente está inserido no sistema penitenciário, a situação se agrava ainda mais, pois, de maneira geral, o sistema penitenciário não consegue oferecer tratamento de saúde aos presos dependentes e não dependentes.

As ações de treinamento de profissionais ainda são tímidas. Dentro das metas do programa *Crack, é possível vencer*, o Ministério da Saúde e da Educação estão lançando, em conjunto, desde 2010, editais convocando as Instituições de Ensino Superior para promoverem cursos de capacitação dos profissionais que atendem os dependentes de crack, denominados *Centros Regionais de Referência* (BRASIL, Ministério da Justiça, Observatório do crack, 2014).

Em suma, os Centros Regionais de Referência buscam qualificar os operadores das redes de saúde, assistência social, segurança pública, Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e entidades da sociedade civil que atuam diretamente com usuários e dependentes de crack.

Trata-se de uma ação prevista no programa *Crack, é possível vencer* e justifica-se pela necessidade de mecanismos de prevenção e capacitação. Assim, consideram-se:

O Ministro de Estado da Justiça, no âmbito de suas competências, e considerando:

- O consumo de substâncias psicoativas e suas consequências no Brasil, especialmente o crack, associado ao contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens;
- a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, redução dos riscos e danos associados ao consumo de crack e outras drogas;
- a necessidade de atendimento às demandas imediatas de estruturação, ampliação e fortalecimento da rede de serviços de atenção à saúde e da rede de assistência social para os usuários de crack e outras drogas e seus familiares;
- a necessidade de fortalecer o desempenho das atividades do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Segurança Pública com usuários de crack e outras drogas e seus familiares;
- a necessidade de qualificação permanente dos profissionais que atuam na rede de atenção integral à saúde e na rede de assistência social, no Poder Judiciário e Ministério Público e na Segurança Pública;
- a necessidade da democratização do acesso ao conhecimento sobre a prevenção do uso de crack e outras drogas, por meio da ampliação da rede de capacitação, inclusive, para as regiões norte, nordeste e centro-oeste [...] (BRASIL, 2015a).

As capacitações ocorrem no âmbito das universidades, mediante aprovação de projetos que atendam os requisitos especificados nos editais de chamamento, com a participação dos atores que lidam diretamente com dependes e usuários.

a) O direito à saúde corresponde a um **dever do Estado**.

A todo direito conferido a alguém corresponde um dever. Essa relação obrigacional é firmada entre cidadão e Estado. O artigo 23, II da CRFB/1988 deixa claro ser competência material, para promover e administrar a saúde a União, Estados, Municípios e Distrito Federal, tratando de competência material comum, e a parcela devida a cada um poderá ser fixada em leis complementares (parágrafo único).

O Sistema Único de Saúde descentralizou a administração dos recursos e da prestação de saúde, criando um vínculo de cooperação e integração federativa entre União, Estados, Distrito Federal e municípios, regulamentado pela Lei n. 8.080/1990, Lei n. 8.142/1990 e Lei Complementar n. 141/2012, tratados na parte específica sobre a legislação.

O atendimento ao cidadão independe de qualquer tipo de contribuição específica, ou seja, toda e qualquer pessoa tem direito a atendimento na rede pública de saúde. Por constituir o maior braço da seguridade social, sem restrição à clientela, a Constituição atribui ser dever de todos os entes sua prestação. Dessa forma,

A saúde é segmento autônomo da seguridade social, com organização distinta. Tem o escopo mais amplo de todos os ramos protetivos, já que não possui restrição a sua clientela protegida – qualquer pessoa tem direito ao atendimento providenciado pelo Estado – e, ainda, não necessita de comprovação de contribuição do beneficiário direto (IBRAHIM, 2011, p. 8).

A decisão ressalta que, para “além do direito Fundamental à saúde, há o dever fundamental de prestação de saúde por parte do Estado”, consignando o dever de desenvolver políticas públicas que visem “à redução de doenças, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde”, enquanto deveres estatais (STF, 2010, p. 15-16).

b) O direito à saúde é garantido mediante **políticas sociais e econômicas**.

A Constituição de 1988 trouxe novo princípio à saúde, o da universalidade, cujo acesso ocorre sem restrições de qualquer natureza, inclusive econômica. Antes do texto constitucional, a saúde pública era realizada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, cujo atendimento era dado àqueles que contribuíam com a previdência social, sem a característica do acesso para todos, excluídos os que não contribuíam para a previdência e os estrangeiros.

Hoje, o cenário nacional é da universalidade, humanizado por conferir a todos o acesso à rede pública, mas sobrecarregado, em razão da grande demanda, funcionando precariamente em quase todo o País.

A relação entre efetivação dos direitos sociais por meio dos serviços públicos está vinculada ao plano econômico/financeiro adotado no País. As políticas sociais e econômicas são indissociáveis, uma vez que a efetivação dos programas governamentais depende da alocação de recursos econômicos, os quais garantam investimento contínuo na rede de atendimento à saúde (SILVA, 2008).

A condução da política econômica de modo a favorecer a melhoria nas condições de vida da população impacta diretamente o serviço de saúde. Com o aumento da distribuição de renda entre os cidadãos, naturalmente, ocorre diminuição na demanda estatal por serviços de saúde, pois com o acesso a uma alimentação de qualidade, melhorias nas condições de habitação, principalmente quanto ao aspecto do saneamento e higiene, bem como pela adoção de ações preventivas, diminui a incidência de doenças.

c) O direito à saúde visando à **redução do risco de doença e de outros agravos**.

As ações de saúde devem pautar-se no tratamento e na prevenção de doenças, por meio da adoção de políticas públicas que atuem na educação, a exemplo de orientações quanto à higiene, programas de alimentação saudável e atividades físicas, como também no tratamento às doenças, quando já acometido pela enfermidade.

Antes da Constituição de 1988, os serviços de saúde eram fornecidos de maneira mais precária, em razão de constituírem-se ações isoladas dos entes políticos, com maior exclusão dos pobres e desarticulação do sistema.

Hoje, o SUS pauta-se na integralidade do atendimento, devendo “ver a pessoa no todo e não como partes separadas, e o indivíduo faz parte de uma sociedade,



portanto, as ações de saúde devem ao mesmo tempo estar voltadas para o individual e para a comunidade” (CORREA; RANGEL; SPERANDIO, 2004, p. 112).

A Lei n. 8.080/1990 descreve, no artigo 6º, as funções do SUS, com ênfase nas ações que visam à redução do risco de doenças, de forma a atingir toda a coletividade. Como exemplo, tem-se a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e da saúde do trabalhador.

Esse é um dos pontos principais da política a ser adotada no País, constituindo-se a redução de danos em modelo de enfrentamento às drogas. Os dependentes e usuários de crack demandam ações especiais, pois, de acordo com pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, os usuários de crack se encontram em situação acentuada de vulnerabilidade, tanto social como de saúde. Esse tema será abordado ao longo de todo esse trabalho.

d) O direito à saúde com **acesso universal e igualitário** a todos.

O princípio da universalidade na seguridade social possui o viés objetivo, da cobertura universal, ampla e irrestrita, ou seja, para todo e qualquer infortúnio relacionado à saúde, sem selecionar as doenças que serão tratadas no SUS.

O princípio da universalidade também é tomado no aspecto subjetivo, voltado à pessoa humana, com assento constitucional na seção específica da seguridade social e com correspondência no artigo 5º caput da Constituição Federal, o qual prevê que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. O dispositivo reforça a isonomia estampada nos artigos 194, I “universalidade da cobertura e do atendimento” (da seguridade social), e art. 196 caput “A saúde é direito de todos [...]” (BRASIL, 1988).

Com a atual Constituição, a concepção de universalidade (seletividade) muda, “adotando-se a política de proteção universal, independente de contribuição. Assim deve ser, pois uma política sanitária coerente deve amparar a todos, pois não há ambiente salubre em uma sociedade na qual alguns não são incluídos na rede protetiva” (IBRAHIM, 2008, p. 9).

Elizabeth Nogueira de Andrade e Edson de Oliveira Andrade (2010, p. 3) publicaram, em 2010, estudo comparando a universalidade do sistema de saúde em países como Estados Unidos e Brasil. Nos EUA, o desafio foi promover a “ampliação

do programa federal de saúde para os pobres, impõe novos impostos para os ricos e proíbe as seguradoras de práticas como rejeitar cobertura a clientes com doenças preexistentes”. A saúde naquele País é desenvolvida com muito investimento em tecnologia e pesquisas, mas com acesso reduzido aos cidadãos. Na época, o estudo apontava que cerca de 32 milhões de norte-americanos estavam excluídos de qualquer tipo de assistência. A Presidência da República, sob a direção de Barack Obama, aprovou, em 23 de março de 2010, a lei chamada de *Obamacare*<sup>6</sup>. Por meio desta, criou-se um plano de saúde que atendeu os excluídos dos serviços públicos de saúde, proibindo as seguradoras de criar distinções entre pacientes saudáveis e pacientes considerados de alto custo, limitando a quantidade de reembolsos, soluções para o caso de desemprego entre outras medidas.

No Brasil, o acesso de fato ocorre de maneira universal, sem distinção de nacionalidade, raça, gênero, religião, idade ou qualquer outro tipo de discriminação. A fragilidade dos serviços de saúde reside na qualidade da prestação, ponto principal das atuais reivindicações populares e dos grupos organizados em defesa de melhorias na saúde.

e) O direito à saúde com **ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação**.

Percebe-se que os problemas no Brasil relacionados às ações de serviços de saúde encontram empecilhos à plena efetivação por vários motivos, os quais partem da falta de investimento em pesquisas nas áreas médicas e farmacológicas, má gestão dos recursos financeiros, à falta de investimento na infraestrutura e nos profissionais que atuam na área.

Reforça-se que o problema das políticas em saúde não é a inexistência de ações, mas as deficiências na execução, “não faltando aporte legislativo que organize e preveja mínimos orçamentários” (MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 835). São duas as questões que devem ser pontuadas sobre a gestão na saúde. A primeira refere-se à própria gestão, que ainda é deficiente e desarticulada entre os entes federados. A segunda refere-se aos recursos financeiros, que ainda são insuficientes para atender de maneira satisfatória a universalização proposta na Constituição Federal.

---

<sup>6</sup>A Lei e as regras sobre os planos de saúde subsidiados, contrapartida, rede de atendimento podem ser verificadas no site oficial <<https://www.healthcare.gov/>>.

Uma das consequências da ineficácia das ações em saúde é o aumento das demandas judiciais requerendo a prestação desses serviços. Hoje é farta a jurisprudência no sentido de obrigar o Estado a prestar assistência à saúde, tanto individualmente, a exemplo das decisões que determinam a internação, realização de cirurgias, compra de remédios, assim como também há decisões de caráter geral, determinando o planejamento de políticas que fortaleçam a prestação para todos.

Quanto ao Sistema Único de Saúde, o artigo 198 dispõe sobre a rede regionalizada e hierarquizada entre os entes federados, com direção única em cada esfera de governo: na União, o Ministério da Saúde; nos Estados, Distrito Federal e Municípios as Secretarias de Saúde. As ações e serviços de saúde compõem o Sistema Único de Saúde – SUS, o qual tem por princípio maior o atendimento integral (art. 198, II CRFB/88), direito atribuído a qualquer pessoa, inclusive ao estrangeiro residente ou transitoriamente em território nacional.

O SUS controlará e fiscalizará procedimentos, produtos e substâncias de interesse à saúde, executará as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, a saúde do trabalhador, o saneamento básico, e incrementará a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico, capacitará os trabalhadores entre outras funções estabelecidas no art. 200 da CRFB e legislação infraconstitucional.

Por fim, a saúde, mais do que um direito social, cujo papel do Estado é essencial para sua efetivação, trata-se de um desdobramento do direito à vida, o qual integra o rol dos direitos fundamentais, cujo valor subsidia toda e qualquer ação em defesa da vida, saúde e dignidade do dependente de crack.

#### 1.3.1.2 Oferecimento de tratamento por meio da saúde pública e privada e sua intersecção com o tratamento de usuários de drogas

O texto constitucional dispõe ser livre à iniciativa privada explorar atividades voltadas à saúde, ou seja, não é monopólio estatal a prestação de serviços de saúde, ao passo em que o Estado não pode, por sua vez, eximir-se de prestá-lo sob a alegação de que a iniciativa privada o faz. A iniciativa privada poderá integrar o SUS de maneira complementar, como ocorre com as comunidades terapêuticas privadas, que recebem dependentes de drogas sob o custeio do Estado.

Algumas questões implicam a exploração da saúde no que diz respeito aos usuários e dependentes de drogas e ao oferecimento de tratamento por instituições privadas. A primeira refere-se à qualidade dos serviços prestados e à efetiva recuperação dos dependentes; a segunda, com relação ao cumprimento das normas imprescindíveis à autorização de funcionamento; e a última questão importa à fiscalização dessas instituições.

A legislação dispõe sobre os requisitos indispensáveis à abertura e à manutenção de estabelecimentos privados constituídos na forma de comunidades terapêuticas, definindo espaços de convivência, área privada, normas de higiene e segurança.

Ainda, os pacientes não poderão sofrer cárcere privado, devendo ser acompanhados todo momento por um médico responsável.

As internações poderão ocorrer nas modalidades voluntária ou não voluntária, a última com duas espécies – involuntária e compulsória. A preferência é pela voluntariedade à adesão ao tratamento, por meio do convencimento do dependente. A modalidade involuntária ocorre quando parente ou responsável legal solicita a internação para tratamento, mediante laudo médico apontando como medida indispensável ao tratamento. Por sua vez, a internação compulsória ocorre quando a autoridade judicial determina a internação. As instituições poderão receber dependentes nas três espécies de internação apresentadas.

As questões sobre as modalidades de internação serão abordadas no decorrer do trabalho, no Capítulo 3.

A participação das entidades da sociedade civil é elemento imprescindível na composição da rede de atendimento aos usuários e dependentes, e vinculam-se ao programa *Crack, é possível vencer* por meio das comunidades terapêuticas. Ocorre de tempos em tempos o chamamento público, por meio de edital da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, para oferecimento de vagas a serem custeadas por verbas do programa.

Uma vez que a entidade habilita-se no processo de seleção, atendendo aos requisitos estabelecidos no documento convocatório, poderá receber usuários e dependentes custeados pelo programa.

É fundamental para o sucesso dos convênios a fiscalização das entidades por parte dos órgãos de controle estatal, como o Tribunal de Contas da União – TCU, Ministérios Públicos (estadual e federal), Conselhos de Drogas (federal, estaduais e

municipais), Conselhos Profissionais de Medicina, Assistência Social, Medicina, Advocacia e comunidade em geral. A participação conjunta na fiscalização é elemento imprescindível para o sucesso dos convênios e, quanto maior for a interação das entidades e comunidade, maior será a qualidade na prestação dos serviços, tratando-se de uma consequência natural da inserção da sociedade no âmbito das entidades.

### **1.3.2 Assistência Social na Constituição de 1988**

A tutela jurídica à assistência social compreende a proteção que o Estado confere ao cidadão por meio do direito, independentemente de qualquer tipo de contribuição pecuniária. Trata-se da manifestação da solidariedade e da fraternidade humana, na qual aqueles que possuem meios de subsistência auxiliam os que necessitam de cuidados, por intermédio da prestação de serviços públicos. É a manifestação pura e legítima dos direitos humanos.

Apresenta-se que “o objetivo da universalização dos benefícios e serviços é, no caso, alcançado por via de sua prestação a todos que necessitarem de cuidados assistenciais”, cujo objetivo é “proteger a família, a maternidade, infância, adolescência e velhice”. O amparo promovido estende-se “A) serviços, como de assistência social propriamente dita, habilitação dos portadores de deficiência e outros; B) utilidades, como distribuição de remédios e leite, no intuito de proteger a família e a infância; C) prestações pecuniárias, como programa de renda mínima” (TAVARES, 2012, p. 872-874).

A assistência social é elemento imprescindível para o sucesso dos serviços prestados ao tratamento de dependentes de substâncias psicoativas, pois impacta diretamente nos indivíduos dependentes, uma vez que busca reestabelecer condições mínimas de existência digna.

A pessoa usuária de crack perde mais rápido as condições materiais de subsistência, pois o vício afeta seu trabalho, vida familiar e convívio social, tendendo a viver na rua e concentrar-se em grupos para consumo. Em geral, não consegue produzir renda, não permanece no trabalho, vivendo de *bicos* e, até mesmo, pequenos delitos para obtenção da droga. A pesquisa da FIOCRUZ (2014) revelou o perfil dos usuários e dependentes de crack em situação de rua, com baixa escolaridade, sem moradia e emprego formal.

As populações carentes estão mais vulneráveis às drogas em razão de coexistirem com a pobreza o tráfico e a violência, somados ao abandono estatal, à ausência de infraestrutura básica de saneamento, urbanização, saúde, educação, lazer e cultura, e ações que eliminem os bolsões de miséria. O tráfico de drogas aproveita-se da desigualdade social, aliciando pessoas para venda e consumo das substâncias entorpecentes.

O combate à miséria está diretamente vinculado ao sucesso das ações de enfrentamento às drogas, uma vez que grande parte da parcela de usuários de crack encontra-se em situação de pobreza e dependente de ações de assistência social. Os serviços de assistência social e de saúde são os mais procurados pelos usuários, e mesmo assim seu oferecimento ainda é precário no País. Esses dados são da pesquisa desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (2013), nos anos de 2012 e 2013, a qual mapeou o perfil dos usuários de crack.

Tabela 2 – Aspectos considerados importantes para facilitar o acesso e uso de serviços de atenção e tratamento para usuários de crack e/ou similares, segundo local

	Brasil			Capitais			Não - capitais		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Que o serviço seja gratuito	94,1	91,3	96,0	92,8	89,0	95,4	96,6	94,2	98,1
Que os serviços de saúde básicos (com cuidados com feridas na boca) sejam disponíveis no local	93,9	91,2	95,8	93,3	89,5	95,8	95,3	92,0	97,3
Que a alimentação seja disponível no local	93,8	91,0	95,7	92,8	89,0	95,3	95,8	92,8	97,6
Que banho e outros cuidados de higiene sejam disponíveis no local	93,5	90,7	95,5	93,1	89,2	95,7	94,4	90,6	96,7
Que o serviço ofereça ajuda para conseguir emprego	92,5	89,5	94,6	91,9	87,8	94,7	93,7	90,6	95,8
Que o serviço ofereça ajuda para escola/curso	92,0	89,3	94,1	91,3	87,3	94,1	93,7	91,4	95,3
Que o serviço ofereça ajuda para conseguir	91,7	89,1	93,8	91,3	87,5	94,0	92,7	89,7	94,9

atividades de lazer/esportes									
Que os serviços sociais básicos (como encaminhamento para abrigo) sejam disponíveis no local	87,2	84,5	89,3	87,6	84,2	90,3	86,3	82,5	89,4
Que o serviço seja aberto em horário conveniente	84,2	80,8	87,1	83,5	79,5	86,8	85,8	79,3	90,4
Que você mantenha seu anonimato (ou seja, que você não tenha que dar informações pessoais)	57,4	64,0	70,6	66,0	61,6	70,2	70,3	65,9	74,3
Que o serviço seja localizado próximo de onde você costuma usar drogas	53,2	59,5	55,6	62,6	58,4	66,7	64,3	57,8	70,3
Que a polícia não tenha acesso ao local	59,9	56,3	63,5	58,0	54,0	61,9	64,0	56,5	70,8

Fonte: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, FIOCRUZ, 2014.

A pesquisa apurou que, no Brasil, 94,1% dos entrevistados gostariam de receber tratamento gratuito, com alto índice (todos acima de 90% dos entrevistados) para dependentes que gostariam de ter acesso à alimentação, higiene, auxílio à colocação no mercado de trabalho, atividades escolares e cursos. A tabela mostra que o dependente, em entrevista, relatou o interesse por ações que ofereçam auxílio no tratamento ao vício, todas intimamente relacionadas às ações de assistência social e saúde. Contudo, dadas as condições físicas e psíquicas que os absorvem, sua procura voluntária é baixa, e como a oferta também é precária, acabam por não terem acesso a esses serviços.

Com relação à forma de obtenção de renda entre os usuários de crack, a pesquisa mostrou a ausência de trabalho formal, sendo composto por trabalhos esporádicos e autônomos, sem recolhimento de previdência social e outras garantias trabalhistas.

Pesquisas apontam a dificuldade de inserção do usuário de crack no mercado de trabalho, dada a fragilidade psíquica e física causada pelo vício.

Nesse contexto, “entre usuários de longa data é comum tanto o comprometimento da capacidade de recolocação no mercado de trabalho devido a déficits cognitivos, de assertividade quanto pela perda de habilidades sociais” (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2013, p. 137).

Quanto à obtenção de recursos por meio do sexo, a pesquisa mostrou que há maior atividade sexual para obtenção do crack, 7,5% dos entrevistados, enquanto que na população geral os profissionais do sexo correspondem a 1%. Com relação a atividades ilícitas, 6,4% integram o tráfico de drogas, e 9,0% praticam furtos/roubos para obter renda (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, FIOCRUZ, 2014).

Tabela 3 – Fontes de renda (dos últimos 30 dias anteriores à pesquisa) dos usuários de crack e/ou similares, segundo local

	Brasil			Capitais			Não - capitais		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Trabalho por conta própria ou trabalho esporádico/bicos	64,9	61,7	68,0	67,6	63,5	71,4	59,2	55,5	62,8
Pedir esmolas	12,8	10,5	15,6	13,4	10,9	16,4	11,6	7,1	18,4
Família/parceiro (a) / amigos (empréstimos/presentes)	11,3	9,3	13,6	10,0	7,9	12,6	14,0	10,6	18,3
Atividade ilícita (outra que não tráfico de drogas, como: furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria, estelionato etc.)	9,0	7,1	11,4	8,2	6,4	10,5	10,8	6,7	16,3
Trabalho regular sem carteira assinada	8,2	6,5	10,2	7,3	5,1	10,3	10,0	8,3	16,9
Profissional do sexo ou troca de sexo por dinheiro	7,5	5,6	9,9	7,5	5,1	11,0	7,3	5,3	12,1
Preparar para comércio, vender, participar de alguma forma de venda ou distribuição de drogas	6,4	4,3	9,5	7,8	4,9	12,3	3,5	2,3	10,1
Renda de assistência /benefício (assistência social, seguro desemprego,	5,4	4,1	7,0	4,6	3,3	6,4	7,2	4,8	10,6



previdência, benefício por doença etc.)									
Trabalho regular com carteira assinada	4,2	2,9	6,1	2,8	1,7	4,6	7,2	4,4	11,6

Fonte: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, FIOCRUZ, 2013.

A maior parcela da população dependente de drogas concentra-se entre as classes sociais com renda baixa, geralmente moradores de locais onde o tráfico de drogas e a violência são mais intensos. Por sua vez, nessas localidades, as ações de saúde, como postos de atendimento, hospitais, ações sanitárias são mais precários, dificultando ainda mais o acesso aos programas de tratamento.

A assistência social é fulcral para o sucesso de qualquer programa de recuperação de dependentes químicos, desde o atendimento ao próprio usuário, sua família e comunidade. Ademais, a recuperação por intermédio dos programas que adotam o modelo de redução de danos exige que os dependentes mantenham os laços familiares e sociais, coexistindo tratamento e convívio social. Isso porque o isolamento total em clínicas e comunidades terapêuticas, excepcionando casos extremos que demandam a internação temporária, os afasta da realidade cotidiana, sem prepará-los para o retorno ao convívio.

As ações de assistência social melhoram a qualidade de vida dos dependentes e seus familiares, oferecendo suporte para otimizar o convívio familiar, trabalho, formação escolar e lazer.

Os dependentes de substâncias psicoativas devem receber tratamento no meio em que vivem, a fim de facilitar a reinserção familiar, profissional e social, sem isolá-lo ou deslocá-lo do seu habitat natural. Para isso, os programas de recuperação devem ter ações voltadas à assistência social, que priorizem o convívio familiar, comunitário, reinserção no mercado de trabalho e profissionalização.

O uso de drogas na contemporaneidade está relacionado diretamente aos problemas sociais, em especial à pobreza e à marginalização. A pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz demonstrou a existência de uma relação direta ente o consumo de drogas e a vulnerabilidade social a que estão expostos os usuários (FIOCRUZ, 2014).

A Constituição de 1988 listou um vasto rol de direitos sociais a serem implementados pelo Estado. Esses direitos referem-se aos ideais presentes na elaboração da Constituição Cidadã, que contou com a participação ativa dos grupos

que pleiteavam uma sociedade democrática e igualitária após décadas sob a ordem do regime ditatorial. A erradicação da pobreza e da marginalização constou no artigo 3º como objetivo da República e trata-se de elemento mestre para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. A questão das drogas e suas implicações está diretamente relacionada à má distribuição de renda, precariedade dos serviços públicos e desigualdade social.

Os direitos sociais de natureza econômica envolvem as prestações positivas do Estado voltadas à busca do pleno emprego (princípio alocado no inciso VIII do art. 170), à redução das desigualdades sociais e regionais, à erradicação da pobreza e da marginalização e à defesa do consumidor e da concorrência. Todos relacionados à definição da ordem econômica e à política que os dirigem.

A pobreza é um dos problemas sociais mais antigos na história da humanidade, marcada pela ausência de alimentos, más condições de vida (no campo e nas cidades), exploração do trabalho, agravada por doenças, falta de condições sanitárias e urbanas que promovam o desenvolvimento. A pobreza já levou o indivíduo a ser submetido à condição de escravo.

Com relação ao uso das drogas, as pesquisas sobre usuários de crack destacam sua condição de moradores de rua e incapacidade para instituir um lar.

Assevera-se que, com a manutenção do lar prejudicada,

[...] a atual incapacidade de E.L.R<sup>7</sup>. em manter um lar é um fator de estresse importante. Seu estado de desemprego, contas e dívidas a pagar, situação econômica comprometida, uso de crack e álcool constantes e problemas familiares tornaram este diagnóstico uma realidade para o usuário, contribuindo para situação de morador de rua (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2013, p. 137).

Com a implementação do Estado Social, principalmente no período pós 2ª Guerra Mundial, os Estados Constitucionais passaram a estabelecer direitos com a finalidade de garantir a efetividade e a promoção social, estabelecendo garantias básicas aos cidadãos, de forma a viabilizar a promoção pessoal e social, com ênfase na dignidade da pessoa humana e na erradicação da pobreza.

Ressalta-se que a intenção política, na Constituição Federal de 1988, na promoção da igualdade econômica, a exemplo do Fundo de Combate e Erradicação

---

<sup>7</sup> O nome do entrevistado foi mantido em sigilo na pesquisa.

da Pobreza, criado em dezembro de 2000, por meio da Emenda Constitucional número 31, tem objetivo de viabilizar a todos os brasileiros, natos ou naturalizados, o acesso a níveis dignos de subsistência (TAVARES, 2008). Esses recursos serão aplicados em ações suplementares de nutrição, habitação, educação, saúde, reforço de renda familiar, entre outros programas de relevante interesse social, voltados para a melhoria da qualidade de vida, devendo esse objetivo ser implementado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A erradicação da pobreza e da marginalização, além de constituir-se em direito social de natureza econômica, é um dos objetivos da República Federativa do Brasil, definido pela Constituição Federal de 1988, no art. 3º, inciso III. Nele, estabelece-se como meta ao poder público o dever de se valer de políticas públicas para garantir o mínimo existencial, intrinsecamente ligadas à realização dos direitos fundamentais, verdadeira solidificação do princípio da dignidade da pessoa humana. Trata-se de garantir as condições mínimas de uma vida digna a todos, com alicerce na igualdade e fraternidade.

Reforça-se que os direitos sociais são devidos aos “desvalidos em geral”, devendo ser fornecidos, pelo Estado, a quem deles necessitar. A assistência social, entre os direitos da seguridade social, possui como sujeitos as parcelas mais vulneráveis da sociedade, que necessitam de amparo do Estado e da sociedade. Está relacionada ao dever social de compartilhar a riqueza produzida, associada ao elemento fraternidade (SILVA, 2008, p. 311).

A pobreza e a marginalização são características mais fortes dos grupos vulneráveis às drogas, pois, como já dito, estão constantemente expostos ao tráfico e à violência. Associados aos fatores de pobreza, esses grupos são formados, em geral, por famílias desestruturadas, com registro de violência doméstica e abandono, geralmente chefiadas por mulheres que se ausentam diuturnamente para laborar, ficando os filhos expostos às mazelas da marginalização social.

A pesquisa da Fundação Osvaldo Cruz mostra que, em geral, os usuários possuem registro de abandono escolar e passagem por casas de internação e sistema prisional, elementos que corroboram para a condição de pobreza e exclusão social (FIOCRUZ, 2014).

Os dependentes de substâncias psicoativas constituem-se em parcela vulnerável da sociedade, principalmente quando se posicionam nas classes mais baixas, desfavorecidos de acesso à saúde, à justiça e apoio familiar e social para

recuperação. Inicialmente acreditava-se que as consequências do uso do crack fossem mais um problema de saúde pública do que uma questão de fragilidade no desenvolvimento e igualdade social.

Os números apontam que a população mais afetada pelo consumo nocivo da droga é a parcela pobre da sociedade, com baixo índice de escolaridade, pouco acesso aos serviços públicos e sem trabalho formal. O perfil traçado pela Fundação Oswaldo Cruz possibilitou concluir que o problema está intrinsecamente relacionado às deficiências no desenvolvimento social, sendo esse um pilar indispensável na política de drogas.

### **1.3.3 Base normativa da política de drogas no Brasil**

Até o início do século XX, as drogas eram aceitas com mais naturalidade, uma vez que eram consumidas por jovens ricos que pertenciam à classe social dominante do poder político e econômico. Apesar de o Código de 1890 regular os crimes contra a saúde pública, a lei não continha dispositivos específicos com relação ao uso de substâncias entorpecentes, muito utilizadas para fins recreativos. A partir da disseminação do uso entre as classes mais pobres, passa a ser alvo de combate pelo Estado, sob o argumento que favorece a marginalização e o ócio entre os jovens (CARVALHO, 2010).

A primeira lei proibicionista – Decreto n. 4.294/1921 – pune com pena de prisão a venda do ópio e seus derivados. Em 1932, ocorre a consolidação das leis penais, com o surgimento de “uma nova disciplina da matéria, no sentido da densificação e da complexificação das condutas contra a saúde pública” (CARVALHO, 2010, p. 12).

Ao final da década de 30, a política contra as drogas ganha força com a edição do Decreto n. 780/1936, mais tarde modificado pelo Decreto n. 2.953/1938, os quais criam uma Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes e trazem a previsão expressa da pena de prisão para o uso e comércio de drogas. Ainda em 1938, foi editado o Decreto n. 891/1938, elaborado de acordo com a Convenção de Genebra de 1936, e tratava de questões pertinentes ao tráfico, produção e consumo, além de aumentar a lista de substâncias consideradas proibidas. O Decreto n. 891/1938 é incorporado ao Código Penal Brasileiro, em 1940, no artigo 281 (CARVALHO, 2010).

Embora existam esses resquícios de criminalização ao longo da história legislativa brasileira, a política proibicionista sistematizada surge apenas na década de 40 (CARVALHO, 2010). Com relação aos usuários, a legislação começa a se alinhar, nessa etapa, às políticas proibicionistas e higienistas, que retiravam os usuários do cenário urbano sem proporcionar-lhes tratamento e acolhimento adequados.

Cumprir observar que a partir da década de 60 alguns tipos de drogas ilícitas se popularizam e estão associadas aos movimentos sociais, principalmente de jovens, que contestam o sistema político de repressão militar. No Brasil, a democracia sofre um golpe com os militares em 1964, retirando liberdades fundamentais e cerceando, com violência, manifestações contrárias ao regime.

Além da contestação e da subversão, o consumo de drogas também é relacionado a outros fatores, como pobreza, exclusão social, distúrbios psíquicos, conflitos familiares, desemprego entre outros. A mídia favorece o estigma que a violência está ligada às drogas, criando a imagem do drogado como o destruidor da sociedade. A política de combate às drogas passa a ser intensificada, pois o jovem, usuário de drogas e contestador, passa a ser o alvo da repressão estatal (CARVALHO, 2010).

Assim é que o Brasil entra definitivamente no cenário internacional de combate às drogas, com a promulgação do Decreto n. 54.216/1964, o qual aprova a “Convenção Única sobre Entorpecentes”. À frente, edita-se o Decreto n. 159/1967, que inclui como entorpecentes outras substâncias causadoras de dependência física ou psíquica, o Decreto-Lei n. 385/1968, o qual equipara a pena para usuários e traficantes, e a Lei n. 5.726/1971, que também manteve pena idêntica a usuários e traficantes, fortalecendo, assim, a política proibicionista adotada no Brasil.

Em 1973, o País adere ao Acordo Sul-Americano sobre Drogas e, inspirado nessa normativa, edita a Lei n. 6.368/1976, que dispõe sobre as medidas de prevenção e repressão ao tráfico e uso indevido de substâncias entorpecentes e mantém a criminalização dos usuários, diferenciando, porém, a punição do porte e do comércio.

A Lei n. 10.216, de 4 de junho de 2001, trata dos direitos assegurados às pessoas acometidas de transtorno mental e seus familiares ou responsáveis. A lei enumera os principais direitos de pessoas acometidas de transtornos mentais e prevê as principais regras nas situações de internação voluntária e não voluntária, podendo

a última se dar involuntariamente, quando feita por familiar, e compulsoriamente, quando determinada pelo Poder Judiciário.

Aqui residem alguns pontos polêmicos, os quais deverão ser observados no procedimento de internação não voluntária. Primeiro, deve-se tentar o tratamento ambulatorial antes de se partir para internação e observar sempre as normas de segurança em equilíbrio com o respeito à autonomia e à dignidade da pessoa. Todo e qualquer tratamento deverá ser o menos invasivo possível e ser acompanhado por médico registrado no Conselho Regional de Medicina da localidade do estabelecimento. Outro ponto importante refere-se à fiscalização dessas instituições, que deverão ser contínuas e contar com a participação do Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos de Drogas e entidades da sociedade civil. Quanto maior a fiscalização, amplia-se a possibilidade de uma melhor prestação dos serviços.

E, por fim, como pedra fundamental, está o respeito à dignidade da pessoa humana, que deve balizar toda e qualquer ação que restrinja o ir, vir e permanecer de qualquer situação. É necessário que se controle esses estabelecimentos a fim de evitar o retorno das antigas práticas de tortura feitas nos estabelecimento manicomiais, com tratamentos degradantes e desumanos.

A Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações e também é aplicada aos usuários e dependentes de drogas que se enquadram na situação de internação hospitalar. Trata-se de um auxílio pecuniário que a lei garante ao paciente que deixou a situação de internação. O benefício terá a duração de um ano, podendo ser estendido até que o paciente esteja reabilitado.

Apesar de manter a criminalização do usuário, a legislação já se encontrava a caminho de uma sensível mudança no sistema repressivo. Finalmente, em 2006, editou-se a Lei n. 11.343/2006 (em vigor), ainda alicerçada no modelo proibicionista, porém com tímida inserção de mecanismos de cuidado adotados pelas políticas de redução de danos, os quais representam, até a atualidade, o ápice de alteração do modelo repressivo (CARVALHO, 2010).

A Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. Essa lei descreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como estabelece normas para repressão à produção não autorizada

e ao tráfico ilícito de drogas, definindo os crimes em 18 tipos penais e punindo usuários e traficantes.

A lei considerou como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência. A relação de substâncias é especificada em portaria da ANVISA, periodicamente atualizada pelo Ministério da Saúde.

A lei ressaltou modelo proibicionista, influenciada pelas políticas de enfretamento norte-americano e as convenções da Organização das Nações Unidas, mas apresenta abertura para uma política de redução de danos. A norma cuida de prevenção, atenção, reinserção social e repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito. A legislação não avançou suficientemente para uma política que priorize a redução de danos e autonomia da vontade do indivíduo. Verifica-se, em seu artigo 2º, *in verbis*:

Art. 2º Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso.

O Estado brasileiro adotou um modelo jurídico híbrido no trato às drogas, o qual envolve ações interdisciplinares de prevenção, tratamento e repressão ao comércio ilegal, pois criminaliza o tráfico com 18 tipos penais, com pena de reclusão, conforme dispõe o art. 33 da Lei n. 11.343, de 2006. Essa questão está sendo discutida no Supremo Tribunal Federal, e o relator, Ministro Gilmar Mendes, votou pela descriminalização do artigo 28 da Lei que pune o porte de drogas<sup>8</sup>.

Em síntese, a lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, que traz os princípios e as diretrizes das políticas sobre drogas, prevê medidas relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelece normas para

---

<sup>8</sup> Para entender melhor a questão, ver o voto proferido pelo Ministro Gilmar Mendes, do Supremo Tribunal Federal (STF), relator do Recurso Extraordinário (RE) 635659, com repercussão geral reconhecida, o qual votou pela inconstitucionalidade do artigo 28 da Lei de Drogas (Lei 11.343/2006), que define como crime o porte de drogas para uso pessoal. Segundo o entendimento adotado pelo ministro, a criminalização estigmatiza o usuário e compromete medidas de prevenção e redução de danos. Destacou também que se trata de uma punição desproporcional do usuário, ineficaz no combate às drogas, além de infligir o direito constitucional à personalidade.

repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, define crimes bem como sana outras providências pertinentes ao uso geral de substâncias entorpecentes.

O SISNAD está estruturado em duas linhas, estabelecidas logo no artigo 3º: I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; e II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito. A lei mostrou clara a vontade do legislador em traçar as diretrizes para recuperar o dependente, mas não determinou que ações de redução de danos fossem implementadas dentro de uma perspectiva de uso da droga, tratando a abstinência total como meio de enfrentamento. No tocante à repressão, cuidou a lei em criminalizar as drogas, combater o tráfico, prever crimes e estabelecer procedimentos judiciais.

O SISNAD possui como princípios norteadores do sistema: (i) respeito aos direitos fundamentais, especialmente com relação à autonomia e liberdade; (ii) respeito à diversidade; (iii) promoção dos valores éticos, morais e cidadania, vistos como fatores de proteção para o uso indevido das drogas; (iv) promoção de consensos nacionais, de maneira a incentivar a participar popular.

Ainda, trata dos demais princípios que nortearão as ações do sistema, dirigidos a todos, sociedade e Estado, com ênfase na diferença entre as pessoas e as várias culturas existentes no País, dentre eles se destaca o respeito às diversidades populacionais que, no caso das drogas, deverão observar o perfil do usuário dependente, seu contexto social, econômico e cultural.

Busca, enquanto princípio, o reconhecimento da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, observando a importância da participação social, bem como a intersectorialidade dos fatores correlacionados ao uso indevido das drogas. O programa *Crack, é possível vencer* foi traçado dentro dessa perspectiva, contemplando eixos em quatro diferentes setores: saúde, assistência social, prevenção (educação) e segurança pública. O inciso IX do artigo 4º, que trata dos princípios, deixa clara essa intersectorialidade de ações:

IX - a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas (BRASIL, 2006, *online*).



No plano internacional, prevê a integração das estratégias nacionais e internacionais de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito.

Internamente prevê como princípio a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário, com vistas à cooperação mútua nas atividades do SISNAD.

Por fim, cumpre destacar como princípio norteador a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando a garantir a estabilidade e o bem-estar social.

O SISNAD deverá observar as orientações e as normas emanadas do Conselho Nacional Antidrogas – CONAD.

O SISNAD possui como objetivo contribuir para a inclusão social do cidadão, no intuito de diminuir sua vulnerabilidade, promover a construção e a socialização do conhecimento sobre as drogas e promover a articulação entre as ações de enfrentamento às drogas.

Com relação aos objetivos do SISNAD, os incisos III e IV tratam da articulação entre os entes federados – União, Distrito Federal, Estados e Municípios – na realização das políticas públicas intersetoriais, sendo esse um dos pontos mais importantes do sistema:

III - promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios;

IV - assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata o art. 3º desta Lei (BRASIL, 2006, *online*).

A articulação consiste no ponto de estrangulamento das ações em nível nacional, dada as dimensões territoriais do País e o modelo federativo adotado para a República. O Brasil é um país grande e ações desenvolvidas sempre devem ser pensadas em proporções macro, atendendo as peculiaridades de cada região, o que dificulta sua implementação. Com relação ao modelo federativo, não há como compelir o ente federado a aderir a um programa que implique investimento de

recursos e instrumentos de gestão, pois os entes possuem autonomia financeira, administrativa e política. Nesse ponto, implica o poder de articulação para induzir o ente federado a aderir aos programas e às ações, convencendo-se os agentes políticos e a sociedade dos seus benefícios. Essa foi a estratégia adotada no programa *Crack, é possível vencer*. A União implantou o programa e passou ao trabalho de articulação no convencimento à adesão dos entes federados. Essa questão será tratada com mais detalhamento no Capítulo 2, que versa sobre as políticas públicas de drogas e o programa *Crack, é possível vencer*.

A lei traça as diretrizes para prevenção, atenção, reinserção de usuário e dependentes e seus familiares, visando à melhoria de vida e à redução dos riscos e danos associados ao uso de drogas.

A partir do artigo 27, a lei trata dos crimes e das penas relacionadas às drogas, penalizando usuários e dependentes com medidas diferentes do encarceramento, sendo advertência, prestação de serviços à comunidade e comparecimento a programa ou cursos educativos.

Por fim, a lei tipifica os crimes envolvendo a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. O artigo 33 prevê 18 condutas tipificadas como crime, sujeito à reclusão de 5 a 15 anos. A lei trata da norma penal e processual para apuração dos crimes.

A lei possui forte caráter repressivo ao consumo e comércio das drogas, dedicando à seara penal a maior parte dos seus dispositivos. A redução de danos, ações de prevenção e o sistema nacional são abordados, mas com as limitações do modelo proibicionista predominante na legislação.

#### **1.3.4 Atos Regulamentares da política de drogas**

Nessa seção, serão apresentados os Decretos e as Portarias vigentes que organizam o sistema de enfrentamento ao crack, explicitando a função regulatória de cada documento que integra a rede de cuidado aos seus dependentes.

Para isso, o Sistema Nacional de políticas públicas sobre Drogas é estruturado a partir de órgãos secundários, previstos no Decreto n. 5.912, de setembro de 2006, além de órgãos e entidades do poder público e também do terceiro setor que exerçam as atividades relativas à prevenção do uso indevido e cuidado com o

dependente e a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. São eles o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD.

No início de 2011, o governo federal promoveu uma reforma na organização institucional da pauta sobre drogas, modificando competências e instituindo serviços à rede de atendimento. Agora, o Ministério da Justiça coordena o CONAD e a SENAD, que antes da edição do Decreto n. 7.426, de 7 de janeiro de 2011, estavam sob a responsabilidade do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

O Conselho Nacional de Drogas é o órgão superior do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, órgão colegiado na estrutura organizacional do Ministério da Justiça, e o SENAD é sua secretaria executiva (BRASIL, 2015).

As competências do CONAD continuaram sendo estabelecidas pelo Decreto n. 5.912/2006 e é o principal órgão que delibera sobre a política nacional de enfrentamento às drogas, atualizando e promovendo a integração das políticas desenvolvidas pelas entidades dos diferentes entes federativos. Também é responsável por acompanhar e avaliar a gestão dos recursos destinados a essa política, alocados no Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD.

O FUNAD é gerido pelo Gabinete de Segurança Institucional do Ministério da Justiça e recebe recursos vindos de diversas fontes ligadas às políticas de combate ao tráfico de drogas e os repassa aos órgãos e entidades conveniados para o mesmo fim.

A política de drogas é feita por um conjunto de normas e ferramentas de gestão que possibilitam a sua execução, envolvendo a lei de drogas, decretos presidenciais e ministeriais, planos estratégicos de atuação. Assim, essa política é representada por meio de uma cadeia de atos estabelecidos pelo legislador, administração pública e, quando necessário, submetida ao controle do Poder Judiciário.

Antes de alcançar o plano legislativo, início formal do processo jurídico de criação das políticas públicas, a sociedade deverá estabelecer demandas firmes e reconhecidas como legítimas por seus agentes, a fim de direcionar o Estado na sua atuação, conformando as demandas sociais em princípios (gerais) e regras (específicas), passo primordial para atingir objetivos específicos, claros e adaptados à realidade (BUCCI, 2006).

O Plano Integrado de enfrentamento ao Crack e outras Drogas foi instituído no ano de 2010 pelo Decreto n. 7.179, e alterado no ano de 2011 pelo Decreto n. 7.637. O Plano tem como fundamento a integração e a articulação das políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública e outras, fundamentais para seguir os pressupostos e as diretrizes traçados e atingir os objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

Um Comitê Gestor e um Comitê Executivo são responsáveis pelo Plano Integrado. O primeiro estimula a participação dos entes federados, acompanha e avalia as implementações ao Plano e produz um relatório periódico. O segundo, com número de membros reduzidos, possui funções de gerenciamento das ações, inclusive propondo ao comitê gestor medidas de aprimoramento das ações do plano de enfrentamento ao crack.

Nesse Plano Integrado, são implementadas desde “ações imediatas”, como a ampliação do número de leitos para tratamento de usuários de crack, até “ações estruturantes”, como a criação do centro integrado de combate ao crime organizado.

Assim, os órgãos e as entidades que integram a estrutura de enfrentamento às drogas buscam dar cada vez mais uma atenção integral ao dependente, além de manter a política repressiva que visa a combater o tráfico e a produção das drogas ilícitas ao uso, conjuntamente. O programa *Crack, é possível vencer* será abordado em detalhes no Capítulo 2.

A Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial com a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Institui Serviço Hospitalar de referência para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, bem como prevê a existência de unidades de acolhimento para essas pessoas.

O serviço hospitalar de referência é especificado na Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012, que vem definir as normas de funcionamento e habilitação, além de instituir incentivos financeiros de investimento e de custeio. Nesse ponto, a Resolução n. 29, de 30 de junho de 2011, traz requisitos de segurança sanitária para essas instituições.

Já em 2012, a Portaria n. 121, de 25 de janeiro, discorreu sobre as Unidades de Acolhimento de adultos e as Unidades de Acolhimento infanto-juvenil com funcionamento 24 horas e caráter residencial transitório.

Apesar da estrutura apresentada acima demonstrar a inovação no discurso teórico, o contexto histórico antecedente, que culmina na edição da Lei n. 11.343, de 2006, bem como a observação de aplicação e funcionamento real das estruturas previstas na legislação, demonstram que, na prática, a política aplicada é falha e muito pautada no proibicionismo. Essa base ainda carrega consigo um ideal de abstinência contraditório às constatações de diversas alternativas ao tratamento dos problemas do uso, abuso e também enfrentamento ao tráfico de drogas.

Os usuários e dependentes de drogas ilícitas ainda são tratados da mesma maneira nesse sistema. E a SENAD, apesar de ter desempenhado papel importante na melhoria da assistência realizada pelas comunidades terapêuticas, se limita ao financiamento e à divulgação de pesquisas de prevenção ao uso sem ter conseguido, no entanto, o comando da repressão ao tráfico (SAPORI; MEDEIROS, 2010).

Parte dos objetivos da Política Nacional sobre Drogas pode, de fato, ser ligado ao ideal da segurança pública e ainda defenderem a abstinência como a melhor forma de tratamento, o que vai de encontro à própria política adotada pelo Ministério da Saúde. Constatam-se, assim, as incongruências de uma herança proibicionista que influencia e faz parte da estrutura da nova legislação sobre drogas.

Em relação aos antecedentes legislativos, em 2002, com a edição da Lei n. 10.409, manteve-se a estrutura material relativa aos delitos e às penas da antiga Lei n. 6.368 de 1976. E a Lei do Crime Organizado, assim como o Decreto n. 5.144/2004 e a lei que instituiu o Regime Disciplinar Diferenciado foram integrados à estrutura da legislação atual. Isso demonstra a incorporação formal e substancial da lógica beligerante (militarizada) na gestão da segurança pública nacional (CARVALHO, 2010).

Assim, apesar de significar o ápice do tratamento com alguma previsão de prevenção de danos no Brasil, trazendo o modelo de intervenção psiquiátrico-terapêutico nos vários modelos de Centros de Atenção Psicossocial bem como de entidades agora ligadas direta ou indiretamente ao poder público, a legislação atual demonstra ainda a obsessão repressiva e o idealismo de abstinência.

Ou seja, ainda reitera a política proibicionista, prevendo graves sanções ao tráfico, mesmo quando o indivíduo se envolve individualmente com o sistema de tráfico de drogas, e mescla esse processo a sutis alternativas terapêuticas para dependentes. Com o detalhe de não ter descriminalizado o usuário, mas apenas retirado a pena privativa de liberdade antes prevista (CARVALHO, 2010).

A partir de agora, tratar-se-á do estudo do referencial teórico acerca das políticas públicas, com ênfase nas políticas de drogas. Ainda, será apresentada a discussão acerca da internação não voluntária, juntamente com as polêmicas que cercam essa medida, e como o Poder Judiciário decide em relação à internação compulsória de usuários e dependentes de crack.

## CAPÍTULO 2 – ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS NO BRASIL

### 2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONCEITO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O Estado Social trouxe para si a responsabilidade de implementar ações positivas que se materializam por meio de *programas de governo*, estruturados para serem executados em determinado prazo e dentro de um contexto singular institucional. Além dos programas ou políticas de governo, há as *políticas de Estado*, projetadas para um futuro mais distante, para serem implementadas ao longo do tempo.

A diferença entre política de Estado e política de governo consiste no fato de que a política de governo corresponde aos “programas de ação governamental em sentido próprio” tendo como componente a “estratégia, isto é, incorpora elementos sobre a ação necessária e possível naquele momento determinado, naquele conjunto institucional e projeta-os para um futuro próximo”, ao passo em que as políticas de Estado são medidas por “décadas” com horizonte espacial maior (BUCCI, 2006, p. 18-19).

O fato é que a CF/88 estabeleceu um rol de direitos sociais que não se confunde com um conjunto de meras recomendações aos poderes públicos. Trata-se de normas dotadas de aplicabilidade e eficácia (em alguns aspectos, imediata, em outros, mediata). Muitas vezes sua concretização exige a edição de normas infraconstitucionais, atos regulamentares, atos administrativos, ferramentas de gestão, entre outros instrumentos, mas isso não significa, de modo algum, que não tenham eficácia já a partir da Constituição, ou, muito menos, que não possam ser consideradas verdadeiras normas jurídicas.

As transformações históricas que levaram à adoção do modelo de Estado Social por diversas constituições contemporâneas deram grande ênfase aos direitos prestacionais, estabelecendo novas tarefas e funções aos poderes públicos, que passaram a ter um grau de interferência muito maior na vida de seus cidadãos, comparativamente ao Estado Liberal.

Contudo, apesar do amplo reconhecimento acerca do caráter verdadeiramente jurídico das normas que veiculam direitos fundamentais, incluindo os de natureza social, ainda há muita polêmica acerca da execução dessas normas, visto

que elas exigem o planejamento e a coordenação de diferentes ações concretas do Estado.

De fato, a utilização da teoria das normas programáticas como justificativa para o esvaziamento do caráter vinculante dos direitos sociais – transformando-os, quando muito, em mera expectativa de direito a serem realizados num futuro incerto – encontra cada vez menos assento nas interpretações atuais da Constituição. Afinal, o disposto no texto constitucional não é um “mero repertório de recomendações a serem ou não atendidas, mas um conjunto de normas supremas que devem ser incondicionalmente observadas, inclusive pelo legislador infraconstitucional” (CARRAZA, 2006, p. 34).

Apesar do forte caráter social adotado pela Constituição de 1988, ainda se vê rastro das políticas liberais que atentam para o enxugamento da máquina administrativa, ou a adoção de um processo de seletividade das ações estatais, que nem sempre priorizam as políticas voltadas à saúde pública e à assistência social. A política de atenção às drogas ainda não foi definida como prioritária pelas ações estatais, o que pode ser comprovado pela demora do Estado brasileiro em lançar programas específicos de drogas. O Programa *Crack, é possível vencer*, por exemplo, somente foi iniciado em 2010, revelando o atraso no planejamento de políticas públicas para o enfrentamento às drogas. Ora, esse atraso compromete a efetividade dos direitos sociais, visto que as políticas públicas constituem o objeto por excelência dessa categoria de direito.

As políticas públicas, ainda que não se confundam com normas jurídicas, são elaboradas a partir de diferentes suportes jurídicos que lhe dão consistência e legitimidade. Consistência, porque quando construídas a partir da norma, da manifestação do legislador, seguida da regulamentação jurídica do Poder Executivo, por meio dos atos normativos e regulamentares, os instrumentos indispensáveis à sua execução atingem um grau de institucionalização que os tornam menos suscetíveis à discricionariedade de um novo administrador, em função de mudanças de gestão, por exemplo.

Legitimidade, porque devem passar, no contexto de um Estado Democrático de Direito, por um processo de construção aberto à participação dos atores envolvidos, tal como ocorre quando da elaboração de planos de erradicação de epidemias, a exemplo da poliomielite, que exigiu ação integrada e planejada para controle e prevenção.



Ressalte-se a importância da sistematização das políticas públicas a partir do exercício de construção normativa, fazendo convergir as ações do Poder Legislativo, Administração Pública e Poder Judiciário, preferencialmente com participação de segmentos da sociedade e, posteriormente, submetida a diversos mecanismos de controle, como o exercido pelo Judiciário, pelos Tribunais de Contas e, até mesmo, pela sociedade civil.

Dessa forma,

Ao direito cabe conferir expressão formal e vinculativa a esse propósito, transformando-os em leis, normas de execução, dispositivos fiscais, enfim, conformando o conjunto institucional por meio do qual opera a política e se realiza seu plano de ação [...] A realização das políticas públicas deve dar-se dentro dos parâmetros da legalidade e da constitucionalidade o que implica que passem a ser reconhecidos pelo direito – e gerar efeitos jurídicos – os atos e também as omissões que constituem cada política pública (BUCCI, 2006, p. 37).

As políticas públicas envolvem processos juridicamente coordenados, que vão desde a escolha eleitoral, que define a linha ideológica e vínculos políticos setoriais da gestão, ao planejamento participativo, que aproxima Administração pública, atores interessados na sua consecução e a formação das leis que lhe dão obrigatoriedade. Também definem princípios, regras, objetivos e balizam os gastos públicos, em respeito ao princípio da legalidade, no qual se ancora o Estado Democrático de Direito. O programa *Crack, é possível vencer* é exemplo de uma demanda aflorada em um momento eleitoral (eleições presidenciais de 2010) e transformada em programa de governo ainda em 2010, pelo então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva<sup>9</sup>.

Além da dimensão processual, as políticas públicas envolvem “arranjos complexos, típicos da atividade político-administrativa”, as quais abrangem a atividade legislativa, inclusive do constituinte originário, que firmou produtivo rol de direitos sociais (BUCCI, 2006, p. 31). Não há dúvida, como acima mencionado, acerca do caráter vinculativo das normas programáticas, o que exigiu do Estado mover-se no sentido de dar efetividade aos preceitos ali situados.

---

<sup>9</sup> Luiz Inácio Lula da Silva, eleito pelo Partido dos Trabalhadores, foi Presidente da República Federativa do Brasil por dois mandatos, de 1º de janeiro de 2003 a 1º de janeiro de 2011.

Em relação à sua natureza, pode-se dizer que a política pública é um programa de ação governamental,

[...] que resulta de um conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados (BUCCI, 2006, p. 390).

A partir da proposta de conceituação acima transcrita, identificam-se quatro elementos imprescindíveis para a configuração de uma política pública: ação, coordenação, processo e programa (BUCCI, 2006; DUARTE, 2015). A **ação** está presente no dever do Estado de efetivar direitos sociais, e pode vir de uma demanda social, do interesse governamental em implementar as políticas “X” ou “Y”, ou do comando constitucional de implementação dos direitos sociais. A **coordenação** consiste na articulação entre os órgãos governamentais, internamente nos diferentes setores do mesmo órgão e externamente entre órgãos, articulação nos três poderes e entre os entes políticos – União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Há ainda os **processos** construídos para alcançar a finalidade pretendida, os quais serão trabalhados adiante nesta pesquisa. E, como último elemento, a construção do **programa**, que contém o conteúdo em si da ação governamental (DUARTE, 2015).

O programa corresponde à forma de expressão das políticas públicas, nas quais

[...] constam os objetivos concretos da política, nas suas camadas internas, os elementos operacionais (instrumentos) e os elementos de avaliação, e finalmente, nas camadas externas, os elementos instrumentais e procedimentais, bem como os arranjos político-administrativos, os meios financeiros e outros recursos (BUCCI, 2006, p. 41).

No programa é possível individualizar as ações de acordo com o resultado que se pretende alcançar. O Programa *Crack*, *é possível vencer* expressa o conteúdo das ações da política de drogas voltadas para o crack, com abrangência nacional, envolvendo vários setores.

Note-se que há elementos jurídicos e não jurídicos que integram o conceito de políticas públicas, uma vez que “uma política pública carrega, necessariamente,

elementos estranhos às ferramentas conceituais jurídicas, tais como os dados econômicos, históricos e sociais de determinada realidade que o Poder Público visa atingir por meio do programa de ação” (BUCCI, 2006, p. 46).

Ainda, para melhor situar as políticas públicas, devem-se analisar, a partir de uma teoria jurídica das políticas públicas, os planos em que se estabelecem os processos de sua construção, com ênfase nos processos intrínsecos da tomada da decisão até a construção do programa com o conteúdo da política (BUCCI, 2013). Primeiro situa-se o plano macroinstitucional, que envolve a forma e o sistema de governo adotados e a maneira como influenciam a tomada de decisão pela adoção ou não de determinada política. Em seguida, aponta-se para o plano microinstitucional, que inclui a ação governamental e os processos envolvidos na construção da política pública. Por fim, trata-se do plano mesoinstitucional, indicando os arranjos, os modelos institucionais, a base jurídica, a articulação, o elemento autoridade pública como elo entre a decisão política e a base jurídica que compõe a política e os recursos necessários para construção da política pública.

Uma vez detectada a demanda, acionado o Estado a cumprir o dever de agir e coordenadas as ações, surge o preparo dos vários **processos**, juridicamente organizados, que concretizam a ação governamental, com a realização de etapas progressivas, envolvendo a sociedade civil, quando esta integra o processo de construção da política.

A proposta consiste em

[...] aplicar a noção de relação processual como esquema analítico aos diversos processos conduzidos pelo Poder Público que levem à formação das políticas públicas. Propõe-se um “painel de análise jurídica processual”, com a consideração de vários “processos estatais” pertinentes; o processo administrativo, porque é a matriz da organização do processo decisório no âmbito da Administração Pública, corpo executivo e governo; o processo legislativo, dado o interesse no exercício da iniciativa governamental sobre a elaboração das leis, e o processo judicial, porque o Poder Judiciário é o foro último de decisão sobre os conflitos relacionados à implementação dos direitos objeto das políticas públicas. Analisam-se também os processos de alocação de meios para as políticas públicas, destacadamente o processo orçamentário e suas correlações com o processo de planejamento, que orienta comportamentos futuros do Poder Público e dos agentes privados (BUCCI, 2013, p. 145-146).

A categorização em processos, como parte integrante da elaboração das políticas públicas, tal como apresentada por Maria Paula Dallari Bucci (2013, p. 109-110), possui forma própria de operacionalizar-se, embora todos os processos derivem da decisão governamental de agir na consecução de formação de uma determinada política pública. Trata-se “do ‘fio condutor’ a orientar a identificação e compreensão de determinada política pública”. Ainda, trata-se de processos construídos sob a perspectiva deontológica, do dever ser, apto a direcionar os comportamentos no interior do Estado e fora dele, no sentido de produzir “um quadro de ação sustentável no tempo, hábil, portanto, a realizar de fato (e não apenas no plano da retórica, no sentido vulgar) os resultados enunciados na política, buscando a qualidade e clareza da composição do arranjo institucional, com repercussão sob as dimensões éticas e técnicas” (BUCCI, 2013, p. 148). A proposta é ir de encontro com as medidas de temporárias de gestão, os “choques de gestão”, com fórmulas novas e milagrosas para a administração pública, com a estruturação de procedimentos contínuos que possibilitem, em caráter permanente, a condução de políticas públicas perenes, institucionalizadas.

Em seguida, será exibida a Tabela 4, em que são sistematizados os processos apresentados por Bucci (2013), indispensáveis à institucionalização das políticas públicas.

Tabela 4 – Processos de institucionalização das políticas públicas

Processo	Descrição
a) Processo Administrativo e seus contextos institucionais	Como ocorre a institucionalização das políticas públicas no interior da administração pública.
b) Processo Legislativo e iniciativa governamental	A maneira como a construção normativa e a participação do Poder Executivo influenciam na construção das políticas públicas
c) Processo de alocação de meios para a ação governamental. Arenas e temporalidade	Processo orçamentário
	Desconexão dos processos legislativo e orçamentário
	Planejamento: indução à ação coordenada de longo prazo
d) Processo Judicial: processualização dos parâmetros de controle das políticas públicas e as condições para os diálogos institucionais	De que maneira ocorre a intersecção entre os interessados pela efetivação dos programas de ações governamentais e os titulares do poder frente às decisões judiciais.
e) Processo político-eleitoral e influências recíprocas sobre o processo governamental	A influência do processo eleitoral na gestão governamental e os impactos sobre as decisões políticas na gestão pública.

Fonte: adaptado de Bucci (2013).

A partir do quadro anterior, abordar-se-á, resumidamente, cada um dos processos mencionados no plano microinstitucional de formação das políticas públicas.

a) Processo Administrativo e seus contextos institucionais

Trata-se da ampliação do processo administrativo com fins de estruturar os processos que acontecem no seu interior, com vistas a dar um caráter dinâmico e estável à prática administrativa. Busca-se maior racionalidade na prática administrativa, com a sistematização de regras e conceitos que visem a dar sustentabilidade jurídica às iniciativas governamentais, a fim de se evitarem as reiteradas interrupções e descontinuidades das políticas e dos programas governamentais.

Bucci (2013, p. 150-151) afirma que o processo é:

a) [...] a expressão de um “vir a ser” do fenômeno administrativo; caráter dinâmico, típico de situações em evolução; b) sucessão de atos no tempo; encadeamento em que a legitimação para a produção do ato subsequente é definida pelo direito, em termos de deveres e ônus; c) caráter juridicamente necessário e obrigatório do encadeamento de atos; d) instrumentalidade do processo em relação ao ato ou decisão; e) vinculação teleológica dos atos da série ao ato ou decisão final, observando-se as garantias e condições jurídicas para a produção dos atos intermediários; f) ato ou decisão final como resultante da cooperação de várias pessoas; g) conexão dos sujeitos ao esquema processual por direitos, deveres, ônus, poderes e faculdades, ou seja, um conjunto de posições jurídicas ativas e passivas.

A necessidade de continuidade das políticas governamentais representa o ponto de fragilidade das ações estatais, exigindo-se urgentemente uma reforma administrativa que confira às políticas públicas constância, por meio uma base jurídica que lhe dê firmeza e garanta sua continuidade, independentemente do grupo político-partidário que esteja no Governo. Assim, será possível à administração pública avaliar melhor suas ações, encontrar os gargalos que impedem a plena execução das políticas e programas e melhorar o sistema, por meio da experiência e seu aprimoramento.

A figura do gestor público ou autoridade também é destaque, uma vez que a organização administrativa ainda não contribui decisivamente para o sucesso ou não

de uma política, dependendo as políticas da decisão das autoridades políticas. O poder de decisão é elevado à finalidade maior de toda a organização administrativa, uma vez que origina a “formação da vontade da Administração Pública, vontade objetiva, não mera volição. Devem restar claros os motivos da decisão, sua justificativa técnica” (BUCCI, 2013, p. 160) e ser reforçada a necessidade de transparência e impessoalidade como meio de garantia da democracia, pois, a partir desses dois pressupostos da decisão governamental – transparência e impessoalidade – é possível à coletividade o exercício do contraditório, e, assim, tornar o processo mais cristalino e participativo.

b) Processo Legislativo e iniciativa governamental

A participação do Legislativo na atividade de formulação das políticas públicas é importante, ao passo que representa a vontade popular nas ações governamentais e marca a democracia semidireta adotada no País, por meio da representação do povo na Câmara dos Deputados, e, diretamente, por meio de mecanismos variados, de que são exemplos, entre outros, o plebiscito, referendo, a iniciativa popular, a participação em conselhos e audiências públicas. O Legislativo tem papel central no planejamento das ações governamentais, dado que todas as despesas passam pelo seu crivo de aprovação. Nos termos da Constituição Federal de 1988, projetos de lei que acarretem despesas orçamentárias são de iniciativa privativa do Presidente da República, dada a lógica segundo a qual a Presidência concentrar a chefia de Estado e chefia de Governo (a administração geral do país).

A construção de normas jurídicas é parte estruturante das políticas públicas, mas não constituem o único meio para sua construção, necessitando o Estado lançar mão de outros instrumentos que auxiliem na articulação e na coordenação das políticas.

c) Processos de alocação de meios para ação governamental

A distribuição dos fatores que sustentam as políticas públicas vai além dos recursos orçamentários, podendo compreender “créditos fiscais, empréstimos públicos, cessão de uso de áreas ou bens públicos e recursos humanos e materiais.

Todas essas possibilidades, evidentemente, sujeitas aos princípios e regramento do direito público” (BUCCI, 2013, p. 174).

As políticas públicas ainda demandam, como principal mecanismo de realização, a utilização de recursos públicos para sua consecução, tendo em vista ser esse o caminho tradicional para sua institucionalização. Cumpre observar que o agente político deverá dar, em consonância com os princípios que regulamentam a administração, publicação, maior transparência às justificativas do porquê de sua escolha por uma ou outra política, bem como, o fundamento de suas ações durante todo o processo de planejamento, execução, avaliação e controle das políticas.

Aqui vale um comentário sobre a dificuldade que a Administração Pública muitas vezes enfrenta para empregar os recursos públicos, devido às dificuldades criadas pela Lei de Licitações e normas adjacentes, que fazem das contratações públicas um caminho trabalhoso e de difícil execução. “Há uma irracionalidade no padrão de certas contratações, que, embora tenha evoluído muito nos últimos anos, ainda tem longo percurso a traçar”, e “o resultado final é a lentidão na implantação de rotinas e padrões informatizados e passíveis de acompanhamento pelo público, via internet, o que contribuiria para a agilidade e transparência do gasto público” (BUCCI, 2013, p. 179-180).

Com relação aos gastos públicos globais, tem-se o problema gerado pelo “decreto de contingenciamento”, que consiste em ato unilateral do governo ditando em que serão alocados recursos financeiros, sem que para essa decisão participem os interessados em cada área. “Os critérios de contingenciamento, contudo, são, além de arbitrários, pouco transparentes, tanto na relação com o público como com os órgãos afetados pelos limites” (BUCCI, 2013, p. 180).

Em suma, o processo institucional de construção do orçamento público, da maneira como está estabelecido na Constituição Federal de 1988, nas Leis Regulamentares, nos Atos Presidenciais e Ministeriais não favorece a transparência do processo de formulação e implementação das políticas públicas, desde a construção da Lei Orçamentária até a aplicação efetiva do recurso, que fica concentrado no poder decisório do Chefe do Executivo.

Outro ponto que merece reforma por não contribuir efetivamente para o aprimoramento do complexo processo de construção das políticas públicas refere-se à edição de Leis Ordinárias prevendo despesas, sem que haja correspondência na Lei Orçamentária. A solução para o impasse não é simples, “o equacionamento do

problema depende, tanto no plano da gestão pública como no da política – que a ela se vincula, nessa matéria – de uma forma de organização ou coordenação de demandas e meios” (BUCCI, 2013, p. 184-185).

Por fim, para fechar o tópico sobre alocação de recursos e escolha de meios para efetivação de políticas públicas, a autora discorre sobre a noção de planejamento, propositadamente colocada no plano microinstitucional de criação das políticas públicas. O planejamento econômico toma destaque ao passo que “é a expressão de um pacto que envolve as forças econômicas e o setor produtivo, na medida em que define um caminho de evolução, na forma de ação concertada” (BUCCI, 2013, p. 186). Trata-se da intervenção do Estado no direcionamento do plano econômico, não permitindo que as regras sejam ditadas exclusivamente pelo liberalismo econômico, criando, assim, um ambiente favorável economicamente para o desenvolvimento de políticas públicas.

d) Processo judicial: “processualização” dos parâmetros de controle das políticas públicas e as condições para os “diálogos institucionais”

A discussão acerca da judicialização das políticas é ampla e polêmica, e não reside apenas na possibilidade ou não de o Judiciário realizar o controle judicial, “mas qual o seu conteúdo e quais os limites da decisão judicial” (BUCCI, 2013, p. 194).

Desde a década de 50, o Legislativo brasileiro vem formalizando leis que ampliam o controle do Judiciário sobre as ações governamentais, não se tratando de um fenômeno recente e oriundo do voluntarismo de alguns magistrados, o chamado ativismo judicial<sup>10</sup>. Isso porque,

Se existe um controle judicial mais presente (e incômodo, em certa medida, para os gestores públicos) sobre a atuação governamental, não se trata de voluntarismo por integrantes da magistratura, mas de um movimento consistente, formalizado pelo Poder Legislativo, cujo sentido claro é evitar a procrastinação das decisões sobre os conflitos, sustentando a decidibilidade judicial mais célere e eficaz (BUCCI, 2013, p. 194).

---

<sup>10</sup> São exemplos de progressão legislativa que tutelam interesses difusos e coletivos a Lei da Ação Civil Pública (Lei n. 7.347/85), Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078/90), alguns dispositivos do Código de Processo Civil que prevê a possibilidade de ações coletivas em grande escala (Lei n. 5.869, de 11 de janeiro de 1973.), o direito à liminar na antiga Lei do Mandado de Segurança (Lei n. 1.533, de 31 de dezembro de 1951).



Ressalta-se também a intensificação da atuação do Ministério Público na defesa dos interesses difusos e coletivos, cumulada ao princípio da inafastabilidade da jurisdição (art. 5º, XXXV, CRFB/88), o que gerou a ampliação das demandas levadas à apreciação do Poder Judiciário, principalmente quanto ao dever de implementar ações sociais. No outro polo da ação, têm-se as autoridades – federal, estadual, municipal – chamadas a integrar o polo passivo das demandas, que “devem também ser vistas sob a perspectiva do problema de coordenação ou de falta de meios, o que reclama compreensão institucional”, as quais não devem omitir-se quanto às razões do não cumprimento das ações sociais que deveriam ser implementadas, pois a transparência é um importante passo para o diálogo entre os envolvidos (BUCCI, 2013, p. 198).

O aspecto temporal das ações é outro ponto importante na judicialização das demandas relacionadas às políticas públicas, uma vez que as ações buscam medidas de urgência, resultando na necessidade cada vez maior de o autor estar investido de provas pré-constituídas e da autoridade estatal comprovar que já adotou ou encaminhou as medidas necessárias para efetivação da ação estatal pleiteada e a ausência de recursos. Por sua vez, “a decisão judicial há de ser baseada na confrontação do dever existente com a real competência do agente público para implementação da política” (BUCCI, 2013).

Levando-se em consideração que o caminho para efetivação das políticas públicas é extenso e envolve várias etapas até alcançar seu objetivo final, a proposta é a utilização de meios alternativos de solução dos conflitos, dos quais participem todos os envolvidos – Ministério Público, beneficiários, Estado, Poder Judiciário, Defensoria Pública, associações etc. – por meio da mediação e outras formas alternativas de solução de conflitos (BUCCI, 2013). Aqui poderão ser estabelecidas metas de atuação do poder público até que se concretize a solução do litígio.

Exemplifica-se com o que aconteceu em relação ao déficit de vagas em creches no Município de São Paulo. Como alternativa à análise de inúmeras demandas individuais por parte do Judiciário tendo como objeto o acesso à educação infantil, houve a adoção de um novo modelo de litigância, no qual foram chamadas a participar da composição da lide todas as partes envolvidas – pais, Ministério Público, Município de São Paulo e sociedade civil. Nessa ocasião, discutiu-se a necessidade de adoção de um Plano de ação para expansão da rede municipal de ensino, pois sem a construção e estruturação de novas creches, o problema da falta de vagas não

seria resolvido<sup>11</sup>. As ações individuais resolviam a questão da vaga para a criança beneficiária da ação, colocando-a na frente da fila de espera, mas não resolvia a questão do ponto de vista macro, dimensão que está necessariamente por trás das políticas públicas.

Nesse caso, duas Ações Cíveis Públicas foram propostas a fim de assegurar o direito à educação infantil de maneira coletiva, a ACP n. 002.08.150735-6, de 4 de setembro de 2008, e a ACP n. 002.08.600075-8, ambas com trâmite do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Em ambos os casos, o Judiciário determinou a matrícula imediata das crianças. As decisões, contudo, não resolveram a situação, pois a municipalidade não tinha o número de vagas pretendidas nas ações. Após as decisões, o Tribunal de Justiça agendou uma audiência pública, da qual participaram todos os envolvidos na problemática, tendo sido criada uma Comissão de Monitoramento das etapas de construção de novas creches, composta pelos interessados, com o estabelecimento de reuniões periódicas. A intenção foi promover a resolução do conflito por meio de soluções alternativas, com a participação dos interessados e tendo o Poder Judiciário não como Poder determinante de ordem judicial, mas parceiro na construção da política.

Trata-se de uma proposta inovadora e que enfrentará obstáculos no caminho, como toda nova proposta quando apresentada e posta em prática pela primeira vez, sendo uma alternativa favorável ao diálogo entre as instituições encarregadas do dever de ofertar um sistema público de ensino adequado e a sociedade civil. A proposta teve como foco a abertura de caminhos para um diálogo entre as partes, buscando uma solução intermediária, construída coletivamente, que não fosse apenas resultado de uma condenação a uma obrigação de fazer, a qual seria infrutífera frente às constantes alegações, por parte do Poder Público, da falta de meios materiais e humanos para sua concretização, mas uma solução integrada ao planejamento e execução da política pública ora pretendida.

---

<sup>11</sup> Com o objetivo de solucionar o déficit de vagas em educação infantil no município de São Paulo, após a realização de audiência pública com participação do Ministério Público, Defensoria Pública, Organizações da Sociedade Civil, Município de São Paulo e outros, o Tribunal de Justiça determinou a criação de uma comissão de monitoramento das ações do município no sentido de ampliar a oferta de vagas para alcançar famílias desatendidas ou mal atendidas pela rede pública. Mais informações sobre a audiência pública ver site <<http://www.nossasaopaulo.org.br/portal/node/47478>>. Informações sobre a comissão de monitoramento ver site <<http://www.acaoeducativa.org.br/index.php/educacao/51-acao-na-justica/10005002-tj-sp-determina-a-criacao-de-um-comite-de-monitoramento-do-plano-de-ampliacao-da-rede-de-educacao-infantil-na-cidade>>.

e) Processo político eleitoral e influências recíprocas sobre o processo governamental

Neste tópico, a proposta feita por Maria Paula Dallari Bucci (2013, p. 200) foi a de “analisar os reflexos do processo eleitoral sobre a formulação e implementação dos programas de ação governamental”.

Uma crítica pertinente em relação a essa matéria diz respeito à ausência de mecanismos de vinculação entre o programa proposto por determinado partido na fase eleitoral e as ações governamentais efetivamente realizadas pelo candidato eleito, o que faz com que o processo eleitoral tenha uma baixa contribuição no processo de tomada de decisão governamental e na racionalidade que deveria informá-lo. Dessa forma,

Essas rupturas mostram que a criação do poder não se dá exclusivamente a partir da ‘base política instalada’, mas pode ser produzida a partir de resultados da gestão governamental. O governo deixa de ser apenas o foro de ‘consumo’ de poder político, com o usufruto das benesses por ele conferidas, e passa a ser, potencialmente, *locus* de ‘produção’ de poder, com a modificação de estruturas e a geração de bem-estar que não existiriam sem a ação governamental (BUCCI, 2013, p. 201).

Parte-se da lógica de que o poder se legitima pelo próprio poder, fora do processo eleitoral. Em democracias maduras, o governo colheria os frutos das conquistas alcançadas pelo sucesso das políticas. Em democracias corrompidas e incipientes, o poder torna-se arena para disputas pessoais e fisiologismo, com o fim único de manter-se no poder. Aqui, a autora é otimista no sentido de propor um processo governamental intermediário “nem inteiramente ideal, nem completamente corrompido”, cujo saldo político “ao final do mandato corresponde às ações executadas com base em opções, orientadas pelo juízo político como mais interessantes, ou menos desgastantes, ou mais viáveis no campo da gestão” (BUCCI, 2013, p, 203).

Assim, pode-se dizer que o processo eleitoral contribui até certo ponto como fator determinante da gestão governamental, não sendo o elemento imprescindível para direcionar o governo, depois de eleito. Em outras palavras, durante o processo eleitoral, não dá para prever como será o posicionamento do governo durante a gestão, uma vez que a ideologia partidária e as promessas e os programas de

campanha não são os únicos elementos a influenciar os caminhos governamentais efetivos, sobretudo em função da ausência de mecanismos de vinculação daqueles. Esses caminhos levarão em consideração também a situação econômica do país, o patamar de desenvolvimento social já alçado, medidas de governabilidade e a maturidade da democracia, entre outros fatores externos e internos.

Organizar todos esses elementos propostos por Maria Paula Dallari Bucci na formulação e execução de uma política pública específica para o enfrentamento da disseminação e uso do crack, bem como a recuperação do usuário e dependente de drogas exige dos agentes políticos maestria na condução dos processos que levam ao planejamento e à implementação dos programas e ações governamentais. É importante que se costurem os arranjos jurídicos de maneira a preservar os valores fundamentais da vida e dignidade da pessoa humana, veiculando ações, agentes encarregados, mecanismos de fiscalização e estabelecendo metas pontuais que levem à obtenção de determinado fim.

Ainda, é imprescindível que o processo de construção da política seja intersetorial, de modo a envolver os diversos setores que atuam com os usuários e dependentes de crack, desde os profissionais da saúde, assistência social, segurança pública, membros e servidores do Poder Judiciário, toda rede de educação, e sociedade – trabalho, cultura, lazer, religião – entre outros protagonistas. O Processo de criação de uma política para o enfrentamento ao crack é complexo e trabalhoso, pois exige esforços em todas as fases de formação.

Aponta-se, também, para a importância do ciclo de formação das políticas públicas, expresso em etapas que vão desde a definição, a execução, a avaliação e o controle das políticas (DUARTE, 2015). Trata-se de um modelo ideal de análise de qualquer política, construída com variáveis universais que poderão ser utilizadas na grande maioria das políticas públicas, como:

[...] (a) identificação dos problemas e demandas a serem atacados para a definição das prioridades a serem decididas junto aos formuladores de políticas públicas; (b) formulação de propostas concretas entre diferentes opções de programas a serem adotados; (c) implementação propriamente dita da política, com a criação da estrutura necessária e observância da burocracia existente, gasto de recursos e aprovação das leis; (d) avaliação dos resultados da política por meio da verificação dos resultados e impacto da política, para que se possa aferir se ela realmente funciona ou não; (e) fiscalização e controle da execução da política por meio da atuação da sociedade

civil, dos Tribunais de Contas e do Ministério Público (DUARTE, 2015, p. 25-26).

Segundo esse modelo, as políticas públicas precisam ser planejadas a partir dos contextos político, econômico e ideológico, compreendidas dentro do processo econômico em que estão inseridas as capacidades estatais, representando o Estado o grande articulador e promotor dessas ações (BERCOVICI, 2006).

O País alcançou níveis econômicos que permitem maior produção e circulação de riquezas, conforme apresentado pelo balanço “Indicadores de Desenvolvimento Econômico – IDB”, relatório coordenado pela Assessoria Econômica do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Entre os anos de 2001-2012, “a economia brasileira foi marcada pela combinação de crescimento econômico e melhora da distribuição de renda”, reduzindo as desigualdades sociais por meio, entre outras ações, da implementação de programas de transferência de renda que buscam amenizar as disparidades sociais, com a passagem condicionada de renda. Como exemplo, têm-se o programa Fome Zero e o Bolsa Família, que vinculam valores mínimos transferidos às famílias de baixa renda ao desempenho e acompanhamento escolar e acompanhamento médico da gestante (BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Indicadores de Desenvolvimento Econômico – IDB 2001-2012).

Esses programas, que também representam políticas públicas promovidas pelo Estado, são relevantes para o enfrentamento às drogas, uma vez que a parcela mais pobre da população é mais vulnerável às consequências sociais causadas pelo consumo e tráfico de entorpecentes. O impacto da melhoria econômica e social reflete-se diretamente na política de drogas. Assim, a fase de formação de políticas públicas de enfrentamento ao crack deverá, na sua essência, envolver as áreas de saúde, assistência social e segurança, com valorização do convívio familiar, redução de danos e acompanhamento terapêutico continuado.

Chama-se atenção para as situações em que há necessidade de mudanças nas ações do Estado a partir da ampliação de suas funções quando detectado algum aspecto da vida social que merece cuidado especial, por meio de políticas públicas, voltadas à proteção de diversos tipos de vulnerabilidades a que os grupos sociais estão expostos. Isso porque,

Frequentemente, a concepção e implantação de políticas públicas constituem respostas a algum aspecto da vida social que passa a ser

percebido como problemático suficientemente forte para demandar uma intervenção por parte do Estado. Esta ‘descoberta’ de um novo problema usualmente relaciona-se a informações anteriormente não disponíveis, não reconhecidas. Ao oferecer respostas institucionais ou, antes, caminhos para solucionar os problemas identificados, o direito das políticas públicas abre espaço para o aprimoramento das condições de vida e para a consecução do ideal de vida boa [good life] para as pessoas em dada sociedade (MASSA-ARZABE, 2006, p. 54).

Reforça-se a necessidade de compreensão das políticas públicas enquanto conjunto de “ações e programas de ação governamental que se valem precipuamente de normas jurídicas para moldar e impulsionar a consecução dos objetivos estabelecidos”. A ação do Estado deve estar dirigida à consecução de fins sociais que deve atingir, previstos no texto constitucional, por intermédio das normas programáticas, na legislação infraconstitucional ou ainda não estabelecida como meta do legislador, na realidade social, como fonte material (MASSA-ARZABE, 2006, p. 54).

Nesse contexto, pode-se afirmar que o planejamento das políticas públicas perpassa um conjunto de arranjos políticos conformados a partir do desenvolvimento econômico e social almejados. Esse planejamento visa à “transformação ou consolidação de determinada estrutura econômica-social, de determinada estrutura política”. Para que se alcance o desenvolvimento econômico, é necessário que ocorra uma ruptura do sistema, transformando-se as estruturas sociais e econômicas, inclusive com a ascensão dos grupos que tradicionalmente são excluídos da arena de discussão política para o protagonismo político, enquanto sujeitos do processo de superação do subdesenvolvimento. Aqui, a democracia é um elemento essencial para o desenvolvimento econômico e social, dependente também da integração social, econômica e política, com sobreposição, no âmbito do Estado, do interesse público sobre o privado, para garantir a passagem do subdesenvolvimento para o desenvolvimento (BERCOVICI, 2006, p. 146).

A sociedade se apresenta como formadora de demandas (*input*), nas áreas de saúde, educação, saneamento etc., às quais o Estado deverá responder transformando em políticas de Estado (*outputs*) compreendidas como o “conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores” e precedidas de uma ou mais decisões políticas (RUA, 1998, p. 1-2). Estas correspondem a uma escolha dentre alternativas, conforme a hierarquia das preferências dos atores envolvidos,

expressando – em maior ou menor grau – certa adequação entre os fins pretendidos e os meios disponíveis.

O gestor público, ao delimitar as contingências que serão transformadas em política pública, analisa os interesses político e econômico envolvidos. As questões voltadas às minorias excluídas, como é o caso dos usuários e dependentes de drogas, ainda possuem pouco espaço na agenda política, pois o poder de pressão do público atingido é restrito, e o impacto econômico dessas ações é pequeno. Nem todas as questões de saúde e assistência social entram na lista de prioridades governamentais, exigindo, no caso específico dos usuários de crack, um reposicionamento estatal ao problema, o qual deverá ser visto como um elemento de desenvolvimento social.

O desenvolvimento social já se constituía em um elemento imprescindível ao crescimento econômico sustentável, dotando o Estado do dever de colocar-se como ponto de equilíbrio da exploração burguesa, mediante a concretização de ações políticas voltadas à promoção social. Isso eleva o poder econômico, cultural, educacional e político da classe trabalhadora e, principalmente, dos miseráveis, retirando o país da condição de nação periférica. Reforça-se, assim, o papel do Estado enquanto agente de planejamento das alternativas econômicas de longo prazo que se aliam ao desenvolvimento social (PAULANI, 2001).

O planejamento e o desenvolvimento das políticas públicas constituem as atividades primordiais do Estado. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 possui um plano exposto de desenvolvimento nacional, com reforço aos direitos sociais, fundada na dignidade da pessoa humana e no exercício da cidadania, proteção ao mercado interno e valorização social do trabalho, desenvolvimento e erradicação da miséria e das desigualdades sociais e regionais, princípios que devem orientar o planejamento das políticas públicas.

A fim de identificar os pontos de desarticulação do Programa *Crack*, *é possível vencer*, no próximo tópico, serão utilizados os parâmetros estabelecidos pela Professora Maria Paula Dallari Bucci (2013), ao descrever os fundamentos para a teoria jurídica das políticas públicas acima sintetizados. A partir do confronto entre o que foi previsto no programa e a base teórica de análise das políticas públicas, serão apontados os principais pontos de desarranjos do programa.

Ressalta-se que serão utilizados para essa análise os dados fornecidos nos portais públicos de informação – Observatório do Crack, Ministério da Justiça, Presidência da República e o portal brasileiro de dados abertos. Ainda, serão

utilizadas como base da pesquisa as informações obtidas por meio da *visita técnica* realizada aos órgãos governamentais que gerenciam o programa, cuja metodologia está descrita no Capítulo 3.

## 2.2 COMPLEXIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS

A formulação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento do crack e outras drogas é uma das questões mais complexas da contemporaneidade e consiste em um desafio aos governos e à sociedade. Isso porque demandam ações de vários setores, da área da saúde, segurança pública, educação, assistência social, desenvolvimento econômico e social, urbanização, cultura, esporte. Tais ações têm como público-alvo sujeitos que pertencem a todas as classes sociais, sem distinção de idade, gênero, raça, nível de escolaridade ou qualquer outro elemento.

Ainda, demandam estrutura e articulação entre as diferentes esferas da Federação: União, Estado e Municípios. Ou seja, é um problema de atuação de múltiplos setores, incluindo Estado, em seus diferentes níveis governamentais e sociedade, cujos sujeitos afetados não pertencem a um único grupo ou classe social, mas a um conjunto heterogêneo de pessoas vivendo em diferentes realidades.

Existe dificuldade em lidar com a situação de drogadição, tanto no ambiente familiar como em outros – trabalho, escola, amigos, hospitais, Judiciário etc. Há um desconhecimento individual e social da situação e uma lacuna estatal que lhe dê suporte. Daí a necessidade de formulação de políticas que englobem vários setores e atinjam o maior número de pessoas envolvidas direta e indiretamente com o dependente.

Inexiste fórmula exata para combater a questão, tratando-se de uma demanda que deve ser objeto de diversas frentes de atuação, a depender do perfil do grupo social afetado, da estrutura das polícias, dos sistemas judiciário, de inclusão social, educacional e de saúde. Sem contar que o sucesso de uma modelo de ação obtido em uma região ou país não implica necessariamente o sucesso em outra localidade, devido às diferenças culturais, econômicas e sociais, cuja consideração é condição imprescindível para o sucesso dos programas. O Brasil possui dimensão continental e com fortes diferenças no modo de vida nas diferentes regiões.



O empenho no planejamento e na execução com qualidade das políticas públicas voltadas ao combate às drogas é incipiente e desarticulado entre os entes estatais, os quais não observam práticas exitosas no Brasil e em outros países.

Um dos cerne da política é possibilitar alternativas aos usuários e dependentes de crack, daí insistir-se no aspecto da intersectorialidade das ações. É necessário que se ofereçam outras opções aos usuários e dependentes, como moradia, alimentação, inserção no mercado de trabalho, acesso ao ensino formal e profissionalizante, lazer, cultura, esporte etc., opções capazes de tirar o foco do crack e possibilitar novos prazeres, perspectivas e formas de inserção social.

Um elemento fundamental na política de drogas é dar a opção aos usuários dependentes de crack de poderem escolher entre o crack e alguma outra atividade que lhes despertem prazer. A política precisa incluir opções durante o tratamento e o acompanhamento posterior.

O pesquisador e neurocientista Carl Hart (2014), da Universidade Columbia, New York, realizou importante pesquisa, a partir de 1988, sobre o comportamento dos usuários durante o consumo da droga. O pesquisador investigou o comportamento de usuários de crack, estudando os efeitos do uso. Ministrou doses de crack e de placebo. Após, eram convidados a escolher entre mais crack ou outro bem, dinheiro, por exemplo. Se a alternativa era interessante, os usuários recusavam o crack. O pesquisador concluiu que os dependentes de crack optam por outros prazeres, quando possuem alternativas, mesmo sob o efeito da fissura. Logo, conclui: não se forma uma massa de zumbis, pois há racionalidade na escolha quando a alternativa é interessante ao usuário e dependente.

Entre as estratégias a serem adotadas como universais em qualquer política de drogas, a alternativa de atividades e mecanismos de inserção social (trabalho, educação, esporte, lazer etc.) devem estar presentes e serem consideradas prioritárias. Oferecer apenas recursos de melhoria na saúde, que também constitui elemento da política, não dá conta da complexidade do problema.

A política de drogas tem passado por transformações, concebidas a partir do olhar que as autoridades e os agentes políticos dão ao problema. No modelo proibicionista, que, como analisado no Capítulo 1, determinou a política de drogas brasileira na sua concepção, as ações inspiradas no modelo norte-americano representavam uma *guerra às drogas*, com objetivo final de “promover a abstinência de qualquer consumo de drogas ilícitas. Nesta abordagem, as estratégias de ação

foram caracterizadas pela postura proibicionista de ‘tolerância zero’ tratando o tema exclusivamente como uma questão de polícia” (MOTA; RONZANI, 2013, p. 296).

A partir da década de 70, a política brasileira de drogas diminui a visão de *usuário criminoso*, para adotar a política do *usuário doente*, concebida por meio do aumento das ações de saúde pública, que passaram a enxergar o problema pela ótica da população. Esse novo modelo de política gerou ações equivocadas, como a internação de usuário e dependentes em hospitais psiquiátricos e centros especializados, utilizando o argumento do mal que faz à saúde como pano de fundo para ações repressoras.

A partir dessas ponderações, é possível afirmar que a política deve ser formulada levando-se em conta diferentes estratégias, sem que haja a adoção de um único modelo e, muito menos, a utilização de modos estáticos de enfrentamento. A política deve compreender a dinâmica da sociedade, além de ser informada pela percepção de que o uso de drogas é histórico e demanda ações multifatoriais.

O governo federal implementou ações importantes com o Programa *Crack, é possível vencer*, todavia ainda deixou pontos de estrangulamentos, os quais serão trabalhados no Capítulo 3. É importante descrever as estratégias adotadas, situando as diretrizes gerais de inserção dos entes federados – Estados Membros, Distrito Federal e Municípios – na integração das ações. Contudo, antes de adentrar no conteúdo do programa, serão abordados os elementos essenciais para uma política intersetorial de drogas e serão feitas considerações sobre setores que ficaram fora do programa.

A lei que descreve a política de drogas foi encerrada em 2005, estabelecendo importantes conceitos e princípios a serem adotados pelos governos na elaboração de seus planos e programas. O Conselho Nacional Sobre Drogas – CONAD é o responsável por formular os “consensos e propor estratégias para a redução da demanda e para redução da oferta de drogas”. As ações de enfrentamento deverão contemplar práticas de promoção, prevenção e reabilitação (MOTA; RONZANI, 2013, p. 301).

O programa *Crack, é possível vencer* foi concebido como meta de governo para a gestão governamental federal nos anos de 2011 a 2014, e estruturado dentro da rede já existente de saúde, assistência social, segurança pública, com *locus* na Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, sendo continuado na gestão 2015-2018.

O programa, último elemento do ciclo de formação das políticas públicas, contempla a ação governamental cujo conteúdo buscará contribuir para o atingimento das metas traçadas no planejamento da política.

Uma política como a de drogas contempla a execução de vários programas cumulativamente, desde que alinhados com as diretrizes estabelecidas na política que, por sua vez, deverá dialogar com o sistema antidrogas – SISNAD. As comunidades terapêuticas fazem parte da rede de atendimento, todavia não há legislação que discipline sua operacionalidade. O modelo de internação é prestado em maior número por instituições privadas, geralmente organizações não-governamentais, destacando três pontos: “(1) as CT’s (Comunidades Terapêuticas) dependem da rede de assistencial, e para atenção integral é incoerente contarmos exclusivamente com elas; (2) as CT’s precisam ser fiscalizadas sistematicamente; (3) há usuários de drogas que se identificam e se beneficiam das CT’s, mas há aqueles que não se adaptam” (MOTA; RONZANI, 2013, p. 312).

O sucesso do tratamento nas comunidades terapêuticas está relacionado com a ajuda mútua e o convívio diário com outros usuários e dependentes em tratamento, dentro de uma perspectiva de voluntariedade, sendo, a priori, não compatível com a internação não voluntária, nas modalidades involuntária e compulsória. Assim, questiona-se se a política estabelecida pelo Estado Brasileiro atribuiria competência para seus agentes realizarem a internação não voluntária, e, em casos positivos, quais seriam os limites dessas ações por parte da família, Poder Judiciário e entidades que prestam esses serviços.

A pesquisa revelou que a lei que estabelece a política de drogas silenciou acerca da internação não voluntária de usuários e dependentes de drogas. A prática, apesar de gerar inúmeras controvérsias, vem sendo reiteradamente adotada pelo Poder Judiciário, motivando sua abordagem neste trabalho.

### 2.3 RETROCESSO NA APLICAÇÃO DA POLÍTICA DE DROGAS: INTERNAÇÃO NÃO VOLUNTÁRIA DE USUÁRIOS E DEPENDENTES DE CRACK

No regime democrático adotado na ordem constitucional de 1988, o conteúdo e a forma de execução das políticas públicas adotadas devem estar voltados à proteção dos direitos fundamentais do cidadão. Assim, todos os órgãos estatais

assumem a função de proteger esses direitos básicos, incumbindo ao Poder Judiciário o controle de ações e omissões estatais que colidam com a proteção da dignidade da pessoa humana.

Visando à efetividade dos direitos e garantias previstos no ordenamento jurídico, o Estado precisa se organizar para realizar as funções atribuídas ao poder público, respeitando o princípio da separação dos poderes, em que cada qual é responsável por uma função específica, compatível com sua atividade-fim, possuindo poderes de exercer atividades atípicas previamente definidas, as quais são necessárias para exercer satisfatoriamente suas funções típicas.

Nesse contexto, cumpre analisar o papel do Poder Judiciário, investigando suas limitações e possibilidades no tocante à efetivação das políticas públicas com a finalidade de efetivação dos preceitos constitucionais e a garantia de promoção da igualdade material entre os cidadãos, corrigindo erros, sanando omissões no sentido de dar efetividade à determinada política pública previamente estabelecida.

Em sua atividade tradicional e cotidiana, o Poder Judiciário atua na resolução de conflitos intersubjetivos, os quais, via de regra, são resolvidos sem levar em conta algumas prioridades e muitos dos parâmetros estabelecidos pelas políticas públicas governamentais. Entretanto o Judiciário brasileiro também tem a atribuição de realizar o controle político da atividade dos demais poderes, a fim de garantir o cumprimento das previsões da Constituição Federal de 1988.

Ocorre que, diante de determinadas omissões, desvios ou excessos, discute-se se a atividade do Poder Judiciário implica intervenção direta no espaço tradicionalmente reservado aos demais Poderes, justamente nas hipóteses em que passa a exercer o controle das políticas públicas. Nesse contexto, é por meio das ações coletivas e de controle de constitucionalidade que o Poder Judiciário desempenha a função de controle (APPIO, 2012).

Essa possibilidade, que decorre do próprio sistema de separação de poderes e da ordem democrática instituída constitucionalmente, faz com que importantes decisões governamentais do País passem pelo crivo do Poder Judiciário, mas não pode, porém, significar que tal Poder de fato governe, pois, assim, sua função julgadora restaria completamente comprometida. Isso porque “a hipertrofia do Poder Judiciário é, contudo, democraticamente tão indesejável quanto sua indolência” (APPIO, 2012, p. 76). Dessa forma, o Judiciário não tem o condão de escolher as políticas públicas que deverão ser implementadas, mas tão somente controlá-las,

tanto no seu conteúdo como no momento de sua implementação, fazendo com que os objetivos constitucionais sejam resguardados e efetivados.

O equilíbrio entre a implementação de políticas públicas e a manutenção do sistema econômico, tanto pelo poder público como por ações de agentes particulares, tem como uma de suas bases a garantia de um Poder Judiciário que zele pela proteção dos direitos fundamentais. Dentro dessa realidade, discute-se qual seria a medida ideal de intervenção judicial no controle das políticas públicas, sopesando a necessidade do controle com o risco de abuso no seu exercício, por meio da manipulação ideológica do conteúdo das disposições constitucionais.

Essa postura proativa do Poder Judiciário, consubstanciada na interferência excessiva nas opções políticas dos outros poderes, foi denominada de ativismo judicial, e traz implicações quanto aos limites e à forma de exercício na relação entre os poderes.

O ativismo judicial objetiva a efetivação e o exercício (por cada cidadão e também coletivamente) da base fundamental principiológica prevista na Constituição, ao exigir prestação de natureza normativa e de natureza material, que culminarão em políticas públicas.

As decisões do Judiciário, por meio de sua competência para julgar as ações de controle concentrado de constitucionalidade e, ainda, as ações civis públicas, acabam tendo um alcance genérico, o que influencia diretamente o exercício de direitos fundamentais expressos constitucionalmente e realizados por meio de políticas.

Quando, por exemplo, há a prática de atos pelos demais poderes em desconformidade com a Constituição, o Judiciário atua controlando atividades administrativas e normativas, implicando interferência nas políticas públicas.

O objetivo aqui não é entrar na celeuma ou aprofundar a polêmica a respeito dos limites da atuação do Poder Judiciário nas questões que envolvem políticas públicas, se tal prática fere ou não a independência e harmonia entre os três poderes, pois isso por si só já constituiria objeto de nova tese. Pretende-se, apenas, descrever a maneira como o Judiciário está interferindo na política de drogas ao determinar a internação de usuários e dependentes de crack compulsoriamente.

A internação de usuários de drogas, independentemente da voluntariedade ou não, por si só demanda atenção especial da sociedade e do Estado, a fim de não se reproduzirem antigas práticas de confinamento e maus tratos em hospitais

psiquiátricos ou similares. Internar uma pessoa contrariamente a sua vontade, em hospitais de tratamento mental, asilo psiquiátrico ou qualquer estabelecimento congênere requer uma reflexão profunda, aos olhos da lei, dos aspectos que fundamentam o direito à saúde e, sobretudo, à luz dos direitos humanos.

A internação não voluntária, seja ela na modalidade involuntária ou compulsória, precisa ser encarada como último mecanismo de tratamento, devendo ser privilegiados os tratamentos ambulatoriais, os quais não segregam o dependente do convívio familiar e social, quando internados. Sempre se deve priorizar a modalidade voluntária, por meio do convencimento pela adesão ao tratamento. A necessidade do aparato da rede de desenvolvimento social e de saúde é fundamental nesse caso, pois são essas equipes de profissionais que farão a abordagem adequada, levando-se em consideração a pessoa, o meio em que se encontra, o histórico pessoal, familiar, as condições de moradia, trabalho, situação de vulnerabilidade e condições de saúde, físico e mental.

A situação fica ainda mais complexa quando usuários e dependentes estão desassistidos, com vínculos familiares e sociais esgarçados, geralmente em situação de rua por longos períodos de permanência.

A Lei n. 10.216, de 4 de junho de 2001, trata de pessoas acometidas por transtornos mentais, especificando as possibilidades de internação voluntária, involuntária e compulsória, expressando o conceito de cada modalidade de internação. A lei é específica para pessoas com transtornos mentais, mas, na ausência de uma normativa específica para os usuários de drogas, é utilizada por analogia. Assim dispõe seu artigo 6º:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

É um erro tratar o usuário de substâncias psicoativas da mesma forma como se tratam as pessoas com transtornos mentais, ignorando as peculiaridades de cada situação, pois o usuário de drogas não possui, como regra geral, transtorno mental, tratando-se de uma pessoa que faz uso de drogas. Todavia, frente à ausência

legislativa, essa foi a solução encontrada pelo Judiciário para subsidiar as internações compulsórias e atender às famílias que solicitam a internação involuntária.

A lei que cuida do sistema nacional de drogas, Lei n. 11.343/2006, não trata especificamente da internação não voluntária, mas municia o hermeneuta com elementos que justificam o uso da internação involuntária ou compulsória como alternativas possíveis de tratamento.

O artigo 19, inciso VII estabelece que “o tratamento especial às parcelas mais vulneráveis da população, levando em consideração as suas necessidades específicas”, associado ao inciso V do mesmo artigo, “a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas”, justificam a adoção das medidas extremadas de internação (BRASIL, 2006).

O importante, em qualquer situação, é que a internação não voluntária deve ser considerada como uma medida excepcional, temporária, para dependentes crônicos, sem discernimento dos atos da vida civil, segregados do convívio social e familiar, em situação que coloque em risco sua vida.

A internação involuntária é solicitada por familiar ou responsável à autoridade pública que, dependendo da estrutura oferecida pelo município, poderá ser dirigida a hospitais, Secretarias de Saúde, Assistência Social e até mesmo à Autoridade Policial, os quais acionam os hospitais ou clínicas credenciadas, mediante assinatura de anuência do responsável pela internação. A família é responsável, juntamente com o local que recebe o dependente, pela internação.

A internação compulsória, solicitada pelo Ministério Público, pela Defensoria Pública ou por agentes de instituições governamentais ou não governamentais, geralmente integrantes da rede de atendimento, é dirigida ao Poder Judiciário, a fim de propiciar tratamento e acolhimento institucional. Trata-se de medida excepcional.

A internação não voluntária deverá ser feita em último caso, quando o dependente já perdeu discernimento dos atos da vida e é incapaz de tomar decisões em benefício próprio. Trata-se do desdobramento da proteção do direito fundamental à vida, princípio jurídico maior, não podendo ser interpretado apenas como o direito a estar vivo fisicamente.

Pesquisas realizadas na jurisprudência proferida no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado do Estado de São Paulo apontaram 261 julgamentos envolvendo a internação compulsória de dependentes químicos, todos em grau de recurso. Por

amostragem, foram selecionados, aleatoriamente, 13 decisões, as quais serão analisadas para confrontação da teoria acerca da excepcionalidade da medida com a prática do Poder Judiciário nesse Estado.

Tabela 5 – Levantamento de dados por amostragem nos processos de internação compulsória no Estado de São Paulo

	Ação	Decisão	Autor	Réu	Peculiaridades
1.	n. 2197066-66.2014.8.26.0000	Internação compulsória	MP	Município	Entidade psiquiátrica deverá encaminhar relatórios quinzenais. Mãe com RN. Histórico de violência doméstica.
2.	2030413-40.2015.8.26.0000	Internação involuntária	Genitor	Município	Decisão de 1º determinou a internação. A desinternação deverá ocorrer com prévia autorização judicial.
3.	0001299-47.2010.8.26.0168	Internação compulsória	Genitora	FESP - Unimed	Uso de álcool e transtornos mentais. Necessidade de internação comprovada. Histórico de violência doméstica.
4.	3001322-19.2013.8.26.0270	Internação compulsória	Genitora	Município	<b>Improcedente</b> a internação compulsória – ausência de curador especial. Ausência de laudo médico. Determinou o retorno ao juízo a quo para nomeação de curador e continuação do feito.
5.	0002193-89.2013.8.26.0306	Internação compulsória	Genitora	Município e Estado SP	Filho é usuário de drogas e crack. Histórico de violência doméstica. Furta a residência. Não foi realizado laudo médico – recusou comparecimento. Descabe alegação de reserva do possível.
6.	3017988-42.2013.8.26.0320	Internação compulsória	Genitora	Município	Tem laudo médico. Situação de vulnerabilidade. Insucesso do tratamento ambulatorial. Histórico de violência doméstica.
7.	0002154-16.2014.8.26.0320	Internação compulsória	Genitora	Município e Estado	Desnecessário exaurimento de via



					administrativa para concessão da medida. Reserva do possível não provida. Apresentou laudo médico. Histórico de violência doméstica.
8.	0003076-92.2013.8.26.0352	Internação compulsória	Genitora	Município	Município alega necessidade de concordância do paciente. Paciente menor. Possui laudo e relatório médico. Histórico de violência doméstica.
9.	0004819-89.2013.8.26.0368	Internação compulsória	Genitora	Município	Histórico de violência. Realizado laudo médico.
10.	0004432-08.2012.8.26.0369	Internação compulsória	Irmã	Município e Estado	Possui laudo. Excepcionalidade da medida. Histórico de violência doméstica.
11.	0005699-32.2011.8.26.0407	Interdição e internação compulsória	Genitora	Município	Internação compulsória deferida e interdição negada. Ficou internado. Após, constatou-se a capacidade civil.
12.	0000464-32.2013.8.26.0531	Internação compulsória	Cônjuge	Município e dependente	Dependente diagnosticada com esquizofrenia por uso de crack. Internação compulsória deferida. A dependente não aceita tratamento ambulatorial.
13.	0000494-31.2012.8.26.0619	Internação compulsória	Genitora	Município	Comprovada necessidade de tratamento de internação. Tratamento ambulatorial posterior. Histórico de violência doméstica.

Fonte: SÃO PAULO (Estado), Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, 2015.

Com relação aos processos analisados, alguns pontos merecem destaque. Os remédios jurídicos utilizados para obtenção da internação compulsória foram ações de obrigação de fazer (natureza cível) e mandado de segurança (natureza constitucional), e, das 13 ações analisadas, 12 referiam-se à obrigação de fazer e apenas uma tinha natureza mandamental. O Juízo *ad quem* recebeu a ambas como instrumento válido e apto para as tutelas pretendidas.

Os fundamentos das decisões que concedem a internação compulsória basearam-se na Lei de Transtornos Mentais – Lei n. 10.216/2001 –, utilizando por analogia essa norma, uma vez que, conforme acima mencionado, a lei que trata da política de drogas não incluiu a internação compulsória como instrumento da política.

Todas as decisões reiteram que a internação compulsória é a última medida a ser tomada, por ser violenta e drástica, devendo ser temporária e acompanhada por supervisão médica.

Das decisões analisadas, apenas uma foi contrária à internação, por vício formal do processo, determinando o Tribunal que o Juízo de origem refizesse os atos processuais, respeitados a ampla defesa e o contraditório do sujeito da ação – o dependente – por meio de curador especial.

Em 70% dos processos consultados, foi registrado histórico de violência doméstica promovida pelo dependente de drogas, e a família relatou não saber mais lidar com a situação, socorrendo-se do Estado em busca de apoio. O fato demonstra a necessidade de implementação de ações de suporte à família e ao entorno social – amigos, escola, trabalho etc. – no planejamento das políticas de drogas.

Em 92% dos casos estudados, as ações foram promovidas por parentes de 1º e 2º grau, e apenas em uma ação constou a presença exclusiva do Ministério Público no polo ativo. Em todos os casos, foram feitos pedidos de internação compulsória com o fundamento de que, embora não se tratasse de pessoa com transtorno mental, justificava-se, por analogia, a utilização de uma legislação restritiva de direitos. Assim, deduz-se que os autores buscaram dar segurança jurídica às suas decisões, buscando a tutela jurisdicional.

Em todas as decisões, a manifestação favorável pela internação compulsória se deu com fundamento no direito à vida, expresso no texto constitucional. Ainda, foi ressaltado tratar-se de medida excepcional, não podendo o condenado – municipalidade e/ou Estado – alegar ausência orçamentária para seu descumprimento.

Quando se trata do direito fundamental à vida, previsto no artigo 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, seu significado é amplo porque ele se conecta com outros, “[...] a exemplo dos direitos à liberdade, à igualdade, à dignidade, à segurança, à propriedade, à alimentação, ao vestuário, ao lazer, à educação, à saúde, à habitação, à cidadania, aos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa”,

como corolário, uma vez que sem vida não há de se falar em gozo de direitos (BULOS, 2011, p. 2.011).

O dever estatal de intervir junto aos grupos vulneráveis, como os usuários de drogas, não se realizada por meio de ações isoladas, ou atendimentos particularizados, mas, antes, depende de ações planejadas dentro de um programa maior, derivado de um mandamento constitucional, configurando-se em direito subjetivo do indivíduo de ver-se tutelado pelo Estado quando não o consegue por meios próprios. Esse dever do Estado constitui a contraparte de “direitos a prestações fáticas”, exigindo, para sua concretização, a ação positiva pelo Estado (CANOTILHO, 2003, p. 1.259).

As políticas públicas voltadas ao atendimento de usuários de drogas precisam ser formuladas levando-se em conta as prioridades dos seus atores: o usuário e dependente, a família e o entorno social. Os usuários e dependentes precisam de atendimento especializado, inclusive com a possibilidade de internação voluntária, caso queiram aderir ao tratamento de internação. As famílias devem receber atendimento concomitante, uma vez que estão desgastadas e, via de regra, não têm preparo para lidar adequadamente com o usuário ou dependente, apresentando muitas vezes alto nível de estresse e vulnerabilidade. As equipes de tratamento demandam treinamento específico e apoio na segurança para desempenharem seus trabalhos a contento.

A fragilidade no atendimento ambulatorial e hospitalar aos usuários de drogas ainda é um problema na rede de atendimento do SUS, uma vez que a estrutura existente não comporta toda a demanda, principalmente quanto às internações, e o atendimento ambulatorial é feito com poucos recursos humanos e em instalações inadequadas. Dados do próprio Ministério da Saúde revelam que no País há 2,26 leitos por cada 1.000 (um mil) habitantes (BRASIL, 2015c), e a Organização Mundial de Saúde preconiza uma média de 3 a 5 leitos para cada 1.000 habitantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS).

Além da questão de numérica dos leitos, outras questões subjacentes surgem quando se apresenta a possibilidade de internação: especificidade no atendimento, locais apropriados, acompanhamento médico integral, fiscalização do poder público, conselhos de drogas e sociedade civil.

A internação não voluntária diferencia-se para menores e maiores de idade. As crianças e os adolescentes que estiverem em situação de risco poderão ser

encaminhados compulsoriamente para locais de tratamento, como medida de internação involuntária, independentemente de autorização judicial, uma vez que o Estado possui esse permissivo legal para agir. Já a internação compulsória de adultos exige autorização judicial, excepcionando-se a internação involuntária, a pedido de familiar ou responsável.

Crianças e adolescentes são recolhidas em estabelecimentos comuns, para onde são levadas crianças em situação de risco – abrigos –, e para unidades de internação de adolescentes autores de atos infracionais, ambos sem atendimento especializado em razão da situação de drogadição. No caso de crianças e adolescentes que convivem no núcleo familiar, os pais solicitam ao Poder Judiciário a internação compulsória.

A internação compulsória deverá ser planejada como última opção dos agentes de saúde e assistência social envolvidos na tomada de decisão, com protocolos bem definidos e, em casos extremos, em atendimento a ordem judicial. Primeiro, buscar-se-á a inserção nos programas voluntariamente, mediante uma combinação de fatores, como possibilidade real de atendimento e emprego de técnicas argumentativas psicológicas e médicas específicas. Caso o usuário não aceite submeter-se ao tratamento voluntariamente e esteja em situação de risco, o Poder Judiciário poderá, temporariamente, determinar sua internação compulsória, em locais específicos para desintoxicação, até que o usuário e dependente possam decidir pela continuidade ou não do tratamento na modalidade hospitalar. O Ministério Público deverá ser comunicado imediatamente quando da internação.

A medida de internação compulsória, utilizada com caráter de excepcionalidade, é constitucional e deve ser tomada em casos extremos, quando esse for o último passo de um protocolo de ações previamente observado pela rede de atendimento. Trata-se da conjugação do direito à vida, à dignidade da pessoa humana e à saúde, entre outros. A responsabilidade pelo seu oferecimento, nos termos do artigo 23 e 196 da Constituição Federal, compete à União, ao Estado e aos Municípios, solidariamente.

A medida judicial opera por meio do processo de interdição, de natureza civil, requerido pelo Ministério Público ou família, podendo ser manejadas ações de obrigação de fazer, de natureza cível, ou, em caso de existência de direito líquido e certo já comprovado, poderá utilizar a via mandamental – Mandado de Segurança.

O direito à saúde enquadra-se no rol de direitos coletivos que visam ao bem-estar social, os quais alcançaram o *status* de direitos fundamentais oponíveis contra todos, além do texto constitucional de 1988 ter estabelecido instrumentos capazes de garantir efetividades às tutelas coletivas. O Ministério Público e Defensorias Públicas foram reestruturados na Constituição de 1988 e pensados para atuar em defesa dos direitos metaindividuais, assim como o fortalecimento das associações na legitimação para a propositura de ações coletivas. A atuação desses entes ainda é tímida, mas representa o início do processo de participação social na construção e legitimação das políticas públicas (SILVA, 2009).

Os direitos sociais inicialmente “tiveram eficácia duvidosa, em virtude de sua própria natureza de direitos que exigem do Estado determinadas prestações materiais nem sempre resgatáveis por exiguidade, carência ou limitação essencial de meios e recursos” (SILVA, 2009, p. 564). Demandam ações positivas do Estado, incluso nos direitos de segunda dimensão e sujeitos às limitações da reserva do possível, alegação frágil que revela a ausência de interface entre governo e políticas públicas.

O direito à vida representa expoente à evolução dos direitos humanos, registrado em grau maior ou menor nas constituições nacionais, alcançando uma aceitação quase que universal por intermédio de tratados, convenções e declarações internacionais de proteção aos direitos humanos celebrados pelos estados constitucionais.

Considera-se que os direitos humanos

[...] nascem como direitos naturais universais, desenvolvem-se como direitos positivos universais. A Declaração Universal contém em germe a síntese de um movimento dialético, que começa pela universalidade abstrata dos direitos naturais, transfigura-se na particularidade concreta dos direitos positivos, e termina na universalidade não mais abstrata, mas também concreta, dos direitos positivos universais (BOBBIO, 1992, p. 30).

Uma questão que ronda a internação compulsória determinada pelo Poder Judiciário, a qual deverá ser cumprida pelo sujeito/paciente da medida mesmo que contrária à sua vontade, reside no conflito à autonomia da vontade, expressão do princípio liberdade constitucional. A questão não é pacífica.

O direito à vida quando confrontado com o direito à liberdade prevalece, como resultado da técnica de ponderação de princípios fundamentais. “A existência humana

é pressuposto elementar de todos os demais direitos e liberdades dispostos na Constituição”. O direito à vida consagra o primeiro dos princípios e pressuposto para a existência dos demais, como liberdade, igualdade, dignidade entre outros, estabelecendo um fim a ser atingido (MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 441).

A estruturação de uma política pública que preserve a autonomia do indivíduo ofertando possibilidades de tratamento representa a preservação dos direitos humanos em busca de uma vida saudável gozada em sociedade. A internação compulsória não foi contemplada na política de drogas, tratando-se de medida utilizada por analogia à lei das pessoas com transtornos mentais.

A preocupação reside na precariedade do Estado para operar a internação para usuários de drogas, uma vez que a estrutura hospitalar existente não é específica para esse público. Consultando o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, do Ministério da Justiça, constatou-se que, em 2015, foram disponibilizados 800 leitos em enfermarias especializadas. Consultando a rede hospitalar indicada no programa, verifica-se que a grande maioria concentra-se nos Hospitais Gerais, ou seja, não há especialidade no atendimento (BRASIL, 2014a).

As decisões que determinaram a internação compulsória, na sua totalidade, não indicaram em qual estabelecimento deveria ser feita a internação, ficando a cargo da municipalidade ou do Estado definir a instituição.

Além das enfermarias especializadas indicadas no programa *Crack, é possível vencer*, restam as comunidades terapêuticas, as quais contabilizam 336 unidades no Brasil, com 7.541 vagas. Essas comunidades priorizam o tratamento voluntário, não aceitando internações involuntárias e compulsórias, conforme descrição do Observatório Brasileiro de Drogas, pois todo o modelo refere-se a entidades fraternas, com características familiares, que primam o convívio com os pares, em mútua ajuda e compartilhamento das dificuldades. Não se citam, no modelo estabelecido, medidas de contenção capazes de *segurar* uma pessoa que não quer ficar internada, levantando o questionamento sobre a aptidão das instituições existentes em promover, dentro de parâmetros da dignidade da pessoa humana, a internação não voluntária (BRASIL, 2014a).

A Lei n. 10.216/2001, que tutela as pessoas portadoras de transtornos mentais, prevê as três modalidades de internação, todas com a consequência comum de restringir a autonomia do indivíduo e o direito à livre locomoção. Estabelece-se, assim, conflito entre dois direitos fundamentais – liberdade e vida –, o que exige

ponderação e equilíbrio na solução do conflito, de forma que a aplicação de um não anule o outro, mas o afaste temporariamente.

A restrição da liberdade deve observar alguns pontos importantes, dada a complexidade do assunto.

O primeiro refere-se à ausência de legislação específica sobre a internação de dependentes crônicos, gerando posicionamentos divergentes no Judiciário, Governos e sociedade civil. Recentemente, o Conselho Nacional de Psicologia manifestou-se contrário à medida, por violar a política mundial que não aceita a internação forçada e a repetição do modelo manicomial de tratamento, devendo este dar-se pela redução de danos, ambulatorial. A internação deverá ser usada como o último passo de um protocolo de ações estabelecidas pelo programa, com acompanhamento médico integral e dos órgãos de fiscalização (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

O segundo aspecto refere-se à ausência de locais apropriados para receber esse público. O usuário de crack demanda atendimento especializado médico e psiquiátrico, com acompanhamento psicológico e terapêutico próprios, além de mecanismos de segurança para pacientes e profissionais que realizam o atendimento. Os hospitais gerais não contam com equipe profissional e segurança adequadas para desenvolver trabalho com dependentes crônicos, e as clínicas particulares geram insegurança tanto pelo aspecto de eleição dos procedimentos adotados, como também pela ausência de fiscalização do Estado.

Por fim, a internação compulsória do dependente esbarra em divergências entre os profissionais que atuam no tratamento dos usuários de drogas, questionando se a forma compulsória repercute os efeitos esperados e se o Estado possui estrutura adequada para receber os usuários e dependentes, sem submetê-los a condições degradantes e de confinamento.

Ademais, a pesquisa realizada pela FIOCRUZ publicada em 2014 revelou que 80% dos entrevistados, usuários de crack, possuem interesse em buscar tratamento. Isso demonstra que o ingresso no tratamento pode ser voluntário, desde que inseridos em um contexto social de atenção aos usuários, ou seja, dentro de um conjunto de ações coordenadas de apoio aos usuários e dependentes (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ, 2014).

A discussão acerca da internação não voluntária, seja nas modalidades involuntária ou compulsória, esbarra em opiniões divergentes, mas que devem ser

observadas com cuidado pelos Poderes Judiciário, que determina a internação; pelo Executivo, que executa e fiscaliza a internação; e pelo Poder Legislativo, responsável por construir no plano legal as regras acerca das políticas públicas de drogas.

Atualmente não há legislação que permita a internação não voluntária de dependentes e usuários de crack, e o Poder Judiciário utiliza os princípios constitucionais e a legislação que regulamenta a situação das pessoas com transtornos mentais para subsidiar suas decisões.

#### 2.4 MAPEAMENTO TARDIO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DE CRACK NO BRASIL: AUSÊNCIA DE DIAGNÓSTICO PRÉVIO DOS SUJEITOS DA POLÍTICA DE DROGAS

A Fundação Oswaldo Cruz realizou, entre 2012 e 2013, uma importante pesquisa para traçar o perfil dos usuários de crack no Brasil, revelando vários aspectos dos usuários e seus hábitos de consumo. A pesquisa foi aplicada “nas 26 capitais e Distrito Federal, municípios selecionados em 9 regiões Metropolitanas Federais e uma amostra representativa de cidade de pequeno e médio porte”. Estima-se que hoje cerca de 370 mil pessoas fazem uso contínuo do crack no País, quebrando o mito criado pela mídia de uma epidemia de crack (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ, 2014).

A pesquisa mostra que as regiões nordeste, com 1,29%, e a região sul, com 1,05%, são proporcionalmente os locais de maior consumo de crack no País, e o menor consumo ocorre na região sudeste, com 0,56%. Essa pesquisa quebra a impressão passada pela mídia de que Rio de Janeiro e São Paulo são os maiores centros de consumo da droga. Ainda, a pesquisa implica formulações de ações específicas para enfrentamento ao crack no nordeste e sul do País. É importante ter esse número de usuários para o planejamento das ações governamentais, pois a política deve ser pensada a partir das etapas integrantes do ciclo de formação das políticas públicas e do número de usuários que deverão ser atingidos.

A primeira observação feita refere-se à “nova cena de drogas”, referindo-se à mudança dos tipos de drogas usadas com mais intensidade. Paulatinamente, está ocorrendo o processo de abandono das drogas injetáveis e passando-se à utilização de drogas estimulantes e não injetáveis. A cocaína é um exemplo, uma vez que está



sendo substituída pelo crack. A pesquisa não se debruçou nessa questão, apenas reforçou o ingresso de novas drogas no Brasil, principalmente as estimulantes.

As substâncias estimulantes, como as anfetaminas (ilícitas) e o álcool (lícita), despertam preocupação de duas ordens: a primeira com relação à transmissão e aquisição do vírus HIV. A segunda, com relação ao tratamento, pois não há registro de medicação eficaz no controle da fissura, dificultando o tratamento de usuários e dependentes.

Em 2010, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, que na época era parte do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, recebeu a encomenda de formular e coordenar um inquérito nacional sobre o consumo de crack no país. O estudo “está voltado para a descrição e análise do perfil dos usuários de crack e/ou similares nas cenas de uso, seguida de uma análise sobre onde estão localizadas essas cenas e quais são as suas características” (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 17).

Ocorre que a complexidade da pesquisa deriva, principalmente, “da extensão territorial, e das profundas desigualdades sociais e regionais do Brasil”. Assim como nos mais diferentes campos da saúde pública, “o consumo do crack se reveste de características regionais e locais” (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 17). Isso acontece em função dos contextos de uso e da população usuária.

A pesquisa é inovadora por realizar o primeiro mapeamento em nível nacional das cenas de uso de crack, o que possibilitou traçar um perfil dos usuários e dependentes, criando instrumento de diagnóstico apto a subsidiar o Governo no planejamento e na execução de políticas públicas de enfrentamento, levando-se em consideração as peculiaridades dos usuários e das diferentes regiões do País.

Importante constatação que a pesquisa alcançou refere-se aos locais de uso de crack, que não são mais restritos às áreas marginalizadas e empobrecidas das cidades, mas em locais centrais, aberto à visão de quaisquer transeuntes. Comumente essas regiões são conhecidas como *cracolândias* e abrigam consumidores e traficantes. A pesquisa foi realizada nas cenas abertas de uso de drogas, nas *cracolândias* e também em locais restritos de uso, como casas abandonadas, mas sempre de acesso público. A pesquisa não foi realizada em casas e estabelecimentos privativos, como residências, clínicas e estabelecimentos prisionais, apenas nas cenas abertas de uso. Por isso, os números tratados refletem

parte dos usuários e dependentes, ou seja, apenas os que fazem uso em cenas públicas.

O objeto da pesquisa foi o mapeamento dos usuários e dependentes de crack e similares. Inserem-se neste último o *oxi*, que consiste em um entorpecente que mistura pasta base de cocaína com querosene, gasolina, cal virgem ou solvente usado em construções, e a pasta base da cocaína e a *merla*, que também deriva da cocaína, sendo a reunião de folhas de coca com ácido sulfúrico, querosene, cal virgem, concentrando de 40 a 70% de cocaína (FIOCRUZ, 2014).

Com a finalidade de delimitar o objeto da pesquisa a ser trabalhado, destacam-se quatro pontos importantes constatados na pesquisa: (i) quantos usuários de crack e/ou similares há no Brasil?; (ii) quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográfico e comportamental desses usuários: resultado de uma pesquisa de abrangência nacional; (iii) aspectos de saúde e acesso a serviços de atenção por usuários de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional. Resultados da Pesquisa Nacional sobre crack, 2012; (iv) uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas públicas.

O primeiro ponto a ser anotado acerca da pesquisa refere-se a (i) quantos usuários de crack e/ou similares há no Brasil? Apresentando os resultados da pesquisa nacional sobre crack feita em 2012, a Fundação Oswaldo Cruz baseou-se no método *Network Scale-up Method* para estimar que hoje, no País, cerca de 370 mil pessoas fazem uso de crack e similares, sendo consideradas usuárias aquelas que fizeram uso da substância no mínimo 25 vezes durante os últimos seis meses. O uso de crack e/ou similares é maior do que o uso exclusivo de crack, 0,81% (não exclusivo) para 0,54% (exclusivo). Com relação aos quantitativos trabalhados na pesquisa, outros elementos foram avaliados, como idade e consumo por região.

O segundo item selecionado na pesquisa, que será trabalhado com maior ênfase nesta seção, trata de (ii) quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográfico e comportamental desses usuários: resultado de uma pesquisa de abrangência nacional atende às duas primeiras perguntas quanto ao perfil dos usuários e dependentes nas cenas de uso – quem são as pessoas que usam o crack e/ou similares e quantas elas são?

A pesquisa respondeu a primeira pergunta por meio de uma metodologia de amostragem nas cenas de uso. Foi possível traçar as nuances e contornos dos usuários e dependentes que fazem uso da droga nas cenas públicas. Com relação à

segunda pergunta, essa é difícil de ser respondida, pois “não existem modos eticamente aceitáveis e operacionalmente factíveis de abordar de forma simultânea cenas abertas e o uso privado, pois as estratégias de abordagem são necessariamente distintas” (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 47). Mensurar o número de usuários no País é tarefa difícil. Primeiro, em relação à ausência do controle estatal sobre o consumo, o que seria facilitado pela descriminalização e controle administrativo, como ocorre nos países que descriminalizaram o consumo de drogas. Depois, pela mensuração de usuários que fazem o uso em recintos privados, longe de qualquer observação pública.

Com relação ao **gênero** dos usuários de crack, a pesquisa constatou a predominância de homens nas cenas de uso: no Brasil, 78,68% são homens e 21,32% são mulheres. A pesquisa chama a atenção da necessidade de planejamento de políticas públicas voltadas para o homem, com forma de abordagem e cuidados com a saúde específicos para esse público, bem como o planejamento de uma abordagem própria à mulher. São seres humanos com necessidades e conflitos diferentes, merecendo ser tratados de acordo com suas peculiaridades.

Outro elemento que deve ser pensado na política voltada à mulher refere-se à gravidez e ao cuidado com os filhos, que podem ocorrer simultâneos ao consumo da droga, merecendo maior atenção dos agentes de tratamento envolvidos.

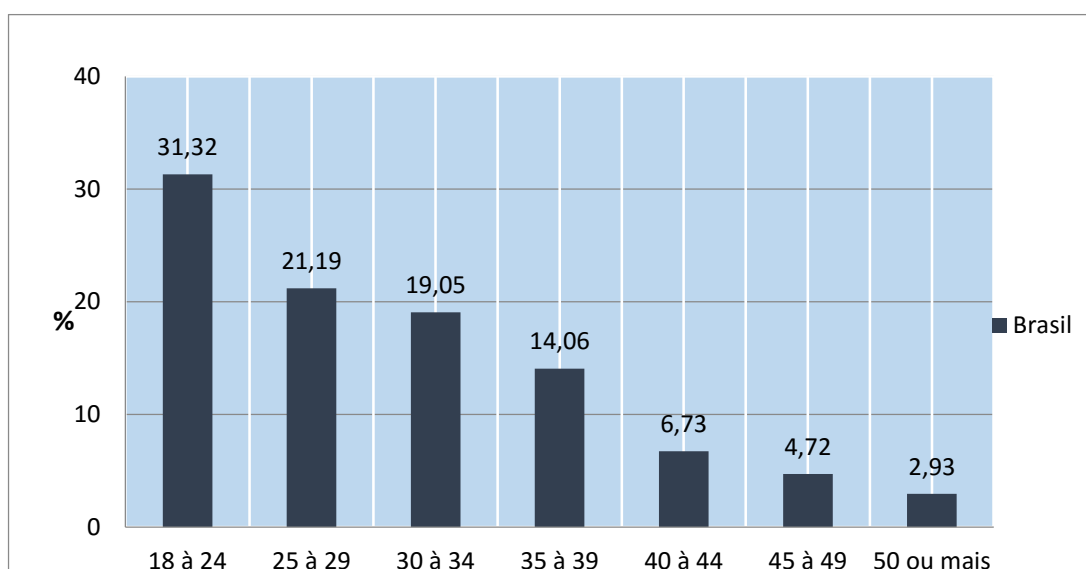
Com relação à **faixa etária** dos entrevistados, constatou-se o maior uso ocorre entre pessoas com 18 a 24 anos. As entrevistas foram feitas com maiores de 18 anos, todavia a pesquisa registrou durante a coleta dos dados e visitas às cenas de uso a presença de crianças e adolescentes, não sendo notada quantidade expressiva desse público. Atualmente, o País voltou a discutir, em termos legislativos, a redução da maioridade penal, de 18 anos para 16 anos<sup>12</sup>. Um dos argumentos utilizados por quem defende a redução é justamente a inserção, cada vez antes, dos adolescentes no universo das drogas e da criminalidade. Não se discutirá essa questão, apenas se aponta que a pesquisa mostra outra realidade, o número inexpressivo de crianças e adolescentes nas cenas de uso, fragilizando o argumento da inserção nas drogas como ponto favorável à redução da maioridade.

---

<sup>12</sup> Em agosto de 2015, a Câmara dos Deputados aprovou em 2º turno a redução da maioridade penal de 18 anos para 16 anos nos casos de crimes hediondos, homicídio doloso e lesão corporal seguida de morte. Trata-se da Proposta de Emenda à Constituição n. 171/93. A PEC ainda precisa ser aprovada no Senado Federal para efetivamente promover a mudança do texto constitucional.

A Figura 1 revela a idade dos usuários ou dependentes nas capitais e nas cidades não capitais, com uma pequena variação, pois nas capitais a idade média é maior. Ainda, que a maioria dos consumidores, cerca de 1/3, concentra-se na faixa etária de 18 a 24 anos.

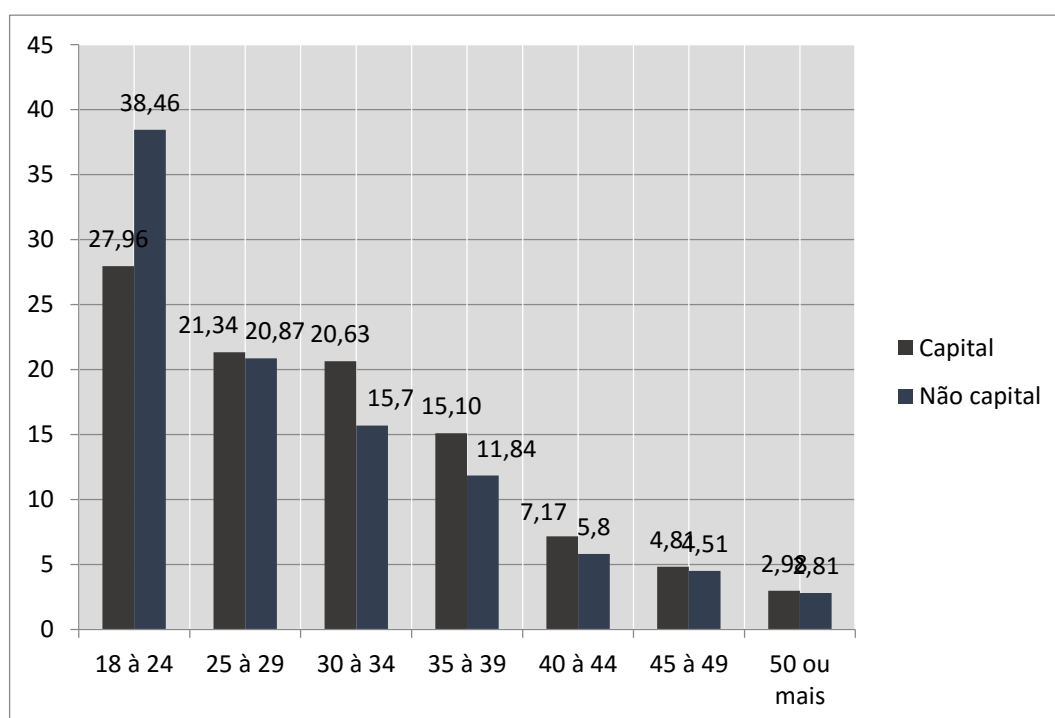
Figura 1 – Faixa etária de usuários de crack e/ou similares no Brasil



Fonte: FIOCRUZ, 2014.

A Figura 2 demonstra a faixa etária de usuários e dependentes de crack distribuídos nas capitais e nas cidades não capitais.

Figura 2 – Faixa etária de usuários de crack e/ou similares no Brasil por capital e não capital



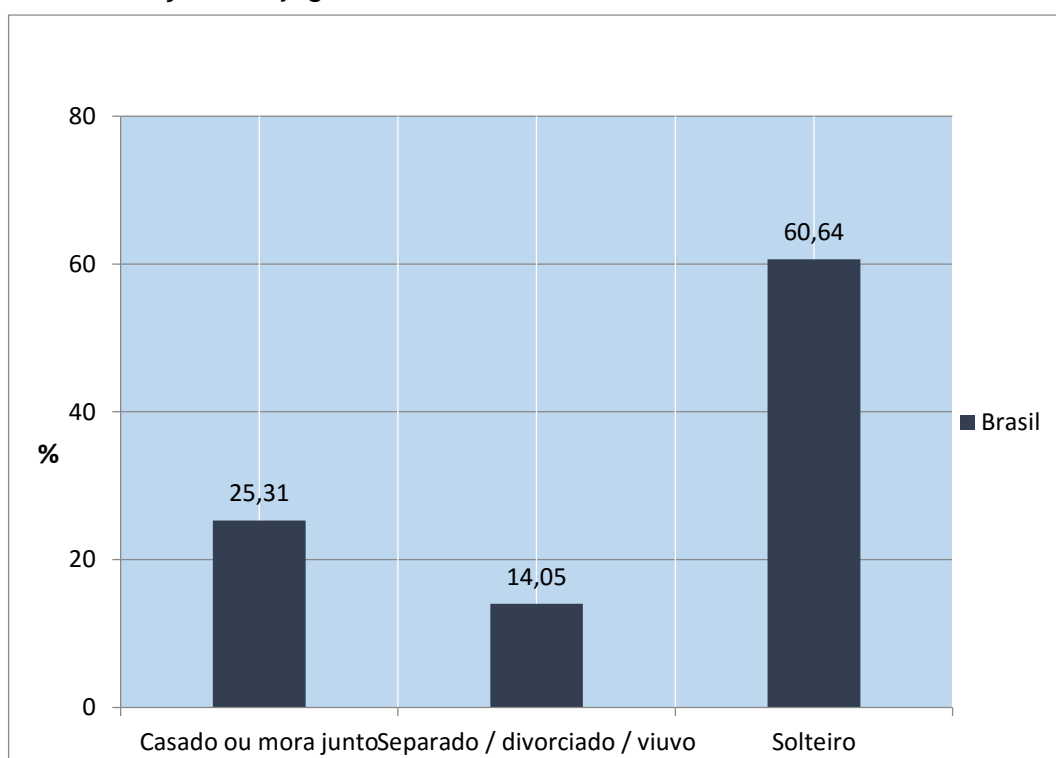
Fonte: FIOCRUZ, 2014.

Com relação à **raça**, a pesquisa revelou que há predominância de usuários e dependentes no grupo dos não brancos (pardos e pretos, classificação do IBGE) do que entre os brancos. No Brasil, os não brancos correspondiam, em 2010 (IBGE), a 52% da população brasileira. Logo, a pesquisa aponta que os grupos de pretos e pardos estão mais vulneráveis às nocividades causadas pelo uso do crack, demandando atenção nas políticas públicas.

Com relação à **situação conjugal** – Figura 3 – predominou nas cenas de uso a presença pessoas solteiras, ressaltando a necessidade de fortalecimento dos laços familiares dentro das estratégias de enfrentamento ao crack. A resposta sugerida por esta pesquisadora é o fortalecimento das ações de assistência social nas políticas públicas que, de acordo com o quadro de investimento do orçamento da União no programa *Crack*, *é possível vencer*, ainda é reduzido para atender toda a demanda dessa área.

Percebe-se um esfacelamento das relações familiares, reforçando a proposta de planejamento da política pública com ações voltadas à família e entorno social do dependente e usuário.

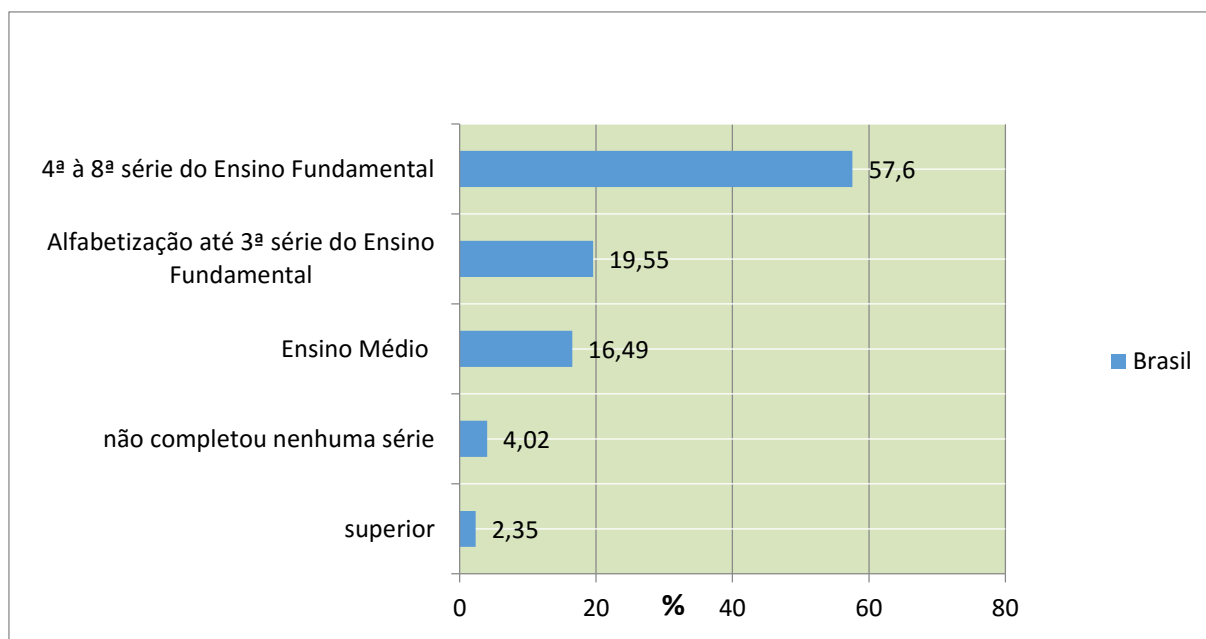
Figura 3 – Situação Conjugal dos usuários de crack



Fonte: FIOCRUZ, 2014.

Com relação à **escolaridade** dos usuários, os números revelaram a baixa formação educacional, em que 57,60% dos entrevistados cursaram até a 8ª série do ensino fundamental. Esses dados demonstram a necessidade urgente de fortalecimento do eixo educação do programa *Crack, é possível vencer*. Os números constatados com relação à escolaridade entre os usuários também demonstra que as pessoas com baixa escolaridade possuem maior dificuldade de acesso ao mercado de trabalho por consequência dessa precariedade na formação educacional, logo, estão mais suscetíveis às drogas. Assim, a política precisa fortalecer tanto a educação formal quanto profissional, assegurando melhor qualificação e, por consequência, melhores postos de trabalho e melhor remuneração.

Figura 4 – Escolaridade dos usuários de crack



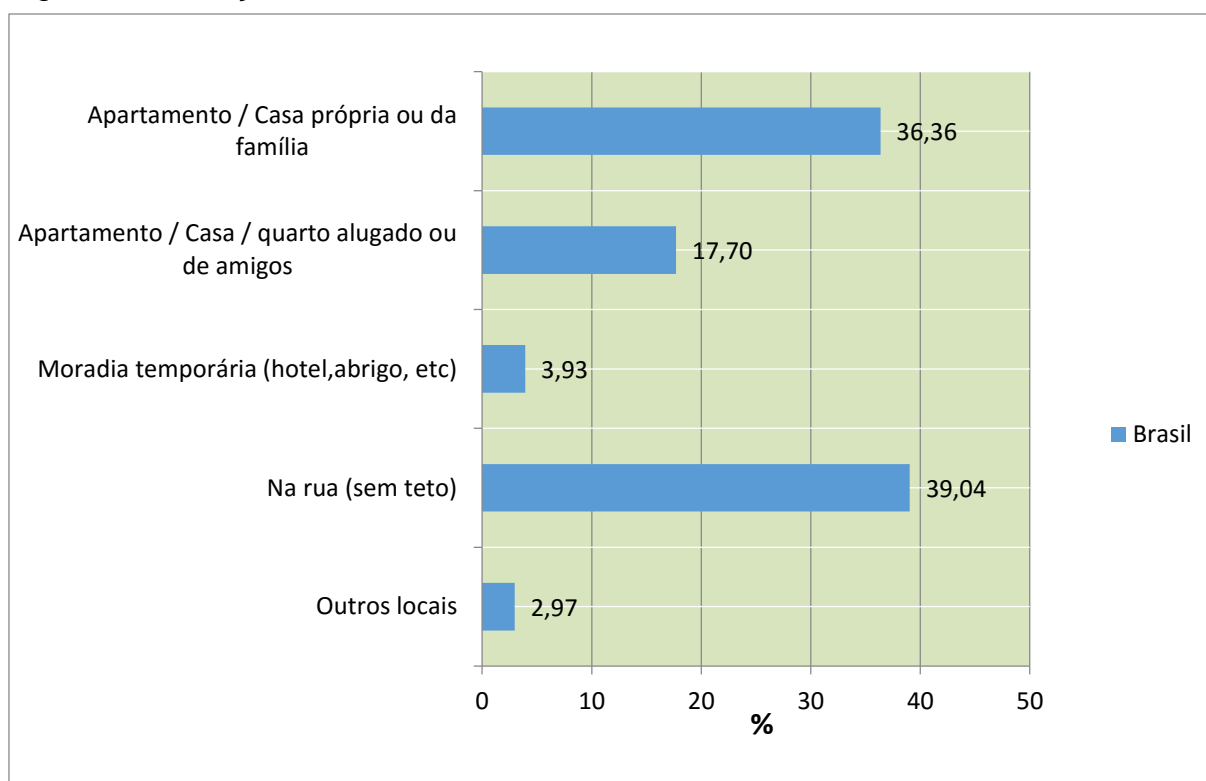
Fonte: FIOCRUZ, 2014.

No tocante à **moradia**, a pesquisa demonstrou diferença de números entre a população em situação de rua nas capitais e nas cidades não capitais. O número de usuários e dependentes em situação de rua nas capitais atinge cerca de 47% dos entrevistados, enquanto nas cidades não capitais corresponde a cerca de 21% dos entrevistados. A pesquisa reforçou a necessidade de o planejamento das políticas de

drogas atentar para as particularidades local e a coesão das relações sociais vistas em cada localidade. As capitais são os maiores municípios, agregando a população de toda região metropolitana, marcada por um maior esfacelamento familiar e social. Os municípios não capitais demonstraram a presença maior da família no cotidiano do usuário e dependente, tanto que mesmo frequentando as cenas de uso possuem moradia.

O número de pessoas em situação de rua ainda é expressivo, cerca de 40% dos entrevistados, reforçando a necessidade de potencializar a assistência social, no eixo cuidado do programa *Crack, é possível vencer*, uma vez que o tratamento deve se dar preferencialmente no ambiente do usuário, envolvendo os grupos família, social e trabalho.

Figura 5 – Situação de moradia dos usuários de crack no Brasil

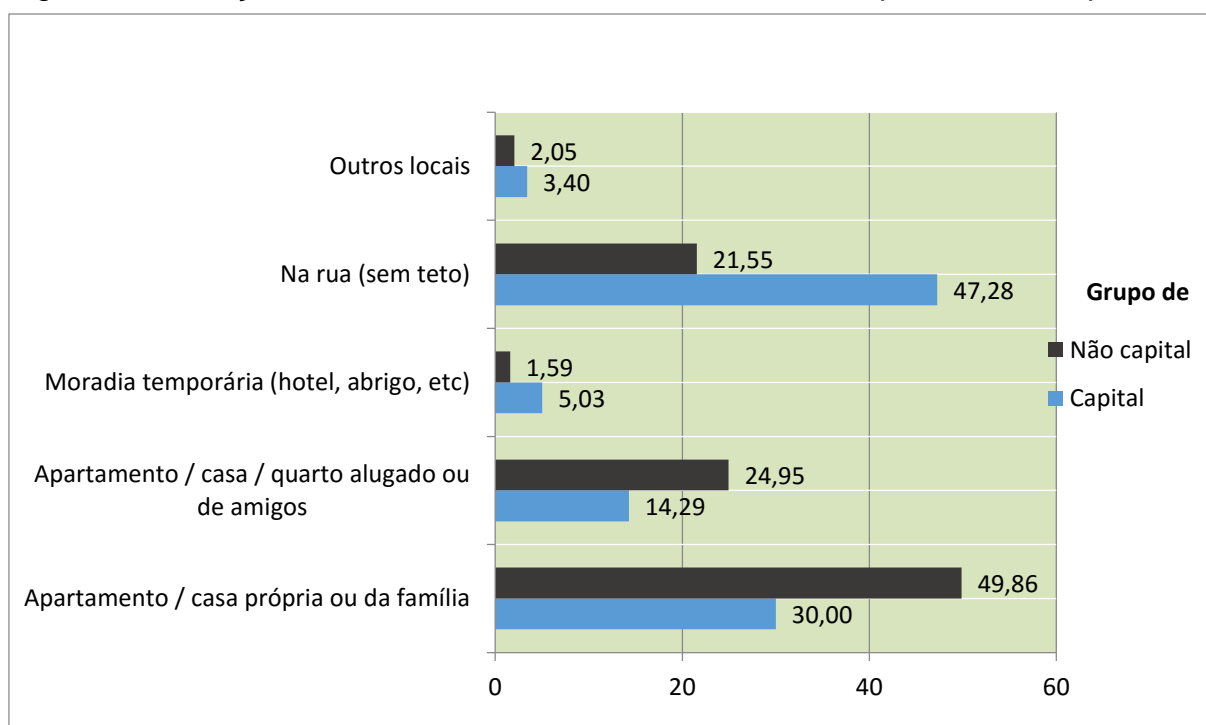


Fonte: FIOCRUZ, 2014.

Com relação aos entrevistados nas capitais e não capitais, foi possível perceber que, nas capitais, encontra-se o maior percentual de moradores de rua:

47,28% nas capitais, enquanto nas cidades não capitais esse percentual cai para menos da metade, 21,55%. Reforça-se a necessidade de ações de acolhimento provisório como medida de urgência, criando-se um ambiente que favoreça a percepção pelo usuário e dependente dos benefícios que terão com o retorno ao lar, que não necessariamente precisa ser o anterior à situação de rua, mas viver em um lar. A vergonha, o medo, a dificuldade de reencontrar parentes e amigos são estigmas que devem ser rompidos a fim de reestabelecer a condição de cidadania, por meio da moradia. O lar – incluído o convívio familiar e o trabalho – é importante elemento na retomada de vida de usuários e dependentes.

Figura 6 – Situação de moradia dos usuários de crack nas capitais e não-capitais



Fonte: FIOCRUZ, 2014.

Com relação à **fonte de renda** dos usuários e dependentes de drogas nas cenas de uso, a pesquisa constatou que a grande maioria, 64,9% dos entrevistados, adquire renda por meio de trabalhos esporádicos; 12,8% pedem esmolas; 11,27% recebem ajuda da família; 9,04% praticam delitos, excluído o tráfico de drogas, a



exemplo de furtos, roubos, fraudes etc.; 8,19% trabalham regularmente, mas sem registro em carteira profissional; 7,46% são profissionais do sexo; 6,42% participam do processo de distribuição e venda de drogas; 5,4% recebem algum tipo de benefício social governamental; e o menor grupo, 4,2%, trabalha de forma regular com carteira de trabalho assinada.

A formação profissional e a perspectiva de uma carreira são importantes elementos que devem fazer parte da política de enfrentamento ao crack. Trata-se do oferecimento de alternativas de prazer, aptas o suficiente a promover a escolha por outros prazeres que não o uso do crack, residindo aqui a necessidade de promoção de políticas intersetoriais, capazes de promover o desenvolvimento social e econômico dos usuários e dependentes.

Tabela 6 – Fonte de renda dos usuários e dependentes de crack

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Fonte de renda nos últimos 30 dias			
Trabalho por conta própria/autônomo ou trabalho esporádico/bicos	64,9	61,67	67,99
Pedir esmolas	12,8	10,48	15,55
Família/parceiro(a)/amigos (empréstimos/presentes)	11,27	9,31	13,59
Atividade ilícita (outra que não tráfico de drogas. Como: furtos, roubos, fraudes, ve	9,04	7,11	11,42
Trabalho regular sem carteira assinada	8,19	6,53	10,24
Profissional do sexo ou troca de sexo por dinheiro	7,46	5,6	9,88
Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma de venda ou distribu	6,42	4,28	9,53
Renda de Assistência/Benefício (assistência social, seguro, previdência desempreg	5,4	4,15	7,02
Trabalho regular com carteira assinada	4,2	2,89	6,06

Fonte: FIOCRUZ, 2014.

A pesquisa revelou que o uso do crack e o uso de similares (pasta base, *merla* e *oxi*) não ocorrem isoladamente, mas associados a outras drogas lícitas e ilícitas, com ênfase para o álcool, tabaco, maconha e cocaína. Os dados revelam a necessidade do manejo integrado de ações de tratamento para o abuso de crack e/ou similares e também de outras drogas (BASTOS; BERTONI, 2014), sendo necessária a elaboração de políticas públicas que agreguem o tratamento simultâneo do crack e das outras drogas. Trata-se de poliusuários, pessoas que consomem em conjunto vários tipos de drogas, exigindo várias frentes de tratamento de saúde.

Esses são importantes dados constatados na pesquisa que traça o perfil do usuário de crack, desmistificando algumas construções midiáticas, como a de tratar-se de uma epidemia, do usuário não querer tratamento e necessitar ser internado contrário à sua vontade, bem como que em sua maioria praticam crimes para sustentar o vício.

O diagnóstico do público que será atendido é fundamental no planejamento de uma política pública, inserido no elemento planejamento, dentro do ciclo de construção das políticas públicas. Conhecendo melhor os sujeitos e as realidades, é mais frutífera a construção de ações e metas que visem aos resultados almejados.

Outro aspecto levantado na pesquisa refere-se à saúde de usuários e dependentes, (iii) Aspectos de saúde e acesso a serviços de atenção por usuários de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional. A saúde é um elemento fundamental nas ações de enfrentamento ao crack, além de tratar-se de um direito fundamental, sob a perspectiva do indivíduo e da coletiva, e importar em direito social, impondo obrigação de fazer ao Estado. A saúde será promovida pela União, Estados Membros e municípios solidariamente, nos termos do artigo 23 do texto constitucional.

A pesquisa realizada pela FIOCRUZ trouxe à tona questões importantes no que diz respeito ao cuidado com a saúde entre os usuários e dependentes de drogas. A primeira questão refere-se ao acesso a algum tipo de tratamento médico, em que cerca de 27% dos entrevistados respondeu ter procurado esse serviço. Quando comparados homens e mulheres, observou-se que as mulheres buscaram com mais frequência esses serviços do que os homens, representando 38,09% em contraste a 24,23% dos homens. A constatação de que as mulheres buscam mais os serviços de saúde também é evidente na população geral brasileira, em que 76% das mulheres buscaram atendimento na saúde, enquanto apenas 58,8% dos homens o fizeram (BASTOS; BERTONI, 2014).

Esses números indicam a necessidade de formulação de políticas de saúde com abordagem que sensibilize os homens a aderirem às ações. Dentro do conjunto de proposições que foram construídas no Capítulo 4 desta tese, propõe-se que dentro da política de drogas sejam construídos protocolos diferenciados de abordagem aos usuários e dependentes, levando em consideração suas peculiaridades. Assim, a política deve prever uma abordagem diferenciada para as mulheres, crianças e adolescentes, detentos em estabelecimentos prisionais, homens etc. É imprescindível que se identifique a melhor forma de abordagem do grupo, sendo o papel dos

profissionais da saúde, assistência social, educação e segurança pública fundamental nessa identificação e prática.

Com relação à internação, a pesquisa revelou que, entre os entrevistados, apenas 10% dos usuários e dependentes tinham utilizado o serviço de internação, e 12,67% utilizado algum serviço de acolhimento institucional nos 30 dias que antecederam à pesquisa. Com relação ao acesso aos serviços da previdência social, 3,67% utilizaram de algum tipo de benefício do INSS. Com relação ao uso de serviços de promoção a programas para reinserção no mercado de trabalho, apenas 8,01% tiveram acesso. A pesquisa revela o baixo número de pessoas que tiveram acesso a algum tipo de programa de desenvolvimento social, demonstrando a necessidade de investimentos na área de assistência social voltada para usuários de drogas (BASTOS; BERTONI, 2014).

A dedução possível dos números apresentados gira em torno de duas perspectivas: a primeira que há uma baixa oferta desses serviços, e a segunda que a abordagem não está sendo concretizada da maneira adequada. Esses dois pontos devem ser levados em consideração, pois é necessário que se coloque o serviço à disposição do usuário e dependente, bem como que se criem laços de confiança entre os agentes que farão a abordagem e o público alvo. Novamente reforça-se o caráter intersetorial da política.

Importante indicativo alcançado no aspecto saúde, realizado nas entrevistas, refere-se à manifestação de 77,23% dos usuários e dependentes que querem receber tratamento para enfrentar o uso de drogas. Trata-se de um indicativo que o usuário e o dependente não perderam a racionalidade durante o uso, ou seja, não se tornam *zumbis*, como quer forçar a mídia, e que estão abertos a se submeterem a tratamento. Para isso, o planejamento da política deve pautar-se na ampliação das ações de acesso à saúde e assistência social, incluindo moradia, alimentação e trabalho (BASTOS; BERTONI, 2014).

Outro ponto a ser constatado com esse indicativo é a possível redução das internações compulsórias, tendo em vista que a grande maioria, quase 80% dos usuários e dependentes, está aberta ao tratamento voluntário.

Com relação ao comportamento sexual, 75,38% relataram terem praticado sexo nos 30 dias que antecederam às entrevistas, e há uma predominância entre relações heterossexuais: 73,45% das mulheres mantiveram relações com homens, e 65,48% dos homens mantiveram relações com mulheres. Do grupo pesquisado, as

mulheres possuem uma frequência sexual maior do que os homens, correspondendo a 83,54% de mulheres e a 73,09% de homens. Uma proporção relevante de usuários e dependentes. 23,87% relataram ter recebido dinheiro ou drogas em troca de sexo, constituindo o ato sexual em moeda de troca para aquisição da droga. Esses dados são importantes para planejamento das ações de redução de danos, com relação à transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, controle de natalidade e ações que gerem o empoderamento do usuário e dependente em relação ao seu corpo. Trata-se da valorização do ser humano e sua dignidade, a fim de que o ser não seja desvalorizado em troca do acesso ao crack.

O último ponto se refere ao perfil que os pesquisadores da FIOCRUZ traçaram a partir dos dados coletados. Foi possível identificar quatro perfis de usuários regulares de crack, bem como traçar a complexa e intrínseca relação entre vulnerabilidade social e dependência com o crack.

**Tabela 7 – Perfil dos usuários de crack no Brasil**

Homens marginalizados	Maioria dentre os usuários: homens, pardos e pretos, baixa escolaridade, origem familiar e inserção social que os expõe à marginalização e estigmatização.
Mulheres marginalizadas	Mesmas desvantagens sociais dos homens. Estão expostas à violência sexual e ausência de apoio na gravidez.
Adolescentes vulneráveis	Trata-se de estimativa (não foram entrevistados menores de idade). Compreendem 14% dos usuários (minoridade). Possuem menos consciência dos riscos causados pelo uso da droga.
Adultos socialmente integrados	Pessoas que experimentaram menos danos com o consumo da droga. Geralmente trabalham e contam com maior apoio social. Contam com mais recursos para evitar a marginalização social.

Fonte: Horta et al., 2011.

A pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz possibilitou conhecer melhor o perfil das pessoas que usam crack no Brasil. A pesquisa foi realizada nas grandes cidades e capitais, não sendo contempladas cidades menores, que já registram a interiorização das drogas, como aponta a Confederação Nacional de Municípios (2012).

A pesquisa demonstra com muita clareza a extensão do problema. Primeiro porque não se trata de uma epidemia, pois o número de usuários estimados gira em torno de 370.000, dentro do universo de 200 milhões de brasileiros, conforme registro do IBGE.

Outra importante conclusão refere-se à constatação de que se trata mais de um problema social do que de saúde pública (não que as ações de saúde não sejam importantes no seu enfrentamento). Elementos como a baixa escolaridade e serem pardos e pretos refletem o modelo histórico de exclusão social brasileira. A precariedade da estrutura familiar foi outro ponto constatado na pesquisa, em que a maioria dos entrevistados está com situação conjugal de solteiro, traduzindo, reflete no ser só, tanto quanto ao companheiro quanto à família.

Os elementos apontados na pesquisa reforçam a necessidade de maior promoção de ações, tanto que 78% dos entrevistados estão dispostos a receber tratamento, e que possuem baixo acesso aos serviços de saúde e assistência social.

A pesquisa realizada é um importante marco nos estudos sobre o crack e a realidade que circunda os usuários e dependentes, possibilitando ao Estado informações para planejar melhor as ações governamentais.

O programa *Crack, é possível vencer* foi lançado pelo Governo Federal antes do diagnóstico do perfil de usuários de crack no País. Este estudo possibilitará enxergar os erros e acertos do programa e propor, dentro de uma perspectiva teórica do ciclo de formação das políticas públicas, novos arranjos ao programa.

### 3 ESTRUTURA DO PROGRAMA *CRACK, É POSSÍVEL VENCER*: PONTOS DE DESARTICULAÇÃO DO PROGRAMA E PERSPECTIVA SOCIAL DO PROBLEMA

O programa de combate ao uso de crack proposto pelo Poder Executivo Federal, intitulado *Crack, é possível vencer*, regulamentado pelo Decreto Presidencial n. 7.179, de 20 de maio de 2010, e alterações, versa das diretrizes para prevenção e recuperação dos dependentes, estimulando a articulação entre União, Estados, Distrito Federal, Municípios e Organizações da sociedade civil. O Programa regulamenta os dispositivos da Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, que, por sua vez, está em conformidade com os princípios da Constituição Federal de 1988.

O decreto estabelece que a forma de integrar Estados e Municípios com mais de 200 mil habitantes no programa é a sua adesão voluntária, firmada por meio de termo de adesão específico denominado *Pactuação*, o qual deverá conter as responsabilidades do ente aderente e propor instrumentos de apoio ao enfrentamento do crack. Cada ente disponibilizará, dentro da sua rede de saúde, assistência social, educação, cultura, desporto, direitos humanos e outras insumos e mão de obra para o programa e, em contrapartida, recebe do governo federal incentivos, de ordem financeira, para implementar as ações.

O programa governamental foi instituído em três eixos: **prevenção, cuidado e autoridade**, com a previsão de ações articuladas entre os Ministérios do Governo Federal, Secretarias Estaduais e Municipais e participação de instituições privadas, associações, grupos de apoio e demais entidades não governamentais que atuam no combate às drogas.

Esta seção se propõe a investigar a estrutura do programa *Crack, é possível vencer* no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, a inserção dos entes federados no programa e os três eixos estruturantes, com o conteúdo das ações governamentais. Após a apresentação do programa, serão identificados os pontos de desarranjos encontrados na sua execução, para, a partir de então, apresentar novas perspectivas de intervenção.

A fim de conhecer melhor a estrutura e o funcionamento do programa, foram realizadas visitas técnicas aos Ministérios da Justiça, da Saúde, do Desenvolvimento Social e Casa Civil, no âmbito da União, que subsidiou uma análise *in loco* da gestão do programa.

Essa ação é fundamental para que se reconheça empiricamente o programa, com ênfase na observação, na evidência e na experiência sensorial das práticas adotadas. Ainda, permite uma maior compreensão do nível de articulação feita entre o Governo Federal e o ente político que está aderindo ao programa, e, assim, permitir que essa experiência seja levada para novas análises do programa em outros Estados e Municípios.

### 3.1 ESTRUTURAS BÁSICAS DO PROGRAMA E A INSERÇÃO DOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS

Utilizaram-se para descrição do programa os documentos legislativos: Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006; Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010, e suas alterações; Portaria do Ministério da Saúde n. 121, de 25 de janeiro de 2012; Portaria do Ministério da Saúde n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011; e as informações obtidas nas visitas técnicas.

A par da legislação específica de estruturação do sistema de controle de drogas no País, é importante iniciar o estudo por meio da lei específica sobre drogas, Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, a qual dispõe sobre o sistema nacional de políticas sobre drogas, abordando questões como prevenção, tratamento, reinserção social e regras de repressão à produção, tráfico e consumo de drogas. A lei trata a temática sob os aspectos políticos, em como o Estado enfrenta a problemática das drogas, e sob o aspecto criminal, de proibição e punição ao tráfico e consumo. A lei foi tratada em detalhes no Capítulo 1 desta pesquisa e guiará o programa aqui especificado.

O programa *Crack, é possível vencer* (Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010) institui ações descentralizadas entre os entes federados e também entre as pastas – justiça, saúde, assistência social, desporto, cultura, direitos humanos e educação – com ações integradas entre os vários órgãos. Os Estados e Municípios aderiram ao programa, oferecendo em contrapartida os serviços públicos que dispunham nas áreas de saúde, assistência social, educação e segurança pública. O programa determina que o ente aderente ofereça contrapartida, que poderá ser por meio de equipamentos, servidores e inclusão da rede já existente no plano de trabalho.

De acordo com o Decreto, a estrutura e a articulação da política de enfrentamento ao crack ocorrem por meio da instituição de duas instâncias de gestão do programa: Comitê Gestor e o Grupo Executivo. Os comitês gestores são compostos por agentes governamentais com atuação em vários setores, ao passo que o grupo executivo é mais restrito a alguns ministérios. Toda a gestão do programa compete ao Ministério da Justiça, *locus* do programa.

Tabela 8 – Estrutura do Programa *Crack, é possível vencer*

Órgão de gestão	Composição: O Ministro (titular) e o Secretário Executivo (suplente) das seguintes pastas	Competências
Comitê Gestor Art. 3º Decreto 7.179/2010	I - Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República; II - Casa Civil da Presidência da República; III - Secretaria-Geral da Presidência da República; IV - Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República; V - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; VI - Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República; VII - Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República; VIII - Ministério da Justiça; IX - Ministério da Saúde; X - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; XI - Ministério da Defesa; XII - Ministério da Educação; XIII - Ministério da Cultura; XIV - Ministério do Esporte; XV - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.	Art. 4º I - estimular a participação dos entes federados na implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;  II - acompanhar e avaliar a implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; e  III - consolidar em relatório periódico as informações sobre a implementação das ações e os resultados obtidos.
Grupo Executivo Art. 4º-A Decreto 7.179/2010	I - Ministério da Justiça; II - Casa Civil da Presidência da República III - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão IV - Ministério da Fazenda; V - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; VI - Ministério da Saúde; e VII - Ministério da Educação.	Art. 4º - A I - promover a implementação e gestão das ações do Plano; (Incluído pelo Decreto n. 7.637, de 2011)  II - propor ao Comitê Gestor medidas de aprimoramento das ações do Plano.

Fonte: próprio autor.

O programa estabelece que essa distribuição de funções seja replicada nos Estados, Distrito Federal e Municípios aderentes, e cada comitê local deverá ter um coordenador responsável pela interlocução com o Governo Federal.

O Decreto n. 7637/2011 alterou o Decreto n. 7179/2010, criando o Grupo Executivo Interministerial, responsável pela articulação dos eixos formadores do



programa e incentivo à adesão dos demais entes federados. Os três eixos foram contemplados com vagas no Comitê Gestor, com poderes de decisão e de execução. O Grupo Executivo possui importante papel de articulador da política no âmbito de seus ministérios, funcionando também como indutor para adesão dos municípios no programa. Por meio das visitas técnicas realizadas, percebeu-se a dificuldade no agendamento das reuniões do Grupo Executivo, principalmente quando eram chamadas pelo Ministério da Justiça. Percebendo a dificuldade nessa articulação, a Casa Civil, órgão ligado à Presidência da República, passou a exercer a função de articulador das reuniões do Grupo Executivo, tornando periódicos os encontros.

A proposta de paralelismo apresentada pelo programa aos Estados e Distrito Federal constitui-se de membros dos seguintes órgãos: Gabinete do Governador e/ou Casa Civil, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Estadual de Segurança Pública, Secretaria Estadual de Assistência Social, Secretaria Estadual de Educação, Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos e outras secretarias que o Estado julgue importante participarem do Comitê, por ter ações relacionadas ao programa.

As principais atribuições dos Comitês Gestores Estaduais envolvem a coordenação e a implantação programa *Crack, é possível vencer* em seus Estados, articulando junto aos municípios com as redes de saúde, assistência social, educação e segurança pública já inseridas ou, no caso de inexistentes, auxiliar na implantação das redes municipais de atenção ao usuário de drogas, de forma a:

- a. Oferecer assessoria e apoio técnico aos municípios no planejamento, execução e monitoramento das ações do programa;
- b. Garantir a integração das ações do programa nas áreas da saúde, segurança pública, assistência social, justiça, direitos humanos e educação;
- c. Organizar fluxo de atendimento integrado das redes estaduais de atenção ao usuário abusivo de drogas e seus familiares, em harmonia com as redes municipais;
- d. Elaborar relatórios periódicos e balanço anual sobre a implementação do programa no estado para o Comitê Gestor Federal;
- e. Monitorar a execução dos planos de ação municipais (BRASIL, 2010, *online*).

As ações do Comitê Gestor Municipal têm foco no atendimento às demandas locais, pesquisando e conhecendo o público envolvido nas localidades atendidas pelo programa, investigando os grupos prioritários a serem atendidos, as zonas territoriais que precisam de mais ações, a capacidade dos agentes no desenvolvimento das

ações de redução de danos. Tudo realizado com um olhar local, de proximidade com a rede de atendimento, com ênfase em:

- a. Planejar, divulgar, implementar e monitorar as ações relacionadas ao programa no município;
- b. Garantir a integração das ações do programa nas áreas da saúde, segurança pública, assistência social, justiça, direitos humanos e educação;
- c. Organizar fluxo de atendimento integrado da rede municipal de serviços de atenção ao usuário abusivo de drogas e seus familiares, em harmonia com as redes estaduais;
- d. Elaborar relatórios periódicos e balanço anual sobre a implementação do programa no município para os Comitês Gestores estadual e federal (BRASIL, 2010, *online*).

O primeiro passo para que os entes federados – Estado, Distrito Federal e Municípios – aderissem ao programa foi a formação dos Comitês Gestores, arena na qual se discutem permanentemente os problemas locais, os meios de ação compatíveis com instrumentos e recursos humanos disponíveis, bem como deliberação do rol de serviços ofertados pelas redes preexistentes, imprescindíveis para a inserção no programa e correspondente às necessidades e peculiaridades de cada localidade. É considerada a estrutura física, de pessoas e de orçamento que o ente dispõe para ofertar ao programa.

Os municípios deverão realizar diagnósticos da rede existente, mapear suas necessidades, verificar a interação da sociedade civil com a questão (se existem instituições que já ofertam apoio aos dependentes de drogas), dialogando os setores da saúde, educação, segurança pública e sistema jurisdicional, inclusos o Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública.

Os municípios e os estados elaboraram Plano de Ação, cujos objetivos foram apresentação das ações desenvolvidas, indicação dos responsáveis pelo fluxo de informações, estrutura de gerência do programa, descrição das atividades e mapeamento local da rede de atendimento já existente. Onde não existia rede de atendimento nas áreas de saúde, assistência social e segurança pública apta a integrar o programa, o ente aderente teve de investir na sua instalação, recebendo auxílio financeiro da União para execução das obras e implantação de recursos.

O plano consiste em uma ferramenta de planejamento da implantação do programa nos estados e municípios, cujas informações foram disponibilizadas em

formulários específicos, no portal do Governo Federal para os gestores. Compõe-se basicamente das seguintes informações:

- Indicação de quem exercerá a função de ponto focal no município para o programa Crack, é possível vencer, centralizando o fluxo de informações e contato com o Governo Federal.
- Descrição da estrutura de governança do plano, com os decretos de implantação dos comitês municipais e estaduais do programa em anexo.
- Fornecimento de informações periódicas sobre a execução do programa.
- Mapeamento da situação local, com as informações que o município disponha sobre uso de drogas, violência ligada ao tráfico e dados relacionados.
- Identificação das redes existente de atenção ao usuário de drogas e familiares na saúde, assistência social, direitos humanos e educação, além de informações sobre a guarda municipal.
- Identificação dos serviços e equipamentos a serem implantados e/ou qualificados, e sua respectiva quantidade.
- Planejamento da implantação dos equipamentos e serviços, com prazos para execução de cada uma das etapas necessárias para o seu funcionamento.
- Indicação de áreas territoriais prioritárias, a partir dos diagnósticos sobre o problema de drogas no município e sobre a rede de atenção ao usuário (BRASIL, 2010, *online*).

Os planos de ação fizeram constar as áreas prioritárias de atenção, utilizando para isso dados oficiais dos Ministérios e das Secretarias municipais e estaduais de Segurança Pública, Saúde e Assistência Social, e informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Essas informações estão relacionadas às localidades no município em que ocorre maior influência do tráfico e consumo de drogas, com impacto no ordenamento urbano e uso dos espaços públicos, podendo para isso ser trabalhado o plano diretor das municipalidades. Os planos não estão disponíveis para consulta pública.

O Poder Executivo Federal, por intermédio dos Ministérios, indicou representantes para atuar na Comissão Conjunta de Avaliação do Programa, os quais são responsáveis pela avaliação dos planos de trabalhos apresentados pelos municípios, com mais de 200 mil habitantes, Estados e Distrito Federal. Os planos de ação local foram, nos termos do Decreto, subscritos pelos membros do Comitê Gestor Municipal/Estadual/Distrital, acompanhados formalmente pelo Decreto de criação do comitê local. A avaliação do programa deverá acontecer em todas as etapas de sua realização, possibilitando aos gestores avaliarem em toda etapa as fragilidades e

potencialidades, corrigindo as falhas e identificando novas ações que poderão ser implementadas. Até o presente momento, não tinham sido divulgadas informações acerca das avaliações do programa.

A heterogeneidade da Comissão de Avaliação, composta por representantes de todos os Ministérios envolvidos, foi articulada de maneira intersetorial para que cada membro tenha um olhar técnico sobre a área de atuação da sua pasta, acrescentando a avaliação interna que cada gestor poderá realizar das ações desenvolvidas. A avaliação deve ser compreendida como importante etapa do processo de construção do programa, feita internamente no âmbito de cada Ministério e Secretaria (estadual e municipal), como também feita por pessoas externas ao governo, em especial os Conselhos de Drogas e Entidades da Sociedade Civil.

A comissão conjunta de avaliação, formada por técnicos dos ministérios responsáveis pelo programa, tem o prazo de 30 dias para exame do plano de ação. Essa comissão é responsável por ajustar o plano ao programa, devendo realizar reuniões com os Comitês Gestores Estaduais e Municipais, as quais ocorrem por videoconferência, como sinônimo de agilidade e economia, denominadas pelo programa como “reuniões de pactuação”.

Os municípios podem realizar as reuniões via videoconferências, os quais poderão estar sozinhos ou reunidos em grupos de municípios. Aqui é o momento oferecido para esclarecimentos do programa, serviços e equipamentos, o caminho para o processo de adesão, bem como as estratégias dotadas para expansão e articulação da rede de atenção ao usuário. As reuniões demandam agentes com poder decisório, preferencialmente com a presença dos gestores municipais, estaduais e distritais.

Após os ajustes, assina-se o Termo de Adesão ao programa *Crack, é possível vencer*, documento jurídico que firma a relação e o compromisso entre os entes federados, que deverá ser assinado pelos prefeitos e governadores. Em visita técnica, foi informado que essas videoconferências aconteceram, mas a Casa Civil não tem registro dos números de videoconferências e quais municípios utilizaram esse recurso, tratando-se de uma ação de rotina na gestão do programa, sem registro formal.

A etapa seguinte ao processo de inserção do ente federado ao programa é a capacitação das equipes locais, com nivelamento básico dos agentes que executam o programa. Registra-se que

Um dos maiores desafios do programa Crack, é possível vencer é a promoção de efetiva articulação entre as ações de atenção ao usuário de drogas, de modo a construir a rede de acolhimento e a integralidade do cuidado. Uma estratégia para promoção dessa articulação é a realização de oficinas de alinhamento conceitual entre as equipes locais envolvidas no enfrentamento às drogas e nas redes de atenção ao usuário e seus familiares – saúde, assistência social, direitos humanos, educação, segurança pública, justiça, dentre outras (BRASIL, 2010, *online*).

O próprio governo reconhece a dificuldade de articulação entre os entes federados e a capacitação das equipes. A articulação entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e articulação entre os Ministérios que compõem o programa constituem os pontos de fragilidade do programa, questão a ser tratada adiante, na crítica ao programa.

Reforça-se, ainda, que o objetivo das oficinas é gerar um espaço intersetorial de troca de saberes, discussão de estratégias de rede e compartilhamento de informações para definição de estratégias parceiras de atuação. Ainda, é a arena hábil para promoção da articulação da rede de atendimento, de maneira a alinhar as estratégias e as formas de execução.

O Comitê Gestor e a Comissão Conjunta de Avaliação do Programa *Crack*, é *possível vencer* conferem formação prioritária aos agentes que atuam diretamente na rede de atendimento, compreendidos os setores de saúde, assistência social, segurança, justiça e educação.

O passo seguinte refere-se à implantação dos serviços e equipamentos que foram pactuados no termo de adesão, de modo a construir uma rede de cuidado integral para os usuários de drogas e seus familiares. Isso favorece a integração da rede e tem em vista sempre o atendimento com qualidade do dependente.

O acompanhamento e o monitoramento das ações são imprescindíveis a qualquer programa governamental, como mecanismo de controle do atingimento das metas estabelecidas no programa e da qualidade na sua execução.

O programa estabelece uma observância por parte do ente aderente ao plano de ação, com o compromisso de atualizá-lo periodicamente e informar ao Comitê Gestor sobre a execução e os resultados obtidos, sem prejudicar a fiscalização por outros órgão e ministérios.

Ainda, prevê a participação social, sugerida como relevante para o sucesso do programa, mas não designa assento para organizações da sociedade civil nos comitês gestores executivos, composto apenas por representantes governamentais, estruturados no âmbito do ente que adere ao programa. O espaço para participação das entidades sociais ainda é restrito, previsto facultativamente. A atuação da sociedade civil e de suas agremiações é importante no sentido de fomentar demandas, ações e fiscalizar, mas não representa, por si só, uma garantia de melhor gestão do programa. O artigo 1º, parágrafo 1º dispõe:

Art. 1º § 1º. As ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas deverão ser executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a **participação da sociedade civil e o controle social** (BRASIL, 2010, *online*, Grifo nosso).

Atualmente o Ministério da Justiça coordena a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, com papel de estruturar e organizar as políticas públicas específicas, disponibilizando mão de obra e recursos para essa articulação. O programa *Crack, é possível vencer* é desenvolvido como uma ação articulada entre os Ministérios da Justiça, Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Ministério da Educação.

O Programa prediz internações temporárias e de caráter voluntário, diferente do modelo manicomial que segregava pessoas de forma autoritária, seja por motivo de doença física ou mental, e condenava pessoas com deficiência mental à perpetuidade em manicômios/hospitais. As internações não voluntárias, nas modalidades involuntárias e compulsórias, são feitas em caráter excepcional, e as compulsórias demandam controle judicial.

Ainda não há estudo de avaliação do programa, apenas o balanço das ações fornecidas pelo próprio governo federal. Em julho de 2015, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD contabilizou 165 pactuações previstas, contando com os 26 Estados, Distrito Federal e 138 Municípios. Até o coleta das informações, 3 de julho de 2015, apenas 147 já tinham de fato efetivado a adesão ao programa. O programa considera prioritária a adesão das capitais e dos municípios com mais de 200.000 habitantes (BRASIL, 2015f).

O programa ainda não foi avaliado quanto aos resultados alcançados, mesmo porque está em processo de construção da rede de atendimento e adesão dos municípios. O monitoramento tem papel fundamental na avaliação contínua das ações e verificação dos resultados. Sem um controle sistemático de avaliação, não há como verificar se as ações estão sendo implementadas a contento, tampouco se estão repercutindo os resultados esperados. Um programa construído sobre metas necessita de avaliação para medir o sucesso ou não das metas, a necessidade de reformulação e o período temporal exigido para cada etapa do programa.

Por todo o exposto do conteúdo do programa, verifica-se que o acerto reside na identificação da intersetorialidade, fundamentado nos eixos prevenção, tratamento e segurança pública, mas apresenta pontos de desarranjo na sua formação e execução.

Apresenta-se, para fins didáticos, a metodologia para identificação dos componentes que integram os programas de ação governamental, denominado *Quadro de referência de uma Política Pública*, o qual

[...] tem o singelo propósito de apoiar a demarcação mais clara dos limites do programa de ação. Para isso, aponta os elementos principais que permitem compreender sua organização interna, a partir da base jurídica, identificando as ligações com os aspectos políticos, econômicos e de gestão mais importantes (BUCCI, 2015, p. 7).

Trata-se da proposta de identificação do programa, seus elementos, organização, os papéis institucionais que definem o que cada componente desempenha no programa, as metas e finalidade das ações. É um recorte que auxilia a compreensão do programa.

Tabela 9 – Quadro de Referência de uma Política Pública

<b>Programa</b>	<i>Crack, é possível vencer</i>
<b>Gestão governamental</b> (quem criou ou implementou o programa)	Poder Executivo Federal, com <i>locus</i> no Ministério da Justiça, na Secretaria Nacional de Segurança Pública - SENASP.
<b>Base jurídica formal</b>	Decreto Presidencial n. 7.179 de 20 de maio de 2012 (Crack, é possível vencer). Lei n. 11.343 de 23 de agosto de 2006 (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD).
<b>Desenho Jurídico Institucional</b>	<b>Eixos</b> que estruturam o programa: serão trabalhadas ações de saúde e assistência social (eixo cuidado), segurança pública (eixo autoridade) e ações educativas (eixo prevenção).
	<b>Locus Governamental:</b>

		<p>União: Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério da Educação e Casa Civil.</p> <p>Estados: Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Estadual de Assistência Social, Secretaria Estadual de Segurança Pública, Secretaria Estadual de Educação.</p> <p>Municípios: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Assistência Social, Secretaria Municipal de Segurança Pública, Secretaria Municipal de Educação.</p>
<b>Agentes governamentais</b>		<p>São responsáveis pelo programa os titulares das seguintes pastas governamentais:</p> <p>I - Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República;  II - Casa Civil da Presidência da República;  III - Secretaria-Geral da Presidência da República;  IV - Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República;  V - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República;  VI - Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República;  VII - Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República;  VIII - Ministério da Justiça;  IX - Ministério da Saúde;  X - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;  XI - Ministério da Defesa;  XII - Ministério da Educação;  XIII - Ministério da Cultura;  XIV - Ministério do Esporte; e  XV - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.</p>
<b>Agentes não-governamentais</b>		<p>Participação de instituições privadas, que podem ser profissionais ou não, associações, grupos de apoio e demais entidades não-governamentais. O Decreto não especifica entidade(s), mas abre a possibilidade de participação.</p> <p>Atualmente integram o programa as Comunidades Terapêuticas, instituições privadas que recebem aporte financeiro do Estado para comporem o programa.</p>
<b>Mecanismos jurídicos de articulação</b>	<b>de</b>	<p>O Grupo Executivo é o responsável pela articulação da política no âmbito de seus ministérios e indutor para adesão dos municípios no programa (Artigo 4º Decreto n. 7.179):</p> <p>I - Ministério da Justiça;  II - Casa Civil da Presidência da República  III - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  IV - Ministério da Fazenda;  V - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;  VI - Ministério da Saúde; e VII - Ministério da Educação.</p>
<b>Escala e Público Alvo</b>		<p>O Decreto estabelece qualitativamente os grupos a serem atingidos pelo programa, sem descrever quantitativo de pessoas: “usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua” (art. 2º, I Decreto 7.179/2012).</p>
<b>Dimensão Econômico-Financeira do Programa</b>	<b>do</b>	<p>Foram investidos até 31/12/2014 R\$7.350 (milhões).</p>
<b>Estratégia de implantação</b>	<b>de</b>	<p>O programa foi lançado no âmbito da União, com o intuito de induzir a adesão dos Estados e Municípios.</p> <p>Foi editado um Decreto Presidencial estabelecendo suas diretrizes gerais e mecanismos de adesão. Os entes federados devem elaborar um plano de ação, apresentando a rede do SUS e SUAS que possui para, a partir do início da execução do plano de ação, receber contrapartida da União, incluindo um kit da SENASP/MJ – Secretaria Nacional de Segurança Pública/ Ministério da Justiça, para fortalecimento do eixo autoridade.</p> <p>O primeiro passo para que o ente federado – Estado, Distrito Federal e Municípios – institua o programa é a formação dos comitês gestores, arena</p>



	<p>na qual se discutirão os problemas locais, os meios de ação compatíveis com os instrumentos e recursos humanos disponíveis, bem como serão deliberados o rol de serviços ofertados pelos governos locais, imprescindíveis para a inserção no programa e correspondente às necessidades e peculiaridades de cada localidade. Aqui será levada em consideração a estrutura física, de pessoas e orçamento que o ente dispõe para ofertar ao programa.</p> <p>Após, elaboração de Plano de Ação, cujo objetivo é apresentar as ações que serão desenvolvidas, indicação de responsáveis pelo fluxo de informações, a estrutura de gerência, a descrição das atividades, o mapeamento local da rede de atendimento já existente, em algumas localidades não há estabelecimentos para atendimento.</p> <p>Em seguida, a realização de capacitação das equipes locais, um nivelamento básico dos agentes que executarão o programa. Após, implantação dos serviços e equipamentos que foram pactuados no termo de adesão.</p>
--	--

Fonte: elaborado pela autora com base na metodologia desenvolvida por Maria Paula Dallari Bucci, 2013.

O quadro tem por escopo apresentar o programa de forma objetiva, compreendendo seus elementos, responsáveis, orçamento e metas. Trata-se de um instrumento que auxilia na implantação, execução e avaliação de qualquer programa de ação governamental.

O Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas é estruturado com ações a partir de três eixos que sustentam o programa: cuidado, prevenção e autoridade, situados dentro do desenho jurídico institucional e correspondendo aos elementos que o compõem. Trata-se de uma estratégia de enfrentamento ao crack por meio de ações intersetoriais, que possibilitam dar opções aos usuários e dependentes para que abandonem ou controlem o uso de drogas.

A composição do programa em eixos possibilita maior expertise na execução das ações, sendo o aspecto positivo da intersectorialidade do programa. Todavia impõe um maior esforço na composição da articulação entre os diferentes setores envolvidos, que costumam ter dificuldade em dialogar, seja por questões ideológicas, a exemplo do embate entre saúde/assistência social e segurança pública, como pelo modo de operar as ações. A articulação entre os setores é o maior desafio dos gestores do programa.

### 3.1.1 Eixo estruturante do programa: cuidado

O eixo cuidado é um dos vetores do conteúdo do programa *Crack, é possível vencer*, dentro do ciclo programa, estabelecido por Maria Paula Dallari Bucci (2006) e Clarice Seixas Duarte (2013). São oferecidos os serviços de consultórios de rua, unidades de acolhimento adulto, unidade de acolhimento infantil, leitos em enfermarias especializadas, CAP's – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas, outros centros de atenção psicossocial, comunidades terapêuticas, serviço de abordagem na rua, centro POP (especializado no atendimento a pessoas de ruas) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS (BRASIL, 2010).

A Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, cuida da rede de atendimento para pessoas com transtornos mentais e usuárias de crack, álcool e outras drogas. O artigo 5º dispõe sobre seus componentes:

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

- I - Atenção Básica em Saúde;
- II - Atenção Psicossocial Especializada;
- III - Atenção de Urgência e Emergência;
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V - Atenção Hospitalar;
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e
- VI - Reabilitação Psicossocial.

Cada componente é observado nos pontos de atenção instituídos pelo Decreto, os quais deverão modificar a especialidade de atendimento de acordo com o nível de dependência, a vulnerabilidade e a voluntariedade em aceitar a atenção e os cuidados oferecidos pela rede.

Compete descrever a rede que integra o programa, a fim de entender melhor como são prestados os serviços de saúde aos usuários e dependentes de drogas pelos Governos Federal, Estadual e Municipal.

Dentro do eixo cuidado, a rede de atendimento informada pelo Governo Federal compreende: 129 consultórios de rua; 39 unidades de acolhimento adulto; 26 unidades de acolhimento infanto-juvenil; 800 leitos em enfermarias especializadas; 59 CAPS Álcool e drogas – Centro de Atenção Psicossocial voltado para o cuidado de dependentes alcóolicos; 7.541 vagas distribuídas em 336 comunidades terapêuticas; e 1.431 serviços de abordagem social na rua. Como serviços complementares, são: 219 centros pop; 2.374 CREAS – Centros de Referência Especializados de

Assistência Social; 1035 CAPS I; 475 CAPS II; 82 CAPS III; 196 CAPS i; e 308 CAPS AD. Essa rede atende todo o Brasil, conforme dados obtidos no portal oficial do programa *Crack, é possível vencer*, utilizado como fonte para estudo da rede de atendimento (BRASIL, 2015a).

Tabela 10 – Rede de atendimento do Programa *Crack, é possível vencer*

<b>Serviço prestado</b>	<b>N. de Unidades de atendimento</b>
Consultórios de rua	129
Unidades de acolhimento adulto	39
Acolhimento infanto-juvenil	26
Leitos em enfermarias especializadas	800
CAPS Álcool e drogas – Centro de Atenção Psicossocial voltado para o cuidado de dependentes alcoólicos	59
Comunidades terapêuticas	336 unidades com total de 7541 vagas
Serviços de abordagem social na rua	1431
Centros POP	219
CREAS – Centros De Referência Especializado de Assistência Social	2374
CAPS I	1035
CAPS II	475
CAPS III	82
CAPS i	196
CAPS AD	308

Fonte: Dados do Observatório *Crack, é possível vencer* (BRASIL, 2015a).

O primeiro ponto a ser descrito refere-se à atenção básica em saúde, formada por Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas. Esses organismos compõem a rede de atendimento do sistema único de saúde, que também acolhem pessoas usuárias de drogas, integrando a rede de atendimento aos dependentes. A política Nacional de Atenção Básica foi estabelecida na Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, a qual prevê as diretrizes e as normas para organização da atenção para o programa *Saúde da família* e o programa *Agentes comunitários de saúde*, e servirá de subsídio às informações que seguem (BRASIL, 2007).

Elaborou-se uma tabela esquemática das unidades de atendimento, a especificação da atividade desenvolvida e o suporte legal. Abaixo, descreve-se em detalhe cada um dos serviços prestados.

Tabela 11 – Resumo dos serviços de saúde que compõem o programa *Crack, é possível vencer*

<b>Serviço</b>	<b>Especificação</b>	<b>Previsão Legal</b>
----------------	----------------------	-----------------------

<b>Unidades Básicas de Saúde</b>	Serviço de saúde integrado por equipe multiprofissional, promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.	Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.
<b>Equipes de Atenção Básica</b>	Oferece suporte clínico e apoio aos pontos de Atenção Residencial de Caráter Transitório.	Lei 3.088 de 23 dezembro de 2011.
<b>Consultórios de Rua</b>	Deslocam-se em conforme a mobilidade dos grupos de usuários, diferentes necessidades de saúde, atendendo usuários de álcool, crack e outras drogas.	Portarias do Ministério da Saúde n. 122 e Portaria n. 123, ambas de janeiro de 2011.
<b>Núcleo de Apoio à Saúde da Família</b>	Cuidados com a família. Oferece suporte às equipes de saúde da família, de atenção básica para populações específicas e da academia da saúde.	Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012.
<b>Centros de Convivência</b>	Espaços para convívio, lazer e promoção da cultura.	Lei 3.088 de 23 dezembro de 2011.
<b>Centro de Atenção Psicossocial – CAPS</b>	Realizam atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo.	Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Portaria n. 3.089, de 23 de dezembro de 2011
<b>Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD e CAPS AD III</b>	Composta por médico psiquiatra, clínico geral, psicólogos, entre outros. É um serviço específico para cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas. Público específico – adultos. Excepcionalmente crianças e adolescentes.	Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Portaria n. 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Portaria MS n. 615 de 15 de abril de 2013. Portaria n. 130/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012.
<b>Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência – CAPSi</b>	Acolhe crianças, adolescentes e jovens até 25 anos de idade, com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas.	Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Portaria n. 3.089, de 23 de dezembro de 2011, Portaria MS n. 615 de 15 de abril de 2013.
<b>Enfermarias Especializadas</b>	Leitos de saúde mental em hospitais gerais.	Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012, e n. 349, de 29 de fevereiro de 2012.

<b>Unidades de Acolhimento Adulto – UAA</b>	Serviço de acolhimento, para homens e mulheres, transitório, pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012.
<b>Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil – UAI</b>	Oferece acolhimento transitório às crianças e adolescentes, sem distinção de gênero, entre 10 e 18 anos de idade, que usam crack, álcool e outras drogas.	Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012.
<b>Comunidades terapêuticas</b>	Serviços de Atenção em Regime Residencial e transitório. São unidades de internação.	Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a RAPS, e Portaria n. 131, de 26 de janeiro de 2012.

Fonte: Dados do Observatório *Crack, é possível vencer* (BRASIL, 2015a).

As **Unidades Básicas de Saúde** foram propostas pela legislação para ser um serviço de saúde integrado por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, abrangem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

As **Equipes de Atenção Básica** para populações em situações específicas têm como função primeira dar apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção. Essa equipe multiprofissional coordena o cuidado e presta serviços de atenção à saúde de forma longitudinal<sup>13</sup> e articulada com os outros pontos de atenção da rede.

Os **Consultórios de Rua** foram pensados para tratamento de redução de danos, com equipes de saúde móveis, aptas a deslocarem-se conforme a mobilidade

<sup>13</sup> Do conjunto da literatura investigada, pode-se considerar que seis autores buscam definir a longitudinalidade e/ou continuidade do cuidado. Desses, Starfield, McWinney e Institute of Medicine são publicações conceituais relativas à APS. Os outros são duas revisões sistemáticas (Saultz e Haggerty *et al.*) e uma análise crítica (Freeman e Hjortdahl). Desse primeiro grupo de autores, a revisão sistemática elaborada por Haggerty *et al.* constitui-se em esforço de construção de consenso com relação ao termo "continuidade do cuidado". Nessa revisão, os autores definem continuidade na APS como relação entre um médico e um paciente que se estende além de episódios específicos de doença. Essa relação é considerada reflexo de um senso de afiliação, frequentemente expresso em termos de contrato implícito de lealdade por parte do paciente e responsabilidade clínica por parte do médico. Ressaltam ainda que a afiliação a uma fonte regular de cuidado é por vezes referida como continuidade interpessoal e que esta favorece a melhora da comunicação, confiança e senso de responsabilidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

dos grupos de usuários, os quais prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua. Aqui são levadas em consideração as diferentes necessidades de saúde, atendendo usuários de álcool, crack e outras drogas. O plano estabelece a interdisciplinaridade da equipe de atendimento, integrada com 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. Deverão atender pessoas em situação de rua de maneira geral, pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2010).

São três modalidades de consultórios de ruas. A primeira modalidade é formada por uma equipe sem médico, integrada, minimamente, por quatro profissionais, sendo: a) dois profissionais de nível superior (enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional); b) dois profissionais de nível médio (agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, e técnico em saúde bucal). A segunda modalidade não tem a presença de um médico, mas há número maior de profissionais: a) três profissionais de nível superior (enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional); b) três profissionais de nível médio (agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, e técnico em saúde bucal). Na última modalidade, o número de membros corresponde aos da equipe II, acrescidos de médico.

O **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** corresponde aos cuidados com a família formada por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, cuja atuação integrada dá suporte às equipes de saúde da família, às equipes de atenção básica para populações específicas e às equipes da academia da saúde. Possui como marco legal a Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012, prevendo o financiamento pela União.

Os **Centros de Convivência** são unidades públicas, articuladas às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, com uma atitude de inserção social e cultural, com espaços para convívio, lazer e promoção da cultura.

Os Centros de Convivência são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, quebrando estigmas e possibilitando à sociedade conviver com as pessoas em tratamento, por meio da construção de espaços de convívio, facilitação da convivência, que podem incluir educação, arte, cultura e esporte.

A criação das unidades de acolhimento é de competência dos Estados, Distrito Federal e Municípios, com população superior a 200.000 habitantes (municípios ou regiões de saúde) com custeio do ente que instala a unidade e o fundo repassado pelo Governo Federal.

Para oferecer atenção Psicossocial Especializada, instituem-se os **Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**, núcleos formados por equipes multiprofissionais. Estes atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo. É o atendimento mais presente nos municípios de pequeno porte.

O trabalho no Centro de Atenção Psicossocial é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido por meio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

O **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD III**, com funcionamento 24 horas, é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de base comunitária, área de concentração do Ministério da Saúde – saúde mental –, responsável por um determinado território, que pode ser regiões ou bairros, ou até mesmo ser instalado um por município, em parceria com demais serviços de saúde, em especial com a Atenção Básica.

Esse centro de atendimento recebe pessoas encaminhadas por outros serviços ou aqueles que o procuram espontaneamente. A previsão legal é que cada unidade tenha equipe multiprofissional composta por médico psiquiatra, clínico geral, psicólogos, entre outros. É um serviço específico para 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, sempre com observância ao Estatuto da Criança e do Adolescente. A previsão de funcionamento são as 24 horas do dia, de atendimento

ininterrupto. Em casos de urgência, para pacientes em situação de risco psicossocial que necessitem de cuidados mais intensivos, poderão oferecer hospitalidade noturna.

O **Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência – CAPSi** é um serviço de Saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instalado nos mesmos moldes do CAPS ad, mas com funcionamento das 8h às 18h, de maneira a complementar as especificidades do CAPS ad, o qual funciona 24h, ou ter como apoio em caso de acolhimento leitos de hospitais. Acolhe crianças, adolescentes e jovens até 25 anos de idade, com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas, com base nas diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente.

A rede também prevê as **Enfermarias Especializadas** com leitos de saúde mental em hospitais gerais, integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Estão previstas para funcionarem ininterruptamente como apoio à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). De acordo com o portal do Ministério da Saúde, proporciona suporte hospitalar de curta duração, para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas<sup>14</sup> e/ou clínicas. De acordo com o Ministério da Saúde, os leitos devem integrar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município ou região de saúde, mantendo permanente articulação e interlocução com os demais serviços de saúde mental para continuidade do tratamento, considerando perspectiva preventiva para outros episódios de internação.

As **Unidades de Acolhimento Adulto – UAA**, cujos dados oficiais em 2013 contabilizavam 50 unidades, e hoje, em 2015, diminuiu para 39, de acordo com o portal oficial do programa *Crack, é possível vencer*, representam um serviço de acolhimento, para homens e mulheres, da Rede de Atenção Psicossocial, de natureza

---

<sup>14</sup> “O termo comorbidades psiquiátricas está associado à presença de duas doenças no mesmo indivíduo. Muitos estudos revelam a dimensão do problema nos dependentes de drogas. Comorbidade pode ser definida como a ocorrência de duas entidades diagnósticas em um mesmo indivíduo. [...] Na última década a co-ocorrência de transtornos mentais e transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas têm sido largamente reconhecida na clínica psiquiátrica. Diversos estudos, principalmente na Europa e Estados Unidos da América (E.U.A.) têm relatado os efeitos negativos do uso/dependência de substâncias psicoativas entre pacientes com transtornos mentais e tentados estabelecer as potenciais diferenças entre pacientes que abusam de álcool ou substâncias psicoativas, principalmente nas implicações quanto ao diagnóstico, tratamento e prognóstico. Há evidências de que mesmo o uso infrequente e de pequenas doses de drogas, legais ou ilegais, podem levar o indivíduo com transtornos mentais graves a consequências mais sérias do que as vistas na população geral e estão associados a mais efeitos negativos ligados aos transtornos mentais” (DRAKE5 et al., 1989; GUPTA et al., 1996; WOFFORD et al., 1996), (RATTO; ZALESKI, 2013, p. 1-2).



transitória, às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Trata-se de acolhimento temporário em casas, em que os dependentes que estejam em tratamento nos CAPS devem ter suporte profissional e podem viver por um período curto de tempo. Em média, acolhem até 15 adultos por no máximo seis meses, como medida de encorajamento na busca de emprego, estudo e alternativas de moradia. São espaços abertos de acolhimento, sempre voluntário. O Governo Federal não apresentou as razões da diminuição do número de casas abrigos, mas se trata de estabelecimento com funcionamento integral – 24 horas. Pode ser deduzido por tudo que fora pesquisado até aqui, que não se trata de uma diminuição de demanda, até mesmo porque a situação de moradores de rua é grande, de acordo com a pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (2014), mas de redução de capacidade orçamentária, operacional e técnica em manter os abrigos, uma vez que exigem maior investimento em termos de recursos financeiro e humano.

As **Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil – UAI** são serviços da Rede de Atenção Psicossocial que oferecem acolhimento transitório às crianças e adolescentes, sem distinção de gênero, entre 10 e 18 anos de idade, que usam crack, álcool e outras drogas. Essas unidades acolhem e prestam cuidados contínuos e protetivos para até 10 crianças e adolescentes, observando as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente. A permanência no serviço é de caráter voluntário. O plano não estabelece separação por compleição física ou qualquer outro elemento de seleção. O portal oficial do programa *Crack, é possível vencer*, em 2013, registrava 24 unidades no País e hoje, julho de 2015, registra 26 unidades, representando no prazo de dois anos um aumento de duas unidades em todo o País.

As Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil – UAI devem garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social para os usuários por até seis meses, oferecendo a esse público e a seus familiares tempo e oportunidade para construir novos projetos de vida.

As **Comunidades Terapêuticas** correspondem aos Serviços de Atenção em Regime Residencial e transitório, as quais oferecem atenção e cuidado aos adultos, de ambos os sexos, com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas e apresentem quadro clínico estável. O acolhimento depende de indicação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD 24h), compartilhado com a rede de Atenção Básica. As comunidades poderão disponibilizar de 15 a 30 vagas, e estarem articuladas com toda rede de atendimento.

O repasse de recursos é feito para estados ou municípios e Distrito Federal, que se responsabilizam pela contratualização das Comunidades Terapêuticas. O observatório do Programa *Crack, é possível vencer*, em 2013, disponibilizou a informação de registro junto ao Ministério da Saúde de 252 unidades, contabilizando um total de 5.496 vagas. Esse número cresceu e, de acordo com os dados governamentais, hoje, julho de 2015, são disponibilizadas 336 comunidades terapêuticas, contabilizando 7.541 vagas. A adesão é voluntária e muitas comunidades estão ligadas às entidades religiosas (BRASIL, 2015a).

O Ministério da Saúde também prevê como elemento de expansão da rede de atendimento o aumento de vagas para residência médica na área de psiquiatria, cursos de atualização, capacitação em atenção e na rede de atendimento da saúde mental, sem apresentar no observatório os dados referentes a esses números.

Ainda no eixo cuidado, mas ligados ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, destinados aos municípios e Distrito Federal, estão os programas **Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI**, ofertados pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). De acordo com as diretrizes do programa, esse serviço deve orientar e acompanhar os indivíduos e as famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaças ou violação de direitos, incluindo aquelas relacionadas ao uso abusivo de drogas. O programa visa à promoção dos direitos humanos na sua integralidade, enquanto indivíduo e sociedade, fortalecendo os laços familiares, comunitários e sociais. A previsão é que o serviço esteja integrado com a rede municipal de assistência social e outras políticas públicas, a exemplo da saúde, educação e órgãos do sistema de garantia de direitos.

Dentro dessa pasta, estão outros dois serviços integrantes do programa de enfrentamento às drogas, de natureza assistencial: o **Serviço de abordagem social** e o **Serviço para pessoas em situação de rua**. O primeiro realiza a abordagem nos espaços públicos com maior concentração de pessoas em situação de risco pessoal e social, que pode ou não estar associada ao uso de drogas. Sendo assim, seu papel é importante “na identificação dos territórios com maior concentração dessas situações de risco, por meio de aproximação gradativa, construção de relação de confiança, encaminhamentos para acesso a direitos e à rede de proteção” (BRASIL, 2010, *online*).

O segundo, os Serviços especializados para pessoas em situação de rua, também chamado de **Centro Pop**, são voltados às pessoas em situação de rua, sem residência. Busca-se o resgate do ser humano, com vistas “a construção de novos projetos e trajetórias de vida, que viabilizem o processo gradativo de saída das ruas. Proporcionam também vivências que fortalecem a autonomia e estimulam a organização, a mobilização e a participação social dos usuários” ((BRASIL, 2010, *online*)). Além da primeira abordagem e da conscientização para a nocividade do uso de drogas para a saúde, o serviço faz o registro da pessoa no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.

Luciana Barbosa Musse (2008, p. 81), ao tratar do direito ao acesso aos serviços de saúde, traz as especificações da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde dedicado às pessoas com transtornos mentais, os quais também são empregados no tratamento de dependentes químicos, os CAPS AD, dedicados a crianças, adolescentes e adultos dependentes em drogas. Ressalta que o tratamento tanto poderá ser realizado em unidades hospitalares, “hospital psiquiátrico ou geral” como também em unidades não hospitalares, como “CAPS e residência terapêutica”, nos termos do art. 2º, parágrafo único, IX, da Lei 10.216/2001 e art. 5º, caput, da Resolução CFM n. 1.408/1994.

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são serviços públicos de natureza ambulatorial de atenção diária, autônomos em relação a hospitais, voltados para o cuidado de usuários com transtornos mentais severos e persistentes. Na sua grande maioria, cerca de 98%, os CAPS pertencem aos municípios, compondo a rede de atendimento do Ministério da Saúde em nível municipal. Estão regulamentados pela Portaria do Ministério da Saúde n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Portaria Ministério da Saúde n. 615, de 15 de abril de 2013, e Portaria n. 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002.

Os CAPS configuram o primeiro atendimento realizado pelo SUS em municípios com população igual ou superior a vinte mil habitantes, dividindo-se em CAPS I, para municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes, cujo público alvo é prestar atendimento às pessoas adultas; CAPS II, para atender também o público adulto de municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes; e o CAPS III, cujo escopo é atender adultos em municípios com população acima de 200 mil habitantes. Ainda, tem-se o CAPS i, tendo com público alvo as crianças e os adolescentes em municípios com mais de 200 mil habitantes; o CAPS AD, com público alvo para

atendimento de pessoas a partir de seis anos de idade, que fazem uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas em municípios com população acima de 70.000 habitantes; e o CAPS AD III, para atendimento de adultos, crianças e adolescentes com necessidade de cuidados clínicos contínuos. Esse serviço disponibilizará no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes.

Tabela 12 – Organização dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

<b>CAPS</b>	<b>Número do Brasil</b>	<b>N. de habitantes</b>	<b>Público alvo</b>
CAPS I	1.035	20 e 70 mil habitantes	Pessoas adultas
CAPS II	475	70 e 200 mil habitantes	Pessoas adultas
CAPS III	82	Mais de 200 mil habitantes	Pessoas adultas
CAPS i	196	Mais de 200 mil habitantes	Crianças e adolescentes
CAPS AD	308	Mais de 70 mil habitantes	Pessoas a partir de seis anos de idade que fazem uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas
CAPS AD III	59	200.000 habitantes	Adultos, crianças e adolescentes com necessidade de cuidados clínicos contínuos

Fonte: Dados do Observatório *Crack, é possível vencer* (BRASIL, 2015a).

As ações do programa visam a atender aos usuários nos locais de concentração de uso de crack, caracterizado pela mobilidade, a fim de acompanhar as mudanças nos pontos de concentração de usuários e venda da droga. O objetivo é o estreitamento dos vínculos de confiança entre usuários e agentes de saúde e assistência social para formar um processo exitoso de adesão voluntária ao programa.

O plano prevê diretrizes básicas sob a perspectiva da segurança, no sentido de promover a integração entre segurança pública, saúde e assistência social; parcerias entre União, Estados e Municípios na promoção de espaços urbanos seguros; fortalecimento das ações de inteligência e investigação, em integração com as polícias estaduais; e enfrentamento ao tráfico de drogas e crime organizado.

O plano não esgota todos os procedimentos que serão utilizados no tratamento aos usuários, deixando em aberto para inovações em procedimentos e experiências. O eixo cuidado compete ao Ministério da Saúde, que regulamenta as ações por meio de inúmeras portarias e procedimentos consolidados nas áreas da medicina e psicologia.

As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cada qual na sua esfera de atuação, deverão adotar as medidas necessárias à organização e habilitação das unidades de Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012).

A operacionalização das ações ocorreu por meio do fortalecimento da rede preexistente do Sistema Único de Saúde, sendo o Ministério da Saúde a pasta que mais recebeu recursos do programa, conforme a Tabela 13.

Tabela 13 – Orçamento do Governo Federal Programa *Crack é possível Vencer*. Valores em R\$ milhões Execução Orçamentária até 31 de dezembro de 2014

Ministério	2012	2013	2014				Total pago
	Pago	Pago	Orçamento	Contratado (empenhado)	Pago	RAP - Pago	
Total	970	1.225	1.777	1.534	1.272	208	3.675
Ministério da Saúde	899	1.059	1.274	1.212	1.184	37	3.179
Ministério da Justiça	40	126	481	300	70	171	407
Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome	15	21	22	22	18	0	54
Ministério da Educação	16	19	-	-	-	-	35

Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento – SIOP. Orçamento do Governo Federal Programa *Crack, é possível Vencer* (BRASIL, 2015a).

A saúde corresponde ao eixo que mais recebeu recursos, R\$ 3.179 (bilhões), e os municípios e estados que aderiram ao programa também investiram recursos próprios. As informações quanto aos quantitativos investidos por cada município não foram divulgados pela gestão do programa, tornando difícil mensurar o montante empregado efetivamente em cada ação.

A precariedade na publicização das ações governamentais na execução do programa é uma das fragilidades encontradas, o que afasta ainda mais os mecanismos populares de controle e fiscalização.

### 3.1.2 Eixo estruturante do programa: prevenção

No **eixo prevenção**, compreendem-se ações de natureza educacional, tanto para os agentes que atuam na rede de atendimento, principalmente formação de professores e profissionais que atuam diretamente com usuários e dependentes, como para a população em geral, no sentido de quebrar as barreiras entre sociedade e usuários e dependentes. Estão envolvidos diretamente: as Universidades, os Conselhos (educação, saúde, idoso, assistência social etc.), o Poder Judiciário, as Funções Essenciais à Justiça (Promotores de Justiça, Defensores Públicos, Advogados) e as organizações da sociedade civil.

O eixo prevenção opera na capacitação de agentes que atuam nas áreas de saúde, assistência social e segurança pública, por meio dos Centros Universitários ou Universidades Públicas Federais ou Estaduais, bem como membros do Poder Judiciário, Promotores, Defensores, policiais, ou seja, toda rede que envolve segurança.

O programa se divide em duas frentes de capacitação: os **Centros Regionais de Referências**, habilitados para capacitação dos agentes descritos acima; e as **capacitações de profissionais e sociedade civil**, voltadas especificamente para a capacitação de “profissionais das áreas de educação, saúde, assistência social, justiça, segurança pública, conselhos, lideranças comunitárias e religiosas, além de profissionais e voluntários que atuam em Comunidades Terapêuticas” (BRASIL, 2010, *online*).

No tocante às ações de prevenção, o programa *Crack, é possível vencer* estipula atuações preventivas nas escolas; capacitação de profissionais das redes de saúde, segurança pública, educação, assistência social, justiça, operadores do Direito, lideranças religiosas e comunitárias; contínua divulgação de informações e orientações sobre os malefícios do uso crack e outras drogas.

A prevenção é importante aliada no enfrentamento às drogas, pois atua na diminuição do mercado consumidor, inibindo a formação de novos usuários e auxiliando as ações de apoio aos usuários e dependentes em tratamento.

Ademais, a formação continuada dos profissionais que atuam junto aos usuários é fundamental para o sucesso dos programas de redução de danos das drogas.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD oferece periodicamente cursos de capacitação para toda a rede de profissionais – saúde, segurança pública – Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e

organizações da sociedade civil que atuam diretamente com dependentes e usuários de drogas. São publicados editais de chamamento públicos para as universidades interessadas, as quais se habilitam e, atendidos os requisitos previstos nos editais, recebem recursos federais para execução dos cursos.

No portal do programa *Crack, é possível vencer*, há a informação de que até 2015 foram capacitados 434 mil profissionais da rede de atendimento e sociedade civil, que atua direta e indiretamente com os usuários e dependentes de crack. A capacitação proporcionou a esses profissionais atuarem na prevenção do uso do crack e outras drogas.

### 3.1.3 Eixo estruturante do programa: autoridade

No **eixo autoridade**, os objetivos são ações para reduzir a oferta de crack e outras drogas ilícitas, com metas de repressão ao tráfico e ao crime organizado, assim como de meios que garantam, de maneira geral, segurança à sociedade. Foram doadas, dentro do pacote de incentivos à adesão ao programa, bases móveis aos municípios e estados aderentes ao programa, as quais monitoram, em micro-ônibus adaptados, os locais de venda e consumo do crack. Ainda tem-se a previsão de desenvolvimento de operações especiais que atuem na repressão do tráfico ilícito e de capacitação dos policiais que atuam próximo às áreas de risco.

A política de segurança, dentro do eixo autoridade, fortaleceu todas as ações preexistentes no enfrentamento ao tráfico de drogas e monitoramento das áreas de fronteira. Ainda, foram capacitados os agentes de segurança pública em curso com três módulos, todos voltados para ações de combate ao tráfico e forma de abordagem aos usuários e dependentes (BRASIL, 2014a).

Aqui são dois os programas oferecidos: **Policimento ostensivo e de proximidade – Polícia Comunitária**, com uso de tecnologias de menor potencial ofensivo, e programas de **Capacitação de profissionais de segurança pública**.

A **polícia comunitária** tem por função apoiar a implantação de policiamento de proximidade dos pontos de maior incidência de uso de drogas nos estados, Distrito Federal e municípios com guarda Metropolitana superior a 150 agentes. O Governo Federal disponibilizou equipamentos como: bases móveis com videomonitoramento (micro-ônibus adaptado), apoiadas por veículos e motocicletas; tecnologias de menor

potencial ofensivo; e a instalação de câmeras de videomonitoramento em pontos fixos como forma de possibilitar maior segurança à população, preservando as intervenções urbanas a serem feitas nessas localidades e melhorando a pronta atuação policial. Possui como marco legal o Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, e Decreto n. 7.637, de 8 de dezembro de 2011, que altera o Decreto n. 7.179.

Com relação à **Capacitação de profissionais de segurança pública**, a Secretaria Nacional de Segurança Pública formatou a construção de cursos específicos para qualificar a atuação dos profissionais de segurança pública – policiais militares, policiais civis, bombeiros militares e guardas municipais – com atuação no programa *Crack, é possível vencer*. De acordo com o programa, as capacitações são modulares, totalizando 160 horas, ou quatro semanas, de aulas presenciais nos seguintes temas:

Módulo I – Curso Nacional de Multiplicador de Polícia Comunitária (80 h/aula): é uma especialização no tema de polícia de proximidade que apresenta conceitos, ferramentas, técnicas e práticas que orientam a rotina dos profissionais de segurança pública.

Módulo II – Tópicos Especiais em Policiamento e Ações Comunitárias – TEPAC, Redes de Atenção e Cuidado (40 h/aula): é um curso formatado de maneira conjunta por especialistas nas áreas de saúde, assistência social e políticas sobre drogas. Tem como objetivo capacitar profissionais de segurança pública que atuarão nas cenas de uso de crack e outras drogas de forma que possam reconhecer as redes de atenção, prevenção e cuidado e o seu papel neste cenário.

Módulo III – Tópicos Especiais em Policiamento e Ações Comunitárias – TEPAC, Abordagem policial a pessoas em situação de risco (40 h/aula): é um curso construído para orientar os profissionais de segurança pública no sentido do emprego racional e adequado das tecnologias de menor potencial ofensivo, baseado nos princípios que regem as ações policiais, sobretudo, o princípio da dignidade da pessoa humana, da legalidade, da necessidade, da proporcionalidade e da razoabilidade e da defesa dos direitos humanos (BRASIL, 2010, *online*).

De acordo com as informações da Secretaria Nacional de Segurança Pública, até outubro de 2015 foram capacitados 7.731 policiais, nos municípios e estados (todos os 26 Estados e Distrito Federal) que realizaram a pactuação (BRASIL, 2014a).

As ações policiais são objeto de muita observação na execução do programa, as quais requerem atenção por parte dos gestores públicos, uma vez que os agentes acabam por se cercar de violência para conter usuários e dependentes. Esse fato



afasta os usuários e dependentes ainda mais do ingresso voluntário aos programas e dificulta o diálogo com os agentes que desenvolvem as ações de saúde e assistência social. O diálogo entre os eixos é um dos pontos de fragilidade do programa, pois enquanto a segurança pública ancora-se na ideologia proibicionista, com uso da violência no enfrentamento às drogas, os representantes da saúde, assistência social e educação tendem a adotar a ideologia da redução de danos, por meio do convencimento e suporte aos usuários e dependentes.

O alinhamento dos discursos em torno da ideologia de redução de danos não é tarefa fácil para os agentes da segurança pública, uma vez que as polícias operam diretamente com a população, em contato direto com a violência gerada pelo tráfico ilegal de drogas. A constante capacitação e apoio psicológico aos agentes que lidam com o tráfico é um dos mecanismos a serem empregados para o sucesso do programa. É necessário cuidar de todos os envolvidos diretamente com as drogas.

Entre os operadores dos três eixos do programa, a polícia está mais exposta à rede de corrupção formada pelo tráfico de drogas do que outros agentes públicos, em razão do contato direto com a violência gerada pelo tráfico, esta, a corrupção, considerada importante elemento garantidor do tráfico e promotor da violência. A polícia, quando corrupta, protege e favorece o tráfico de drogas.

Em pesquisa recente elaborada pelo instituto Datafolha, 8.550 pessoas foram ouvidas pela Pesquisa Nacional de Vitimização no Estado do Rio de Janeiro, e 7,2% (619 pessoas) afirmaram já terem sido vítimas de extorsão ou tiveram que pagar propina a algum policial militar. Em todo o Brasil, foram ouvidos cerca de 78 mil entrevistados, e a média nacional de corrupção praticada por policiais foi classificada em 2,6%. Os estados do Amapá (5,3%), Pará (5,3%), Rio Grande do Norte (5%), Amazonas (4,8%), Alagoas (3,8%), Pernambuco (3,6%), Goiás (3,5%) e Mato Grosso (3,1%) também registraram percentuais acima da média nacional, mostrando que a corrupção entre policiais se localiza predominantemente nos Estados do Norte e Nordeste do País (CRISP, 2013).

A corrupção policial é um desafio a ser enfrentado pelos governos no enfrentamento às drogas, pois se trata de uma frente de trabalho importante para o sucesso do programa, que envolve ações de redução de danos e de combate ao tráfico.

A criminalização das drogas expõe considerável número de pessoas à violência, desde usuários, moradores das regiões onde o tráfico opera suas ações e as polícias que estão em contato direto com essa realidade.

### 3.2 ANÁLISE CRÍTICA DA ESTRUTURA DO PROGRAMA *CRACK, É POSSÍVEL VENCER*: PONTOS DE DESARTICULAÇÃO DO PROGRAMA

O programa *Crack, é possível vencer* foi concebido dentro de uma estratégia de governo que precisava dar uma resposta imediata à população, que passou a exigir ações rápidas contra o novo inimigo nacional forjado pela mídia – o crack. A mídia, incluindo a mídia televisiva, revistas, jornais, sites, blogs etc. intensificou a veiculação do crack como uma epidemia no País que transformava pessoas em zumbis e viciava usuários já na primeira tragada. A situação foi agravada ainda mais com a constante publicização das cenas de uso, chamadas *cracolândias*, que reúnem usuários, dependentes e traficantes em um mesmo espaço público.

Estudos sobre drogas revelam a necessidade de se construir uma política intersetorial, como constou no programa *Crack, é possível vencer*, o qual articula os elementos saúde, assistência social, educação e segurança pública<sup>15</sup>. Ainda, o modelo federativo do Estado Brasileiro exigiu um arranjo nas ações distribuídas entre os entes federados – União, Estados Membros, Distrito Federal e Municípios.

Alguns pontos de fragilidade foram verificados no programa, a partir da compreensão do ciclo de formação das políticas públicas propostos por Maria Paula Dallari Bucci (2006) e Clarice Seixas Duarte (2015) e dos processos que envolvem a formação das políticas públicas (BUCCI, 2013), os quais serão agora explicados.

Foram levantados alguns pontos de desarticulação do programa, por meio da comparação entre o que foi analisado documentalmente, incluindo a visita técnica realizada nos Ministério da Justiça e na Casa Civil, legislação em vigor, dados publicados no Observatório de Drogas, Observatório do Programa *Crack, é possível vencer*, Fundação Oswaldo Cruz e portal do Orçamento Federal. São eles:

---

<sup>15</sup> Exemplos de autores que abordam o enfrentamento pela perspectiva intersetorial: ALBUQUERQUE, Bernardo Starling. BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane. MOTA, Daniela Cristina Belchior; RONZANI, Telmo Mota entre outros.

- a) necessidade de diagnóstico prévio para identificação do público a ser atendido e dimensão das ações;
- b) o programa contemplou apenas municípios com mais de 200 mil habitantes;
- c) o programa não foi construído com participação da sociedade civil;
- d) falta de interesse dos gestores municipais em aderir ao programa;
- e) dificuldade de entendimento entre os três eixos estruturantes do programa: cuidado, autoridade e prevenção;
- f) precariedade das redes Sistema Único de Saúde – SUS e Sistema Único da Assistência Social – SUAS;
- g) necessidade de ampliação dos setores que compõem o programa;
- h) monitoramento e avaliação do programa;
- i) investimentos financeiros insuficientes no programa.

A metodologia empregada para o amadurecimento das conclusões apresentadas é resultado de uma investigação documental sistemática do programa *Crack, é possível vencer* e da base constitucional que confere suporte aos direitos sociais, modelos de políticas de enfrentamento às drogas e teoria geral das políticas públicas.

Todas as matérias elencadas representam pontos de fragilidade na estruturação e execução do programa, merecendo estudo detalhado para o replanejamento das ações voltadas ao enfrentamento do crack.

- a) Necessidade de diagnóstico prévio para identificação do público a ser atendido e dimensão das ações.

O programa foi construído sem que se fizesse um planejamento prévio do perfil dos usuários e dependentes de crack no Brasil e, assim, fosse possível dimensionar, com dados estatísticos, o problema no País. Em 2012, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD lançou edital para realização de pesquisa nacional acerca do perfil de usuários e dependentes de crack no País. A Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ realizou a pesquisa, que foi publicada em 2014 e pôde descrever um panorama da situação nacional da drogadição com crack.

O planejamento, situado dentro da fase *ação*, primeira do ciclo de formação das políticas públicas, permite estruturar todo o conteúdo da ação governamental a partir da compreensão do público sujeito da política, as áreas a serem atendidas, as metas a serem alcançadas, a forma de execução e avaliação das ações.

O mapeamento do perfil dos usuários de crack no País foi publicado quatro anos após o lançamento do programa, 2010, evidenciando pontos que deveriam ter sido mais bem trabalhados.

A questão da moradia foi um importante dado levantado na pesquisa e que, durante a execução do programa, apresentou retração nas ações, com diminuição de casas abrigos para acolhimento de usuários e dependentes de crack em situação de risco.

Outro ponto levantado na pesquisa foi a propensão dos usuários em receber tratamento de saúde, ponto que poderia ter sido mais bem trabalhado no programa, principalmente para os usuários e dependentes que precisam de internação, evitando-se as internações compulsórias que, apesar de não previstas no programa, são decretadas pelo Poder Judiciário. Com base nesses dados, é possível a implementação de ações que trabalhem as diferentes abordagens (homens, mulheres, pessoas em situação de rua, crianças, adolescentes etc.) e estructurem as entidades que os recebem.

Dentro da coordenação dos processos, identificou-se que o item *Processos Administrativos e seus contextos institucionais* poderia ter sido mais bem explorado quanto à concatenação das ações, de maneira que houvesse uma prioridade, de acordo com a urgência e expansão dos resultados. Assim, por exemplo, por meio do levantamento do perfil de usuários, é possível estabelecer prioridade em moradia e alimentação, em face da inserção no ensino formal.

Todas as ações são importantes quando se pensa em um programa intersetorial, pois se completam para atendimento das metas. Ocorre que algumas são mais urgentes, como, por exemplo, é fundamental alimentar-se antes de pensar em um curso de qualificação profissional, ou tratamento de doenças antes de combate ao tráfico.

Quem são os responsáveis por listar as prioridades e estabelecer as ações que o programa contemplará? Os setores chamados a construir o programa, analisando a rede preexistente e as novas demandas surgidas a partir do diagnóstico do perfil do público a ser atendido.

A organização do processo no interior da administração pública, dentro da concepção da teoria jurídica das políticas públicas concebida por Maria Paula Dallari Bucci (2013), proporciona um caráter dinâmico e estável à prática administrativa. A política deve ser concebida dentro dos ciclos propostos, que preveem as fases coordenadas para sua elaboração e execução.

b) O programa contemplou apenas municípios com mais de 200 mil habitantes.

A interiorização das drogas é uma realidade no País, avançando inclusive para as zonas rurais. A afirmação dessa informação vem da vivência das realidades locais em cidades de médio e pequeno porte, pois as pesquisas realizadas até o presente momento, a exemplo da realizada pela FIOCRUZ, contemplam apenas os municípios de grande porte e as capitais.

Assim, como são escassas as pesquisas acerca da interiorização das drogas, também são poucas as ações governamentais, primeiro porque os municípios são carentes de corpo técnico e preparo para desenvolver ações específicas. Ainda, os recursos no âmbito da municipalidade são poucos, limitando o planejamento e desenvolvimento de ações de enfrentamento ao crack.

O programa *Crack, é possível vencer* não abrangeu os municípios com população menor que 200 mil habitantes, ou seja, a grande maioria dos municípios brasileiros, ficando esses desamparados de intervenção estatal, restando prejudicado o elemento *coordenação*, proposto como segundo ciclo da formação das políticas públicas. Esse ciclo é responsável pela articulação entre os órgãos e diferentes entes federados, a fim de incluir os municípios com menos de 200 mil habitantes.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE não classifica os municípios brasileiros com a nomenclatura de pequeno, médio e grande porte, mas por faixa de habitantes. Assim, são 5.565 municípios no Brasil, conforme dados do IBGE, e desses 245 possuem entre 100 a 500 mil habitantes (essa é a faixa em que se encontram os municípios acima de 200 mil habitantes) e 38 municípios possuem mais de 500 mil habitantes. Logo, essas duas faixas compreendem apenas 5% dos municípios brasileiros e, desse percentual, apenas 232 municípios possuem população acima de 200 mil habitantes, aptas a receberem o programa (utilizando-se

o critério objetivo do número de habitantes, não incluindo os demais critérios para pactuação).

Na Tabela 14, fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, apresenta-se o percentual de municípios de acordo com a faixa de habitantes.

Tabela 14 – Número de Municípios por faixa de habitantes

<b>Brasil</b>				
<b>Ano = 2010</b>				
<b>Classes de tamanho da população</b>	<b>Variável</b>			
	<b>Número de municípios (Unidades)</b>	<b>Número de municípios (Percentual)</b>	<b>População nos municípios (Pessoas)</b>	<b>População nos municípios (Percentual)</b>
<b>Total</b>	5.565	100,00	190.755.799	100,00
<b>Até 2.000</b>	118	2,12	197.429	0,10
<b>De 2.001 a 5.000</b>	1.183	21,26	4.176.916	2,19
<b>De 5.001 a 10.000</b>	1.212	21,78	8.541.935	4,48
<b>De 10.001 a 20.000</b>	1.401	25,18	19.743.967	10,35
<b>De 20.001 a 50.000</b>	1.043	18,74	31.344.671	16,43
<b>De 50.001 a 100.000</b>	325	5,84	22.314.204	11,70
<b>Mais de 100.000</b>	283	5,09	104.436.677	54,75
<b>De 100.001 a 500.000</b>	245	4,40	48.565.171	25,46
<b>Mais de 500.000</b>	38	0,68	55.871.506	29,29

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2015.

A fim de subsidiar o argumento da fragilidade do programa quanto a não interiorização das ações nos municípios com população inferior a 200 mil habitantes, foram selecionados os municípios que, de acordo com o programa *Crack, é possível vencer*, estão aptos a celebrar os convênios.

Confrontando os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE com o mapeamento realizado pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, as regiões que apresentam o maior número de usuários de crack são Nordeste e Sul do País. No Nordeste, compreendidos os nove Estados, poderão receber o programa apenas 26 municípios, e o Sul, compreendidos os três Estados, apenas 21 municípios. Analisando o recorte apresentado, a região Sul ainda está em situação proporcional melhor do que o Nordeste, e, juntamente com a região Norte, são as que possuem os menores quantitativos de municípios atendidos pelo programa.

Assim, merece planejamento e ação a inclusão dos municípios com menos de 200 mil habitantes no programa. A pesquisa feita pela FIOCRUZ não alcançou esses os municípios, bem como o programa *Crack, é possível vencer* não previu ações e investimentos nesses municípios. Trata-se de municípios que oferecem reduzidas possibilidades de lazer, cultura e esportes para jovens, possuem barreiras naturais na formação educacional e profissional. Em suma, as reduzidas opções de prazer e novos horizontes aliadas ao avanço das drogas para o interior exigem um replanejamento das ações governamentais nessas localidades. Os municípios de pequeno porte precisam de maiores investimentos a fim de ampliar a rede de saúde e assistência social, bem como maior integração com municípios de médio e grande porte para compartilharem a rede de atendimento especializado.

c) O programa não foi construído com participação da sociedade civil.

Na construção do programa, não houve participação da sociedade civil, e os setores populares que atuam nas ações de drogas receberam o “pacote” pronto do governo federal.

A participação popular não confere certeza de sucesso das ações, mas possibilita o diálogo e a troca de experiências das ações desenvolvidas, principalmente por entidades que já prestam serviços voltados a usuários e dependentes de drogas.

Ainda, o programa não contemplou assento no Comitê Gestor e Comitê Executivo para membros externos ao governo, ficando toda a gestão do programa a cargo exclusivo do poder público.

Outro aspecto não considerado no planejamento do programa foi a participação dos Conselhos de Drogas, principalmente no âmbito Estadual e Municipal. O fortalecimento e o envolvimento dos Conselhos de Drogas no programa consistiriam em importante instrumento de indução dos gestores públicos a aderirem ao programa e, possivelmente, serviriam de instrumento de pressão para maior dotação orçamentária dada em contrapartida aos recursos financeiros federais.

Também os Conselhos de Drogas poderiam ter sido aproveitados como mais um instrumento de fiscalização das ações, tanto as desenvolvidas no âmbito governamental, como as realizadas pela iniciativa privada.

Outro elemento indutor da participação social nas ações de enfrentamento às drogas são as Universidades Públicas e Privadas, que poderiam desenvolver ações além da capacitação dos agentes que trabalham com a drogadição, previstas nos Centros Regionais de Referências, dentro do eixo prevenção. As universidades são importantes centros de desenvolvimento de pesquisa e ações de extensão e, uma vez feitos investimentos, podem ser parceiras nas ações governamentais.

O programa estabelece como meio assecuratório de efetividade das ações a criação de instâncias de governança compartilhada do programa, os Comitês Gestores, responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e monitoramento das ações do programa em seus territórios. Os comitês que gerenciam o programa *Crack, é possível vencer* não reservam assentos para a sociedade civil, e mesmo com a reserva formal não haveria nenhuma segurança de efetiva participação, bem como se mostra frágil por não representar uma instituição permanente de cuidado integral ao programa.

Simon Schwartzman (1996, p. 7), sociólogo, cientista político e pesquisador em administração pública, critica o modelo burocrático de controle das instituições e avaliações das políticas públicas e alerta sobre a fragilidade das composições interministeriais para gerenciamento e fiscalização na administração pública, ao afirmar que

[...] eles podem cair facilmente em três armadilhas: transformar-se em burocracias perdidas na tramitação de papéis, como ocorre com os Conselhos de Educação; se esvaziar, transformando-se em meros órgãos homologadores de decisões executivas, nos casos de órgãos interministeriais de funcionamento intermitente; ou se transformar em arenas de confronto ou negociação de interesses particulares ou corporativos, quando constituídos por critérios de representação.

O autor destaca que, para ter efetividade, os conselhos deverão se constituir como importante instrumento de coordenação e acompanhamento das ações governamentais observando alguns critérios básicos:

[...] devem ser formados por pessoas representativas de diversos setores da sociedade, mas não de representantes desprovidos de autonomia; e devem ter um forte componente profissional, que possa lhes dar prestígio, respeitabilidade e capacidade de trabalho coordenado (SCHWARTZMAN, 1996, p. 7).



Se observados mais atentamente, os comitês são interministeriais/estaduais/distrital/municipais, sem assento para sociedade civil, e as vagas não são ocupadas pelos titulares das pastas, mas por representantes, sem que estabeleça a amplitude dos poderes de decisão.

A *sociedade da informação*, assim chamada a sociedade contemporânea, possui como traços marcantes complexidade das relações e valores individuais e coletivos diversificados, cujos membros possuem atributos e participação no processo decisório em níveis diferenciados. Essa participação depende da sua organização ou detenção do poder econômico, na medida em que atendem seus interesses particulares ou dos grupos aos quais pertençam. Isso influencia diretamente o planejamento das políticas de Estado, as quais são produzidas para atender aos interesses pessoais, à casta política e ao capital que o mantém e patrocina (ÁVILA, 2012).

Bucci (2013, p. 31) também reforça a mudança na sociedade a partir da década de 1990, tratando como elemento transformador das instituições a

[...] revolução da informação e da comunicação, que se instala com o uso, em grande escala, de computadores pessoais e o advento da internet, a partir da década de 1990, cuja disseminação em massa, intensificada com a expansão das comunicações por telefonia celular e outros meios, marca o alvorecer do século XXI.

A despeito dessa complexidade, é oportuno considerar o conceito de sociedade a fim de facilitar a compreensão dos papéis da sociedade e do Estado: a primeira enquanto sujeito das políticas públicas, e o Estado enquanto ente responsável pelo planejamento e pela implementação dessas políticas.

Há duas principais teorias que explicam os fundamentos da sociedade, a partir dos laços de solidariedade, quais sejam: a teoria organicista, com raízes em Aristóteles e Platão; e a teoria mecanicista, que ataca a anterior, argumentando que “não há identificação entre o organismo biológico e a sociedade”, posto não haver os fenômenos das “migrações, mobilidade social e suicídio” (BONAVIDES, 2010, p. 57-60).

Quando o indivíduo é colocado no centro, como ponto de partida para “toda assimilação coletiva” como “sujeito da ordem social”, têm-se as sociedades marcadamente mecanicistas. Em poucas linhas, essa é a abordagem clássica da expressão sociedade e a busca teórica de sua conceituação, mesmo porque dentro

da sociedade (presente mais a solidariedade mecânica) existem as comunidades (de característica orgânica) dotadas de caráter irracional, primitivo, munidas e fortalecidas de solidariedade inconsciente, construídas de afetos, simpatias, emoções, confiança (BONAVIDES, 2010, p. 62).

Logo, a primeira forma de expressão é a comunitária, partindo para níveis de organização social (sociedade) e, posteriormente, a formação do Estado. Na medida em que se fortalecem vínculos comunitários, aumentam os interesses em efetivar os direitos sociais, com maior prestação em serviços de saúde, erradicação da pobreza e assistência social, diretamente ligados às políticas públicas de enfrentamento às drogas e recuperação dos dependentes.

Para a efetivação das políticas públicas, a concepção de sociedade e sua interação com o Estado influenciam a realização ou não de serviços públicos, por meio do direcionamento estatal. A sociedade exerce forte controle nas ações do Estado, apresentando demandas e exigindo, por meio de instrumentos jurídicos e de pressão popular, sua concretização. As políticas de enfrentamento ao crack também perpassam por essas demandas populares até serem materializadas em norma jurídica e efetivadas por ações planejadas e executadas pela Administração Pública.

A feição social do Estado parte do programa ideológico estampado nas constituições, com regulamentação da economia e um plano de direitos fundamentais e sociais bem definidos. A partir de textos constitucionais sociais se instalam as políticas públicas, resultado da atuação dos grupos sociais organizados em defesa de uma pauta social.

O elemento do ciclo de formação das políticas públicas diretamente afetado quando da não participação popular na formulação e no planejamento das políticas de drogas refere-se aos processos coordenados no interior do seu planejamento e execução.

Primeiro refere-se ao *processo político eleitoral e influências recíprocas sobre o processo governamental*. O processo eleitoral influencia a política na medida em que se propõe a uma gestão mais ou menos democrática. Quanto maior a participação das forças sociais organizadas no processo eleitoral, mais propensão tende o governo à abertura da participação popular na gestão pública.

Não necessariamente haverá correspondência entre o processo eleitoral e a gestão governamental, pois o processo eleitoral exerce uma baixa contribuição para

a racionalidade governamental, em razão da não vinculação do programa eleitoral à gestão (BUCCI, 2013).

A questão do controle das políticas públicas é um dos pontos mais complexos de qualquer programa público de prestação de serviços, uma vez que exige a presença dos elementos de legitimação e competência técnica do grupo responsável pela fiscalização.

Pode-se afirmar que a legitimidade consiste em

[...] componente essencialmente político, mas não pode ser confundida com a simples representação de interesses partidários, de grupos ou órgãos governamentais nos órgãos de controle. A competência técnica, por sua vez, requer um aprendizado e treinamento profissional que quase não existe em nosso meio. Para que possam funcionar a contento, estes órgãos de supervisão e controle devem, muitas vezes, criar suas próprias estruturas técnicas de avaliação e acompanhamento de resultados, ou se valer de empresas ou instituições especializadas que tenham condições de fazer este trabalho sem colocar em risco a legitimidade de suas conclusões e recomendações (SCHWARTZMAN, 1996, p. 7).

A interação entre sociedade e Estado tem o condão de promover maior direcionamento e fiscalização das ações estatais em prol da efetivação dos direitos sociais. A ausência de assentos de representação comunitária no programa *Crack, é possível vencer* demonstra essa fragilidade.

O conceito de sociedade e Estado foi trazido aqui a partir da evolução das formas primárias, marcadas pela simplicidade das relações e etapas de consolidação das funções do Estado, até os dias atuais. Alguns problemas foram apontados quando se tem uma fraca interação entre Estado e sociedade. Primeiro no que se refere à dificuldade na solução dos problemas atuais, uma vez que, quanto maior a complexidade das relações desenvolvidas na sociedade, mais difícil o enfrentamento pelo Estado.

Outra importante conclusão refere-se ao baixo interesse dos grupos sociais nas ações promovidas pelo Estado, que, no programa *Crack, é possível vencer*, é evidenciada pela ausência de vagas nos comitês gestores e pouco interesse popular na fiscalização e no acompanhamento das ações desenvolvidas.

A baixa participação social constitui-se em elemento de fragilidade do programa de enfrentamento ao crack, tanto no aspecto da participação e fiscalização das ações, como na produção de demandas, as quais corresponderiam a mais ações

públicas de acolhimento e tratamento aos usuários, a fim de forçar o Estado a investir mais recursos e prestar os serviços com qualidade.

d) Falta de interesse dos gestores municipais em aderir ao programa.

Uma das questões constatadas na pesquisa foi a baixa adesão dos municípios ao programa e fragilidade da rede de articulação que incentive, efetivamente, o investimento em ações de enfrentamento ao crack. É necessário ampliar as técnicas de indução acerca da necessidade de políticas de enfrentamento ao crack, mostrando os benefícios da vida em sociedade quando o Estado promove o enfrentamento às drogas por meio da valorização do ser humano, em oposição ao aumento da repressão policial.

A ausência de elementos que gerem pressão local para que os municípios adiram ao programa fez com que muitos municípios optassem por não celebrar o pacto de adesão ao Programa *Crack é possível vencer*, tanto que a previsão para as pactuações até o final de 2015 são 165 municípios, e até agosto de 2015 foram efetivadas 147 pactuações (BRASIL, 2015a).

O ente federado possui autonomia política, administrativa e financeira, dentro do recorte do pacto federativo estabelecido no texto constitucional. Assim, a adesão ao programa demanda uma decisão política que envolve questões partidárias, alianças políticas e interesse dos gestores em investir no programa. A pressão das organizações da sociedade civil e a pressão dos conselhos de drogas são aliadas no sentido de exigirem, do poder estatal, ações no enfrentamento ao crack.

A organização da sociedade civil e os Conselhos de Drogas, quando preparados e engajados na causa do enfrentamento às drogas, influenciam na propaganda dos benefícios políticos que as ações de drogas bem desenvolvidas pode representar na politicamente.

Ainda, é necessário que haja, por parte do governo federal, auxílio técnico na elaboração do diagnóstico local das demandas e do plano de ação que será desenvolvido na municipalidade e deve ser entregue no momento da adesão ao programa.

Com relação à interlocução do Comitê Executivo e aos municípios, o programa funcionou de maneira indutora, pois a gestão tem um papel decisivo no convencimento à adesão e ao auxílio no planejamento das ações. A equipe gestora

do programa é responsável por fazer o primeiro contato com os municípios com mais de 200 mil habitantes. A partir desse convencimento de adesão das autoridades locais, o município passa a ser responsável por apresentar um plano de ações que envolva pessoas e disponibilidade da rede preexistente nas áreas da saúde e assistência social (eixo cuidado), educação e segurança pública. Feita essa adesão e comprovado o funcionamento da rede posta à disposição, os municípios aderentes passam a receber o kit segurança pública, contendo uma base móvel (micro-ônibus, câmeras de monitoramento de áreas de risco e outros equipamentos).

Um dos principais gargalos encontrado na análise do programa é o convencimento político para adesão dos municípios, uma vez que a demanda e a pressão para adesão ao programa não partiu das forças locais. Logo, se há divergências partidárias entre os governos local e federal, desarticulação das redes de saúde e assistência social, ausência de organizações sociais que atuem nas políticas de drogas e fomentem ações, o município não pactuava sua entrada no programa.

A baixa adesão dos municípios ao programa é um dos reflexos do prejuízo causado pelo absenteísmo social nas ações de enfrentamento ao crack.

e) Dificuldade de entendimento entre os três eixos estruturantes do programa: cuidado, autoridade e prevenção.

Outro ponto de fragilidade do programa consiste em estabelecer o diálogo entre os eixos que compõem os elementos estruturantes do programa – cuidado, prevenção e segurança –, uma vez que seguem influências ideológicas diferentes.

Os encaixos começam na dificuldade em reunir os Ministros das pastas da saúde, defesa social, educação e justiça. O *locus* do programa é a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, no Ministério da Justiça. Enquanto essa pasta era responsável pela articulação horizontal dos eixos, havia uma grande dificuldade em agendar os encontros do Comitê Executivo. Percebendo essa dificuldade, as reuniões passaram a ser agendadas pela Casa Civil, órgão subordinado diretamente à Presidência da República. A partir dessa mudança de articulação, os encontros passaram a ocorrer de maneira mais frequente. Em visita técnica à Casa Civil, foi possível verificar que as reuniões, a partir de 2015, passaram a ser realizadas com menos frequência, enfraquecendo o planejamento e a execução das ações.

Essa mesma dificuldade ideológica reflete nas instâncias inferiores, responsáveis pela execução das ações governamentais. É notório que a Segurança Pública possui nítida inclinação para as políticas proibicionistas, que investem no aparato policial como forma de enfrentamento às drogas, ao passo que os demais eixos trabalham suas ações baseadas nas políticas de redução de danos.

O Ministério da Saúde inseriu no processo a figura do “apoiador”, um consultor contratado pelo governo para auxiliar no diálogo entre os eixos e fortalecedor da articulação entre municípios, estado e governo federal. Essa figura que atua dentro das ferramentas de gestão das ações governamentais já era utilizada nas ações desenvolvidas na área da saúde. Não há dados disponibilizados que avalie se houve avanço ou não com a inserção do apoiador.

Novamente entra em cena a importância do papel dos Conselhos de Drogas e Universidades Públicas e Privadas como elo de diálogo entre os diferentes setores que desenvolvem a política. A realização de eventos, atividades de extensão, periodicidade nos encontros possibilitará uma maior troca de experiências, fazendo com que os agentes de cada eixo possam compreender os obstáculos enfrentados pelos profissionais que atuam nos outros eixos. Assim, será possível compartilhar com mais intensidade as vitórias e as derrotas enfrentadas.

f) Precariedade das redes Sistema Único de Saúde – SUS e Sistema Único da Assistência Social – SUAS.

O programa parte suas ações das redes preexistentes da saúde e assistência social, utilizando os recursos públicos disponibilizados para o fortalecimento das ações que já são desenvolvidas.

Percebe-se que a fragilidade foi identificada na fase Processo, do ciclo das políticas públicas, especificamente no item *processo de alocação de meios para ação governamental*. Esse item é responsável pela alocação de meios para a efetivação dos serviços públicos, os quais incluem alocação de recursos públicos, outras formas de obtenção de recursos públicos e planejamento econômico, nos termos da Teoria Jurídica das Políticas Públicas (BUCCI, 2013).

O Sistema Único Saúde – SUS possui vários programas que integram a rede de atendimento, como exemplos, têm-se Academia de Saúde, Saúde da Família, Mais médicos, Melhor em Casa, Farmácia Popular, Cartão Nacional de Saúde, Pronto Atendimento, Doação de Órgãos etc. (BRASIL, 2015c). Esse conjunto de ações e serviços é integrado por meio de apoio técnico, logístico e de gestão, objetivando oferecer saúde na integralidade. O Ministério da Saúde coordena todo esse arranjo, juntamente com as Secretarias estaduais e municipais, com vistas ao disposto no artigo 23, II, da CRFB, que dispõe as competências comuns entre os entes federados.

A assistência social, coordenada pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, possui rede própria de atendimento, com a coordenação de vários programas, como o Cadastro Único, Bolsa Família, Carteira do Idoso, Segurança Alimentar etc. O programa *Crack, é possível vencer* também demanda ações e serviços da rede da assistência social, principalmente quando se concebe o tratamento integral de usuários, dependentes, familiares e entorno social.

Tendo em vista que o programa demanda ações específicas de enfrentamento às drogas, seria importante ocorrer um reforço no financiamento das ações e serviços de ambas as redes para melhor atender esse público.

Ocorre que esses sistemas, notoriamente, já apresentam dificuldade em desempenhar suas funções, como sucateamento das estruturas existentes e escassez de recursos humanos e materiais. Assim, incorporar a essas redes mais funções, sem designar para isso recursos financeiros hábeis, é sobrecarregar com mais serviços públicos órgãos que já estão sobrecarregados.

Ponto que merece atenção, dada a imprescindibilidade de atribuições que exerce no programa, refere-se aos Centros de Atendimento Psicossocial, os CAP's, integrantes da rede SUS, e os Centros de Referências Especializados de Assistência Social – CREAS, da rede SUAS, devido à capilaridade nos estados e municípios.

O SUAS registrou, no levantamento de dados em 2014, que 4.278 municípios contam com secretaria exclusiva de assistência social, sendo registrado um crescimento de 2010 a 2014. A presença de pastas específicas para a assistência social demonstra o fortalecimento das ações, todavia, visto isoladamente essa informação, não constituem índices aptos a comprovar uma melhoria em todos os serviços prestados na área da assistência social, uma vez que os programas Bolsa Família e Cadastro Único ocupam grande parte desses órgãos gestores. Os programas de transferência de renda representam a maior parcela dos investimentos

feitos no setor, e em 2014 a União investiu 68,5 bilhões nas ações de assistência social (BRASIL, 2015d).

O Ministério da Saúde teve empenhado para 2015 o valor de R\$ 98.281,4 (bilhões), de acordo com o portal do orçamento federal, que divulga todo o orçamento empenhado ano a ano pelo governo Federal. A saúde também é executada de forma descentralizada, nos termos do artigo 23, II da CRFB, de forma que a administração das ações e programas seja executada por todos os entes federados (BRASIL, 2015e).

Olhando o orçamento global da União, foi possível verificar que a pasta que recebeu maior recurso orçamentário em 2015 foi o Ministério da Saúde. Todavia é notório que o sistema ainda não consegue suprir com qualidade as demandas que têm, sendo pauta constante de reivindicações de melhorias na prestação de serviços públicos.

Melhorar a prestação dos serviços públicos de saúde significa melhorar as ações de saúde que também são contempladas no Programa *Crack*, *é possível vencer*, uma vez que utiliza a rede SUS para dar suporte aos usuários e dependentes atendidos pelo programa.

Em especial, no que se refere à rede do SUS, é imprescindível melhorar os Centro de Apoio Psicossocial, dada sua capilaridade, e fortalecer as comunidades terapêuticas, as quais recebem em regime de internação os usuários e dependentes de drogas.

g) Necessidade de ampliação dos setores que compõem o programa.

A grande expertise do programa *Crack*, *é possível vencer* foi perceber que deveria ser desenvolvido de maneira intersetorial, relacionando ações em diversas áreas por ser um problema que envolve o indivíduo na sua totalidade.

A fragilidade foi identificada em duas etapas do ciclo de formação das políticas públicas: na *coordenação* entre os órgãos e poderes governamentais, e na etapa dos *processos*, em específico dos *processos para alocação de meios para a ação governamental*.

A inserção de outros setores no programa é feita na fase de coordenação, momento em que se estabelecem os diálogos entre os diferentes setores e no plano mesoinstitucional, quando se constroem os arranjos institucionais.



O programa avançou com ações apenas nas áreas de saúde, assistência social, educação e segurança pública. Mas poderia ter expandido mais dentro de cada área, bem como contemplar ações em outros setores capazes de oferecer alternativas aos usuários e dependentes, a exemplo da cultura, do esporte, do lazer, do acesso aos cursos profissionalizantes, das políticas de emprego e do ensino formal.

As ações enfatizaram o setor saúde, tanto que o maior investimento dos recursos do programa foi feito no Ministério da Saúde, seguido dos Ministérios da Justiça (segurança), Desenvolvimento Social e Combate à Fome (cuidado) e Educação (prevenção), ficando em aberto os outros setores de interesse ao programa – cultura, emprego, lazer, família, entorno social, entre outros.

Em suma, é necessário que o programa estabeleça alternativas ao uso do crack, e isso somente se dará se o Estado promover ações que as contemplem, incluindo no rol das atividades desenvolvidas dentro do programa.

#### h) Monitoramento e avaliação do programa

A avaliação e o monitoramento das ações devem se dar em caráter constante, de modo a permitir que a cada etapa sejam diagnosticadas as ações de sucesso e as ações que necessitam de reformulação.

Até o fechamento da presente pesquisa, novembro de 2015, o Governo Federal ainda não havia publicado nenhuma avaliação das ações desenvolvidas desde o lançamento do programa, em 2010.

A avaliação contínua é instrumento essencial na gestão das ações, bem como constitui etapa imprescindível no ciclo das políticas públicas. Uma mudança no cenário do controle das atividades desenvolvidas pela administração pública vem sendo notada após a Constituição de 1988, a qual fortaleceu os Tribunais de Contas e Ministério Público, aprimorando os instrumentos de controle administrativo. Outro elemento importante é a utilização de indicadores para medir metas e eficácia nas ações governamentais, além de uma maior participação da sociedade civil, por meio dos sindicatos, ONG's, universidades etc.

Observa-se que, “no campo das políticas públicas, os indicadores sociais são medidas usadas para permitir a operacionalização de um conceito abstrato ou de uma demanda de interesse programático” (JANNUZZI, 2005, p. 138). Os indicadores medem a execução e o atingimento das metas estabelecidas, bem como subsidiam novos planejamentos sobre as ações do programa avaliado e de outros que serão construídos. Trata-se de balizes objetivas a nortear a ação de gestores e agentes que operacionalizam as ações públicas.

A validade das informações coletadas é indispensável para garantir uma segurança mínima dos indicadores. Utilizam-se as informações dos cadastros públicos, os registros do programa e dados estatísticos, como os fornecidos pelo IBGE. A partir do cruzamento das informações, é possível organizar e estruturar indicadores hábeis a avaliar o programa e determinar novas demandas (JANNUZZI, 2005).

Outra qualidade do indicador é a confiabilidade da medida, o que pode ser obtido a partir da neutralidade da fonte de informação. Alerta-se para o fato de que, sempre que possível, “deve-se procurar empregar indicadores de boa cobertura territorial e populacional, [...] representativos da realidade empírica em análise” (JANNUZZI, 2005, p. 138).

A preocupação com os dados de monitoramento para a formação de indicadores é refletirem o mais próximo possível da realidade analisada. A construção dos indicadores deve se dar de forma clara e transparente, seguindo uma linha metodológica que possibilite a maior otimização das informações coletadas por meio da sua exteriorização objetiva. Quando as informações dos programas são cruzadas com indicadores gerais, organizadas e classificadas de forma padronizada e objetiva, é possível utilizá-las como indicadores comparativos, a fim de medir programas e ações ao longo do tempo.

O resultado das ações desenvolvidas em cada municipalidade poderá ser cruzado com as informações obtidas com o perfil de usuários e dependentes de crack, e comparados a outros indicativos, como censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, dados do Sistema Único de Saúde – SUS e Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

A Casa Civil acompanha o programa, por via remota, no sistema SIM-PR, programa da Presidência da República responsável pelo acompanhamento das ações governamentais, de uso exclusivo dos gestores.

Ainda não foi publicada pelo governo federal nenhuma avaliação do programa, como também informações acerca do monitoramento das ações, o que prejudica a análise do atingimento das metas e reavaliação das ações desenvolvidas.

i) Investimentos financeiros insuficientes no programa.

Com relação ao programa *Crack, é possível vencer*, o repasse de recurso financeiro e as respectivas contrapartidas são procedimentos estabelecidos no âmbito de cada Ministério. Por exemplo, o Ministério do Desenvolvimento Social ampliou o cofinanciamento para serviços de CRAS, CREAS, Serviço de Abordagem e Unidades de Acolhimento. Para estar apto a receber esse recurso, o município deve atender a critérios específicos, estabelecidos por Resoluções da Comissão Intergestora Tripartite – CIT, instância na qual são pactuados os critérios de partilha de recurso.

Os recursos destinados na Lei Orçamentária da União e contingenciados pelo Poder Executivo estão aquém de conseguir oferecer uma política de amplitude nacional e coordenada com os três eixos propostos no programa, tendo em vista as dimensões territoriais do País. Somente foram contemplados no programa municípios com mais de 200 mil habitantes, e restaram prejudicadas ações nos municípios com população inferior.

O orçamento empenhado no programa *Crack, é possível vencer* cresceu de 2012 a 2014, o que representa aumento no interesse governamental em desenvolver as ações. O interesse pode ser visto pela perspectiva da pressão pública ou pressão política, e, independentemente da origem que motivou esse aumento, houve melhoras nos investimentos ao programa. Em 2012, o Governo Federal investiu R\$ 970 (milhões), em 2013, foram investidos R\$ 1.225 (milhões), e em 2014, destinados R\$ 3.675 (milhões) nas ações desenvolvidas pelos Ministérios da Saúde, Justiça, Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Educação (BRASIL, 2015e).

O financiamento das ações está previsto na fase processos, dentro do ciclo de políticas públicas descrito por Clarice Seixas Duarte (2013) e Maria Paula Dallari Bucci (2006). Nos planos, o financiamento é etapa compreendida dentro do plano mesoinstitucional, o qual cuidou dos arranjos, dos modelos, da base jurídica e da articulação do programa.

O Fundo Nacional Antidrogas, criado por meio da Lei n. 7560/1986, empenhou, no ano de 2015, cerca de R\$ 106,4 (milhões) para desenvolvimento de

todas as ações estabelecidas na política antidrogas, não apenas as ações previstas no programa *Crack, é possível vencer*. O fundo recebe recursos da União, doações de organismos ou entidades nacionais e internacionais, pessoas físicas ou jurídicas nacionais e internacionais, e venda dos bens provenientes do tráfico de drogas. Os recursos serão empenhados nas ações descritas no artigo 5º, e o Fundo é gerido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. O artigo 5º dispõe:

Art. 5º [...]

I - aos programas de formação profissional sobre educação, prevenção, tratamento, recuperação, repressão, controle e fiscalização do uso e tráfico de drogas; (Redação dada pela Lei n. 8.764, de 1993).

II - aos programas de educação técnico-científica preventiva sobre o uso de drogas; (Redação dada pela Lei n. 8.764, de 1993).

III - aos programas de esclarecimento ao público, incluídas campanhas educativas e de ação comunitária; (Redação dada pela Lei n. 8.764, de 1993).

IV - às organizações que desenvolvem atividades específicas de tratamento e recuperação de usuários; (Redação dada pela Lei n. 8.764, de 1993).

V - ao reaparelhamento e custeio das atividades de fiscalização, controle e repressão ao uso e tráfico ilícitos de drogas e produtos controlados; (Redação dada pela Lei n. 8.764, de 1993).

VI - ao pagamento das cotas de participação a que o Brasil esteja obrigado como membro de organismos internacionais ou regionais que se dediquem às questões de drogas; (Redação dada pela Lei n. 8.764, de 1993).

VII - aos custos de sua própria gestão e para o custeio de despesas decorrentes do cumprimento de atribuições da SENAD; (Redação dada pela Lei n. 9.804, de 1999).

VIII - ao pagamento do resgate dos certificados de emissão do Tesouro Nacional que caucionaram recursos transferidos para a conta do FUNAD; (Incluído pela Lei n. 9.804, de 1999).

IX - ao custeio das despesas relativas ao cumprimento das atribuições e às ações do Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, no combate aos crimes de "lavagem" ou ocultação de bens, direitos e valores, previstos na Lei no 9.613, de 1998, até o limite da disponibilidade da receita decorrente do inciso VI do art. 2o. (Incluído pela Lei n. 9.804, de 1999).

X - às entidades governamentais e não governamentais integrantes do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). (Incluído pela Lei n. 12.594, de 2012) (BRASIL, 1986, *online*).

O portal da transparência, site do governo federal que fornece informações acerca das despesas e receitas do governo federal, divulgou que, no ano de 2013, foram gastos R\$ 5.111.009,32, sendo distribuídas da maneira exposta na Tabela 15.

Tabela 15 – Despesas do Fundo Nacional Antidrogas em 2014

Grupo de Despesa	Elemento de Despesa	Total no Ano (R\$)
Investimentos	52 - Equipamentos e Material Permanente	196.200,00
Outras Despesas Correntes	92 - Despesas de Exercícios Anteriores	8.913,09
Outras Despesas Correntes	93 - Indenizações e Restituições	16.085,26
Outras Despesas Correntes	30 - Material de Consumo	6.226,00
Outras Despesas Correntes	47 - Obrigações Tributárias e Contributivas	1.782,61
Outras Despesas Correntes	39 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	4.731.063,70
Outras Despesas Correntes	33 - Passagens e Despesas com Locomoção	24.738,66
Outras Despesas Correntes	31 - Premiações Culturais, Artísticas, Científicas, Desportivas e Outras	126.000,00

Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento – SIOP. Orçamento do Governo Federal Programa *Crack é possível Vencer* (BRASIL, 2015a).

O maior montante empenhado dos recursos do Fundo foi com o pagamento de serviços prestados por pessoas jurídicas. Investigando a natureza das despesas, todas as entidades que receberam recursos estão ligadas ao programa *Crack, é possível vencer*, com ações no enfrentamento ao crack.

Apesar de ocorrer investimentos nas ações ligadas ao programa, o fato da cobertura não ser integral em todos os municípios do País, ou pelo menos em um número mais expressivo de municípios, demonstra que os recursos investidos ainda são insuficientes.

Ainda, outro elemento que deduz ser longa a trajetória do programa até que atinja melhores índices na recuperação de usuários e dependentes refere-se à ausência de ações em esporte, lazer, cultura, emprego, carreira etc. A setorialidade do programa ainda é restrita à saúde, assistência social, segurança pública e educação.

Por todos os gargalos apresentados, percebe-se que ainda há um baixo investimento nas ações estatais na política de enfrentamento ao crack, tendo em vista que chegou ao Brasil no início da década de 90, contabilizando duas décadas de ações estatais precárias. Mesmo assim, não há resultados que reflitam a diminuição da droga no País, resultando, nesses últimos anos, contabilizados pelo Observatório de Drogas desde 2005, um registro significativo de aumento de usuários e dependentes (BRASIL, 2014a).

A verificação dos pontos de fragilidade do programa, obtidos por meio da análise documental em confronto à teoria de planejamento e execução das políticas públicas, permite apontar elementos para a rearticulação da política de enfrentamento ao crack no País.

#### **4 REARTICULAÇÃO DO PROGRAMA CRACK, É POSSIVEL VENCER SOB A PERSPECTIVA INTERSETORIAL DAS POLÍTICAS DE DROGAS**

Esta seção tem por escopo apresentar as conclusões alcançadas com o estudo desenvolvido na pesquisa, a partir das bases teórica e normativa que estruturam a política de crack no País e o confronto com o programa *Crack, é possível vencer*.

O Capítulo 3 dedicou-se a apresentar o programa, a maneira como está estruturado e os pontos de desarticulação da política, os quais foram divididos em nove itens e trabalhados detalhadamente.

A partir dessas constatações, foi possível alcançar duas conclusões: primeiro, que se trata de uma política intersetorial com maior abrangência do que a estabelecida no programa, que promova alternativas ao uso do crack, e com necessidade de maior abrangência na vida de usuários e dependentes.

A segunda conclusão refere-se aos pontos de desarticulação deduzidos pelo processo investigatório, referente à necessidade de diagnóstico prévio para identificação do público a ser atendido e dimensão das ações; cobertura dos municípios com população inferior a 200 mil habitantes; necessidade de participação da sociedade civil; baixo interesse dos gestores municipais em aderir ao programa; maior diálogo entre os três eixos estruturantes do programa: cuidado, autoridade e prevenção; implementação de ações das redes Sistema Único de Saúde – SUS e Sistema Único da Assistência Social – SUAS; monitoramento e avaliação do programa; e maior financiamento ao programa.

O planejamento de uma política de drogas deve partir dos mesmos pressupostos teóricos que fundamentam qualquer política pública: dos processos internos coordenados e respeitando o ciclo de elaboração da política.

Os componentes imprescindíveis na estrutura dos programas e que poderão auxiliar estudos futuros sobre o tema são tratados a seguir.

#### 4.1 CRACK COMO PROBLEMA INTERSETORIAL: NECESSIDADE DE REARTICULAÇÃO DOS SETORES E ENTES FEDERADOS ENVOLVIDOS NA POLÍTICA

O estudo do entorno do crack é importante para entender o papel da assistência social, da saúde, da educação, da segurança, da família, do esporte, da cultura, do lazer e de outros setores na redução de danos dos usuários e dependentes. As relações que envolvem a proposta de tratamento são complexas e exigem esforços do Estado, da sociedade e da família.

A problemática do consumo de crack deve ser tratada a partir da sua complexidade e gênese multifatorial, envolvendo aspectos *biológicos*, que levam em conta os seguintes aspectos dos dependentes: *físicos*; *socioculturais*, relacionados às expectativas e atividades sociais e culturais; *econômicos*, os quais dizem respeito às condições econômicas de vida e aquisição de bens de consumo; de desenvolvimento *psicológico*, aos processos mentais e formas de relacionar-se com outras pessoas; e, até mesmo, fatores *espirituais*, os quais agregam crença e comportamento adquiridos por meio de uma maior ou menor interação com a herança religiosa (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2013).

O apoio estabelecido pela assistência social aos usuários, familiares e todos os demais grupos de pessoas que convivem com os usuários, como escola, amigos, trabalho, vizinhos etc. é fundamental para o sucesso da política de drogas, em especial de enfrentamento ao crack. Esse enfrentamento, sem o apoio da família e do entorno social que o auxilie na redução dos danos causados pelo consumo da droga, resultará em um tratamento mais difícil.

A política instituída pelo governo federal com o programa *Crack, é possível vencer* foi estruturada em três eixos: cuidado, prevenção e autoridade. No eixo cuidado, insere-se a rede do Sistema Único de Saúde – SUS e a rede Sistema Único da Assistência Social – SUAS, como desdobramento da constatação de que o problema das drogas no País não decorre de uma única gênese, mas do conjunto de elementos que favorece sua instalação. Ainda, inserem-se os eixos prevenção, que atuam no ensino formal e comunidade em geral, e o eixo segurança pública, que enfrenta o tráfico e a violência gerada pelo comércio de drogas. A política avançou em oferecer uma política intersetorial, todavia ficou restrita aos setores já mencionados,



não avançando nos demais elementos que compõem o indivíduo, bem como não ofereceu suporte à família e ao entorno social.

A intersetorialidade da política pública de enfrentamento ao crack é ponto central na atuação dos agentes que operacionalizam o sistema, que não depende de um saber específico ou uma única frente de atuação, mas de um conjunto de ações.

Sobre a intersetorialidade, pode-se afirmar que consiste em

[...] processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo de atividade de seus parceiros. A intersetorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 119).

O aspecto da saúde é um importante elemento na política desenvolvida, pois possibilita o reerguimento físico e mental do usuário e dependente, merecendo destaque no planejamento, ao lado da assistência social, que possibilita a reinserção na família, trabalho e comunidade. As ações nos setores saúde e assistência social precisam vir acompanhadas de ações nas áreas de cultura, lazer, esportes, segurança pública, educação, direitos humanos etc. a fim de alcançar o objetivo de promoção humana e investir em cidadania, usuários e dependentes de drogas.

O sistema de saúde abrange a rede pública e a privada e atua no sentido de conhecer e estabelecer uma estrutura de atendimento, reconhecer as falhas, adotar as medidas bem sucedidas, compreender o financiamento das ações. Ainda, compete ao sistema a análise e a participação na construção dos marcos regulatórios para o setor público e o privado.

O direito à saúde no Brasil possui o status de direito fundamental, conforme descrito na Constituição da República Federativa de 1988, a qual dedicou um capítulo específico para a Seguridade Social e, dentro desse capítulo, uma seção específica à saúde. O direito à saúde é um dos alicerces da seguridade social, ao lado da assistência social e da seguridade social. Além da previsão normativa constitucional, há um conjunto de normas infraconstitucionais e atos administrativos que compõem a normatização do sistema de saúde, a fim de organizar o seu sistema, sendo relevante abordar o conceito de sistema de saúde.

Denomina-se sistema de saúde como “construções sociais que têm por objetivo garantir meios adequados para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, tais como o de adoecer e necessitar de assistência, para os quais, por meios próprios, não teriam condições de prover” (ELIAS, 2000, p. 8).

Outra definição de sistema de saúde traz que este se constitui em um conjunto de relações “políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços” (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 89). Essas organizações, regras e serviços objetivam alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade.

A base de construção do Sistema Único de Saúde se dá no âmbito do Estado, que organizará seus componentes e será responsável pela articulação e pelo direcionamento das ações. No Brasil, esse sistema foi erigido como direito fundamental a partir da Constituição de 1988, fruto do esforço feito pelas frentes que atuaram na Assembleia Constituinte de 1987 para efetivá-lo em termos constitucionais. O texto desenha os princípios e os vetores que dirigem toda a legislação infraconstitucional e atuação do governo na implementação do direito à saúde.

Os princípios organizativos do sistema são:

[...] a regionalização, a hierarquização (níveis de complexidade crescente em termos da tecnologia e das modalidades de assistência), a resolubilidade, a descentralização (redistribuição de responsabilidades nas diversas esferas de governo), levando ao fortalecimento da municipalização e à participação social, que significam a representação das pessoas no controle social e na formulação de políticas públicas por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, que constituem instâncias deliberativas e de pactuação social (BERMUDEZ et al., 2009, p. 115).

Para a Organização Mundial de Saúde – OMS, “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946, p. 1). A organização defende entre suas diretrizes o bem-estar dos povos, com “gozo do melhor estado de saúde”, atuando como órgão de suporte aos Estados Membros, que deverão agir com medidas sanitárias e sociais capazes de proporcionar saúde a todos, indistintamente.

Reforça-se que é na transição para o Estado Moderno que começa a se desenvolver o conceito de saúde pública, em que se deixa o âmbito privado, da solidariedade da vizinhança, para se tornar um assunto de Estado, sob a concepção liberal. “É apenas a partir da segunda metade do século XIX que a higiene se torna um saber social, que envolve toda a sociedade e faz da saúde pública uma prioridade pública”. Com o advento do Estado social, a saúde pública passa a ser compreendida como política de governo, e “o Estado do bem estar-social reforça a lógica econômica, especialmente em decorrência da evidente interdependência entre as condições de saúde e de trabalho” (DALLARI, 2005, p. 11).

Em relação à definição de saúde pública, esta “não se dá por meio de um conceito analítico, em razão de sua dimensão multifacetária, e sim a partir da delimitação do seu campo de atuação” (RIBEIRO, 2013, p. 39). Apresentam-se três requisitos indispensáveis para que um problema seja considerado de saúde pública:

- 1) representar causa frequente de morbidade e mortalidade; 2) existirem métodos eficientes para a sua prevenção e controle; 3) esses métodos não estarem sendo adequadamente empregados pela sociedade”. Acrescenta-se uma quarta condição: “ao ser objeto de campanha destinada a erradicá-lo, ocorrer sua persistência além do prazo previsto (FORATTINI, 1976, *apud* RIBEIRO, 2013, p. 39).

Há uma nova concepção de saúde pública, analisada a partir do fracasso de políticas estatais de prevenção “que não conseguiram superar os limites impostos pela exclusão social, seja pela constatação – agora científica – da importância de comportamentos individuais no estado de saúde”. Ainda, a “lógica neoliberal provocou uma diminuição no papel do Estado na sociedade, em favor dos grupos e associações e da própria responsabilidade individual” (DALLARI, 2005, p. 12). Exemplifica-se com os portadores do vírus HIV, em que a responsabilidade pela prevenção é tratada como responsabilidade individual, e o tratamento e cuidado é transferido aos grupos de apoio. Trata-se da ausência do Estado nas ações de prevenção e transferência aos indivíduos a responsabilidade de não contaminação.

A política de drogas também entrou nessa lógica de absentismo de ações estatais, tanto que a política nacional de drogas e o programa *Crack, é possível vencer* são ações recentes (a partir do ano de 2000), com o agravante da criminalização de usuários e dependentes, o que dificulta ainda mais as ações de enfrentamento, principalmente no campo da assistência à saúde. Os governos empenharam mais

esforços com a repressão criminal do que na construção de políticas de cuidados a usuários e dependentes.

Os sistemas de saúde englobam várias atividades conexas, que podem ser classificadas em dois grupos: o primeiro grupo é formado por estruturas assistenciais, constituídas pela rede de serviços de saúde – hospitais, ambulatórios, consultórios, laboratórios etc. e todo o recurso humano para execução dessas funções; o segundo possui suas atividades voltadas à existência e funcionamento do sistema de saúde, cumprindo as etapas de planejamento, informação, controle e avaliação do sistema (ELIAS, 2000).

Os relatórios anuais da ONU vêm apontando para o crescimento do uso de entorpecentes em todo o mundo, demandando o planejamento de ações de enfrentamento, tanto que

O Relatório Mundial de Drogas de 2007 demonstra que 200 milhões de pessoas, cerca de 5% entre 15 e 64 anos de idade, usam drogas ilícitas pelo menos uma vez por ano. Cerca de metade dos usuários consome drogas regularmente, isto é, pelo menos uma vez ao ano. A droga mais consumida no mundo é a cannabis e cerca de 162 milhões de pessoas no mundo a consumiu pelo menos uma vez em 2004, o que equivale a cerca de 4% da população entre 15 e 64 anos (WEIGERT, 2010, p. 37).

Ressalta-se a importância das políticas de saúde destinadas aos dependentes de droga, em razão da dimensão social do problema, pois “a atuação política no campo da saúde voltada para o toxicômano é essencial para o País, já que o abuso dessas substâncias psicoativas não acarreta somente problemas individuais, mas pode estar relacionado a disfunções no âmbito social” (SAPORI; MEDEIROS, 2010, p. 93).

A saúde pública, advinda do modelo de Estado Liberal, tinha caráter subsidiário, quando o apoio da família e dos vizinhos fosse ineficaz. Por outro lado, a saúde passa a constar nos textos constitucionais, mas sob uma perspectiva individualista, não um serviço efetivamente prestado pelo Estado. Com a implementação de novas tecnologias e pesquisas, a exemplo das vacinas, implementação de hábitos de higiene coletivos, principalmente nos centros urbanos, surge, a partir da segunda metade do século XIX, a saúde como um “saber social, que envolve toda a sociedade e faz da saúde pública uma prioridade política” (DALLARI, 2003, p. 42). As ações de saúde passam a ter os elementos cuidado e prevenção, e

o último busca evitar as doenças, por meio de orientação e implantação de ações de higiene e cuidado com o corpo e a mente.

A prevenção ao consumo de entorpecentes passa a ser vista como um dos elementos das políticas públicas de saúde, principalmente pela relação intrínseca que tem com a produção econômica, pois com níveis satisfatórios de saúde o trabalhador produz mais, otimizando sua capacidade produtiva. A prevenção, elemento central da saúde pública, no início do século XX, é hierarquizada em três níveis de ação estatal:

[...] a primária, que se preocupa com a eliminação das causas e condições de aparecimento das doenças, agindo sobre o ambiente (segurança nas estradas, saneamento básico, por exemplo) ou sobre o comportamento individual (exercício e dieta, por exemplo); a secundária ou prevenção específica, que busca impedir o aparecimento de doença determinada, por meio da vacinação, dos controles de saúde, da despistagem; e a terciária, que visa limitar a prevalência de incapacidades crônicas ou de recidivas (DALLARI, 2003, p. 42).

No final do século XX, frente ao fracasso das políticas públicas de saúde e sob a forte influência neoliberal, houve um reposicionamento da saúde pública, retornando para um viés mais individualista, em que o próprio doente, familiares, grupos, associações e sociedade passaram a desempenhar papel fundamental no combate às enfermidades. Pode-se observar que

A evolução da organização dos cuidados relativos à AIDS – na grande maioria dos Estados contemporâneos – é um exemplo eloquente dessa nova concepção. Com efeito, prevaleceu a ideia de que a proteção contra a doença é responsabilidade individual e que os grupos – de doentes ou de portadores do vírus ou de familiares ou amigos deles – devem organizar a prestação dos cuidados de saúde, ficando o Estado subsidiariamente responsável pelo controle da qualidade do sangue, fator importante na cadeia da causalidade, mas, certamente, não o único (DALLARI, 2003, p. 43).

Como consequência, o Estado passa a eleger suas prioridades, pautado na relação “custo-benefício econômico”, e a saúde pública não é mais prioridade na agenda política. A saúde pública passa a ter novo significado, presente nas legislações, mas sem efetividade garantida pelo Estado, prejudicada ainda pela diminuição das ações de prevenção (DALLARI, 2003, p. 43).

Alguns marcos simbolizam o início da saúde pública, a exemplo da criação da Organização Mundial de Saúde, em 1946, mesmo ano em que a Constituição do Brasil

conceitua que “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (DALLARI, 2003, p. 44). O conceito de saúde daquela época não foi aceito facilmente, pois

[...] corresponde à definição de felicidade, e tal estado de completo bem-estar é impossível de alcançar-se e, além disso, não é operacional. Vários pesquisadores procuraram, então, enunciar de modo diferente o conceito de saúde. Assim, apenas como exemplo, para Alessandro Seppilli saúde é “a condição harmoniosa de equilíbrio funcional, físico e psíquico do indivíduo integrado dinamicamente no seu ambiente natural e social”, para John Last saúde é um estado de equilíbrio entre o ser humano e seu ambiente, permitindo o completo funcionamento da pessoa, e para Claude Dejours, convencido de que não existe o estado de completo bem-estar, a saúde deve ser entendida como a busca constante de tal estado (DALLARI, 2003, p. 44).

A Constituição de 1988 promoveu novos contornos à saúde pública, principalmente pela universalidade e cobertura integral no atendimento. Evidencia-se que os serviços de saúde estão submetidos ao atendimento integral, “o atendimento integral refere-se ao próprio serviço (saúde), que, no caso, deve abranger todas as necessidades do ser humano relacionadas à saúde”. E a saúde “deve ser prestada de maneira completa, sem exclusões de doenças ou patologias, por dificuldades técnicas ou financeiras do Poder Público” (TAVARES, 2012, p. 855).

Os riscos à saúde dos usuários de crack são demonstrados nas pesquisas científicas realizadas na área da saúde, sendo relatado com muita frequência rápido poder de dependência, emagrecimento, insônia, overdose e alta fissura. Ainda, os estudos vêm evidenciando que os danos não se restringem à pessoa do usuário, mas a sua família e à comunidade em que vive, por isso, a necessidade de ser tratado como um problema de saúde pública e assistência social. Pesquisa desenvolvida no município de Vitória-ES com grupo de dependentes relata essa nocividade à saúde.

Em estudo de caso realizado no município de Vitória-ES, na área da saúde, o usuário sujeito da pesquisa destacou como debilidade física causada pelo consumo de crack a rápida dependência causada pelo consumo da droga, pois trinta dias após o início do consumo já usava a droga diariamente. “Já teve sintomas como diminuição de energia, tremores, perda de peso, tosse, problemas de sono/insônia e convulsões, entre outros” (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2013, p.125-139).

A pesquisa evidencia que o uso de crack causa o esfacelamento das relações sociais, desemprego, ausência de vínculos afetivos, endividamento e até mesmo prática de delitos para comprar pedras de crack. Aponta vários causadores de estresse no dependente que devem ser considerados na formatação do tratamento oferecido.

Relata-se que,

[...] a partir destas variáveis encontradas após aplicação dos instrumentos, foram selecionados diversos estressores intrapessoais (como uso de crack; ansiedade; baixa autoestima; isolamento social; impulsividade), estressores interpessoais (como ociosidade; uso de drogas pelos pais; enfrentamento familiar comprometido) e estressores extrapessoais (como falta de uma rede social de apoio; situação de rua) que afetam o sistema de equilíbrio do entrevistado (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2013, p.131).

As substâncias psicoativas “alteram o funcionamento cerebral, causando danos psicológicos e sociais”, comprometendo a socialização do usuário e exigindo intervenção conjunta com a família do paciente, vizinhos e colegas de trabalho (LARANJEIRA, 2010, p. 18). A ação é complexa e envolve um número grande de pessoas que precisam ser inseridas no contexto do tratamento do dependente, presente mais um elemento que configura ser problema não apenas de saúde, mas com implicações sociais diretas, que exigem cuidado simultâneo aos tratamentos de saúde.

A história do Brasil foi marcada por avanços na área de saúde pública, por meio do controle de epidemias, uso de vacinas, antibiótico, controle de pragas e melhoria do saneamento público, mas atualmente a ausência de continuidade nas ações públicas compromete a evolução do combate a doenças pelo poder público (CYNAMON, 1990).

Trata-se de uma necessidade social a implementação de uma política de cuidado aos dependentes de crack, que deve ser considerado problema de saúde pública e problema social, com a implementação de uma política que envolva o dependente e todo o grupo social que orbita em sua volta – família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho.

A exclusão social é um fenômeno intimamente ligado às drogas, e “a exclusão territorial e social observada em todo o mundo (imigrantes nos países ricos, concentração de renda nos pobres), tornou indivíduos, famílias e comunidades

particularmente vulneráveis, abrindo espaço para violência e o conflito”. A primeira resposta estatal se deu nas áreas da saúde, relacionadas ao consumo individual com ações sanitaristas, e com relação à segurança pública, com ações que investiram no aparato policial do Estado, com a “criação de instituições repressoras, tendo o direito penal como seu principal instrumento” (RIBEIRO; RIBEIRO, 2006, p. 479).

É necessária uma integração social, pois o fenômeno da violência contemporânea pode ser explicado pela

[...] exclusão territorial e social observada em todo o mundo (imigrantes nos países ricos, concentração de renda nos pobres), [o que] tornou indivíduos, famílias e comunidades particularmente vulneráveis, abrindo espaço para a violência e o conflito. Nesses locais não há oferta de emprego, tampouco opções de lazer. As pessoas desempregadas transformaram-se num formidável “plantel de reserva” sendo facilmente cooptadas pelo tráfico de drogas, o que realimenta o crime (RIBEIRO; RIBEIRO, 2006, p. 479).

A segregação das populações mais pobres os tornam ainda mais vulneráveis à violência gerada pelo tráfico de drogas, criando um ciclo vicioso de resposta estatal amparada na violência e justificada na estigmatização que a população faz dos usuários e dependentes de drogas. O problema se agrava quando se trata de usuário de crack, que é considerado pela maioria da sociedade como um grande problema, pois

Ele possui o estigma incorporado: é visto como uma pessoa suja, pobre, marginal e noiada (referência a paranoia, quadro psíquico classificado pela psiquiatria) alguns consideram que para a sociedade se ver livre dos problemas trazidos pelo uso do crack – cracolândias, violência nas ruas, mortes de jovens – o melhor seria trancafiar nas prisões usuários dessa substância (FANTAUZZI; AARÃO, 2010, p. 81-82).

A marginalização da população pobre, tanto territorial como de acesso aos serviços públicos, é elemento que contribui diretamente para o aumento do consumo de drogas no País. É necessário que a política conjugue elementos ligados à saúde, à assistência social, à educação, à segurança pública, ao emprego, à cultura, ao esporte, ao lazer, à mobilização urbana entre outros elementos constitutivos de cidadania na política de drogas, para que ela surta os efeitos necessários.



As medidas de saúde são urgentes, pois garantem a vida. Mas sozinhas não são aptas a promover o tratamento de usuários e dependentes de drogas. Assim, para que a política de drogas alcance sucesso, é necessária a conjugação de elementos que incorporam valores comunitários e ações estatais.

Outro ponto importante a ser considerado refere-se à continuidade das políticas implementadas, de forma que se estenda no tempo enquanto política de Estado. Essa política deve ser subsidiada por uma base jurídica que não dê margem de escolha ao Agente Político quanto a sua implementação ou não. Daí a necessidade de observação de alguns vetores que proporcionem estabilidade.

#### 4.2 AMPLIAÇÃO DA COBERTURA DO PROGRAMA: ASPECTO TERRITORIAL E AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS

A cobertura abrange pessoas e serviços. “A cobertura a cidadãos diz respeito à garantia de acesso da população e aos serviços de saúde” (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 103). Com relação à cobertura aos dependentes de crack, esbarra-se em uma questão que merece atenção: a criminalização do usuário. Há uma dificuldade em alcançar o maior número possível de usuários para receberem atenção do estado quanto à gestão das drogas e conseqüente redução de danos.

A criminalização do usuário é uma característica da política proibicionista, que impõe uma barreira entre as ações estatais e da sociedade civil e os usuários, pois se assumir enquanto usuário implica assumir uma prática criminosa. Esse aspecto é prejudicial ao atendimento aos usuários, todavia não retira o caráter universal da cobertura.

Quanto ao sistema de saúde, podem-se enumerar como seus principais componentes a cobertura (quem é coberto, por quem e para quem), o financiamento, a força de trabalho, a rede de serviços, os insumos, a tecnologia e o conhecimento (recursos materiais e humanos disponíveis para o funcionamento), as organizações (as agências públicas e privadas responsáveis pelas funções do sistema) e a regulamentação (regras de funcionamento e responsabilidades) (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 102). A relação com o sistema de serviços de saúde que gera atenção aos dependentes de crack, mais específico que o estudo de todo o sistema de saúde, segue a mesma dinâmica de elementos.

De acordo com a legislação brasileira em vigor, Lei n. 11.343/2006, o usuário incide em crime, mesmo que a pena seja admoestação verbal, multa ou prestação de serviço à comunidade, pois forma-se um processo e, ao final, perde a primariedade, pois a lei apenas eliminou a previsão legal de encarceramento do usuário. A questão está sendo discutida no Supremo Tribunal Federal, mas até a data de fechamento desta pesquisa ainda não tinha sido julgada.

A ilegalidade do uso de drogas encoberta o seu número real, pois quem se declara usuário de drogas incorre em crime, logo, prefere a clandestinidade. Assim, não se sabe ao certo o verdadeiro número de usuários de crack no país, ficando deficitária a oferta de acompanhamento e tratamento dessas pessoas, bem como o planejamento de políticas públicas.

A pesquisa mais recente e de maior abrangência foi realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, publicada em 2014. Essa pesquisa entrevistou as cenas públicas de consumo de crack, não alcançando outros tipos de usuários, a exemplo dos que consomem a droga em lugares restritos, como residências, por exemplo. A pesquisa denomina esse público como o tipo que faz a gestão do uso da droga com apoio da família (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ, 2014).

A cobertura somente será integral, de fato, quando o uso e o porte de droga não for mais crime, e os dependentes puderem, sem medo do aparato policial e judicial, revelar-se e, assim, possibilitar ao Estado planejar e ofertar ações de redução de danos.

Quanto ao alcance, a política deve ser planejada com a cobertura universal e gratuita, garantindo a toda população o acesso aos serviços de acompanhamento e tratamento ao vício do crack. Com relação ao atendimento e especificidade dos serviços prestados, esses deverão respeitar os diferentes perfis de usuários, com oferta de acompanhamento específico a fim de atender os diferentes grupos. Exemplo dessa segmentação é particularizar o atendimento ao adolescente, à mulher e aos moradores de rua. Cada grupo deverá ter planejada uma inserção e acompanhamento distintos, com técnicas de abordagem e oferta de serviços próprios.

A Constituição Federal adotou o modelo de Estado Social, prestador de serviços sociais com meios garantidores do desenvolvimento social. A política de drogas, em especial a voltada para o crack, precisa da composição dos elementos saúde, educação, moradia, assistência social, trabalho, segurança e erradicação da pobreza, a fim de atingir os escopos constitucionais.

O modelo de igualdade social e defesa da dignidade da pessoa humana estampado na Constituição Federal facilita a composição da rede universal de cobertura. Todavia a legislação que criminaliza o uso e o porte de drogas representa um obstáculo ao acesso à rede.

O fortalecimento das ações desempenhadas pela estrutura já existente na área da saúde e da assistência social amplia o alcance das ações voltadas aos dependentes de crack e, ao mesmo tempo, consolida a rede de atendimento preexistente. Em síntese, as ações para enfrentamento ao crack podem ser desenvolvidas utilizando-se a rede de saúde e de assistência social já existente, que é de cobertura universal, pois além de se garantir essa amplitude na cobertura, garante-se a continuidade das ações, que estarão inseridas dentro de uma política de Estado já consolidada.

O primeiro aspecto quanto à cobertura refere-se à interiorização do programa *Crack, é possível vencer*, a fim de abarcar as cidades com população inferior a 200 mil habitantes. O programa apresentou como elemento de fragilidade do programa o seu alcance, contemplando apenas as capitais e municípios com mais de 200 mil habitantes.

Outro aspecto da cobertura refere-se à ampliação dos setores atendidos pelo programa, que deverá prever as diferentes formas de abordagem e de oferta de serviços. Com relação à abordagem, é necessário que seja utilizada uma abordagem para cada público alvo, respeitando suas peculiaridades. Assim, deve haver uma inserção diferenciada para mulheres (FURTADO; ALIANE; ESPER; SOUZA, 2013), adolescentes (SOUZA; AMATO; SARTES, 2013) e família e sociedade (SILVEIRA; SILVA, 2013). Esses são exemplos de grupos que no conteúdo da ação precisam de direcionamento especial de ações.

No que se refere à mulher usuária de álcool e drogas, os autores descrevem a dificuldade em levantar dados sobre o consumo, uma vez que ocorre no ambiente doméstico e as mulheres, em razão do forte preconceito e por questões morais, preferem omitir essas informações quando entrevistadas por profissionais da saúde. Com relação a essa abordagem, os autores da pesquisa chamam a atenção para que seja feita por mulheres, a fim de torná-la mais acolhedora e a mulher se sentir mais à vontade para falar. Os autores relacionaram como fatores que podem facilitar o consumo de álcool e drogas “consumo problemático de álcool pelo parceiro (marido,

namorado), história prévia de depressão, abuso físico e/ou sexual e estresse” (FURTADO; ALIANE; ESPER; SOUZA, 2013, p. 168).

Os maiores obstáculos para inserção desse público em programas de recuperação referem-se às condições psicossociais das mulheres “dependem financeiramente de outros, vergonha diante da sociedade e da família, culpa, medo de perder a guarda dos filhos, falta de apoio do companheiro e presença de comorbidades psiquiátricas” (FURTADO; ALIANE; ESPER; SOUZA, 2013, p. 168).

Com relação à abordagem da política para com os adolescentes, esta deverá levar em consideração as peculiaridades enfrentadas nessa fase da vida. Um importante aspecto é levar em consideração a linguagem, a relação com os pais, escola e amigos. É necessário trabalhar nesse grupo específico as recaídas, retorno ao consumo de drogas e as habilidades sociais, uma vez que “são fundamentais para a estruturação de vínculos estáveis e seguros e são o repertório de que a pessoa dispõe para lidar com as demandas das situações interpessoais” (SOUZA; AMATO; SARTES, 2013, p. 200).

A cobertura universal deve prever, dentro do seu contexto de universalidade, atenção especial para os grupos que possuem peculiaridades próprias. A família e o entorno social do usuário e dependente de crack se constituem em importantes sujeitos da política de drogas.

A família do século XXI possui contornos diferenciados do modelo familiar dos séculos anteriores: “diminuição do número de filhos, o trabalho feminino fora de casa – com isso as crianças passaram a ficar mais tempo nas escolas –; o planejamento familiar passou a ser consensual entre os cônjuges, com o advento da pílula anticoncepcional”. A família passou a ter uma nova dinâmica, influenciada por aspectos interiores (intrafamiliar) e aspectos externos (interfamiliar), que se relacionam intimamente com o comportamento, inclusive com relação ao consumo e/ou abuso de drogas (SILVEIRA; SILVA, 2013, p. 210).

Alguns elementos devem ser levados em consideração para a criação de um ambiente familiar favorável a comportamentos saudáveis: valorização das relações e dos princípios básicos de uma comunicação clara e autêntica; e coerência entre os limites e regras com as atitudes e palavras. Ainda, os profissionais que atuarem no núcleo familiar deverão cercar-se de cuidados na abordagem, “evitando visões deterministas, moralistas e/ou culpabilizadoras” (SILVEIRA; SILVA, 2013, p. 2018). As

ações direcionadas à família e entorno social dos usuários e dependentes devem priorizar:

- Oferecer acolhimento e orientação;
- Conhecer a cultura familiar, sua linguagem, crenças e normas;
- Fazer diagnóstico diferencial para propor à família o plano de tratamento;
- Estabelecer junto com a família um plano de tratamento após o diagnóstico diferencial;
- Detectar e orientar a família em relação às suas próprias competências;
- Orientar e motivar a família a participar do processo de tratamento;
- Evitar julgamentos e preconceitos (SILVEIRA; SILVA, 2013, p. 2018).

Outro elemento que merece atenção quanto à cobertura refere-se à ampliação dos serviços ofertados, envolvendo mais setores do que os quatro previstos no programa – saúde, assistência social, segurança pública e educação. É necessário que se tenha a oferta de opções aos usuários, para que paulatinamente substitua o consumo do crack por outras opções de prazer.

A política deve promover ações conjuntas, no sentido de integrar tratamento e prevenção, com ações coordenadas entre as diferentes áreas. O “tratamento da dependência química deve ser considerado como um conjunto de técnicas e intervenções desenvolvidas com o intuito de favorecer a redução ou a abstinência do consumo de substâncias psicoativas” (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010, p. 24).

O tratamento deve se dar na forma de várias ações, fornecendo opções aos usuários no tratamento. Ainda, deve oferecer suporte à família e entorno social, de maneira que o plano de ação de tratamento deixe claras as etapas a serem alcançadas, incluindo o acompanhamento pós-tratamento. Cada usuário e depende atendido pelo programa deve ter construído um plano de ação, a fim de possibilitar o acompanhamento do tratamento. Trata-se da individualização do tratamento, que deverá agregar todos os setores envolvidos.

A definição das ações que comporão o programa de drogas e dos profissionais que desempenharão cada papel deve ser estabelecida na lei que define o programa e especificada em suas minúcias nos regulamentos. Assim, além da definição dos papéis, é possível ter segurança jurídica que todas as ações serão contempladas, fugindo do jogo de *empurra-empurra* feito pelos entes federados quando as ações são de competência comum, como as estabelecidas no artigo 23 da Constituição Federal.

A descrição dos agentes envolvidos dependerá das ações intersetoriais determinadas pelo programa. No caso do enfrentamento ao crack, são necessárias ações multidisciplinares, que abarquem o máximo de possibilidades aos usuários e dependentes, para que optem por outras atividades em vez do consumo da droga.

A oferta de serviços poderá ser segmentada a depender do grupo no qual se quer atingir, como, por exemplo, políticas específicas para moradores de rua, mulheres, adolescentes, pessoas negras e pardas, pessoas sem estrutura familiar etc.

Os principais serviços ofertados no programa são nas áreas da saúde e assistência social, incluídos os usuários, os dependentes e familiares que convivem com os beneficiários do programa. Deverão ser oferecidos serviços específicos para moradores de rua, pois demandam ações diferenciadas dos usuários e dependentes que possuem uma estrutura familiar que lhes dê apoio. Também os serviços devem ser específicos para as mulheres, principalmente pelo fato de gerarem filhos e serem, via de regra, as únicas responsáveis pela prole. Aqui são necessárias ações de amparo material e empoderamento feminino, com apoio em saúde, moradia, inserção no mercado de trabalho, creche e apoio psicológico.

Ainda, deverão ser oferecidos serviços e atividades que atendam às demandas da juventude, com espaços para cultura, lazer, esportes e convívio social; às demandas do homem adulto, negro ou pardo, de baixa escolaridade e desempregado que, de acordo com a pesquisa da FIOCRUZ, consiste no maior número de usuários e dependentes de crack encontrados nas cenas públicas de uso.

A rede de atendimento deverá contemplar ações específicas de amparo à família e à comunidade que envolve os usuários e dependentes, que deverão ser tratados em conjunto. Uma das falas do programa *Crack, é possível vencer* foi o não estabelecimento de ações específicas que atendam à família, que fortaleça os laços familiares e comunitários.

Os serviços poderão ser classificados de acordo com a prioridade, a depender da localidade em que serão desenvolvidos e o público que será atendido. Aqui, cita-se mais um ponto que fortalece a necessidade de planejamento com os setores envolvidos na política, as organizações da sociedade civil e o diagnóstico do perfil dos beneficiários dos programas.

Em linhas gerais, apresentam-se como ações prioritárias:

- a) Alta Prioridade: retirada das ruas, reestabelecimento da saúde e auxílio controle na administração da droga;

- b) Média Prioridade: atendimento ambulatorial (médico e psicológico), reestabelecimento dos laços familiares e ações de assistência social aptas a proporem alternativas de prazer, que substituam o uso da droga, como cultura, esporte e lazer;
- c) Baixa Prioridade: reinserção educacional e profissional e campanhas preventivas.

Cada setor chamado a construir o programa indicará os profissionais e os serviços a serem efetivados dentro da sua área de atuação. São atividades cumulativas desenvolvidas pelo Estado.

Por fim, o que se propõe no componente cobertura do programa é a readequação espacial, com a interiorização do programa, ampliação da oferta de serviços e o estabelecimento de diferentes formas de abordagem, levando-se em consideração os grupos a serem atingidos, bem como a ampliação dos serviços ofertados, de maneira a ampliar os setores.

#### 4.3 FINANCIAMENTO DA POLÍTICA PÚBLICA DE DROGAS: IMPRESCINDIBILIDADE DO FINANCIAMENTO PÚBLICO E COPARTICIPAÇÃO DA INICIATIVA PRIVADA

O elemento financiamento é elemento imprescindível no planejamento de uma política pública. Utilizando o sistema de saúde como analogia, pode-se afirmar que “o financiamento dos sistemas depende de pactos sociais de mais longo prazo e envolve decisões de toda sociedade”. Já no caso de alocação de recursos, “é uma função interna dos sistemas, bem mais dinâmica, que depende mais das decisões tomadas pelos atores e organizações ligados a ele” (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 104). Para que se alcance um plano de ações na área das drogas, é necessário que se construa uma política que, entre outros elementos, deve prever na fase de planejamento a alocação de recursos financeiros hábeis a custear as ações.

A elaboração de um plano é resultado do planejamento dessa ação, uma vez que o Estado é o principal formulador de políticas públicas e, assim, da consequente concretização dos direitos sociais, que demandam ações por parte do Estado.

O planejamento corresponde ao processo, que terá como resultado o plano, “expressão da política geral do Estado. É mais do que um programa, é um ato de direção política, pois determina a vontade estatal por meio de um conjunto de medidas coordenadas, não podendo limitar-se à mera enumeração de reivindicações” (BERCOVICI, 2006, p. 145).

Deve-se levar em consideração que “o planejamento é uma ação intimamente ligada à ideologia constitucional, uma vez que as escolhas são guiadas por valores políticos e ideológicos, consagrados, no caso brasileiro, no texto constitucional” (BERCOVICI, 2006, p. 146). Por meio do planejamento, é possível realizar a conexão entre as estruturas política e econômica, e se há vocação para transformação social – desenvolvimento –, o planejamento se proporá a construí-la. Por outro lado, se existe a intenção de manter a situação política e social como está, ela também será direcionada para esse fim, da manutenção do *status quo*.

O planejamento voltado para o desenvolvimento social exige reformulação das estruturas administrativas do Estado, formação de um arcabouço institucional apto a promovê-lo. O processo administrativo e seus contextos institucionais são importante processo envolvido no plano microinstitucional para construção das políticas públicas (BUCCI, 2013).

Dentro do planejamento de uma política pública, é fundamental a perspectiva de financiamento das ações, a amarração entre o estabelecimento de uma ação e sua perspectiva econômica que, no caso brasileiro, ocorre por meio da inserção nas leis orçamentárias.

O planejamento das ações, materializado por meio de normas jurídica, deve estar contemplado na legislação orçamentária, sob pena de não passar de uma promessa de governo. É importante para que se supere a ideia de política de governo, para política de estado, a construção de uma base jurídica forte o suficiente para lhe conferir perenidade temporal e efetividade.

Alerta-se para a dificuldade em vincular o Poder Público ao planejamento por ele realizado, razão pela qual devem estar explicitados nas leis orçamentárias. Todavia, “o planejamento não pode ser reduzido ao orçamento” (BERCOVICI, 2006, p.157). A vinculação do plano ao orçamento é uma forma de garantia mínima de concretização das ações. Todavia as diretrizes, as metas e os objetivos devem ser tratados em perspectiva própria, levando-se em consideração as demandas, os atores envolvidos, os setores que atuam na prestação de serviços. Por isso, a questão



orçamentária é importante no planejamento de uma política, contudo outros processos também estão envolvidos (BUCCI, 2013).

O financiamento público – União, Estados, DF e Municípios – é a primeira medida de desenvolvimento das ações de política de drogas, cuja fonte primária é a arrecadação de tributos.

A distribuição desses recursos dependerá da força da decisão política que induz a política de drogas. Quanto maior a pressão dos atores sociais envolvidos, maiores serão os recursos empenhados na política.

As principais formas de remuneração dos serviços do sistema de saúde, que em parte podem ser repetidos em uma política específica de enfrentamento ao crack, constituem-se em:

1. orçamento: os prestadores de serviços recebem um montante para administrar gastos e executar as atividades. Ex.: hospitais públicos;
2. pagamentos prospectivos: na saúde, são pagamentos realizados segundo o tipo de diagnóstico e tratamento oferecido. O SUS adota para pagamento das internações hospitalares em hospitais públicos e privados;
3. *per capita*: pagamento feito por pessoa que utilizou o serviço. No Brasil, o SUS utiliza esse critério para a transferência de recursos para atenção básica nos Municípios;
4. unidades de serviço: a remuneração é feita pelo tipo de serviço prestado. É muito oneroso e abre margem para a fraude, pois é difícil realizar um controle efetivo em quem declara a prestação de serviços;
5. salários: para os profissionais que integram a rede de atendimento (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 110-111).

O financiamento das ações primeiramente será público, a fim de que alcance a cobertura universal. Contudo também poderá ser feito pela iniciativa privada, por meio do investimento em programas que possibilitem algum tipo de benefício fiscal, por exemplo, diminuição da carga tributária para empresas que investem em ações e programas de enfrentamento às drogas, como também por entidades que explorem a atividade de forma lucrativa, como clínicas de tratamento e recuperação de usuários e dependentes. Atente-se que é uma política que pode ter a iniciativa privada como coparticipada, mas não totalmente delegada ao setor privado.

Exemplos de ações da iniciativa privada na área de recuperação de usuários e dependentes de drogas referem-se às comunidades terapêuticas. Geralmente são entidades filantrópicas, que desenvolvem ações de recuperação e apoio aos usuários e dependentes de drogas, sem fins lucrativos, mas que recolhem contrapartida pecuniária dos beneficiários como forma de manutenção dos seus serviços. Exemplo são as comunidades terapêuticas da Igreja Católica Fazenda da Esperança.

No tocante à exploração da atividade pelo setor privado, é necessário tê-la bem definida, objetivamente, e as diretrizes devem balizar suas ações, como forma de evitar abusos e arbitrariedades, principalmente no tocante às clínicas e comunidades terapêuticas.

Ao Estado cabe o planejamento das ações em um plano macro, definindo as diretrizes, órgãos, normas e programas que comporão o sistema de drogas. Além da definição do programa, é necessária a alocação de recursos públicos que consigam efetivar as propostas.

No caso do programa *Crack, é possível vencer*, a definição orçamentária não consta no decreto que institui o programa, ficando a cargo do Poder Executivo propor a rubrica orçamentária, e ao Poder Legislativo aprová-la.

Ainda, o programa estabelece que os municípios e estados farão a adesão ao programa com contrapartida de recursos financeiros, de material e humano, sem estabelecer padrões de mínimos a serem exigidos de cada ente para adesão ao programa. Essa exigência obrigaria os entes a aumentar a contrapartida de recursos, mas, por outro lado, poderia ser uma cláusula de barreira ao ingresso no programa.

Atualmente as políticas de drogas perpassam tanto pelo Sistema Único de Saúde – SUS como pelo Sistema de Assistência Social – SUAS, unificados no programa específico de enfrentamento ao crack sob o eixo cuidado. A saúde concentrou a maior parte dos recursos financeiros do programa por desenvolver ações de cuidado com o bem-estar e recuperação da saúde dos dependentes e usuários. O Governo Federal empregou a maior parte dos recursos investidos em programas da Rede do SUS do Ministério da Saúde, R\$ 3.179 (bilhões). O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome recebeu apenas R\$ 54 (milhões) para empreender as ações de assistência social aos usuários e dependentes de crack.

Tabela 16 – Orçamento do Governo Federal Programa *Crack é possível Vencer*  
Valores em R\$ milhões Execução Orçamentária até 31 de dezembro de 2014

Ministério	2012	2013	2014				Total pago
	Pago	Pago	Orçamento	Contratado (empenhado)	Pago	RAP - Pago	
Total	970	1.225	1.777	1.534	1.272	208	3.675
Ministério da Saúde	899	1.059	1.274	1.212	1.184	37	3.179
Ministério da Justiça	40	126	481	300	70	171	407
Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome	15	21	22	22	18	0	54
Ministério da Educação	16	19	-	-	-	-	35

Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento – SIOP. Orçamento do Governo Federal Programa *Crack é possível Vencer* (BRASIL, 2015a).

Todos os eixos do programa foram contemplados com recursos, e a saúde concentrou a maior parte deles. Contudo o fato de concentrar a maior fatia dos recursos não demonstra ser esse vetor prioridade, pois as ações de assistência social, prevenção e autoridade também demandam investimentos e representam direitos fundamentais, inexistindo hierarquia. Com relação à assistência social, a recente pesquisa da FIOCRUZ concluiu que o consumo do crack possui relação direta com a precariedade social vivenciada pelas populações de baixa renda, tratando-se de um problema social. As ações de saúde, assistência social, prevenção e segurança pública devem estar interligadas e serem desenvolvidas dentro de um plano estratégico comum.

Como o desenho da arrecadação tributária da federação brasileira confere à União a maior possibilidade de arrecadação<sup>16</sup>, cabe a ela despender maior quantidade de recursos para a execução das ações, resultando no maior financiamento às ações. O Governo Federal tem papel fundamental no planejamento e indução dos demais entes em aderirem às ações governamentais, que, no caso das drogas, refletem em promoção e proteção aos direitos humanos.

Toda política necessita de organização e entidades ou instituições responsáveis por suas ações. No caso da política de crack, o papel da entidade ou instituição responsável pela sua organização é fundamental, uma vez que demanda uma maior articulação entre os Ministérios do Governo Federal, agentes governamentais estaduais, distritais e municipais, bem como entidades não-

<sup>16</sup> Ver artigos 153 e 154 da CRFB, que tratam dos impostos da União.

governamentais. Trata-se da observância do traçado estabelecido na Constituição Federal acerca dos direitos sociais e materializado por meio de ações. Em relação às políticas públicas, no contexto constitucional,

A elaboração dessas políticas deve estar em consonância com os ditames da Constituição e dos demais instrumentos normativos do ordenamento jurídico, bem como deve sempre ter como finalidade o interesse público e a promoção e proteção de direitos, em especial aqueles reconhecidos como direitos humanos (AITH, 2006, p. 219).

A gestão implica organizar toda rede de atendimentos, planejar as políticas, executar e avaliar cada etapa percorrida. Dentro do modelo federativo de cooperação, a articulação entre os gestores dos diferentes entes federados é fundamental para o sucesso da ação.

A informação sobre o objeto a ser estruturado em uma política pública é imprescindível. Com relação aos usuários e dependentes de crack, essas informações são frágeis, pois se trata de um público que não se apresenta, dada a criminalização da conduta usar e portar drogas. O mapeamento mais completo que se tem sobre o assunto é o realizado pela Fundação Oswaldo Cruz – Pesquisa Nacional sobre uso de crack, publicada em 2014, e responsável pelo maior mapeamento já feito no Brasil.

Os agentes governamentais tem importante papel na tomada de decisão e esforço despendido para efetivar a política, analisadas a partir das estratégias adotadas para consolidação da política.

Assim, pelo que foi pesquisado, para a implementação de uma política de amplitude nacional, recomenda-se que o planejamento da política pública seja feito de maneira interligada com o planejamento orçamentário, a fim de dar continuidade à política. Ainda, a política deverá abarcar todos os municípios da federação, e não apenas os municípios com população acima de 200 mil habitantes, como propõe o programa *Crack, é possível vencer*.

#### 4.4 PARTICIPAÇÃO POPULAR: SOCIEDADE CIVIL E CONSELHOS DE DROGAS

O elemento ação, proposto pelas Professoras Maria Paula Dallari (2006) e Clarice Seixas Duarte (2013) para elaboração das políticas públicas, surge sempre que o Estado é chamado a agir dentro do seu contexto de atribuições voltadas a

reduzir as desigualdades sociais e a promover a justiça social. Essa é a principal característica dos Estados que adotaram no seu plano constitucional o modelo de Estado Social.

A concepção democrática da construção dessa oferta de serviços é intrínseca ao espírito participativo que inspirou a elaboração do texto constitucional e promoveu reformas na legislação brasileira. Se a base normativa e a direção política da República foram construídas sob os fundamentos democráticos, com a construção das políticas públicas não pode ser diferente. É justamente essa participação popular que possui o condão de tornar mais democráticas as ações do Estado, além de promover o diálogo entre os setores que planejarão e executarão as ações e a sociedade que participará e será beneficiada.

A conscientização da importância da participação social com voz e politizada sobre temas de interesse coletivo configura-se como

[...] uma estratégia exitosa no que se refere à democratização das ações e políticas públicas, na emergência de movimentos sociais ocupados com a luta de minorias políticas, no fortalecimento de uma cultura cívica entre sociedades marcadas por práticas autoritárias e, conseqüentemente, antidemocráticas. Pensar e discutir sobre a participação social não se trata de um horizonte a ser alcançado, como algo que está por vir e/ou se almeja realizar. Antes, trata-se de uma discussão contemporânea, presente na vida pulsante de várias sociedades ao redor do mundo, com características próprias e, portanto, com desafios e potencialidades históricas e socialmente determinadas (PAIVA; MOURA; TORRES, 2013, p. 357).

Dentro do contexto democrático, e seguindo um raciocínio lógico, quanto maior a participação popular nas ações governamentais, mais intensa será a exigência pela realização dos direitos sociais e, por consequência, maior será a demanda por políticas públicas de cunho social. A partir da década de 70, é possível ver, dentro de um cenário político que ainda era autoritário, mas em processo de migração para a democracia, a intensificação da participação da sociedade civil nos assuntos de interesse coletivo, como se pode observar na Tabela 17.

Tabela 17 – Desenvolvimento histórico dos mecanismos de participação social no Brasil

<b>Momento histórico</b>	<b>Estágio</b>	<b>Principais acontecimentos</b>
Décadas de 70 e meados dos anos 80	1º proliferação de novas associações voluntárias	Aumento do número de associações voluntárias em

		defesa de direitos (saúde, meio ambiente e direitos humanos.)  Fortalecimento inicial dos atores sociais para o processo de negociação e argumentação dentro do contexto político.
Primeira metade da década de 80	2º introdução de novas práticas	Surgimento da concepção "direito a ter direitos". Gênese de formas alternativas de relação entre Estado e sociedade civil na discussão dos interesses coletivos.
Segunda metade dos anos 80	3º desenvolvimento de novas instituições de políticas públicas	Legalização e institucionalização da participação cidadã na gestão pública. Vinculação dos atores sociais com os representantes políticos.

Fonte: Paiva, Moura e Torres (2013, p. 359), adaptado de Wampler e Avritzer (2004).

O contexto brasileiro pós golpe militar de 1964 não favoreceu o desenvolvimento de arenas de participação popular no contexto político, ao contrário, viveu-se no Brasil anos de censura e ausência de direitos políticos. As instituições, políticos, artistas, estudantes e sociedade em geral foram calados. A mudança no cenário é percebida timidamente na década de 70, crescendo na década de 80, período que contou com importantes movimentos sociais, como as *Diretas já* e a formação da Assembleia Constituinte em 1987. No entanto essas mudanças

[...] na forma de gestão e controle das políticas públicas no período militar não contemplavam qualquer estratégia de participação popular. Todos os mecanismos de controle público foram eliminados e, tampouco, o Congresso Nacional participava das discussões sobre as definições das políticas sociais (ROCHA, 2008, p. 134).

O texto constitucional reflete esse período de redemocratização do País, materializando instrumentos que garantissem as liberdades públicas, os remédios constitucionais – Habeas Corpus, Habeas Data, Mandado de Segurança, Mandado de Injunção e Ação Popular –, bem como prevendo instrumentos de participação direta da população no sistema democrático, com o plebiscito, referendo e iniciativa popular.

Foi percebida a intensificação da participação popular nesse novo cenário político democrático, incentivando a criação de novas arenas de discussão política, a

exemplo de partidos, sindicatos, Conselhos (saúde, educação, assistência social, drogas etc.), associações entre outros.

Nesse contexto, insere-se a relevância dos Conselhos de Drogas, em todas as instâncias – municipais, estaduais e nacional –, como local para debate e deliberação acerca de planejamento, execução, fiscalização das políticas, proporcionando o direcionamento das políticas feitas pelo Estado e maior proximidade com as demandas locais.

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, “legalmente se legitimou a necessidade de instauração destes elementos democráticos na gestão das políticas públicas, o que contribuiu para um reordenamento das políticas sociais no Brasil” (PAIVA; MOURA; TORRES, 2013, p. 366). Essas políticas foram fundamentadas nos princípios da descentralização, municipalização e participação da sociedade civil em todo o processo.

Era necessário criar espaços para participação da sociedade civil organizada, a fim de que participasse do processo de decisão, operacionalização e fiscalização da execução das políticas, o que ocorreu com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

A Constituição de 1988 estabelece em vários dispositivos a participação popular na gestão pública: art. 37, § 3º - “a lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente: [...] (Redação dada pela Emenda Constitucional n. 19, de 1998)”. No art. 194, inciso VII, ao tratar dos princípios da Seguridade Social (caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (Redação dada pela Emenda Constitucional n. 20, de 1998)). No art. 198. (as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: III - participação da comunidade). Ao tratar das diretrizes da assistência social, dispõe no art. 204. (as ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes: II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis). Foram trazidos alguns exemplos que estampam a feição democrática do texto constitucional, que conta ainda com a previsão de participação

direta nos atos públicos, por meio do plebiscito, referendo e ação popular, bem como a possibilidade de iniciativa popular de lei.

O Conselho Nacional Antidrogas – CONAD foi criado pelo Decreto n. 5.912/2006, modificado pelo Decreto n. 7.426/2011 para funcionar como órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema, vinculado ao Ministério da Justiça. O decreto prevê que o Conselho será presidido pelo Ministro da Justiça, que terá entre suas funções: articular e coordenar as atividades de repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas; propor a atualização da política nacional sobre drogas na esfera de sua competência; instituir e gerenciar o sistema nacional de dados estatísticos de repressão ao tráfico ilícito de drogas; manter a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas informada acerca dos dados relativos a bens móveis e imóveis, valores apreendidos e direitos constrictos em decorrência dos crimes capitulados na Lei n. 11.343, de 2006, visando à implementação do disposto nos artigos 60 a 64 da citada Lei; articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; propor a atualização da política nacional sobre drogas na esfera de sua competência; gerir o FUNAD e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas.

A composição do CONAD, nos termos do Decreto 5.912/2006, prevê assento para 15 (quinze) representantes do Poder Público e 13 (treze) para representantes da sociedade civil, observadas as disposições listadas na Tabela 18.

**Tabela 18 – Membros do Conselho Antidrogas**

<b>Poder Público</b>	<b>Sociedade Civil</b>
O Ministro de Estado da Justiça	Um jurista, de comprovada experiência em assuntos de drogas, indicado pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB-Federal.
O Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas	Um médico, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.
Um representante da área técnica SENAD	Um psicólogo, de comprovada experiência voltada para a questão de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP.
Um Representante Secretaria Especial dos Direitos Humanos	Um assistente social, de comprovada experiência voltada para a questão de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS.
Um Representante Ministério da Educação	Um enfermeiro, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN.
Um Representante Ministério da Defesa	Um educador, com comprovada experiência na prevenção do uso de drogas na escola, indicado pelo Conselho Federal de Educação – CFE.



Um representante Ministério das Relações Exteriores	Um cientista, com comprovada produção científica na área de drogas, indicado pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC.
Um representante Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	Um estudante indicado pela União Nacional dos Estudantes – UNE.
Dois Representantes Ministério da Saúde	Um de imprensa, de projeção nacional, indicado pelo Presidente do CONAD.
Dois Representantes Ministério da Justiça	Um antropólogo, de projeção nacional, indicado pelo Presidente do CONAD.
Dois Representantes Ministério da Fazenda	Um artista, de projeção nacional, indicado pelo Presidente do CONAD.
Um representante dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes ou Antidrogas	

Fonte: BRASIL, 2006.

A formação paritária é o instrumento que garante igualdade de condições para a deliberação das matérias no âmbito dos Conselhos. No caso do CONAD, não há essa paridade, ficando o Poder Público com dois representantes a mais e, por conseguinte, dois votos a mais.

O Política Nacional Antidrogas – PNAD, instituída pelo Decreto n. 4.345/2002, determina que o Sistema Nacional Antidrogas – SISNAD seja implementado por meio dos Conselhos em todos os níveis de governo, com caráter deliberativo, articulador, normativo e consultivo, assegurada a composição paritária entre sociedade civil e governo (BRASIL, 2002).

A participação social, seja por meio dos conselhos, arena institucionalizada para consultas e deliberações, ou por meio das entidades da sociedade civil organizada, por si só não é apta a garantir o controle social das políticas públicas. A aproximação dessas entidades e Conselhos com o poder público possibilita a acostamento dos cidadãos com as informações e discussões sobre os temas de interesses, o que seria difícil obter individualmente, mas não necessariamente se torna um meio de influência direta das decisões governamentais.

Para que haja controle, é necessário um protagonismo ativo, capaz de gerar mobilização da sociedade em torno das discussões promovidas, paridade dos membros em termos de igualdade de condições (e não apenas a paridade numérica), promoção das discussões, frequência das reuniões, comprometimento dos envolvidos e liberdade com relação ao poder econômico. Trata-se de um rol exemplificativo de qualidades dos membros e ações dos conselhos para que realmente tenha repercussão nas demandas sociais.

A influência dos conselhos se dá em todos os elementos do ciclo das políticas públicas, mas em especial no primeiro ciclo, a ação, o qual impulsionará o Estado a agir, gerando uma demanda apta a promover ação governamental.

A participação dos conselhos de drogas na formulação das políticas públicas de drogas ainda é baixa, e a própria Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD orienta alguns procedimentos para indução da criação dos Conselhos nos Municípios.

A primeira etapa consiste em mobilização e sensibilização para motivar a criação dos conselhos, por meio da identificação das lideranças comunitárias, representantes de instituições, universidades etc. Após, deve-se construir um projeto de lei a ser apresentado às Câmaras Municipais, para que, por meio dos representantes constituídos – Vereadores – ou por meio de iniciativa popular, se transforme em Lei. Posteriormente, deve ser criado o Regimento Interno, com a definição da estrutura e funcionamento do conselho (BRASIL, 2014a).

Acrescenta-se a necessidade de realização de reuniões periódicas, preferencialmente mensais, organização de eventos e agenda de atividades que incluam fiscalização dos programas desenvolvidos no âmbito da municipalidade e das instituições que atuam como comunidades terapêuticas.

Outro elemento a ser considerado na participação popular nas políticas de drogas são associações, universidades, igrejas e quaisquer outras entidades que desempenhem apoio aos usuários, dependentes, familiares e entorno social. É necessário que haja o mínimo de alinhamento entre a forma que essas entidades desempenham suas funções e a política nacional de drogas, a fim de se evitar distorções na implementação da política, como o uso de violência, internações compulsórias em entidades oficiais ou clandestinas que usam de maus tratos e encarceramento.

O fortalecimento da rede social é elemento do ciclo de formação das políticas públicas e não tem recebido o valor que precisa na implementação das ações governamentais de enfrentamento às drogas. Como exemplo, o programa estudado nesta pesquisa, que não prevê assento para sociedade civil ou Conselho de Drogas no Comitê Gestor e no Comitê Executivo, sendo esse modelo repetido nos Estados e Municípios.

As propostas apresentadas para rearticulação da política de drogas no Brasil não esgota o tema, servindo de mais um instrumento para construção de uma política

coerente com o modelo de Estado brasileiro, dimensões territoriais e diversidade cultural. Em resumo, a proposta de uma política intersetorial não é nova, tanto que o programa em apreço tratou de quatro importantes setores – saúde, educação, assistência social e segurança pública –, primeiro passo para avançar em outros setores. Ainda, foi proposto um maior entrelaçamento entre a política e seu financiamento, elemento imprescindível para sua concretude, bem como uma ampliação da participação popular e dos conselhos de drogas na sua formulação e planejamento.

## CONCLUSÃO

A Constituição Federal de 1988 trouxe um importante rol de direitos sociais a serem implementados pelo Estado, com o objetivo de promover o desenvolvimento social. Entre essas obrigações estabelecidas ao Estado situam-se as políticas de drogas, uma vez que é desdobramento do princípio da dignidade da pessoa humana, com objetivo de investir usuários e dependentes em cidadania, promovendo tratamento de saúde e amparo para desenvolver as demais atividades da vida.

O Estado e a sociedade possuem papel fundamental nas ações de enfrentamento às drogas, por meio da implementação dos direitos fundamentais sociais, uma vez que o texto constitucional deixa clara a preocupação com a dignidade da pessoa humana, aspecto intrínseco das políticas públicas que promovem o dependente de drogas.

As sociedades contemporâneas, século XXI, apresentam-se bem mais complexas do que as formas sociais anteriores, as quais eram marcadas pela coesão social e simplicidade das relações. Essas mudanças refletiram diretamente na organização e na ampliação das funções estatais, nos costumes sociais e institucionais, na política, na economia e, principalmente, nos avanços científicos e tecnológicos, inserindo a população em um contexto cibernético e interligada pela rede mundial de computadores. Se por um lado avançou-se aceleradamente em tecnologia e produção de riquezas, o desenvolvimento social igualitário, com distribuição de renda e desconcentração da riqueza, não alcançou o mesmo sucesso, demonstrando a necessidade de avançar nas áreas sociais. A política de drogas é um investimento social.

O constituinte acertou em estabelecer um rol de direitos sociais que exigem do Estado prestações positivas, pois é esse comando que confere prioridade e supremacia nas demandas relacionadas a direitos humanos, incluindo as questões relacionadas à drogadição. O estabelecimento de um rol de direitos sociais atende aos objetivos do Estado, estampados na Constituição Federal, com a construção de uma sociedade livre, justa e solidária (art. 3º, I), qual seja o de erradicar a pobreza e marginalização, e reduzir as desigualdades sociais e regionais (art. 3º, III), os artigos 6º a 11, que tratam na essência os direitos de terceira dimensão (sociais) e todos os demais que cuidam da ordem social.

Se por um lado o texto constitucional elenca um rol exemplificativo de direitos sociais que ainda poderão ser estabelecidos em outros documentos normativos, esse alargamento de serviços sociais sobrecarregou o Estado financeiramente. Isso tudo, associado à gestão pública deficiente e à corrupção, culmina na paralisia estatal ante o cumprimento das demandas sociais.

O cenário mundial mudou com a ascensão de países antes considerados periféricos para a condição de países em desenvolvimento – BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul – os quais passaram a exercer influência no cenário econômico mundial e, por consequência, estimulam o desenvolvimento interno e a reestruturação política. Assim, “a ascensão de um Estado emergente ao patamar de Estado desenvolvido, vivendo plenamente a democracia, reclama uma cultura política e social fortemente entrelaçada com práticas jurídicas efetivas e progressivamente institucionalizadas” (BUCCI, 2013, p. 28-29).

O primeiro passo às economias emergentes é estabelecer aparato institucional democrático capaz de vencer as práticas autoritárias de governo e fortalecer a participação social no contexto político.

É necessário que se tenha cuidado no planejamento das ações, a fim de evitar antigas práticas higienistas no lugar de ações concretas de redução de danos e gestão da droga. As políticas higienistas afastam temporariamente ou retiram os usuários das cenas públicas de uso, as crackolândias, sem oferecer, eficientemente, aporte para tratamento que reduza o impacto nocivo das drogas na saúde e proporcione meios de reinserção familiar e social.

Em análise ao programa *Crack, é possível vencer*, aponta-se que as ações adotadas pelo Governo assemelham-se às práticas antigas de segregação dos pobres doentes, com práticas manicomiais que representam um retrocesso à luta contra internações involuntárias. Ainda, há “conflitos no âmbito acadêmico e governamental sobre a melhor estratégia de atenção aos usuários abusivos de crack, sendo a perspectiva de redução de danos mais frágil do que as medidas tradicionais da psiquiatria e do direito clássico”. As medidas adotadas no Rio de Janeiro e São Paulo constituem-se em ações de controle dos usuários por intermédio das polícias: o primeiro estado ao registrar 900 moradores de rua; e o segundo ao defender a política de internação não voluntária a menores de ruas em situação de dependência (AGUIAR; TEIXEIRA, 2011, p. 7).

A retirada das ruas desacompanhada de ações que possibilitem a oferta de alternativas no modo de vida, apenas para *limpar o cenário urbano*, reflete uma política higienista, que tem por foco a desarticulação das cracolândias, dispersão dos usuários para outros pontos da cidade, sem oferecer-lhes suporte necessário para diminuição do uso e melhora das condições de saúde e sociais.

Essas ações reforçam a necessidade de planejamento e coordenação na tomada de decisões, de maneira que, ao desarticular um centro de consumo e venda de crack, se ofertem possibilidades aos usuários e dependentes, incluindo os elementos moradia, tratamento de saúde, alimentação, inserção profissional, apoio familiar entre outros. Novamente aponta-se para a intersectorialidade das ações que envolvem a política de drogas.

Esta pesquisa é fruto de uma reflexão sobre a necessidade de se estudar com maior profundidade as políticas públicas de drogas, em especial a política de crack estabelecida pelo Governo Federal, buscando identificar seus pontos de desarticulação e, assim, propor novos arranjos no planejamento das ações de enfrentamento ao crack.

Inicialmente foi necessário compreender os modelos de enfrentamento às drogas e qual o posicionamento do País nesse cenário. Estudaram-se os modelos proibicionistas, abolicionistas e de redução de danos. A partir desse estudo, constatou-se que a política adotada no Brasil, desde as primeiras leis editadas, é marcada pelo modelo estabelecido pelos Estados Unidos da América de *guerra às drogas*, claramente proibicionistas.

Esse modelo implica adotar posicionamentos já ultrapassados, de acordo com os estudos desenvolvidos nas áreas da saúde e da assistência social, por apresentar características que não reduzem o mercado consumidor, não impactam na violência gerada pelo tráfico de drogas, tampouco colaboram para a promoção social. Trata-se de uma linha ideológica que concebe a política a partir do absenteísmo total do consumo de drogas e punição a traficantes e usuários.

A política atual, a partir da edição da Lei n. 11.343/2006 e Decreto n. 7.179/2010, ainda contém a presença do modelo proibicionista de enfrentamento às drogas, com a punição criminal aos usuários e baixa perspectiva de redução de danos. Mesmo com a adoção desse modelo, timidamente a lei traz contornos que visam à implantação de um sistema preocupado com o usuário e dependente de drogas, bem como dá indícios da aplicação de medidas de redução de danos e gestão da droga.

Trata-se de um avanço acanhado, mas que começa a revelar uma mudança de comportamento do Estado para com a drogadição.

O aspecto positivo da normativa que forma o sistema de enfrentamento às drogas no País são os avanços no sentido de perceber a intersectorialidade das ações desenvolvidas, abrangendo as áreas de saúde, educação, assistência social e segurança pública, e que sejam efetivadas complementarmente entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A fim de se entender como se dará, dentro de um plano ideal (e real), o desenho da política de crack, estudou-se o programa *Crack, é possível vencer* em todos os seus processos internos de realização, com escopo de identificar os pontos frágeis da política e, a partir dessas constatações, sugerir intervenções que otimizem as ações governamentais.

A concepção contemporânea de sociedade marcada pelo individualismo não favorece a implementação de políticas públicas de enfrentamento às drogas, cabendo ao Estado ser o grande promotor dessas ações. Para isso, exige-se planejamento de uma política que contemple em seus eixos os ciclos apontados pela teoria jurídica das políticas públicas, organizando as fases planejamento, coordenação, processos e programas. Maria Paula Dallari Bucci (2013) visualiza três planos determinantes para a formulação das políticas públicas: o plano macroinstitucional, cujo conteúdo importa na forma e no sistema de governo adotados pelo Estado como determinantes para as políticas; o plano microinstitucional, que detalha a ação governamental e os processos envolvidos na criação da política; e, por fim, o plano mesoinstitucional, que contempla arranjos, modelos, base jurídica, articulação entre os atores responsáveis e os recursos necessários para sua execução.

Dentro do arranjo institucional do poder, as funções estão divididas entre Legislativo, Executivo e Judiciário, sendo o ponto de partida da construção de políticas públicas a formação de demandas, as quais, se revestidas de força dos agentes e grupos interessados, são convertidas em dever legal de implementação, com a participação dos três poderes na sua efetivação.

A Constituição estabelece o procedimento de criação de normas no Direito Brasileiro, as quais perpassam todos os poderes, tanto nas funções típicas, quanto nas atípicas. Ao Legislativo coube a tarefa de criar a lei e demais documentos normativos, enquanto atividade típica e correspondente do exercício da democracia, tornando lei a demanda surgida. Ao Poder Executivo, a edição de atos

regulamentares, o planejamento e execução das ações de conteúdo governamental, a fim de implementar a política. Ao Poder Judiciário compete, constitucionalmente, no exercício da função típica, a suspensão dos efeitos das leis e atos normativos eivados de vício de constitucionalidade, quando a lei ou ato normativo contraria a finalidade constitucional, bem como atuar, dentro dos limites estabelecidos pela Constituição e demais normas, o controle jurisdicional das políticas públicas.

Verifica-se em todo o processo de construção das políticas públicas a participação dos três poderes, cada um realizando suas funções típicas e atípicas, do planejamento até a execução. Ainda, dentro da perspectiva governamental, tem-se o papel dos órgãos de fiscalização das ações, em especial Ministério Público e Tribunais de Contas, cada um dentro das suas atribuições contribuem para o monitoramento das ações.

A fiscalização também é atribuição de toda a sociedade que, por meio dos Conselhos de Drogas e associações interessadas, desempenha importante papel na fiscalização dos serviços prestados, sejam eles executados diretamente pelo poder públicos, ou quando delegados à iniciativa privada.

Seguindo essa linha de redução de danos, têm-se questões relevantes a serem trabalhadas. A legislação que trata da política de drogas no País precisa ser revista com certa urgência, ampliando as intervenções de redução de danos e gestão e reduzindo a criminalização de usuários e dependentes, a ponto de deixar de constituir crime e ser uma questão que importa à saúde pública, à assistência social, à educação e a outros setores envolvidos.

A descriminalização das drogas, o controle gradual feito pelo Estado aos usuários, acompanhados de uma forte política de redução de danos, envolvendo estratégias amadurecidas de controle na saúde, prevenção, educação e segurança pública são elementos indispensáveis ao sucesso da política de drogas.

Com relação à descriminalização das drogas, o assunto é polêmico e exige amadurecimento do Estado e da sociedade no trato dessa possível realidade. A apresentação de um novo projeto de lei que preveja a sua descriminalização e investimento em uma política de drogas exigiria do Estado maior empenho e investimento de recursos financeiros nas ações de redução de danos, com a valorização dos sistemas de saúde, assistência social, educação, cultura, esporte, lazer, família, empoderamento feminino, atenção aos adolescentes etc., setores que, por todo o pesquisado, avançaram timidamente. Ademais, corre-se o risco da



apresentação de uma reestruturação da atual política de drogas ter o efeito inverso no Congresso Nacional, que atualmente apresenta-se mais conservador e com a presença de bancadas religiosas, e cristalizar uma política ainda mais proibicionista e punitiva a usuários e dependentes<sup>17</sup>.

A pesquisa da FIOCRUZ abarcou apenas as cenas públicas de uso, não alcançando dados mais precisos acerca dos usuários em locais privados, os quais geralmente possuem melhor renda e alguma estrutura familiar.

Constatou-se, entre todo o aporte de informações colhidas, que a maioria dos usuários são adultos, com predominância do sexo masculino (80%), e não brancos. Com relação à condição de moradia, nas capitais pesquisadas, 47% dos entrevistados estavam em condição de moradores de rua, e esse percentual cai para 20% nos demais municípios. Outra importante constatação para demonstrar a extensão do problema é o tempo médio de uso do crack e outras drogas similares, cerca de oito anos nas capitais e cinco anos nas demais cidades. Esse tempo, de acordo com a pesquisa publicada, “contradiz as notícias comumente veiculadas de que os usuários de crack/similares teriam sobrevida necessariamente inferior a três anos de consumo” (FIOCRUZ, 2014, p. 6-17).

A pesquisa foi fundamental para mapear o perfil dos usuários e dependentes de crack e, assim, subsidiar informações indispensáveis ao planejamento das ações. O diagnóstico do público que será atendido pela política interfere diretamente desde o planejamento até a execução. É necessário que se compreenda quem será o sujeito das ações, suas características individuais e enquanto comunidade, a fim de que se planejem desde a abordagem, a inserção nos programas que atendam melhor o seu perfil, até o acompanhamento posterior.

A política de drogas possui peculiaridades muito específicas, tanto quanto ao sujeito que receberá a atenção do Estado, quanto ao seu entorno familiar e social. Trata-se de um conjunto de ações que precisa ser desenvolvido coordenadamente, uma vez que envolve vários setores que atuam com o sujeito, a família e o entorno social. O diagnóstico é uma importante ferramenta.

---

<sup>17</sup> A atual composição do Congresso Nacional, 2015/2019, tem apenas 10% de mulheres, ou seja, em sua maioria, comporta homens, e na última legislatura a bancada evangélica teve um crescimento de 30% de deputados e senadores. Entre os projetos de lei da *frente Parlamentar Evangélica* tem a *cura gay*, o estatuto da família, que reconhece como entidade familiar apenas a formada por casais heterossexuais e a redução da maioridade penal. Os projetos utilizam passagens bíblicas como justificativa, em pleno Estado laico. Para ver mais acessar [www.noticias.uol.com.br](http://www.noticias.uol.com.br). Para consultar os dados acerca da composição das bancadas: [www.congressonacional.leg.br](http://www.congressonacional.leg.br).

O mapeamento trouxe algumas informações que merecem destaque. A primeira que a política deve ser feita com olhar para inclusão de homens não brancos, com predominância para negros e pardos. A política deve dialogar com a Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, ligada ao Ministério das Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos. Novamente vê-se o reforço da intersectorialidade das ações quando o assunto é política de drogas, pois a secretaria possui expertise para traçar ações e metas a serem alcançadas para esse público específico.

Outro elemento que merece reforço na política de crack refere-se à moradia, pois 47% dos entrevistados estão em situação de rua. A ampliação de casas abrigos e as ações de reinserção familiar são importantes aspectos a serem trabalhados na política, uma vez que moradia e alimentação são pilares fundamentais que conferem a qualquer ser humano cidadania. A política precisa ter ações voltadas especificamente para resolver essa demanda.

A vontade de aderir voluntariamente ao tratamento para ver-se livre das drogas, inclusive do crack, foi outro número apontado pela pesquisa e que chamou a atenção, pois 77,23% dos entrevistados manifestaram-se no sentido de quererem receber algum tipo de tratamento de saúde e apoio assistencial. Aqui, percebe-se uma porta aberta para as ações do Estado que, se forem estruturadas de modo a promover a abordagem correta com os usuários e dependentes e inserção nas ações compatíveis, podem reduzir o número de usuário de crack e outras drogas. Comprovou-se que a demanda por ações é urgente e factível por parte do Estado.

O número apontado acima também reflete na questão da internação não voluntária que, apesar de não constar na legislação de atenção às drogas, é aplicada pelo Poder Judiciário, utilizando-a por analogia à legislação para pessoas com transtornos mentais. A intenção em aderir aos tratamentos de saúde pode refletir, se trabalhada dentro da melhor abordagem, na desnecessidade de internar-se à força, uma vez que já existe a intenção em tratar-se.

O problema central da pesquisa circundou em torno da investigação dos pontos de desarticulação do programa *Crack, é possível vencer*, e a partir da compreensão de sua estrutura e mapeamento das falhas, propor intervenções que otimizem a política de enfrentamento ao crack.

A partir da pesquisa do referencial teórico acerca das políticas públicas e estudo da estrutura do Programa *Crack, é possível vencer*, foram detectadas as seguintes falhas:

- a) necessidade de diagnóstico prévio para identificação do público a ser atendido e dimensão das ações;
- b) o programa contemplou apenas municípios com mais de 200 mil habitantes;
- c) o programa não foi construído com a participação da sociedade civil;
- d) falta de interesse dos gestores municipais em aderir ao programa;
- e) dificuldade de entendimento entre os três eixos estruturantes do programa: cuidado, autoridade e prevenção;
- f) precariedade das redes Sistema Único de Saúde – SUS e Sistema Único da Assistência Social – SUAS;
- g) necessidade de ampliação dos setores que compõem o programa;
- h) monitoramento e avaliação do programa;
- i) investimentos financeiros insuficientes no programa.

O programa foi construído sem que se realizasse um diagnóstico prévio do público a ser atendido e da estrutura que as ações demandam, o que resultou em um programa fragilizado nos seguintes aspectos: as formas de abordagem não estão definidas, não há um escalonamento de serviços prioritários, o decreto não deixa claro quais são as metas a serem atingidas; não há no decreto de criação do programa seu tempo de duração, o que põe em dúvida a sua permanência no tempo.

Com relação à abrangência, no aspecto territorial e intersetorial, o programa não foi planejado para municípios com população inferior a 200 mil habitantes, restringindo seus serviços aos grandes centros. Percebe-se a interiorização das drogas nos municípios pequenos e nas zonas rurais, e esses municípios, via de regra, não possuem estrutura financeira e recursos humanos e materiais para implementar ações por conta própria, ficando desassistidos. Criaram-se com isso duas escalas de cidadãos: os que recebem apoio estatal para enfrentar a drogadição e os que são esquecidos pelo Poder Públicos. Criou-se uma desigualdade entre iguais, acentuando a situação de vulnerabilidade de usuários e dependentes residentes em pequenas localidades.

A construção do programa não contou com a participação popular no planejamento, na execução e na fiscalização. Não há registro de audiências públicas ou planos apresentado pelos Conselhos de Drogas – federal, estaduais e municipais – a fim de subsidiar os elementos constitutivos da política de acordo com as demandas e realidades locais. A participação popular é elemento importante quando se trata das ações governamentais construídas em um Estado Democrático, pois a participação popular é elemento de cidadania. Ademais, trata-se de uma política intersetorial, na qual a participação dos setores envolvidos possibilitam maior técnica e especificação das ações governamentais.

O ingresso dos Estados e Municípios no programa ocorre por meio do processo de indução do governo federal que, gestor do programa, realiza atividade de convencimento das autoridades políticas. Questões partidárias e de interesse em ações de drogas acabam por influir no ingresso dos entes ao programa, reforçando a necessidade do fortalecimento dos Conselhos de Drogas e organizações da sociedade civil, como elemento de pressão para a adesão. Um instrumento de superação dessa barreira – a adesão ao programa – pode ocorrer por meio da ampliação das ações de esclarecimento e formação acerca da importância de se enfrentar o crack com ações coordenadas entre os entes federados e diferentes setores envolvidos, sendo importante mecanismo de desenvolvimento social.

O programa *Crack, é possível vencer* é realizado de maneira interdisciplinar, com ações nas áreas de saúde, assistência social, segurança pública e educação. A pesquisa revelou a necessidade de ampliação dos setores envolvidos, de modo que ofereçam opções aos usuários no sentido de preferirem outra atividade, bem ou prazer em substituição ao consumo do crack.

O referencial teórico estudado na pesquisa aponta que a oferta de alternativas de prazer é fundamental no tratamento de usuários e dependentes de crack. A política deve oferecer alternativas que substituam a fissura pela droga, como perspectiva de carreira profissional, atividades terapêuticas, culturais, esportivas etc. O leque de opções deve ser amplo, de maneira que envolva os usuários e dependentes em outras atividades a ponto de perderem o interesse pelo consumo da droga.

A solução não é simples, pelo contrário, é complexa e demanda o envolvimento de vários setores, o que exige uma articulação dos agentes políticos responsáveis pelo planejamento da política. A articulação entre os setores foi uma fragilidade encontrada na pesquisa, pois além das diferenças ideológicas, a

segurança pública tende a ser mais proibicionista e enfrentar o problema com aparato policial, a assistência social possui uma visão mais humanitária, a saúde está mais voltada para as questões do bem estar físico etc. O que aparentemente pode parecer um obstáculo no planejamento da política, na realidade, reforça a importância dos diferentes olhares sobre a mesma questão, exigindo maior esforço na construção das ações, estabelecimentos das metas e execução dos programas.

A intersetorialidade do programa exigiu que as redes do Sistema Único de Saúde – SUS e Sistema Único da Assistência Social – SUAS ampliassem suas ações, sobrecarregando setores que já estavam trabalhando nos seus limites. A precariedade dos serviços de saúde é fato notório, documentado diariamente na mídia, assim como a insuficiência das ações na assistência social. O programa *Crack, é possível vencer* não criou nova estrutura para atender suas demandas, destinando recursos para que essas redes implementassem as ações. Os recursos destinados ao programa, como apresentado na pesquisa, são pequenos frente à dimensão do problema, exigindo maiores investimentos nas pastas.

A questão do financiamento do programa foi outro ponto de desarticulação encontrado na pesquisa. O planejamento de uma política deve vir acompanhado do planejamento financeiro, indicando as fontes de recursos que subsidiarão as ações governamentais.

O programa *Crack, é possível vencer* possui rubrica na lei orçamentária federal, com contingenciamento dos recursos pelo Governo Federal nos anos de 2012 a 2015, inclusive especificando para qual pasta foi destinado cada quantitativo. Ocorre que os quantitativos designados são parcos frente a toda a demanda que o programa exige, inclusive na perspectiva de alcançar os municípios com menos de 200 mil habitantes e ampliação da oferta de serviços.

Por fim, o último ponto a ser apresentado refere-se à necessidade de monitoramento e avaliação das ações realizadas. O Governo Federal não apresentou os instrumentos de avaliação do programa, elemento essencial em uma política pública, pois permite avaliar as ações desenvolvidas e (re)planejar, quando necessário, as novas etapas. A avaliação fornece elementos objetivos para medir o sucesso, dificuldades e fracasso das ações, sempre utilizando as metas estabelecidas como parâmetro de comparação.

A pesquisa constatou que o programa *Crack, é possível vencer* apresenta fragilidades estruturais, o que compromete o seu sucesso, consistindo em pontos de

desarticulação que, uma vez identificados e replanejados pelos órgãos responsáveis pela elaboração da política, possibilitam a construção de uma política eficiente e com possibilidade de fornecer bons resultados.

A pesquisa cumpriu seu objetivo, de fornecer arcabouço teórico e crítico para a formulação de uma política pública voltada para o enfrentamento ao crack, a partir do estudo do programa construído pelo Governo Federal, *Crack, é possível vencer*, identificando os pontos que o fragilizam e propondo intervenções que possibilitam melhoria nas ações.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Andréa Lucia Vasconcellos de; TEIXEIRA, Isabela Bentes Abreu. **Programa de enfrentamento ao crack no brasil: plano (para)nóia?**. Disponível em: <<http://www.lev.ufc.br/iiiseminario/wp-content/uploads/2013/06/programa-de-enfrentamento-ao-crack-no-brasil-plano-paran%c3%93ia.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2014.

AITH, Fernando. Políticas Públicas de Estado e de Governo: instrumentos de consolidação do Estado Democrático de Direito e de promoção e proteção dos direitos humanos. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (ORG). **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006

ALBUQUERQUE, Bernardo Starling. Idade doida da pedra: Configurações históricas e antropológicas do crack na contemporaneidade. In: SAPORI, Luis Flávio; MEDEIROS, Regina (Orgs.). **Crack: um desafio social**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2010.

ANDRADE, Elizabeth Nogueira de; ANDRADE Edson de Oliveira. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**, vol. 18, n. 1. 2010. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/536/522](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/536/522)>. Acesso em: 24 mar. 2014.

APPIO, Eduardo. **Controle Judicial das Políticas Públicas no Brasil**. 1 ed. Curitiba: Juruá, 2012.

ARAÚJO, Luiz Alberto David; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Curso de Direito Constitucional**. 16. ed. atual. São Paulo: Verbatim, 2012.

ÁVILA, Humberto. **Segurança Jurídica: entre permanência, mudança e realização do direito tributário**. 2. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2012.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a constituição do novo modelo**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

BARROSO, Luís Roberto. **Temas de Direito Constitucional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?**. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BERCOVICI, Gilberto. Estado Intervencionista e Constituição Social no Brasil: O Silêncio Ensurdecedor de um diálogo entre ausentes. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel; BINENBOJM, Gustavo (Org.). **Vinte Anos da Constituição Federal de 1988**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

\_\_\_\_\_. Planejamento e políticas públicas: por uma nova compreensão do papel do Estado. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (ORG). **Políticas Públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

BERMÚDEZ, Ximena Pamela Diaz; MERCHAN-HAMANN, Edgar; PEREIRA, Márcio Florentino; NOGUEIRA, Roberto Passos; PIOLA, Sérgio; CARVALHO, Déa. O Sistema Único de Saúde, uma retrospectiva e principais desafios. In: COSTA, Alexandre Bernardino; SOUSA JÚNIOR, José Geraldo de; OLIVEIRA, Mariana Siqueira de Carvalho; DALLARI, Sueli Gandolfi (Orgs.). **O Direito achado na rua**: Introdução Crítica ao Direito à Saúde. Brasília: Universidade de Brasília, 2009.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

\_\_\_\_\_. **Estado, Governo, sociedade**: para uma teoria geral da política. Tradução Marco Aurélio Nogueira. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 25. ed. atual. São Paulo: Malheiros, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf)>. Acesso em: 24 maio 2014.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 5 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 154 de 26 de Junho de 1991**. Promulga a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D0154.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0154.htm)>. Acesso em: 3 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 179 de 24 de julho de 1991**. Promulga o Acordo de Cooperação Mútua para a Redução da Demanda, Prevenção do Uso Indevido e Combate à Produção e ao Tráfico Ilícito de Drogas, entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo dos Estados Unidos da América. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D0179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0179.htm)>. Acesso em: 2 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 4.345 de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm)>. Acesso em: 22 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 5.144 de 16 de junho de 2004**. Regulamenta os §§ 1º, 2º e 3º do art. 303 da Lei nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986, que dispõe sobre o Código Brasileiro de Aeronáutica, no que concerne às aeronaves hostis ou suspeitas de tráfico de substâncias entorpecentes e drogas afins. Disponível em:



<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5144.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5144.htm)>. Acesso em: 2 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 5.912, de 27 de setembro de 2006.** Regulamenta a Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm)>. Acesso em: 22 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o programa Crack é possível vencer. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm) . Acesso em: 22 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 7.426 de 7 de janeiro de 2011.** Dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7426.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7426.htm)>. Acesso em: 2 fev. 2015

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 7.637, de 8 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm)>. Acesso em: 2 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Diário Oficial da União. **Seção 3. N. 188, quinta feira, 30 de setembro de 2010.** Disponível em: <[http://www.prosaude.org/noticias/petsaudeFormacaoSaudeMental/EditalConjunto27\\_17-09-2010\\_PET-SaudeMental.pdf](http://www.prosaude.org/noticias/petsaudeFormacaoSaudeMental/EditalConjunto27_17-09-2010_PET-SaudeMental.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 10 maio 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 27 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10.409 de 11 de janeiro de 2002.** Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10409.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10409.htm)>. Acesso em: 28 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10.708 de 31 de julho de 2003.** Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm)>. Acesso em: 28 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>. Acesso em: 23 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 7.560 de 19 de dezembro de 1986.** Cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso, dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7560.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7560.htm)>. Acesso em: 30 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm)>. Acesso em: 3 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **OBID** – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. 2014a. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 8 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Observatório do crack. **Balanco do programa.** 2015f. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/balanco-programa.html>>. Acesso: 25 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Políticas sobre drogas.** Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?ViewID=%7BDAC53E8B-B4CF-4ACD-9956-7AD1193B9385%7D&params=itemID=%7B68CF7C37-CA76-4DC4-B8C5-35599E3283C4%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>>. Acesso em 20 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2014. Disponível em:

<<http://portal.mj.gov.br/senad/data/Pages/MJD0D73EAFPTBRNN.htm>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Básico da Gestão 2011-2014**. 2015c. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/publicacoes/relatorio-executivo-da-gestao-2011-2014>>. Acesso em: 10 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução – RDC n. 29 de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html)>. Acesso em: 31 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4). Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos\\_vol4.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf)>. Acesso em: 8 de jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate À Fome. **Censo SUAS 2014: Análise dos componentes sistêmicos da política nacional de assistência Social**. Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2015d.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Indicadores de Desenvolvimento Econômico – IDB 2001-2012**. 2014b. Disponível em: <[http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/indicadores\\_de\\_desenvolvimento.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/indicadores_de_desenvolvimento.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Observatório Crack, é possível vencer. **Centros Regionais de Referência**. 2015a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/prevencao/centros-regionais-referencia.html>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Orçamento do Governo Federal. **Programa de Enfrentamento ao Crack – Crack, é possível vencer**. 2013. Disponível em: <<http://www.casacivil.gov.br/central-de-conteudos/noticias/2013/08/tabela-orcamentaria.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Orçamento Federal. Secretaria de Orçamento Federal – SOF. **Execução Orçamentária dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União – Órgão/Unidade Orçamentária/GND**. 2015e. Disponível em: <[https://orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/execucao-orcamentaria-1/publico\\_cgcon\\_execucao\\_orgao\\_uo\\_gnd171115.pdf](https://orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/execucao-orcamentaria-1/publico_cgcon_execucao_orgao_uo_gnd171115.pdf)>. Acesso em 01 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portal da Transparência**. Governo Federal. Controladoria Geral da União. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria Ministério da Saúde n. 121 de 25 de janeiro de 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html)>.

Acesso em: 10 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria Ministério da Saúde n. 148 de 31 de janeiro de 2012.** 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. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html)>.

Acesso em: 10 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria Ministério da Saúde n. 3.124 de 28 de dezembro de 2012.**

Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html)>.

Acesso em 12 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria N. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** 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. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

>. Acesso em: 22 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. **Resolução n. 2- CONAD, de 04 de fevereiro de 2005.** Estabelece o Regimento Interno das Câmaras Técnicas, das Câmaras de Assessoramento e das Câmaras Especiais do Conselho Nacional Antidrogas. Disponível em:

<<https://sistema.planalto.gov.br/asprevweb/exec/Atos/2005/Atos%20040%20a%20051%20-%20Dia%2021%20fevereiro%202005.pdf>> Acesso em: 22 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. **Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP).** Orçamento do Governo Federal Programa *Crack é possível Vencer*. Disponível em:

<http://www.casacivil.gov.br/central-de-conteudos/noticias/2013/08/tabela-orcamentaria.pdf>. Acesso em: 9 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **SUS.** Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes.html>>. Acesso em: 24 maio 2014.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma Teoria Jurídica das políticas públicas.** 1 ed. 2 tiragem. São Paulo: Sarava, 2013.

\_\_\_\_\_. O conceito de política pública em Direito. In: \_\_\_\_\_. (ORG). **Políticas Públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2011.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e a Teoria da Constituição**. 7 ed. 3 reimp. Coimbra: Edições Almedina, 2003.

CARLSON, Beverly A. Información para La prevención y controle de las drogas em América Latina y El Caribe: El papel de La CEPAL y La experiênciã de los Estados Unidos. In: HOPENHAYN (Comp). **La grieta de las drogas**. Santiago de Chile: Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 1997.

CARRAZZA, Roque Antonio. **Curso de Direito constitucional Tributário**. 22. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

CARVALHO, Salo de. **A política Criminal de Drogas no Brasil**: Estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06. 5. ed. amp. e atual. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

CASTILHO, Ricardo. **Direitos Humanos**: Processo histórico – Evolução no mundo, Direitos Fundamentais: constitucionalismo contemporâneo. São Paulo: Saraiva, 2010.

CELSONO, Lafer; **A reconstrução dos direitos humanos**: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras. 1988.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Observatório do crack**: boas práticas municipais. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://www.cnm.org.br/portal/dmdocuments/Observat%C3%B3rio%20do%20Crack%20-%20Boas%20Pr%C3%A1ticas%20\(2014\).pdf](http://www.cnm.org.br/portal/dmdocuments/Observat%C3%B3rio%20do%20Crack%20-%20Boas%20Pr%C3%A1ticas%20(2014).pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Observatório do crack**: os municípios brasileiros como protagonistas no enfrentamento ao crack. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://portal.cnm.org.br/v4/v11/crack/pdf/crack2012.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Internação Compulsória**. 2015. Disponível em <<http://site.cfp.org.br/internacao-compulsoria-4/>>. Acesso em: 1 out. 2015.

CORREA, Carlos Roberto Silveira; RANGEL, Humberto de Araújo; SPERANDIO, Ana Maria Girotti. Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil. In: CORREA, Carlos Roberto Silveira. (Org.). **Campinas no rumo das comunidades saudáveis**. 1. ed. Campinas: IPES Editorial, 2004. Disponível em: <[http://www.fef.unicamp.br/fef/qvaf/livros/com\\_saudavel\\_rede\\_municipios/comunidade\\_saudavel/livro\\_rangel\\_cap4.pdf](http://www.fef.unicamp.br/fef/qvaf/livros/com_saudavel_rede_municipios/comunidade_saudavel/livro_rangel_cap4.pdf)>. Acesso em: 24 mar. 2014.

CRISP. Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública. **Pesquisa Nacional de Vitimização**. 2013. Disponível em: <[http://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Sumario\\_SENASP\\_final.pdf](http://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Sumario_SENASP_final.pdf)>. Acesso em: 9 abr. 2014.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e saúde coletiva**. v. 16, supl.1. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700036&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700036&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 jan. 2014.

CYNAMON, Szachna Elias. **Saúde Pública, qualidade de vida**. Cadernos de Saúde Pública, v. 6 n.3. Rio de Janeiro, 1990. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1990000300001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300001)>. Acesso em: 2 jun. 2014.

DALLARI, Sueli Gandolfi Sanitário. Políticas de Estado e de Governo: o caso da saúde pública. In: \_\_\_\_\_. **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

\_\_\_\_\_. Direito Sanitário. In: ARANHA, Iorio Márcio. **Direito sanitário e saúde pública**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 24. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

DUALIBI, Lígia Bonacim; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. **Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil**. Disponível em: <[http://www.crack.cnm.org.br/crack/admin/pdf/Artigo\\_36.pdf](http://www.crack.cnm.org.br/crack/admin/pdf/Artigo_36.pdf)> Acesso em: 1 jul. 2015.

DUARTE, Clarice Seixas. O Ciclo das políticas públicas. In: SMANIO, Gianpaolo Poggio; BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins. (Org's). **O Direito e as Políticas Públicas no Brasil**. São Paulo: Atlas, 2015.

\_\_\_\_\_. O Ciclo das políticas públicas. In: SMANIO, Gianpaolo Poggio; BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins. (Org's). **O Direito e as Políticas Públicas no Brasil**. São Paulo: Atlas, 2013.

ELIAS, Paulo Eduardo. Sistema de Saúde no Brasil. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, SUS: **O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde**. 1. ed. v. I. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2000. Disponível em: <[http://www.periciamedicadf.com.br/publicacoes/Cartilha\\_Sus\\_Vol1.pdf](http://www.periciamedicadf.com.br/publicacoes/Cartilha_Sus_Vol1.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2015.

FANTAUZZI, Gustavo dos Santos; AARÃO, Bruna de Fátima Chaves. O advento do crack no contexto político brasileiro. In: SAPORI, Luis Flávio; MEDEIROS, Regina (Orgs). **Crack: um desafio social**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2010.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves, 1934. **Curso de Direito Constitucional**. 36. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2010.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Estudo traça perfil de usuários de crack em Centros de Atenção Psicossocial**. 2011. Disponível em: <<http://www.agencia.fiocruz.br/estudo-tra%C3%A7a-perfil-de-usu%C3%A1rios-de-crack-em-centros-de-aten%C3%A7%C3%A3o-psicossocial>>. Acesso: 21 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. **Maior pesquisa sobre crack já feita no mundo mostra o perfil do consumo no Brasil**. 2013. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

FURTADO, Erikson F; ALIANE, Poliana P.; ESPER, Larissa H.; SOUZA, Joseana de. Abordagem com mulheres usuárias de álcool e outras drogas. In: RONZANI, Telmo Mota (Org.). **Ações Integradas sobre Drogas: Prevenção, Abordagens e Políticas Públicas**. Juiz de Fora: UFJF, 2013.

GALDURÓZ, José Carlos F.; NOTO, Ana Regina; NAPPO, Solange A.; CARLINI, E.A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea17.pdf>> Acesso em: 1 jul. 2015.

HART, Carl. **Um preço muito alto**: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Tradução Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

HORTA, Rogério Lessa; HORTA, Bernardo Lessa; ROSSET, Adriana Palma e HORTA, Cristina Lessa. Perfil dos usuários de *crack* que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**. 2011, v. 27, n.11. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100019)>. Acesso em: 2 mar. 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

IBRAHIM, Fábio Zambitte. **Curso de Direito Previdenciário**. 16 ed., rev., ampl. e atual. Rio de Janeiro: Impetus, 2011.

ICSDP. International Centre for Science in Drug Policy (ICSDP). **Guia de Política de Drogas**. 2014. Disponível em: <[https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Drug-Policy-Guide\\_Portuguese.pdf](https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Drug-Policy-Guide_Portuguese.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2014.

INPAD. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. **Levantamento Nacional de álcool e drogas**. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/cocaina-e-crack/>>. Acesso em: 21 ago. 2014.

JANNUZZI, Paulo Martino. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**. Brasília: ENAP, 2005.

LARANJEIRA, Ronaldo. O tratamento da dependência do crack – as bases e os mitos. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). **O Tratamento do usuário de Crack**: Avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológicas e de risco, Terapias psicológicas, farmacoterapia e reabilitação, ambientes de tratamento. São Paulo: Casa de Leitura Médica, 2010.

LEMBO, Cláudio. **A pessoa**: seus direitos. Barueri, SP: Manole, 2007.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Ligia. Sistema de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; NORONHA, José de Carvalho; CARVALHO, Antonio Ivo de. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <[https://play.google.com/books/reader?id=Is0VBgAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=pt\\_BR&pg=GBS.PP1.w.0.0.0.3](https://play.google.com/books/reader?id=Is0VBgAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=pt_BR&pg=GBS.PP1.w.0.0.0.3)>. Acesso em: 1 jul. 2015.

MANSANERA, Adriano Rodrigues; SILVA, Lúcia Cecília da. A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Psicologia em estudo**. v. 5, n. 1. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722000000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722000000100008&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 out. 2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica**. 5 ed. 4 reimpr. São Paulo: Atlas, 2010.

\_\_\_\_\_. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. 2 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da Investigação Científica para as Ciências Sociais Aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MASCARO, Alysson Leandro. **Filosofia do Direito**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MASSA–ARZABE, Patrícia Helena. Dimensão jurídica das políticas públicas. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (ORG). **Políticas Públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 28. ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

MORAIS, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 26. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MOTA, Daniela Cristina Belchior; RONZANI, Telmo Mota. Implementação de Políticas Públicas Brasileiras para usuários de Álcool e Outras Drogas. In:



RONZANI, Telmo Mota (Org.). **Ações Integradas sobre Drogas: Prevenção, Abordagens e Políticas Públicas**. Juiz de Fora: UFJF, 2013.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos Sujeitos de Direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

OBID. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

OGATA, Luciane; RIBEIRO, Marcelo. Histórico do consumo do crack no Brasil. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Orgs.). **O tratamento do usuário de Crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica de risco, terapias psicológicas, farmacologia e reabilitação ambientes de tratamento**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. Disponível em: <[http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docBibliotecaVirtual/O\\_Tratamento\\_do\\_Usuario\\_de\\_crack.pdf](http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docBibliotecaVirtual/O_Tratamento_do_Usuario_de_crack.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2014.

OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. Caracterização da cultura do crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista Saúde Pública**. 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n4/6645.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Constituição da Organização Mundial de Saúde, 1946**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 08 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial de Saúde. **Dados para o Observatório Geral para a saúde**. Disponível em: <<http://www.who.int/gho/database/es/>>. Acesso em: 10 out. 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Temas Mundiais: drogas**. 2015. Disponível em: <<http://www.un.org/es/globalissues/drugs/>>. Acesso em: 4 fev. 2014.

PAIVA, Fernando Santana de; MOURA, Yone Gonçalves; TORRES, Raimunda Célia. Participação e Controle Social: Desafio permanente ao processo de intervenção no âmbito das políticas públicas. In: RONZANI, Telmo Mota (Org.). **Ações Integradas sobre Drogas: Prevenção, Abordagens e Políticas Públicas**. Juiz de Fora: UFJF, 2013.

PAULANI, Leda Maria. A utopia da nação: esperança e desalento. In: PEREIRA, Luiz C. Bresser. **A grande esperança em Celso Furtado: Ensaios em homenagem aos seus 80 anos**. São Paulo: 34, 2001.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. Mudanças estruturais, política e papel da família: crítica ao pluralismo de bem estar. In: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurílio Castro de; LEAL, Maria Cristina (Orgs.). **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. Rio de Janeiro: Cortez, 2004.

PIOVESAN, Flávia. A atual dimensão dos direitos difusos na Constituição de 1988. In: GIORGI, Beatriz di; CAMPILONGO, Celso Fernandes; PIOVESAN, Flávia (Coord). **Direito, Cidadania e Justiça**: Ensaios sobre lógica, interpretação, Teoria, Sociologia e Filosofia jurídicas. São Paulo: Revistas dos Tribunais, 1995.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). **Política de Drogas em Portugal**. 2014. Disponível em: <<http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

RATTO, Lílian; ZALESKI, Marcos. Comorbidades psiquiátricas: uma visão global. 2013. In: LARANJEIRA, Ronaldo, et al. **Diretrizes sobre comorbidades psiquiátricas x dependência ao álcool e outras substâncias – ABEAD/2003**. 2013. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/outros/Diretrizes%20Sobre%20Comorbidades%20Psiquiatricas%20e%20Dependencia%20Ao%20Alcool.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2104.

RAUPP, Luciana; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência e saúde coletiva**. v. 16, n. 5. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500031>>. Acesso em: 4 fev. 2014.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. O plano de Tratamento. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). **O Tratamento do usuário de Crack**: Avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológicas e de risco, Terapias psicológicas, farmacoterapia e reabilitação, ambientes de tratamento. São Paulo: Casa de Leitura Médica, 2010.

RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos**: os direitos das pessoas que usam drogas. São Paulo: Saraiva, 2013.

\_\_\_\_\_; RIBEIRO, Marcelo. Política Mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. In: SILVEIRA DX, Moreira FG. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

ROCHA, Enid. A Constituição Cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios. In: VAZ, Flávio Tonelli; MUSSE, Juliano Sander; SANTOS, Rodolfo Fonseca dos (Coord.). **20 anos da Constituição Cidadã**: avaliação e desafios da seguridade. Brasília: ANFIP – Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil, 2008.

RUA, Maria das Graças. **Análise de Políticas Públicas**: Conceitos Básicos. 1998. Disponível em: <<http://projetos.dieese.org.br/projetos/SUPROF/Analisepoliticaspublicas.PDF>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

SAPORI, Luis Flávio; MEDEIROS, Regina. **Crack**: um desafio social. Belo Horizonte: PUC Minas, 2010.

SCHWARTZMAN, Simon. **Desempenho e controle na reforma administrativa**. Brasília: MARE/ENAP, 1996. Disponível em: <<https://archive.org/details/DesempenhoEControleNaReformaAdministrativa>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

SILVA, José Afonso Da. **Direito Constitucional Positivo**. 32. ed. rev. atual. São Paulo: Malheiros, 2008.

SILVEIRA, Pollyanna Santos da; SILVA, Eroy Aparecida. Família, sociedade e uso de drogas: Prevenção, inclusão social e tratamento familiar. In: RONZANI, Telmo Mota (Org.). **Ações Integradas sobre Drogas: Prevenção, Abordagens e Políticas Públicas**. Juiz de Fora: UFJF, 2013.

SINCAD – Serviço de Intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências (on line). Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/DesConsumo/Paginas/default.aspx>. Acesso em 20 jul 2014.

SOUZA, Isabel Cristina Weiss de; AMATO, Tatiana de Castro; SARTES, Laisa Marcorela Andreoli. Abordagem com adolescentes sobre o uso de álcool e outras drogas. In: RONZANI, Telmo Mota (Org.). **Ações Integradas sobre Drogas: Prevenção, Abordagens e Políticas Públicas**. Juiz de Fora: UFJF, 2013.

STF. Supremo Tribunal Federal. **Agr. Reg. SL 47 de 17/03/2010**. Min. Gilmar Mendes, p. 8. Agravo Regimental na Suspensão de Liminar n. 47 de 17/3/2010. Disponível em: <<http://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/9087061/agreg-na-suspensao-de-liminar-sl-47-pe>>. Acesso em 10 nov. 2015.

TAVARES, André Ramos. **Curso de Direito Constitucional**. 10 ed. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2012.

\_\_\_\_\_. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2008

TJSP. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. ACP n. 002.08.150735-6 de 4 de setembro de 2008. **Diário Oficial**. Disponível em: <<http://www.radaroficial.com.br/d/9279537>>. Acesso em 10 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. ACP n. 002.08.600075-8. **Diário Oficial**. Disponível em: <<http://www.radaroficial.com.br/d/67668>>. Acesso em 10 nov. 2015.

TREVES, Renato. **Sociologia do Direito: origens, pesquisas e problemas**. Tradução Marcelo Branchini. Barueri: Manole, 2004.

UNESP. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Disponível em: <<http://www.unesp.br/>>. Acesso em: 15 maio 2014.

WACQUANT, Loïc. Que é gueto? Construindo um conceito sociológico. **Revista de Sociologia e Política**. Curitiba, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n23/24629.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

WANDEKOKEN, Kallen Dettmann; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Aplicação do modelo de Neuman e diagnósticos de NANDA ao cuidado do usuário de crack. **Ciência e enfermagem**. v. 19, n. 2. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000200012](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200012)>. Acesso em: 10 fev. 2014.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **O uso de drogas e sistema penal**: entre o proibicionismo e a redução de danos. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

ZIMMERMANN, Augusto. **Curso de Direito Constitucional**. 2. ed. rev. ampl. atual. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2002.