

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

RAFAEL SILVA WEST

**POLÍTICAS DE DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS:
um estudo sobre o Programa Atitude em Pernambuco**

RECIFE

2016

RAFAEL SILVA WEST

**POLÍTICAS DE DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS:
um estudo sobre o Programa Atitude em Pernambuco**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre Profissional em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. José Luiz Amorim Ratton

RECIFE

2016

Catálogo na fonte
Bibliotecária: Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

W516p West, Rafael Silva.
Política de drogas e redução de danos : um estudo sobre o Programa
Atitude em Pernambuco / Rafael Silva West. – 2016.
104 f. : il. ; 30 cm.

Orientador : Prof. Dr. José Luiz Amorim Ratton.
Dissertação (mestrado profissional em políticas públicas) - Universidade
Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Ciência
Política, Recife, 2016.
Inclui Referências.

1. Ciência política. 2. Política pública. 3. Crack (Droga). 4. Drogas –
Abuso – Aspectos sociais. 5. Violência. I. Ratton, José Luiz Amorim
(Orientador). II. Título.

320 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2017-232)

RAFAEL SILVA WEST

**POLÍTICAS DE DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS:
um estudo sobre o Programa Atitude em Pernambuco**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre Profissional em Políticas Públicas.

Aprovada em: 23/09/2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Luiz de Amorim Ratton Júnior (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dr^ª. Michelle Vieira Fernandez de Oliveira (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dr^ª. Roberta Salazar Uchôa (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

A todas as pessoas do Programa Atitude!

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos por terem me apresentado um amor sublime nessa vida.

A Maria Fernanda pela década de afetos, amor e trocas vivenciadas.

A João Victor pela paciência e compreensão nessa jornada.

Ao meu orientador e amigo, José Luiz Ratton, pela sabedoria e pelo tempero holandês nesse percurso.

A Leon Garcia e Nara Vieira, com os quais tive a sorte de conhecer e conviver nas terras vermelhas da capital federal.

A todas as pessoas que defenderam a democracia brasileira nesse período!

E se somos Severinos
iguais em tudo na vida,
morremos de morte igual,
mesma morte severina:
que é a morte de que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte,
de fome um pouco por dia
(de fraqueza e de doença
é que a morte severina
ataca em qualquer idade,
e até gente não nascida).
Somos muitos Severinos
iguais em tudo e na sina:
a de abrandar estas pedras
suando-se muito em cima,
a de tentar despertar
terra sempre mais extinta,
a de querer arrancar
algum roçado da cinza.
Mas, para que me conheçam
melhor Vossas Senhorias
e melhor possam seguir
a história de minha vida,
passo a ser o Severino
que em vossa presença emigra.

João Cabral de Melo Neto, *Morte e Vida Severina*

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender o funcionamento do Programa Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares (Atitude), desenvolvido pelo governo do estado de Pernambuco, que atua com foco no atendimento às pessoas em vulnerabilidade com problemas decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas e vivem em situação de grande exposição à violência. Buscou-se explorar os principais temas relacionados, desde processos históricos sobre o consumo de psicoativos até o conceito da redução de danos nas políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no Brasil. Foram investigados registros documentais sobre a criação e o funcionamento do Programa, ainda que a principal intenção tenha sido conhecer com mais profundidade as pessoas atendidas. Para isso, foram utilizados recursos nas dimensões quantitativa e qualitativa, tanto para realização de uma análise do banco de dados do Programa, que conta com mais de cinco mil pessoas cadastradas, como para realização de pesquisa por meio de entrevistas individuais com 14 pessoas acolhidas no Atitude. Foram encontrados percentuais relevantes no banco de dados de pessoas que tinham filhos, que estavam em situação de rua ou que já sofreram tentativa de homicídio. De maneira geral, as pessoas entrevistadas avaliaram positivamente o Programa Atitude, seja na dimensão do acolhimento, do respeito como cidadão, da convivência no espaço com colegas e profissionais ou das melhorias depois de situações-limite na vida.

Palavras-chave: Crack. Drogas. Violência. Políticas públicas de saúde e assistência social.

ABSTRACT

This study aimed to describe the operation of the Program of Integral Care for Drug Users and their Families (Programa Atitude), a governmental program of the state of Pernambuco-Brazil, focused on the care of people who use crack cocaine experiencing vulnerable situations as exposure to violence. We explored the main related themes since the history of drugs use until conceptualizations on harm reduction in public health and social assistance policies in Brazil. Investigations included documental records of the program implementation and functioning, as well some aspects related to the people assisted. Quantitative data obtained by the variables analysis of the more than 5,000 people registrations Program database, and qualitative data consisted of individual interviews of 14 users hosted in the Programa Atitude. We found important number of people with children, homeless and who suffered homicide attempts. In general, interviewed people evaluated positively the Program in some dimensions, as in the care offered, citizen recognition and respect, the acquaintanceship with other users and staff, and ameliorations of their life-limit situations.

Keywords: Crack cocaine. Drugs. Violence. Public health and social assistance policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Percentuais dos beneficiários do aluguel social por cidade.....	70
Figura 2 – Percentuais da condição de trabalho dos usuários.....	71
Figura 3 – Percentuais de rendimentos dos beneficiários do aluguel social.....	71
Figura 4 – Percentuais relativos à modalidade de moradia.....	72
Figura 5 – Percentuais relativos à modalidade de moradia por sexo.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Demanda e dados socioeconômicos dos cadastrados.....65

Tabela 2 – Histórico do consumo de drogas e situações de risco social.....68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aborda – Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos

Atitude – Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Apoio Psicossocial para Álcool e Outras Drogas

CAUD – Centro de Atendimento aos Usuários de Drogas

Cebriad – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

Centro POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

Cepad – Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas

Cetad – Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas

Cotel – Centro de Observação Criminológica e Triagem

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CRAUD – Centro de Referência e Acolhimento aos Usuários de Drogas

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CVLI – Crimes violentos letais intencionais

EJA – Educação de jovens e adultos

FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

IBCCRIM – Instituto Brasileiro de Ciências Criminais

ICICT – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Infopen – Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS – Ministério da Saúde

NEPS - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Criminalidade, Violência e Segurança Pública

ONG – Organização não governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

Oscip – Organização da sociedade civil de interesse público

OSF – Open Society Foundations

PNAS – Política de Assistência Social

PSB – Proteção social básica

PSE – Proteção social especial

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

Reduc - Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos

Rocam – Ronda Ostensiva com Apoio de Motocicletas

SNC – Sistema Nervoso Central

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 CONTEXTOS DO USO E A POLÍTICA DE “GUERRA ÀS DROGAS”	18
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO USO DE DROGAS E DE CRACK	18
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A “GUERRA ÀS DROGAS”	24
3 REDUÇÃO DE DANOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS	31
3.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE REDUÇÃO DE DANOS	31
3.2 REDUÇÃO DE DANOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS	36
3.2.1 Sistema Único de Saúde	38
3.2.2 Sistema Único de Assistência Social	43
4 PROGRAMA ATITUDE E O CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	47
4.1 DEFINIÇÃO DA AGENDA	48
4.2 A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL SOBRE DROGAS E DO PROGRAMA ATITUDE	51
4.2.1 Atitude nas ruas	56
4.2.2 Centro de Acolhimento e Apoio	57
4.2.3 Centro de Acolhimento Intensivo	58
4.2.4 Aluguel social	60
4.3 IMPLEMENTAÇÃO	61
5 ANÁLISE DO BANCO DE DADOS DO PROGRAMA ATITUDE	64
5.1 CARACTERÍSTICAS DE PERFIL DAS PESSOAS ACOLHIDAS NO ATITUDE	65
5.2 BENEFICIÁRIOS DO ALUGUEL SOCIAL	70
5.3 SÍNTESE DOS RESULTADOS	73
6 PESQUISA QUALITATIVA – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS	76
6.1 TRAJETÓRIAS DE VIDA	79
6.2 SOBRE VIOLÊNCIA, CRIMINALIDADE E POLÍCIA	81
6.3 ENTRE AS MULHERES	84
6.4 O MOTIVO E A ENTRADA NO PROGRAMA	85
6.5 AS RESPONSABILIDADES NO ATITUDE	87
6.6 ASPECTOS AVALIATIVOS DO PROGRAMA	88

6.7 SÍNTESE DOS DADOS QUALITATIVOS	90
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS	97

1 INTRODUÇÃO

A cabeça pensa onde os pés tocam

Paulo Freire

Este trabalho consiste em um estudo sobre o Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares (Atitude) em municípios do estado de Pernambuco, no Nordeste brasileiro. Trata-se de uma busca para compreender seu funcionamento a partir de registros documentais, bem como investigar, nas dimensões quantitativa e qualitativa, quem são as pessoas atendidas, quais suas trajetórias biográficas, entre outros aspectos.

Vale salientar que uma das premissas do mestrado em políticas públicas é aprimorar e aproximar o campo acadêmico das políticas públicas em geral. Para tanto, estimulam-se servidores e gestores a fazerem pesquisas em sua área de atuação na esfera pública. Esse foi um fator preponderante para a realização deste estudo, uma vez que o autor desenvolveu sua atuação profissional como gestor da política sobre drogas no governo de Pernambuco, particularmente de 2010 a 2015, período de implementação do Programa Atitude — elemento central da política.

Diante dessa vivência profissional e no contexto do mestrado, foi escolhido o Programa Atitude como objeto principal de estudo nesta dissertação, buscando compreender os principais conceitos sobre políticas públicas, sobre crack e outras drogas e temas essenciais que fundamentaram o Programa.

O Atitude foi criado em setembro de 2011 pelo governo do estado de Pernambuco, por meio da Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, e tem como principal objetivo garantir direitos às pessoas que usam drogas, principalmente crack, e que se encontram em situação de alta vulnerabilidade social. Oferece um conjunto de serviços (nas ruas, em centros de acolhimento 24 horas e aluguel social) com estratégias de atenção que vão desde os cuidados primários, passando pela preservação da integridade física, até o estímulo ao convívio socioafetivo.

A metodologia proposta foi realizar um estudo de caso, mais precisamente um diagnóstico sobre o Programa Atitude. À luz das teorias em políticas públicas foi possível levantar os principais temas relacionados ao campo das drogas e, em seguida,

compreender como surgiu e está estruturado o Programa. Além disso, fez-se uma análise quantitativa do banco de dados do Atitude e uma pesquisa qualitativa (entrevistas individuais semiestruturadas) com as pessoas acolhidas, o que também forneceu subsídios para uma avaliação de implementação.

A realização deste estudo fez parte de uma parceria entre o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Criminalidade, Violência e Segurança Pública (NEPS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) e a organização internacional Open Society Foundations (OSF). Essa parceria foi fruto de um projeto de pesquisa independente, apresentado pelo NEPS/UFPE com a finalidade de fazer um diagnóstico e avaliar o Programa Atitude. Com isso, parte dessa investigação foi utilizada neste trabalho, considerando que o coordenador geral e o coordenador adjunto da pesquisa são também, respectivamente, o professor orientador e o mestrando/autor desta dissertação.

O trabalho está organizado em sete partes, sendo a primeira uma introdução sobre o estudo, seguida de dois capítulos que abordam políticas públicas sobre drogas, contextualização do Atitude à luz da teoria de formulação de políticas públicas, análise quantitativa do banco de dados do Programa e uma pesquisa qualitativa com as pessoas por ele acolhidas.

No segundo capítulo é apresentado um breve contexto sobre o uso de drogas, desde tempos históricos até os dias atuais, com destaque para as evidências científicas sobre as pessoas que consomem crack, bem como uma avaliação sobre a política de repressão, denominada “guerra às drogas”.

O terceiro capítulo aprofunda o conceito de redução de danos — estratégia essencial no Programa Atitude —, trazendo elementos de como surgiu em outros países, como chegou a terras brasileiras e como aparece nas duas principais políticas públicas de cuidado com pessoas que usam drogas: o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Em seguida, no quarto capítulo, com base nas teorias de políticas públicas, faz-se uma análise sobre o processo de formulação da política estadual sobre drogas e, principalmente, do Programa Atitude, analisando-se de que forma o tema do cuidado com pessoas que usam crack entrou na agenda governamental, como foi formulado e como é sua atual estrutura.

No quinto capítulo é apresentada uma análise do banco de dados das pessoas cadastradas pelo Atitude, desde sua implantação em 2011. São analisados dados referentes ao perfil, tais como sexo, raça, faixa etária, se possuem filhos(as), aspectos de vulnerabilidade, como situação de moradia, escolaridade, situação produtiva, além da observação das relações de sociabilidade violenta em suas vidas. Dá-se ênfase às pessoas que residem sob a modalidade específica de aluguel social.

O sexto capítulo se ocupa de expor a pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, que buscou recuperar aspectos importantes das trajetórias biográficas dos usuários e de seus familiares, as suas narrativas sobre experiências relativas ao consumo de drogas e seus contextos sociais. Também foi possível compreender a percepção dos usuários sobre o Programa. As entrevistas foram realizadas no primeiro semestre de 2015, período no qual foram elaborados os roteiros de entrevistas (entre fevereiro e março), sendo efetivadas no campo — os centros de acolhimento na Região Metropolitana do Recife. A análise foi desenvolvida a partir do referencial em análise de conteúdo, com base nas orientações de Bardin (2011), elencando categorias por meio das narrativas dos informantes. Variáveis como trajetórias de vida, relações sociais e situações de exclusão se mostraram bastante presentes nos relatos.

O último capítulo reúne as considerações finais do trabalho, com enfoque nos achados das análises do Programa Atitude, contextualizando os serviços a partir das mudanças e desafios em curso nas políticas públicas sobre drogas no Brasil, e também sugestões que podem contribuir para o aprimoramento constante do Atitude.

2 CONTEXTOS DO USO E A POLÍTICA DE “GUERRA ÀS DROGAS”

A intenção, neste capítulo, é percorrer os contextos históricos e atuais das relações da humanidade com substâncias psicoativas, bem como conhecer a situação das pessoas que consomem crack, compreender o que são políticas públicas e avaliar criticamente os impactos relacionados à política de repressão às drogas na sociedade contemporânea. Esses são aspectos fundamentais que fornecem subsídios para, posteriormente, analisar o Programa Atitude.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO USO DE DROGAS E DE CRACK

Nos diversos estudos sobre a história social do uso de drogas é possível perceber a enorme relevância e a necessidade de compreender as heranças ancestrais para analisar melhor o contexto atual. Embora não seja o objeto de estudo principal desta pesquisa, é sempre importante lembrar que, no decorrer da história da humanidade, o consumo de drogas sempre esteve presente — essa prática é milenar e universal. Praticamente todas as culturas, em diferentes épocas, elegem substâncias que motivam festividades ou favorecem rituais religiosos. Ao longo do tempo, esse uso esteve associado a diversos fatores, sejam econômicos, religiosos, políticos, culturais ou sociais.

São conhecidos registros de uso de drogas nas mais diversas culturas desde a Antiguidade. Estudos registram “que na América do Sul, os primeiros indícios do uso de plantas alucinógenas datam de, aproximadamente, 11 mil anos” (CARNEIRO, 1994, p. 14).

Desde a Pré-história, diferentes substâncias psicoativas são usadas com distintos usos e finalidades, que se estendem do “emprego lúdico, com fins estritamente prazerosos, até o desencadeamento de estados de êxtase místico/religioso. De grande importância também tem sido seu uso para fins curativos, seja no bojo de práticas religiosas tradicionais, seja no contexto médico-científico da atualidade” (MACRAE, 2007, p. 1).

Segundo Niel e Silveira (2008, p. 7), “a necessidade de transcender a experiência imediata parece inerente ao ser, assim como a curiosidade humana que levou ao conhecimento e ao desenvolvimento do homem, da cultura e dos meios de sobrevivência”. Infere-se que, “em diversas sociedades e épocas, o consumo de drogas não se constituiu em um problema ou motivo de alarde, uma vez que foram por muito tempo entendidas como uma

manifestação cultural e humana” (PERGENTINO, 2014, p. 22). Bastos e Cotrim (1998) salientam que substâncias como o café, as bebidas alcoólicas, a cocaína, o tabaco e a maconha estiveram e ainda estão presentes em cerimônias religiosas e na composição de medicamentos caseiros.

Paiva e Ronzani (2009) atentam para o fato de que, apesar da milenariedade do consumo no repertório de práticas humanas, somente a partir do final do século XIX esse tema vem sendo tratado como um problema em função dos aspectos de saúde ou sociais relacionados. Reconhecendo que o uso de drogas lícitas e ilícitas está intrinsecamente relacionado às interações do indivíduo e ao meio em que vive, o Ministério da Saúde (MS) atesta que “nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de drogas constituiu, na sociedade, um sério problema que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde” (BRASIL, 2015, p. 12).

Muitas vezes desejaríamos que as drogas simplesmente não existissem, principalmente quando vemos pessoas a quem amamos sofrendo e nos fazendo sofrer por estarem envolvidas com drogas. Entretanto, as drogas existem, sempre existiram e sempre vão existir. O que podemos fazer é tentar evitar que as pessoas se envolvam com essas substâncias. Para aqueles que já se envolveram, podemos ajudá-los a evitar que se tornem dependentes. E, para aqueles que já se tornaram dependentes, cabe a nós oferecer os melhores meios para que possam abandonar a dependência. Porém se apesar de todos os nossos esforços eles continuarem a consumir drogas, temos a obrigação de orientá-los para que façam de maneira menos prejudicial possível, na expectativa de que estejam atravessando apenas uma fase difícil. Afinal, eles não precisam de quem os julgue, mas de quem os ajude. E esse é o nosso papel enquanto profissionais de saúde (SILVEIRA, 2008, p. 4).

O termo drogas se originou da palavra *droog* (do holandês antigo), que significa folha seca — isso porque antigamente a maioria dos medicamentos era feita à base de folhas. A medicina define como droga “qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento” (CEBRID, 2011, p. 9).

“Psicotrópico significa atração pelo psiquismo e drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o nosso cérebro, alterando de alguma maneira o nosso psiquismo” (CEBRID, 2011, p. 9). De acordo com a classificação feita por cientistas franceses, as drogas psicotrópicas podem ser classificadas em três grupos, de acordo com os efeitos que produzem sobre o Sistema Nervoso Central (SNC): depressoras, estimulantes e perturbadores da atividade da atividade mental.

Segundo Nicastrí (2013, p. 21), as depressoras causam “diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC”, havendo, como consequência, tendência de redução da atividade motora, da reatividade à dor e à ansiedade, “sendo comum um efeito euforizante inicial e, posteriormente, aumento da sonolência”. Com referência às drogas estimulantes, são incluídas nesse grupo aquelas “capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, o que traz como consequências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos” (NICASTRI, 2013, p. 28). Quanto às perturbadoras, seu “efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários fenômenos psíquicos anormais, entre os quais destacamos os delírios e as alucinações” (NICASTRI, 2013, p. 32-33).

Especificamente sobre o crack, Bastos e Bertoni (2014, p. 13) explicam que ele “é um derivado da pasta base de coca, estabilizada com a adição de uma substância de alcalina (base) como, por exemplo, o bicarbonato de sódio, e é primeiramente consumido como uma pedra fumada”. Os autores informam que o crack foi inicialmente identificado nas ruas dos Estados Unidos na década de 1980, com forte concentração em comunidades em situação de vulnerabilidade social, habitualmente vivendo nas regiões centrais (empobrecidas com o deslocamento da classe média para os bairros mais afastados e subúrbios) de cidades das costas leste e oeste, como Baltimore, Maryland e Los Angeles (BASTOS; BERTONI, 2014). Nesse período inicial, “as cenas (loais de maior concentração) de tráfico e consumo se sobrepunham de forma marcante com minorias étnicas e linguísticas, afetando de forma desproporcional as comunidades negra e hispânica” (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 13).

Para Alves (2010, p. 60), o “sujeito que consome dada substância não consome, apenas, um dado arranjo químico, mas um produto cultural, que carrega consigo toda carga de valores que lhe são próprios”.

Ao considerar o aspecto sociocultural das drogas, dizemos que as representações sociais que se desenvolvem em torno das substâncias têm grande importância para análise. As representações moldam-se nos contextos nos quais ocorre o uso, em permanente interação com a visão que a sociedade devolve à prática. Ao longo do tempo foram surgindo inúmeras visões sobre os usos, que acabaram por forjar uma ideologia própria de cada droga (ESCOHOTADO, 2008, apud SOUZA, 2016, p. 103).

Souza (2016, p. 103) entende que o “uso de drogas, lícitas ou ilícitas, é um fenômeno transclassista, ou seja, todas as classes consomem psicotrópicos pelas mais variadas razões”,

mas isso não significa “que o pertencimento de classe não tenha nenhuma importância para a análise. Aliás, muito pelo contrário”. A autora acrescenta que “as trajetórias de vida e de consumo tendem a diversificar-se de acordo com o capital cultural, social e econômico dos sujeitos e de suas famílias”; assim, mesmo que “sujeitos utilizem a mesma droga, na mesma dose, os efeitos sociais serão totalmente distintos, pois o *habitus* também é diferente” (SOUZA, 2016, p. 104). Essa é uma análise fundamental, porque, como destaca Souza (2016, p. 104), “o pertencimento de classe influencia decisivamente no destino e nas consequências do consumo, sobretudo problemático, de crack”.

Crack, heroína e meta-anfetaminas são consideradas “as drogas que mais causam danos aos indivíduos; enquanto que, crack, heroína e álcool são as drogas que mais causam danos a terceiros” (NUTT; KING; PHILLIPS, 2010, apud UCHÔA; PIMENTEL; MORAES, 2011, p. 177). Especificamente em relação ao uso de crack, é válido esclarecer que foi no início de 1980 que novas drogas fumadas surgiram, obtidas a partir da mistura de cloridrato de cocaína com ingredientes incertos e tóxicos. Logo depois surgiu o crack, como mais uma forma fumável de cocaína, em cuja produção não há o processo de purificação final. Para a produção final do crack são misturadas à cocaína diversas substâncias tóxicas como gasolina, querosene e até água de bateria. Oficialmente, a partir de 1989 a droga foi introduzida no Brasil, particularmente, em São Paulo, alastrando-se, nos anos 2000, para várias cidades brasileiras.

Quanto mais barata sua produção, mais rentável é sua venda. Além disso, o consumo de crack representa, para a população usuária de drogas, um tipo de cocaína acessível, pois é vendida em pequenas unidades baratas e oferece rápidos e intensos efeitos. Entretanto, o desejável efeito proporcionado pelo crack tem pouca duração, o que leva o consumidor a utilizar outra “pedra” em curto espaço de tempo. A inovação no mercado das drogas com a entrada do crack atraiu pequenos traficantes e agravou ainda mais a situação com o aumento incontrolável de produções caseiras, diferenciando-se conforme a região do país.

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (em inglês United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC), no Relatório Mundial sobre Drogas de 2013, estimava que, em 2011, entre 167 e 315 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos usaram uma substância ilícita no ano anterior. Isso correspondia a 3,6% e 6,9% da população adulta mundial. Já no relatório de 2016, a UNODC aponta uma média semelhante de cerca 5% da população adulta ou 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos que usou pelo menos uma

droga ilícita em 2014, ou seja, esse número não vem sofrendo elevação significativa ao longo dos últimos quatro anos.

No que se refere ao uso de cocaína (incluindo crack) a UNODC (2013) destaca que a prevalência anual na América do Sul se encontrava, em 2013, em 1,3% da população adulta, comparável aos níveis da América do Norte. Porém, permanecia muito mais alta que a média global, que a América Central (0,6%) e o Caribe (0,7%). Enfatiza que o uso de cocaína (incluindo crack) tem aumentado significativamente no Brasil, Costa Rica e, em menor grau, no Peru, enquanto nenhuma alteração na sua utilização foi relatada na Argentina.

Para melhor fundamentar e embasar as políticas públicas sobre drogas, especificamente de crack no Brasil, é imprescindível conhecer o estudo publicado em 2014 pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) — organizado por Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni —, que delineou o perfil da população usuária de crack e outras formas similares de cocaína fumada (pasta base, merla e “oxi”) e também estimou o número desses usuários nas 26 capitais do país e no Distrito Federal.

As estimativas referentes aos indivíduos, residentes nas capitais do país e no Distrito Federal, que consomem crack e/ou similares de forma regular corresponde a uma proporção de, aproximadamente, 0,81% [...] da população de referência, que é a população residente neste conjunto de municípios [...], ou seja, a população geral de todas as capitais das unidades da federação e Distrito Federal. Isso representaria cerca de 370 mil usuários regulares desses produtos em números absolutos. Nesses mesmos municípios, a estimativa para o número de usuários de drogas ilícitas em geral (com exceção da maconha) é de 2,28% [...], ou seja, aproximadamente 1 milhão de usuários. Sendo assim, usuários de crack e/ou similares correspondem a 35% dos consumidores de drogas nas capitais do país (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 134).

A pesquisa mostrou que dos 370 mil usuários de crack e/ou similares estimados, em torno de 14% eram menores de idade, o que representava aproximadamente 50 mil crianças e adolescentes que faziam uso dessas substâncias nas capitais do país. Destaque para as capitais da região Nordeste, que registraram maior quantitativo de crianças e adolescentes consumidoras de crack e/ou similares: cerca de 28 mil indivíduos. Nas capitais das regiões Sul e Norte, esse número era de cerca de 3 mil menores de 18 anos em cada região.

No que tange ao perfil dos consumidores, o estudo revelou que as pessoas que usavam crack e /ou similares no Brasil eram, majoritariamente, adultos jovens com idade média de 30 anos, predominantemente homens (78,68%), sendo que, a cada dez pessoas, oito eram negras.

Um dos achados alerta para a escolaridade bastante reduzida: mais da metade não havia concluído o ensino fundamental.

Uma reflexão necessária a ser feita é que a maioria das pessoas que usam crack e/ou similares também utiliza outras substâncias psicoativas.

Os usuários de crack/similares no Brasil [...] são, basicamente, poliusuários, ou seja, o crack/similar é uma das drogas em um amplo “portfólio” de substâncias psicoativas. Observa-se forte superposição do uso de crack/similares com o consumo de drogas lícitas, sendo o álcool e o tabaco as mais consumidas — mais de 80% dos usuários no Brasil (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 56).

Aproximadamente 40% dos usuários no Brasil se encontravam “em situação de rua” no momento da pesquisa, o que não significa que “esse contingente expressivo, necessariamente, morava nas ruas, mas que nelas passava a maior parte do seu tempo” (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 52).

No aspecto geração de renda, em torno de 65% declararam que a forma mais comum de obtenção de dinheiro é de trabalho esporádico ou autônomo. “É importante notar a frequência elevada do relato de sexo em troca de dinheiro/drogas – 7,46% [...], quando comparada com a população geral, onde a proporção estimada de profissionais do sexo é inferior a 1%” (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 54).

Outro achado importante na pesquisa, que contradiz o que vinha sendo dito pelo senso comum, é que o tempo médio de uso de crack e/ou similares no país foi de 80 meses. Entre os usuários das capitais, o tempo médio de uso foi de 91 meses (aproximadamente oito anos).

Os padrões e a frequência de uso também foram abordados no estudo: “os usuários de crack e/ou similares referem consumir, num dia ‘normal’ (padrão) de uso, 13,42 pedras/porções destas drogas” (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 60).

Mais da metade dos usuários no Brasil referiu um padrão de consumo diário de crack/similares, embora o consumo de pedras/dia tenha frequência bastante variável. Disseram usar crack e/ou similares todos os dias, na mesma quantidade, 12,42% dos usuários e 56,30% referiram usar todos os dias, porém com quantidades variadas (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 61).

Verificou-se que quase metade dos usuários de crack e/ou similares (48,80%) já havia sido presa pelo menos uma vez na vida. O histórico de prisão foi mais frequente nas capitais do que nos demais municípios.

Entre os usuários de crack e/ou similares do Brasil, 41,63% relataram ter sido detidos pelo menos uma vez no último ano [2013]. Ressaltamos que a definição de detenção utilizada na pesquisa foi “ter permanecido menos de um dia na delegacia”. Entre os usuários que disseram já terem sido detidos, um terço disse que foi devido ao uso ou posse de drogas” (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 66).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A “GUERRA ÀS DROGAS”

Segundo Caldas, Lopes e Amaral (2008, p. 5), “a função que o Estado desempenha em nossa sociedade sofreu inúmeras transformações ao passar do tempo”. Seu principal propósito, nos séculos XVIII e XIX, “era a segurança pública e a defesa externa em caso de ataque inimigo. Entretanto, com o aprofundamento e a expansão do capitalismo, as responsabilidades do Estado se diversificaram”.

Para atingir resultados em diversas áreas, tais como saúde, educação, meio ambiente, os governos se utilizam das políticas públicas, que podem ser definidas como “um conjunto de ações e decisões do governo, voltadas para a solução (ou não) de problemas da sociedade” (CALDAS; LOPES; AMARAL, 2008, p. 5).

Souza (2006, p. 24) considera que “não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública” e apresenta a concepção de alguns autores:

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (SOUZA, 2006, p. 24).

Política pública é um campo interdisciplinar, ou seja, uma área que situa diversas unidades em totalidades organizadas, e essa é também a razão pela qual “pesquisadores de tantas disciplinas — economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas — partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos” (SOUZA, 2006, p. 25).

A política pública surge como uma forma de equacionar problemas econômicos e sociais de maneira a promover o desenvolvimento do país. A importância do campo do conhecimento de políticas públicas surge com a questão econômica principalmente no que se refere às políticas restritivas de gastos, só mais tarde a área social entra na agenda do governo. O estudo das políticas públicas, ainda que recente, surgiu nos Estados Unidos como uma área de conhecimento acadêmico, com ênfase nas ações de governo, sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado. Já na Europa, os estudos e as pesquisas se concentravam mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção do governo, desta forma surge como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do estado e do governo (CARVALHO; BARBOSA; SOARES, 2010, p. 2).

A cientista política Maria das Graças Rua (2012, p. 18) ressalta que, “embora as políticas públicas possam incidir sobre a esfera privada (família, mercado, religião), elas não são privadas” e explica que “a dimensão ‘pública’ de uma política é dada não pelo tamanho do agregado social [...] sobre o qual ela incide, mas pelo seu caráter jurídico ‘imperativo’”. Isso significa, segundo a autora, “que uma das suas características centrais é o fato de que são decisões e ações revestidas do poder extroverso e da autoridade soberana do poder público” (RUA 2012, p. 18-19).

Entende-se por políticas públicas o resultado da dinâmica do jogo de forças que se estabelece no âmbito das relações de poder, relações essas constituídas pelos grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil. Tais relações determinam um conjunto de ações atribuídas à instituição estatal, que provocam o direcionamento (e/ou o redirecionamento) dos rumos de ações de intervenção administrativa do Estado na realidade social e/ou de investimentos (BONETI, 2007, p. 74).

De acordo com Silva (2009), uma política pública deve pelo menos ter um fluxo de informações em relação a um objetivo que visa atender as necessidades da sociedade. O poder público procura antecipar necessidades ao planejar e implementar ações que criem condições estruturais de desenvolvimento socioeconômico de um país. Outra definição de políticas públicas é apresentada por Guareschi et al. (2004, p. 180):

[...] o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. Expressa a transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público.

Araújo e Arruda (2010, p. 292) entendem que a política moderna é “uma garantia dos direitos que devem ser disciplinados e que entram em choque no âmbito da proteção, pois o

Estado que formula leis e políticas públicas deveria abranger a totalidade do ser humano e seus campos físico, social, cultural, ambiental e humano”.

Pode-se, então, resumir política pública como a área do conhecimento que busca, ao mesmo tempo,

“colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação [...] e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações. [...] A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real. [...] políticas públicas, após desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação (SOUZA, 2006, p. 26).

As políticas públicas brasileiras sobre drogas, ao longo dos anos, sofreram grande influência dos Estados Unidos, concentrando esforços principalmente na chamada “guerra às drogas”, ou seja, na repressão do consumo e do tráfico de substâncias ilícitas. Os resultados esperados de diminuir o consumo e reduzir a circulação de drogas ilícitas não conseguiram ser alcançados; pelo contrário, o consumo aumentou e a oferta de drogas ficou mais diversificada e perigosa.

Mesmo com fortes evidências de caminhos equivocados nas políticas públicas, muitos governos ainda continuam apostando unicamente na repressão ao tráfico e ao consumo de drogas, muitas vezes pelo populismo historicamente associado ao jargão da “guerra às drogas”. “Políticas públicas ineficazes, porém populares, despertam a atenção dos formuladores de políticas, enquanto muitas políticas necessárias, porém impopulares, encontram uma grande resistência” (WU et al., 2014, p. 14).

O modelo proibicionista de controle falhou. É uma constatação baseada nos dados que a própria ONU coleta. A meta definida em 1988 era a de um mundo livre de drogas, acreditava-se que seria possível proteger a saúde pública e minimizar o consumo e o lucro desse mercado via modelo proibicionista, que reprime criminalmente usuários e traficantes. O que vemos, porém, é que em nenhum aspecto esse modelo teve o sucesso esperado. No Brasil e em outros países em desenvolvimento, a realidade é pior: em vez de minimizar danos, essa formulação acarretou consequências nefastas. Baixa qualidade das drogas em circulação, situação de vulnerabilidade dos usuários, superlotação de prisões com indivíduos que não necessariamente são traficantes. A violência no Rio mostra que o mercado de drogas tem grande poder, abalado por essa repressão ocasional, mas que depois tende a se fortalecer. A proibição torna esse mercado altamente lucrativo (BOITEUX, 2016).

Duas principais heranças brasileiras nessa política pública de repressão às drogas foram o triste resultado de elevadas taxas de encarceramento e altíssimos índices de homicídios, afetando principalmente jovens, negros, de periferias e com pouco acesso às políticas públicas.

A atual legislação brasileira sobre drogas (Lei 11.343/2006), apresenta características ainda semelhantes à anterior Lei de Tóxicos e não conseguiu superar o modelo proibicionista, ainda que moderado pela tentativa de descarcerização dos usuários de drogas e legitimação das estratégias de redução de danos.

Segundo os dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2015), o Brasil, em 1990, possuía um quantitativo de 90.000 pessoas presas, o que representava uma taxa de encarceramento de 105 pessoas presas a cada 100 mil habitantes. Em 2014, o encarceramento no país acumulava 607.731 pessoas e revelava um aumento significativo na taxa, que representa 421 a cada cem mil habitantes.

Vale salientar que aproximadamente um terço da população carcerária se encontra presa em decorrência de delitos associados às drogas. Além disso, apenas 40% das pessoas presas de fato foram julgadas, demonstrando a necessidade urgente de mudanças no sistema de justiça criminal, com a implantação de medidas penais alternativas ao encarceramento.

Os dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) do Ministério da Justiça aponta um progressivo aumento de prisões por tráfico de drogas no Brasil. Em 2005, as pessoas presas por esse motivo representavam 9,10% da população carcerária e em 2012 esse quantitativo aumentou para 25,21%, o que corresponde a 138.198 indivíduos. Por outro lado, os dados sobre redução da oferta de drogas ilícitas e sobre o seu consumo não diminuíram.

É inegável o fato de que a política de encarceramento em massa não tem demonstrado ser a melhor opção para reduzir a oferta e o consumo de drogas ilícitas. Sobre esse assunto, Sinhoretto (2015, p. 85) enfatiza que, “como uma sociedade que deseja o desenvolvimento, já estamos mais do que atrasados na discussão de uma ampla reforma nas medidas de punição para crimes cometidos sem violência e, sobretudo, para o tráfico de drogas”. A autora considera que “o tráfico é um crime econômico e deve ser tratado por formas de regulação econômica que os Estados e os mercados desenvolveram ao longo de tantas décadas” (SINHORETTO, 2015, p. 85).

Na mesma linha de pensamento, muitos especialistas brasileiros e de outros países propõem medidas intermediárias entre o proibicionismo e a legalização, porém, com forte influência das estratégias de redução de danos. Para o Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM, 2016), “as alterações sugeridas situam-se ainda dentro do modelo de controle penal de drogas, mas procuram reduzir o alcance da esfera repressiva, na linha do direito penal mínimo, sob a ótica jurídico-constitucional”

A exposição ao ambiente prisional facilita o vínculo com criminosos mais velhos, gangues e organizações criminosas, contribuindo também para a ampliação do estigma e para a criação de uma identidade criminosa. Com frequência, amplia a exclusão social, agrava as condições de saúde e reduz as habilidades sociais. Alternativas ao encarceramento dentro da comunidade (em hospital ou ambiente terapêutico residencial), tais como tratamento farmacológico com suporte psicossocial para a dependência de entorpecentes pode ser mais eficaz do que a prisão na redução de crimes relacionados à droga (GERRA; CLARK, 2010, p. 3).

Outra justificativa bastante associada à necessidade de repressão ao tráfico e ao consumo de drogas, com a premissa do encarceramento, é a promessa de alcançar resultados na redução de homicídios, o que, na prática, também não vem ocorrendo na sociedade brasileira.

No que diz respeito à mortalidade dos usuários de crack, identifica-se uma clara associação com a violência urbana. Pesquisa referencial nesse sentido foi realizada por Ribeiro e Lima (2012), constatando que a taxa de mortalidade entre usuários de crack na cidade de São Paulo entre 1992 e 2006 foi sete vezes superior à mortalidade da população em geral. A maioria morreu vítima de homicídio, superior a 50% das mortes, enquanto um quarto faleceu em decorrência da aids, sucedendo-se a morte por *overdose* e por hepatite B. É importante afirmar que tal padrão de mortalidade dos usuários de crack é distinto daquele observado nos usuários das outras formas de cocaína (SAPORI, 2014, 281-282).

Importa analisar que a relação entre uso de drogas e homicídios é bastante complexa, não sendo uma causalidade, pois a grande maioria das pessoas que usam drogas não terá nenhuma proximidade de risco de ser assassinada, haja vista que a dinâmica do tráfico de drogas para a classe média ou alta tem baixo teor de violência.

Na realidade, a combinação de uma série de fatores de riscos e vulnerabilidades, entre eles as dinâmicas financeiras do mercado de drogas ilícitas, a “guerra as drogas” instituída entre polícia e traficante, as situações de pobreza, o valor econômico da mercadoria em alguns territórios, pode gerar um contexto de práticas de homicídios.

As causas de homicídios não estão apenas vinculadas à “guerra as drogas”. Outras situações de conflito são determinantes para seus altos índices no país. Atualmente, “uma em cada dez vítimas de violência letal no mundo reside no Brasil” (RAMOS; MUGGAH, 2014, p. 5).

Com mais de 50 mil assassinatos por ano, o Brasil é um dos países mais violentos do planeta. A violência letal no país apresentou um preocupante aumento ao longo das últimas décadas: em 1996, a taxa de homicídios nacional foi de 24,8 por 100.000 habitantes e em 2011 atingiu a marca dos 27,1 por 100.000. O país também tem algumas das cidades mais violentas do mundo, destaque feito a alguns centros urbanos no nordeste que figuram regularmente em rankings internacionais de violência (RAMOS; MUGGAH, 2014, p. 5).

Para Abramoway (2015, p. 20), a situação dos homicídios no Brasil é a maior tragédia desde a escravidão. Ele relata que “em 2014, em nenhum país do mundo, sem guerra declarada, mais seres humanos mataram outros seres humanos do que no Brasil. Quase 60.000 pessoas foram assassinadas em nosso país” — quantitativo semelhante ao que os Estados Unidos perderam em toda a Guerra do Vietnam.

As inúmeras dificuldades para conseguir incluir o tema dos homicídios no centro da agenda política brasileira estão presentes em governos de todos os níveis, na sociedade civil organizada, na imprensa e em diversos outros setores da vida nacional. “A única explicação razoável para essa epidemia de indiferença diante do horror é o fato de que os mortos são invisíveis. São quase todos pobres, são em grande parte negros e jovens” (ABRAMOWAY, 2015, p. 20).

Ao observar os dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2015), percebe-se que políticas criminais mais duras não são efetivas na redução de homicídios. “Os últimos 15 anos, que marcam recordes sucessivos no número de brasileiros assassinados, também produziram recordes no número de presos, mostrando que o aumento indiscriminado da população carcerária tampouco é solução efetiva” (ABRAMOVAY, 2015, p. 21).

Nesse contexto de elevadas taxas de encarceramento, homicídios e variadas ofertas de drogas é possível observar que as políticas públicas de segurança pública e políticas sobre drogas — seu funcionamento e seus efeitos —, vêm cada vez mais sendo avaliadas por diversos especialistas nacionais e estrangeiros. A avaliação dessas políticas públicas está ganhando ampla visibilidade por conta de seus achados.

Segundo Abizanda e Hoffman (2012, apud SOUZA, 2007), a avaliação é fundamental para guiar a tomada de decisão sobre alocação de recursos e implementação de políticas

públicas. Além disso, se efetivamente conduzidas e disseminadas, as avaliações permitem um retorno mais constante, fortalecendo os mecanismos de prestação de contas com a sociedade.

Diante das constantes avaliações das políticas públicas atuais, é evidente que o abuso de drogas é um problema e um grande desafio mundial.

Não existe solução única, nem remédio milagroso. Prova disso é que mundo afora os países têm buscado soluções novas, que dialoguem com a complexidade do problema e a diversidade das necessidades dos cidadãos. Cientistas e clínicos, e a própria Organização das Nações Unidas (ONU), têm afirmado que é com apoio às famílias, solidariedade social e redução das desigualdades que vamos diminuir o problema das drogas. As novas experiências internacionais levam em conta que a questão do uso de drogas é considerada um fenômeno complexo que envolve questões sociais, familiares, pessoais e culturais e que qualquer forma de intervenção deve ter como principal foco a saúde com abordagem multidisciplinar, o aumento da oferta de cuidados e atenção aqueles que se encontram em sofrimento devido ao uso problemático de substâncias psicoativas ilícitas ou não, bem como a continuidade dos esforços de repressão aos grandes produtores, distribuidores e financiadores do tráfico de drogas (BRASIL, 2016, p. 30).

Os desafios para ampliar a visão nas políticas públicas sobre drogas, além da repressão ao tráfico e ao consumo, tornam-se sérios e urgentes. No próximo capítulo, aprofunda-se a análise das políticas públicas de atendimento a pessoas que usam drogas, principalmente os conceitos e estratégias de redução de danos que estão sendo adaptadas à realidade brasileira e incorporadas ao SUS e ao SUAS.

3 REDUÇÃO DE DANOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Antes da avaliação sobre o Programa Atitude é necessário, nesta seção, compreender o principal conceito que o fundamenta: a redução de danos. Para tanto, aprofundou-se a análise sobre os principais aspectos do conceito da redução de danos no cuidado de pessoas que usam drogas.

Buscou-se estudar de que maneira essa estratégia foi desenvolvida e adaptada em diferentes contextos, exaltando sua essência como uma clínica das possibilidades. Dessa forma, nas páginas a seguir se apresenta um breve percurso histórico do surgimento da redução de danos na Europa e sua chegada ao Brasil, bem como a maneira com que esse conceito transita e vem se estabelecendo nas políticas públicas brasileiras, principalmente no SUS e no SUAS.

3.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE REDUÇÃO DE DANOS

Em relação à trajetória histórica, segundo Abrams e Lewis (1999, apud POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2008, p. 12), a redução de danos “não chega a ser uma novidade na medicina. Hipócrates já orientava aos jovens médicos: *primum non nocere* (em primeiro lugar, não cause danos)”. Pode-se dizer que toda a medicina é baseada na redução de danos, pois muitas doenças não têm cura, apenas tratamentos de controle ou paliativos, como a diabetes, as dislipidemias e a maior parte dos cânceres. “Na verdade, a história da prática de saúde pública está centrada nas estratégias de redução de danos, desde a limpeza do suprimento de água até o rastreamento de doenças infecciosas” (ABRAMS; LEWIS, 1999, apud POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2008, p. 12).

Já faz algum tempo que ideias de redução de danos sobre consumo de drogas surgem em práticas de atenção à saúde. Uma das mais significativas remonta a 1962, na Inglaterra, com o Relatório do Comitê Rolleston (UNITED KINGDOM, 1926), que preconizou que a melhor maneira de tratar a dependência química seria diminuir gradativamente as doses das substâncias que os indivíduos ingeriam.

No que diz respeito à origem da [redução de danos], o Reino Unido foi pioneiro [...] um grupo de médicos recomendava a prescrição de heroína e cocaína para os dependentes com a finalidade de controlar os sintomas de abstinência. Tal prática foi proibida após o fim da primeira grande guerra (POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2008, p. 12).

Especialistas do Comitê de Rolleston, depois de dois anos de estudos, concluíram as recomendações para o tratamento de pessoas com dependência de opiáceos. “O Relatório Rolleston [...], como ficou conhecido, recomendava a administração controlada de morfina e heroína para diminuir o sofrimento decorrente da brusca retirada destas drogas, prática comum à época, e que em casos mais extremos pode levar até mesmo à morte” (PETUCO, 2014, p. 134).

Foi uma revolução no tratamento de pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas, baseado unicamente na abstinência. A realidade, contudo, impunha limites a esta abordagem. Inaugurava-se a “terapia de substituição”, primeira das estratégias de Redução de Danos. Com o tempo, este primeiro nascimento desdobrou-se em outras técnicas específicas. Uma prática amplamente difundida é a oferta de metadona para dependentes de heroína e morfina. Mais segura que outros opiáceos, a metadona permite ao usuário suportar melhor os efeitos da abstinência (PETUCO, 2014, p. 134).

Nos anos de 1970, diversos conflitos se intensificaram com o uso abusivo de drogas em países do continente Europeu, inicialmente em cidades como Amsterdã e Roterdã, na Holanda, e em algumas cidades britânicas, como Liverpool.

Outras cidades europeias, como Zurique, na Suíça, Frankfurt, na Alemanha e Barcelona, na Espanha, começaram mais tarde. Todas essas cidades enfrentavam problemas sérios com farmacodependentes, comunidades protestando, rede de atendimento inadequada e sensação de impotência e ineficácia da força policial. A [redução de danos], com seu foco no pragmatismo, pareceu ser a estratégia mais lógica a ser seguida (POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2008, p. 13).

Na década de 1980, com o surgimento da aids, a urgência e a lucidez foram necessárias para abrir um novo olhar, na prática, para a questão.

A transmissão e a disseminação do vírus entre usuários de drogas injetáveis passaram a ser uma ameaça para toda a sociedade, surgindo a necessidade de ações preventivas efetivas, cujos resultados não dependessem de aderência desses pacientes aos tratamentos que objetivavam a abstinência. Surgem os primeiros centros de distribuição e troca de agulhas e seringas na Holanda e Inglaterra, entre 1986 e 1987 (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006, p. 813).

Pollo-Araujo e Moreira (2008, p. 12) destacam que “o movimento que resultou na criação de tais centros, na Holanda, contou com a participação determinante de uma associação de usuários de drogas injetáveis, a *Junkiebond*. Segundo as autoras,

os usuários trouxeram a idéia que mudou a história da infecção por HIV em usuários de drogas injetáveis: trocar as agulhas e seringas usadas por novas. Desta forma, os usuários teriam acesso a um material de injeção mais seguro e garantiriam que o mesmo não ficasse espalhado. A idéia foi aceita, e essa iniciativa baixou radicalmente os índices de infecção dos usuários de drogas injetáveis por HIV na Holanda e, em seguida, na Inglaterra (POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2008, p. 12).

As mesmas autoras relatam que o primeiro centro de redução de danos, na Inglaterra, foi o Maryland Centre em Liverpool, onde, além da troca de seringas e agulhas e terapias de substituição, o psiquiatra John Marks desenvolveu um programa de distribuição de heroína para os dependentes dessa substância, retomando as orientações do Comitê Rolleston. Esse programa

reduziu drasticamente as mortes por overdose. A dose desejável de heroína é muito próxima da dose letal e a diferença de pureza da droga pode ser o suficiente para induzir a overdose. Dessa forma, a disponibilização controlada de heroína de pureza conhecida evitou que os usuários morressem por overdose, entre outros benefícios, como reduzir complicações por contaminação e afastar os usuários da criminalidade (POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2008, p. 13).

Há que se refletir acerca das políticas públicas para melhor compreender essa mudança de concepção em países da Europa diante do tema das drogas. Pode-se afirmar que, mesmo naquela época, foi um exemplo de valorização de avaliação de programa ou política pública. É perceptível que uma avaliação sobre como aquela política de saúde estava afetando os pacientes usuários de drogas, as críticas e a necessidade de melhorar a efetividade foram elementos fundamentais para encorajar tamanha mudança.

Segundo Souza (2006, p. 23) foi Laswell (1936) que, nos anos de 1930, introduziu a expressão análise de política pública, “como forma de conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo”. Weiss (1998, p. 33) define avaliação como “uma análise sistemática do processo e/ou dos resultados de um programa ou política, em comparação com um conjunto explícito ou implícito de padrões, com o objetivo de contribuir para o seu aperfeiçoamento”.

Diante das teorias atuais de avaliação de políticas públicas e salvaguardando as épocas, vale destacar que o respeito às avaliações epidemiológicas e de saúde possibilitaram o surgimento do conceito de redução de danos em países europeus. A constatação de que os métodos utilizados até então não respondiam satisfatoriamente às necessidades provocaram o aparecimento de novas alternativas.

Em 1989, ocorre a primeira tentativa de implementação de estratégias de redução de danos em terras brasileiras. O pioneirismo coube à cidade de Santos, que ostentava à época não apenas um grande número de pensadores e militantes da reforma sanitária brasileira em sua secretaria municipal de saúde, mas também a triste condição de uma das cidades com um maior número de casos de aids (PETUCO, 2015, p. 195).

A Prefeitura de Santos (São Paulo) desenvolveu programas de saúde voltados para usuários de drogas injetáveis, objetivando reduzir a contaminação por hepatite B e, posteriormente, por HIV, dando início a um programa de troca de seringas, tendo, porém, sido impedida pela justiça. E outras cidades inauguraram programas de redução de danos com troca de seringas, com destaque para Salvador (Bahia) na década de 1990.

Os soteropolitanos lograram êxito onde os santistas falharam, provavelmente porque a experiência baiana nasceu na academia, à qual se reconhece a tarefa de estudar tecnologias inovadoras. Em 1994, Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas (CETAD), um serviço de extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, recebe recursos da então Coordenação Nacional de DST/Aids; será a partir deste financiamento que o CETAD conseguirá tornar realidade, em 1995, o primeiro programa de troca de seringas do Brasil (PETUCO, 2014, p. 137-138).

Por meio dos diversos programas e projetos afins de redução de danos implantados em cidades brasileiras, muitos debates floresceram no campo acadêmico e nas políticas públicas, além da vivacidade dos movimentos sociais de redutores de danos — com destaque para a Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (Aborda) e a Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (Reduc) — que contribuíram para introduzir no país a redução de danos como uma estratégia de atenção aos usuários de drogas.

Cabe ressaltar que a participação dos movimentos sociais foi determinante para a inserção da redução de danos nas políticas públicas e, ao mesmo tempo, analisar que essas políticas vão além das ações governamentais.

Com o passar do tempo foram ampliadas as possibilidades de intervenções de redução de danos para ampliação da qualidade de vida. Compreendeu-se que essa estratégia na saúde pública não se fixa exclusivamente nas ações de trocas de seringas, mas se norteia por uma ética de cuidado com metodologias diversas de acordo com cada realidade, a partir da análise dos danos vivenciados e principalmente na escuta, no respeito e no diálogo com as pessoas que fazem uso de drogas.

As práticas de redução de danos foram sistematizadas e organizadas de acordo com princípios e diretrizes semelhantes nos diversos territórios brasileiros, como:

- Busca ativa pelo usuário nos locais onde vive e faz uso de drogas.
- Vínculo ético e afetivo que promove a confiança entre usuário e Agente de Prevenção como instrumento fundamental de trabalho.
- Abordagem não estigmatizante, não excludente, sigilosa e baseada na empatia do Agente Redutor de Danos com o usuário.
- Intervenção que respeita e promove a autonomia, reconhece o direito e o dever de escolha e estimula a responsabilidade de cada indivíduo.
- Realização de ações de educação em saúde que promovam novos modos de relação com as drogas a partir do estabelecimento de um compromisso, não ideal, mas possível e desejável, com a preservação da própria vida e com a saúde da comunidade (SANTA CATARINA, 2009, p. 162).

Uma das estratégias mais interessantes da redução de danos é o estímulo para que as pessoas administrem melhor sua relação com as drogas para garantir menos danos. Resultados importantes nessa direção foram observados com as drogas lícitas, a exemplo da campanha “se beber não dirija” e do estabelecimento de locais específicos para consumo de tabaco (cigarros), como os “fumódromos”. Nos dois casos, as ações vão além da conquista da abstinência: a estratégia não é parar de beber ou fumar, mas criar condições para que esse consumo seja reduzido ou se torne menos prejudicial, podendo evitar os agravos dos acidentes de trânsito resultantes do uso de álcool ou prejuízos aos fumantes passivos.

Essa ideia de administrar o uso pode também ser notada na sabedoria popular ou nas falas de artistas. O músico pernambucano Chico Science escreveu: “Tem a hora certa pra beber/ Uma cerveja antes do almoço é muito bom pra ficar pensando melhor”. Já o carioca Bezerra da Silva, quando se referia ao uso de *cannabis* (maconha), cantava: “Vou apertar, mas não vou acender agora/ se segura malandro que pra fazer a cabeça tem hora” e, ao alertar sobre os cuidados com uso de cocaína: “Tem gosto pra todo freguês/ Só não vale misturar/ Vai numa de cada vez/ não misture o paladar / Que *overdose* de cocada, até pode te matar” — na música é cocada boa.

Outro aspecto fundamental nas conquistas da redução de danos foi trazer a questão dos direitos humanos como coluna vertebral de todas as práticas nas políticas públicas para pessoas que usam drogas — garantir direitos ao invés de restringi-los —, considerando que uma pessoa com problemas com drogas não diminui sua condição de cidadão. Muitas vezes, os julgamentos preconceituosos frente a essas pessoas acabam por direcionar práticas equivocadas nas políticas públicas. “Os estigmas do *bêbado* e do *noiado*, por exemplo, imprimem marcas profundas sobre pessoas e famílias, com impactos tão sérios quanto os decorrentes do uso propriamente dito no organismo” (BRASIL, 2016, p. 49).

É perceptível que a ideia de redução de danos apresenta uma compreensão mais ampliada sobre a complexidade do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas, não buscando exclusivamente a abstinência, embora não a exclua, mas abrangendo outras formas de lidar com o assunto, tais como esclarecimentos sobre o uso protegido, a diminuição do consumo, a substituição por outras substâncias que causem menos agravos ou também a abstinência.

Diante do que foi exposto, é relevante destacar a aproximação dessa estratégia com a noção de cidadania inserida na essência da política de seguridade social brasileira, possibilitando melhor compreensão da relação existente entre as políticas públicas de saúde e de assistência social com a redução de danos.

3.2 REDUÇÃO DE DANOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para Fleury e Ouverney (2008), a cidadania pressupõe um modelo de integração e sociabilidade; consiste em um *status* concedido a todos os membros integrantes de uma comunidade política. Conceitos como liberdade, igualdade e solidariedade estão na raiz da evolução da cidadania, embora sempre de forma conflituosa.

A cidadania implica um princípio de justiça com função normativa na organização do sistema político, compreendendo que, nos Estados modernos, o poder é exercido em nome dos cidadãos, que devem legitimar a autoridade política.

A expansão da cidadania é parte do processo de democratização do sistema político. A cidadania é considerada um atributo central da democracia, uma vez que a igualdade é ampliada pela expansão do escopo da cidadania e cada vez mais pessoas têm acesso a essa condição. Paradoxalmente, o status político da cidadania foi estendido de forma conjunta com um sistema econômico fundamentado na diferenciação de classe baseada na propriedade (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 27).

A política social, como ação de proteção social, apresenta uma afirmação de valores humanos como ideais a serem tomados como referência para a organização das sociedades.

Tradicionalmente, as políticas sociais abrangem as áreas da saúde, previdência e assistência social, [...] aspectos da dinâmica de cada uma das áreas da política social são complexos e de extrema importância no desenvolvimento dos sistemas de proteção social, uma vez que são nesses aspectos que os sistemas adquirem forma concreta e agem diretamente sobre a realidade social (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 36).

A essência do modelo atual brasileiro para garantia de direitos e cidadania está na referência histórica do “Plano Beveridge”, de 1942, na Inglaterra, onde se estabeleceu, pela primeira vez, um novo modelo de ordem social baseado na condição de cidadania, segundo a qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado” (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 34). Nesse contexto, a proteção social assume a modalidade de seguridade social, designando um conjunto de políticas públicas que, inspiradas em um princípio de justiça social, garantem a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, socialmente estabelecido. “A Constituição Federal de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência” (PAIM, 2013, p. 1928).

Monnerat e Souza (2011, p. 42) entendem que, como resultado do movimento de redemocratização do país, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), “ao menos do ponto de vista normativo, ultrapassa a perspectiva de seguro social e inaugura a concepção de seguridade social” — entendida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

“A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como integrantes da Seguridade Social introduziu a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania. [...] A incorporação da noção de seguridade no Brasil implicou em um redimensionamento significativo das três políticas que a integram” (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 42), passando a considerar a ideia de que políticas públicas devem ser vistas “como ação coletiva movida pelo interesse público, devem ser portadoras de um ideal e um projeto civilizatório, no sentido de que não são motivadas apenas pela necessidade de resolver problemas sociais, mas fundamentalmente pela vontade de construir uma nação” (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 55)

Monnerat e Souza comentam que, no caso da saúde, o reconhecimento de que “a saúde é direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 1988)

marcou uma mudança significativa com o modelo securitário representado pela medicina previdenciária, ampliando, assim, a própria concepção de direito à saúde. Na assistência social, é preciso reconhecer que, pela primeira vez, esta adquiriu o estatuto de política pública, entendida como área de intervenção do Estado, o que abriu possibilidades de rompimento com o legado assistencialista (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 42)

Um dos pontos cruciais no campo da seguridade social é que “o setor de saúde apresenta-se como uma das áreas onde se configuraram embates técnicos e políticos, em torno dos projetos e das estratégias de reforma, em um processo complexo que se desdobra em vários níveis de governo” (PINTO, 2008, p. 14).

Com isso, os desafios para garantia de direitos, de cidadania, no campo do cuidado com pessoas que usam drogas, tornam-se complexos e também se traduzem na inserção da redução de danos na política de saúde pública brasileira.

3.2.1 Sistema Único de Saúde

É importante reconhecer que a incorporação de determinado conceito, como o da redução de danos, nas políticas públicas tem suas complexidades, uma vez que, segundo Souza (2006, p. 28), “cada tipo de política pública encontrará diferentes formas de apoio e de rejeição e que disputas em torno de sua decisão passam por arenas diferenciadas”.

Pode-se compreender que os conceitos de redução de danos foram incorporados pelas políticas públicas brasileiras, considerando a proximidade com o campo da saúde, de acordo com o que já estaria registrado na Constituição da República Federativa do Brasil (1988) no artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado 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”.

Nesse sentido, a redução de danos surgiu nas políticas públicas a partir do Sistema Único de Saúde. Na política pública de saúde no Brasil, a partir de 2004, a redução de danos passou a ser instituída de forma mais clara na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, reconhecida pelo Ministério da Saúde:

Redução de Danos (RD) é uma estratégia de saúde pública pautada no princípio da ética do cuidado, que visa diminuir as vulnerabilidades de risco social, individual e comunitário, decorrentes do uso, abuso e dependência de drogas. A abordagem da RD reconhece o usuário em suas singularidades e, mais do que isso, constrói com ele estratégias focando na defesa de sua vida (BRASIL, 2015, p. 39).

A íntima relação com os princípios da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica fez com que o conceito de redução de danos se tornasse familiar na rede assistencial do Sistema Único de Saúde, especialmente nos serviços de saúde mental e nos serviços de atenção básica. Uma das premissas da ética de cuidado da redução de danos é que “parte das pessoas que

consomem algum tipo de drogas (lícita ou ilícita) não consegue, ou não quer interromper o uso”, porém, “essa escolha não impede o direito ao cuidado e à saúde, conforme os princípios do SUS (Universalidade, Integralidade e Equidade)” (BRASIL, 2015, p. 39).

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como *um* método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros [...] aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando (BRASIL, 2003, p. 10).

Na implementação da reforma psiquiátrica brasileira, a redução de danos ganhou forma e método no cuidado a pessoas que usam drogas, contribuindo para um novo modelo de atenção à saúde, substitutivo ao modelo manicomial.

Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento. Entretanto, é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais. (BRASIL, 2004, p. 25).

O surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possibilitou materializar os avanços da reforma. “Sua característica principal é buscar integrá-los [os pacientes] a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu ‘território’, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares” (BRASIL, 2004, p. 9). Os CAPS são apontados como a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida quotidiana” (BRASIL, 2004, p. 14).

De acordo com o Ministério da Saúde, os Centros de Apoio Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSad), criados em 2002, “devem oferecer atendimento diário a pacientes

que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua”, sendo proposta dessa rede ter como base “serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos” (BRASIL, 2004, p. 24).

Nessa linha, os CAPSad realizam uma série de ações que incluem atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação) e atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. “Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar” (BRASIL, 2004, p. 24).

A lógica que sustenta tal planejamento deve ser a da Redução de Danos, em uma ampla perspectiva de práticas voltadas para minimizar as consequências globais de uso de álcool e drogas. O planejamento de programas assistenciais de menor exigência contempla uma parcela maior da população, dentro de uma perspectiva de saúde pública, o que encontra o devido respaldo em propostas mais flexíveis, que não tenham a abstinência total como a única meta viável e possível aos usuários dos serviços CAPSad (BRASIL, 2004, p. 24).

Importa registrar que a cidade do Recife, capital pernambucana, acumulou vasta experiência frente às políticas públicas sobre drogas, especialmente na rede de cuidado na saúde mental, por meio do programa “Mais Vida”, desenvolvido nas gestões na primeira década dos anos 2000.

Salienta-se que a natureza da política pública de saúde, em especial de saúde mental, recorre à execução, principalmente na esfera do executivo municipal. Essa situação aponta para os desafios de planejamento e implementação de políticas públicas.

Para um município ser capaz de criar e gerenciar Políticas Públicas de qualidade é necessário, além dos recursos financeiros, planejamento de longo prazo. [...] é importante que os atores políticos definam um objetivo e o melhor caminho para alcançá-lo. Isso facilitará a elaboração e execução das políticas, bem como permitirá uma integração entre elas, evitando ações contraditórias por parte da administração (CALDAS; LOPES; AMARAL, 2008, p. 30).

Considerando que o poder municipal é a esfera administrativa mais próxima da população, Caldas, Lopes e Amaral (2008, p. 31) entendem que “essa tarefa se torna mais fácil. Essa é uma das maiores vantagens das políticas municipais — sua proximidade com o

público alvo. Além disso, essa forma de construção garante maior aceitabilidade das ações governamentais”. Os autores citam, como instrumentos de planejamento municipal e de políticas públicas, o Plano Diretor, o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei de Orçamento.

O conceito de redução de danos tem sido consolidado como um dos princípios da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde; tanto que baixou as Portarias nº 1.028 e nº 1.059, em julho de 2005, determinando ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causam dependência, bem como os recursos financeiros para desenvolver essas ações nos CAPS (BRASIL, 2015).

A Portaria nº 1.028 (BRASIL, 2005) prevê, em seu artigo 4º, o estabelecimento de conteúdos necessários para as seguintes ações de informação, educação e aconselhamento: informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (overdose); prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias de padrão de transmissão similar; orientação para prática do sexo seguro; divulgação dos serviços públicos e de interesse público, nas áreas de assistência social e de saúde; divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos (BRASIL, 2005).

Outro avanço significativo e histórico foi a instituição de corresponsabilidades para toda a rede de atenção psicossocial no SUS, a partir do reconhecimento importância da redução de danos e do “apoio matricial” para pessoas que usam drogas, diferentemente da lógica do encaminhamento ou da referência e contrarreferência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos.

Acolher ou se disponibilizar para o outro é valorizar como o usuário se apresenta, é o serviço estar de porta aberta para o usuário, com suas vivências e seu sofrimento. Assim, gera uma atitude de reconhecimento do outro como legítimo interlocutor. É uma atitude transversal e não uma etapa do processo de trabalho no serviço, mais que receber ou realizar a triagem, nesse sentido, o acolhimento não é apenas um procedimento; portanto, não pode ser agendado para depois (BRASIL, 2015, p. 15).

Com a Portaria nº 3.088/2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, e definidos os objetivos específicos da RAPS: promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis; prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil (BRASIL, 2011).

Para o Ministério da Saúde, a redução de danos “não é uma estratégia isolada e sim uma incorporação nas ações do cotidiano do cuidado” e por isso “o usuário deve ser o protagonista de seu cuidado e o serviço deve atuar como fortalecedor de novas atitudes de vida, no qual o vínculo é encarado como estratégia primando à autonomia” (BRASIL, 2015, p. 41).

A redução de danos pode ser compreendida como uma ética fundamental no cuidado para desenvolver metodologias flexíveis, singulares e criativas com o intuito de minimizar as consequências dos agravos ocasionados pelo consumo das drogas, seja do ponto de vista da saúde, dos aspectos sociais e afetivos. É uma oportunidade de “inovar, sair do lugar/senso comum para a construção do cuidado, respeitando os usuários de drogas e apoiando seu protagonismo, valorizando os direitos humanos e construindo possibilidades baseadas na integralidade do cuidado e na intersetorialidade” (BRASIL, 2015, p. 44).

É interessante também fazer algumas associações sobre redução de danos em distintas áreas do saber, como na educação popular, pois é necessária a escuta com respeito e participação ativa dos usuários no desenvolvimento da política pública. O educador Paulo Freire, em sua obra *Pedagogia da autonomia*, dá sustentação à ideia de que é impossível compreender o outro se não houver um diálogo horizontal:

[...] se discrimino a mulher, a camponesa, a operária, não posso evidentemente escutá-las e se não as escuto, não posso falar *com* elas, mas a elas, *de cima para baixo*. Sobretudo, me proíbo entendê-las. Se me sinto superior ao diferente, não importa quem seja recuso-me a escutá-lo ou escutá-la (FREIRE, 1996, p. 136).

Nesse sentido, as estratégias de redução de danos “devem focar na **reinserção social** destes usuários para que, no âmbito individual, eles cheguem o mais próximo possível no

equilíbrio entre as suas mais diversas esferas da vida”, enquanto “no âmbito coletivo, todos nós nos direcionemos a uma sociedade com mais coesão social” (BRASIL, 2015, p. 43). Nesse contexto, a palavra redução adquire o significado de “**ampliação** nas possibilidades de cuidado e de novos projetos de vida!” (BRASIL, 2015, p. 43).

Para Petuco (2014, p. 144), “uma postura humilde, desprovida de receitas prontas, desconfiada de teorias que desenham os usuários de drogas a partir de perfis dados, é mais importante do que qualquer conhecimento técnico, teórico ou empírico”. O autor acrescenta:

Diante disto, a Redução de Danos propõe uma clínica radicalmente aberta, ampliando a noção de acolhimento para além da mera porta aberta, propondo um “ouvido aberto” para o que não gostaríamos de ouvir. Esta “clínica freireana” não é privilégio de redutores de danos: ela pode e deve ser efetivada por todo e qualquer trabalhador da saúde, da educação, da assistência social... (PETUCO, 2014, p. 143).

Essa diversidade de possibilidades de identificar a redução de danos em outras políticas públicas pode ser percebida na assistência social, principalmente pela essência dessa política de proporcionar estratégias que visem à redução de vulnerabilidades e à proteção social, ou seja, o contexto das pessoas que usam drogas e suas vulnerabilidades associadas são elementos centrais de enfrentamento de toda a política do SUAS, conforme demonstrado a seguir.

3.2.2 Sistema Único de Assistência Social

De modo diferente ao adotado pela saúde, que desenvolveu diretrizes sólidas pautadas na redução de danos e com serviços especializados para cuidar de pessoas que usam drogas, a assistência social — embora não haja em sua política nacional equipamentos específicos com essa finalidade —, considera esse público como usuário do SUAS.

Importa destacar a valiosa incorporação do SUAS, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas do governo federal, que implementou o Programa “Crack, é Possível Vencer” em 2012. Embora muitas análises apontem para equívocos na implementação desse programa, seja pelos termos utilizados, pelos mecanismos de repressão em cenas de uso ou pela forma da inserção política das comunidades terapêuticas, é fundamental observar os avanços conquistados a partir da estratégia intersetorial definida pelo governo federal:

[...] organizar as suas ações em três eixos: **prevenção, cuidados** — envolvendo as áreas de saúde e assistência social, **e autoridade** — envolvendo a segurança pública. O Programa Crack, é Possível Vencer possibilitou a implantação, a ampliação e a qualificação das ações das respectivas áreas envolvidas, de forma descentralizada, para estados, municípios e Distrito Federal, com a participação e cofinanciamento nos três níveis de governo (BRASIL, 2016, p. 11).

Outro fator relevante foi a publicação, pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), responsável pelo SUAS, em 2016, de um documento norteador, intitulado “Orientações técnicas de atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas”, cuja proposta central é

reconhecer que estas pessoas e suas famílias estão vivenciando uma série de vulnerabilidades e risco por violação de direitos como: como a fragilidade ou ruptura de vínculos; a convivência com a extrema pobreza; vivendo em situação de rua; baixa ou nenhuma escolaridade; pouca qualificação profissional e oportunidade de trabalho; moradia precária; não acesso a serviços essenciais; possuir alguma deficiência, doença mental ou outras doenças associadas; inexistência de documentos pessoais; convivência com ameaça de morte; falta de comida, abrigo, dentre outras, e que estas situações dificultam a sobrevivência, o acesso a serviços essenciais, inclusive a adesão a serviços especializados como tratamento de saúde, internação hospitalar, dentre outros (BRASIL, 2016, p. 47).

O MDS pondera que nem todas as demandas das pessoas usuárias de drogas são de exclusividade e competência da assistência social; os serviços devem articular-se com as outras políticas públicas no território para atuação conjunta.

Considerar a intersetorialidade no território para a **atenção integral** das condições apresentadas torna-se fundamental, além do envolvimento com parceiros e laços estabelecidos como: entidades sociais; grupos sociais; família original, ampliada ou estendida; amigos; grupos religiosos; núcleos de produção cultural, esporte, lazer, dentre outros (BRASIL, 2016, p. 47).

O protagonismo da assistência social no cuidado intersetorial com pessoas que usam drogas é de suma importância, principalmente quando se compreende a relevância de reduzir danos sociais, visto que a situação “de exclusão social agrava os problemas relacionados ao uso de drogas e que seu enfrentamento demanda a oferta de serviços que promovam o acesso a outros direitos fundamentais que, muitas vezes, não estão garantidos às pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas” (BRASIL, 2016, p. 35).

De forma sucinta, diríamos que as violações dos direitos humanos incidem particularmente sobre aqueles que, em função de iniquidades sociais de várias naturezas e determinadas por pertencimento a certa classe social ou gênero, opção sexual, religiosa etc., são objeto de estigmatização e/ou têm menor acesso aos meios/vias de afirmação/recuperação de seus direitos (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000, p. 73)

Infere-se que a relação da política pública de assistência social com o conceito da redução de danos está imbricada desde a concepção do SUAS, visto que a Política de Assistência Social (PNAS/2004) declara que “uma visão social de proteção [...] supõe conhecer os riscos, as vulnerabilidades sociais a que estão sujeitos, [...] os recursos com que conta para enfrentar tais situações com menor dano pessoal e social possível. Isto supõe conhecer os riscos e as possibilidades de enfrentá-los” (BRASIL, 2005, p. 15).

Na última década, a assistência social se materializou como uma política pública integrada de garantia de direitos e enfrentamento das desigualdades sociais no Brasil, principalmente na opção que se construiu em defesa da dimensão ética de incluir os “invisíveis”, de promover proteção social com foco em conhecer os riscos e as possibilidades de enfrentá-los. Trata-se de uma das mais significativas conquistas sociais garantidas por uma decisão política de governo — isso durante o mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

O público usuário da PNAS é formado por

cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (BRASIL, 2005, p. 33).

Na PNAS, a proteção social busca garantir a segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia), de acolhida e de convívio ou vivência familiar. A primeira diz respeito à garantia de que todos tenham uma possibilidade de sobreviver, independentemente de suas limitações para o trabalho ou do desemprego. Por acolhida, entende-se a provisão das necessidades humanas que começam com o direito à alimentação, ao vestuário e ao abrigo, próprios à vida em sociedade. A conquista da autonomia na provisão dessas necessidades básicas é o foco principal.

A segurança de vivência familiar ou a segurança do convívio compreende o comportamento gregário como próprio da natureza humana. É na relação com os outros que os indivíduos criam sua identidade e reconhecem a sua subjetividade. “A dimensão societária da vida desenvolve potencialidades, subjetividades, construções culturais, políticas e, sobretudo, o processo civilizatório” (BRASIL, 2005, p. 32).

O SUAS organiza suas ações por níveis de proteção: a proteção social básica (PSB), ofertada nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e em unidades referenciadas, e a proteção social especial (PSE), que pode ser de média e de alta complexidade. Na média complexidade os serviços são ofertados nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), nos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros POP), nos Centros-dia de Referência para Pessoa com Deficiência, Pessoas Idosas e suas Famílias e em unidades referenciadas ao CREAS. Na alta complexidade são ofertados serviços de acolhimento, em diferentes tipos de equipamentos, para atender a diversos perfis de usuários.

O Sistema Único da Assistência Social (SUAS), em implantação desde o ano 2005, vem avançando na qualificação de sua rede de serviços reafirmando princípios e diretrizes caros à Política Nacional de Assistência Social como o direito de cidadania e a **integralidade do sujeito**, o que permite o deslocamento do olhar focado nas drogas e seus usos, para os sujeitos. Trata-se de não fixar a atenção somente no que mais diretamente se relaciona com situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social, associada ao consumo de álcool e outras drogas, mas acolher as demandas reais dos sujeitos, inclusive naquilo que parece não ter relação específica com as drogas (BRASIL, 2016, p. 46).

É relevante considerar que o conceito de redução de danos no atendimento às pessoas que tem problemas com drogas na PNAS pode ser traduzido como intervenções redutoras de vulnerabilidades que se configuram como possibilidade de olhar de forma singular para cada sujeito.

A compreensão conceitual da redução de danos, tanto na política pública de saúde quanto na de assistência social, possibilita seguir para o próximo capítulo deste trabalho, na qual é apresentado o percurso desenvolvido para formulação e implementação de um programa de redução de danos na assistência social em Pernambuco denominado Programa Atitude.

4 PROGRAMA ATITUDE E O CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

À luz das teorias sobre políticas públicas, neste capítulo fazemos uma descrição a partir da análise dos documentos que norteiam o Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares (Atitude) do governo do estado de Pernambuco, bem como leis, decretos, projetos (editais), publicações, entrevistas, memorandos, jornais e relatórios técnicos, para compreender como surgiu e qual o contexto em que foi formulado.

É fundamental destacar que o autor desta dissertação foi gestor do Programa Atitude desde o início da formulação, nele atuando no período de 2010 a 2015. Diante disso, essa vivência também foi considerada como um dos recursos deste estudo que, guardando as devidas proporções, pode ser considerado como uma “etnografia” ou observação participante.

A observação participante combina simultaneamente a análise documental, a entrevista de respondentes e informantes, a participação e a observação direta e a introspecção. Consequentemente é um tipo de estratégia que pressupõe um grande envolvimento do pesquisador na situação estudada (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 28).

O processo de formulação de políticas públicas, também chamado de ciclo das políticas públicas, apresenta diversas fases que, na prática, interligam-se de tal forma que essa separação se dá para facilitar a compreensão do processo.

As funções gerais da criação de políticas públicas [...] consistem em cinco atividades essenciais: definição de agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação. Nessa concepção, as atividades das políticas não ocorrem em “estágios”, com uma progressão linear de um para o outro. Ao contrário, são conjuntos de atividades discretas, embora inter-relacionadas, em que os gestores públicos podem se envolver para alcançar os objetivos das políticas da sua sociedade e do seu governo (WU et al., 2014, p. 21).

Pinto (2008, p. 29) acentua que, para John Kingdon (1994), o ciclo de uma política pública “não parece incremental ou hierárquico, ou racional ou dirigido simplesmente por força e pressão política ou localizado em simples estágios cronológicos e, sim, por força das propriedades das preferências problemáticas, tecnologias pouco claras e participação fluida”. Apontado como principal formulador da teoria do ciclo da política pública, Kingdon “defende um modelo probabilístico [...] que o torna mais satisfatório do que o modelo determinístico, o reconhecimento do “resíduo randômico”, ou seja, a possibilidade de contar com o acaso na elaboração de propostas de políticas” (PINTO, 2008, p. 29).

Com a análise a seguir, busca-se compreender como foi definida a agenda do tema do cuidado com usuários de crack no governo de Pernambuco, bem como o processo de formulação da Política Estadual sobre Drogas e, concomitantemente, a do Programa Atitude.

4.1 DEFINIÇÃO DA AGENDA

A estrutura teórica do ciclo da política pública desenvolvida por Kingdon (1994) pode ser adotada como ponto de partida para a análise da etapa em que uma política pública é definida como item prioritário na agenda governamental, ou seja, as nuances que envolvem os estágios de pré-decisão, quando ocorre a progressão de uma questão da agenda sistêmica difusa para a agenda governamental e, por fim, para o estágio de decisão.

Nessa perspectiva, Kingdon (1994) focaliza sua análise, tomando como ponto de partida a compreensão de que o processo decisório sempre emana de duas questões: onde surge a demanda e quem participa do processo de definição da agenda.

Toda sociedade tem uma série de problemas que alguns cidadãos acreditam serem questões de interesse e a respeito dos quais o governo deve fazer algo. Desses, apenas uma pequena proporção é realmente absorvida no desenvolvimento de políticas públicas. Para Pinto (2008, p. 29), “de acordo com a teoria do ciclo da política pública, o caminho seguido começa com a elaboração de uma agenda, onde interesses e propostas são colocados na ‘mesa’ de negociações”. Nesse estágio, definem-se “preferências que são adaptadas ao projeto político governamental, seguido das etapas de formulação de propostas, escolha de alternativas e implementação das políticas públicas” (PINTO, 2008, p. 29).

Uma agenda é uma lista de questões ou problemas aos quais agentes governamentais e outros membros na comunidade de política pública estão atentando em certo momento. A definição de agenda implica determinado governo reconhecer que um problema é uma questão “pública” digna de sua atenção [...] Os itens da agenda diferem bastante, dependendo da natureza das circunstâncias econômicas e sociais em que as pessoas vivem e os governos atuam (WU et al., 2014, p. 30).

Vale salientar que a agenda muitas vezes

é descrita como o processo pelo qual as demandas de vários grupos da população são traduzidas em itens que os governos consideram para a ação. Essa definição está intimamente ligada com a ideia de que a criação de políticas públicas é orientada principalmente pelas ações de atores não governamentais, às quais os gestores do governo reagem. No entanto, evidências empíricas mostraram que, em muitos casos, preocupações sobre certos problemas de políticas são na verdade criadas por membros dos governos, em vez de por grupos sociais (WU et al., 2014, p. 30).

Destaca-se que a inserção da agenda governamental sobre cuidados com usuários de crack sofreu considerável influência de serviços destinados à população jovem em situação de rua e/ou de risco social na Região Metropolitana do Recife. Tais serviços estão inseridos na proteção social especial da política de assistência social e consistem na abordagem social nas ruas e centros da juventude onde são oferecidas atividades lúdicas, esportivas, artísticas, culturais, de convivência comunitária, inclusão produtiva, entre outras.

Entre 2009 e 2010, principalmente no Centro da Juventude em Santo Amaro¹, na capital pernambucana, foi identificado, pelas equipes de abordagem social dessa unidade, um aumento significativo do consumo de crack nas ruas e nas comunidades atendidas. Além do consumo, também foram diagnosticadas demandas de proteção devido às ameaças de morte, ocorridas principalmente por dívidas no tráfico de drogas.

Com o relatório de atividades dessas equipes é possível ilustrar essas situações a partir de um episódio ocorrido na “favela” do Coque, quando uma das equipes realizou uma “busca ativa” de duas pessoas, uma mulher e um homem, que estavam ameaçadas de morte por dívidas no tráfico. A primeira era uma mulher jovem, mãe de uma criança (menina) de aproximadamente três anos de idade.

No momento da visita a filha estava sentada procurando comida em alguns sacos de lixo, que estavam espalhados pela “casa”, com os pés sendo banhados pelas águas do esgoto que passava no meio da ‘cozinha/banheiro’. A mãe estava fumando crack, mas recebeu com simpatia a equipe, relatou que estava com muito medo de ser assassinada porque pegou ‘bolsas de pedra’ para vender, porém havia consumido tudo. Durante a visita alguns disparos de tiros ocorreram nas mediações, foi um momento muito tenso para todos, tanto para a equipe quanto para a família na residência. A jovem mãe comentou “mataram mais um noiado, tá vendo! A próxima sou eu!” (PERNAMBUCO, 2010).

Outras situações semelhantes foram observadas em comunidades diferentes, como em Santo Amaro, Linha do Tiro, Córrego da Bica e Peixinhos. Em geral, é possível diagnosticar que as pessoas usuárias de crack, em determinados contextos, estavam em sociabilidades

¹ O Centro da Juventude de Santo Amaro atende 500 jovens diariamente. Ressalta-se que o bairro de Santo Amaro, em Recife, tinha uma das maiores taxas de homicídios do estado nesse período.

bastante violentas com o mercado de drogas, considerando que a principal causa de morte registrada nesse público era de homicídios.

Nesse mesmo período, diversas demandas semelhantes advinham de lideranças comunitárias, organizações não governamentais (ONGs), imprensa local, policiais, famílias. No âmbito do executivo estadual, essas demandas eram tratadas principalmente nas secretarias de assistência social e saúde, cujas equipes faziam articulações com serviços municipais. Parte significativa desses casos tinha relações com a violência e o tráfico, sendo que a necessidade de proteção à vida se tornava mais imediata do que a necessidade de reduzir o consumo. A maioria foi referenciada para os CAPSad, comunidades terapêuticas e serviços de acolhimento institucional (abrigos).

Um desses casos teve bastante repercussão na mídia e envolveu um jovem, de aproximadamente 20 anos, residente no Córrego da Bica em Nova Descoberta/Recife, cuja mãe solicitou ajuda à imprensa, ao prefeito, ao governador, a toda a população, pois acorrentava seu filho em casa para que parasse de usar crack e cometer furtos. A equipe de abordagem social esteve na residência da família, atendeu o jovem e fez o encaminhamento para uma comunidade terapêutica, na época financiada pelo Estado, porém, dias depois, o jovem saiu da instituição e retornou para sua comunidade. Era domingo, dia das mães de 2010.

[...] foi assassinado na madrugada deste domingo com 31 tiros, próximo ao terminal de ônibus, no bairro do Vasco da Gama, na zona norte do Recife (PE). Ele ficou conhecido em Pernambuco depois que canais de TVs do Estado mostraram imagens do jovem acorrentado pela própria mãe, numa tentativa desesperada de livrar o filho do vício das drogas. A vítima já havia sido denunciada à polícia pelos próprios pais por consumo de crack. O caso foi registrado no dia 14 de abril. A mãe manteve [...] em cárcere privado acorrentado para não ver o filho voltar às ruas em busca da droga e para praticar furtos (FREITAS, 2010).

Diante da confrontação com questões relacionadas ao uso abusivo e ao mercado do crack, das pressões de lideranças comunitárias, da imprensa local, das recomendações de conselhos das políticas públicas, dos profissionais dos serviços de saúde e assistência social, em maio de 2010 o governador do estado solicitou aos gestores governamentais a elaboração imediata de um plano de ação de enfrentamento ao crack.

Esse momento foi considerado como a abertura, mesmo que trágica, de uma janela de oportunidade para incluir o tema na agenda governamental, considerando que a definição da agenda é um “processo que não é linear; [...] é político e, ao mesmo tempo, técnico; [...]

ocorre dentro de uma complexa rede de atores estatais e sociais” (WU et al., 2014, p. 31). Segundo Kindgon (1994), um mecanismo importante para evidenciar um problema pode ser uma crise real que o governo não pode ignorar, um desastre ou qualquer evento capaz de chamar a atenção das pessoas.

Vale salientar que, segundo Wu et al. (2014, p. 22), “a formulação de políticas públicas envolve o desenvolvimento de alternativas para possíveis cursos de ação governamental destinadas a tratar de problemas na agenda do governo”. Os autores acrescentam que “os formuladores de políticas geralmente enfrentam janelas de oportunidade de curta duração para encontrar soluções viáveis devido à competição por sua atenção e/ou urgência dos problemas que enfrentam” (WU et al., 2014, p. 22).

4.2 A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL SOBRE DROGAS E DO PROGRAMA ATITUDE

A formulação da Política Estadual sobre Drogas e, conseqüentemente, do Programa Atitude, teve sua origem a partir da construção do Plano do Governo de Pernambuco, em 26 de maio de 2010, intitulado “Plano de ações sociais integradas de enfrentamento aos problemas decorrentes do uso de crack”, no qual o governo assumiu o compromisso de enfrentar o problema do avanço do consumo e do tráfico de crack em Pernambuco.

Após uma atitude desesperada de uma mãe que chegou a acorrentar o filho para mantê-lo longe do mundo das drogas, foi lançado, na tarde desta quarta-feira (26) o Plano de Ações Sociais Integradas de Enfrentamento ao Crack, no Palácio do Campo das Princesas, centro do Recife (GOVERNO..., 2010).

O governo federal também lançou, na mesma semana, em 20 de maio de 2010, o Decreto nº 7.179, que instituiu o Plano Nacional Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, provavelmente oriundo de articulações políticas entre os chefes do executivo federal e estadual.

Um plano é a soma dos programas que procuram objetivos comuns, ordena os objetivos gerais e os desagrega em objetivos específicos, que constituirão por sua vez os objetivos gerais dos programas. Ele determina o modelo de alocação de recursos resultante da decisão política e dispõe as ações programáticas em uma sequência temporal de acordo com a racionalidade técnica das mesmas e as prioridades de atendimento [...]. O plano inclui a estratégia, isto é, os meios estruturais e administrativos, assim como as formas de negociação, coordenação e direção” (COHEN; FRANCO, 1993, p. 86).

Dezoito metas foram instituídas no Plano de Enfrentamento ao Crack do governo de Pernambuco, com previsão de execução no período de 2010 a 2015. Entre as metas havia ações de prevenção, financiamento dos serviços de saúde mental e assistência social, inclusão produtiva, educação permanente e repressão qualificada com inteligência. Para gerir o Plano foi criada uma Câmara Técnica Intersetorial específica sobre o tema, coordenada pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, composta por representantes de várias secretarias — entre elas as de saúde, educação, segurança e trabalho — para atuar de forma contínua na implementação do processo de construção e monitoramento das políticas públicas sobre drogas.

Importa salientar que a criação de grupos de trabalho ou comitês interinstitucionais podem contribuir para “uma formulação eficaz de políticas públicas, especialmente quando um problema pode ser da responsabilidade de uma agência, mas tem implicações para muitas outras com poder suficiente para travar a proposta durante a tomada de decisão ou implementação” (WU et al., 2014, p. 74).

A primeira tarefa da Câmara foi articular com o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (Cepad), convocação e organização de seis conferências regionais sobre drogas, com o objetivo de elaborar uma política estadual sobre drogas. Ainda em 2010, as conferências foram realizadas de modo descentralizado, contemplando as regiões do Sertão, Agreste, Zona da Mata e Região Metropolitana do Recife, além da conferência estadual na capital pernambucana.

As conferências foram marcadas, principalmente, pelo respeito aos direitos humanos, resultando em diretrizes estratégicas nesse âmbito, que, depois de compiladas, deram origem à Lei nº 14.561/2011, que instituiu a Política Estadual sobre Drogas.

Fica instituída, no âmbito do Poder Executivo, a Política Estadual sobre Drogas, que tem por finalidade estabelecer princípios e diretrizes para o fortalecimento e integração das ações de saúde, educação, trabalho, justiça, assistência social, comunicação, cultura e defesa social, no âmbito governamental e não governamental, destinadas à prevenção e enfrentamento dos problemas decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas (PERNAMBUCO, 2011).

Em paralelo à construção da Política Estadual sobre Drogas, em julho de 2010, profissionais que estavam no cotidiano dos usuários no então serviço de abordagem social do estado e dos centros da juventude desenvolveram um projeto inicial, como uma das metas do plano que viria a ser o projeto-piloto do Programa Atitude.

Em julho de 2010, novos dispositivos foram iniciados para o atendimento aos usuários de drogas. Com base nas diretrizes da política de assistência social, eram organizados em diferentes modalidades. Funcionavam três centros de convivência, denominados Centro de Referência e Acolhimento aos Usuários de Drogas (CRAUD), cada um composto por três equipes de consultórios de rua. Esses serviços estavam localizados nos municípios de Recife, Bom Jardim e Floresta.

Os centros funcionavam de segunda a sábado, das 8 às 20 horas, como centros de convivência de baixa exigência, com estratégias de práticas socioeducativas, redução de danos, tecnologia leve, oferecendo também banho, alimentação, descanso. Já os consultórios de rua realizavam atendimento nas cenas de uso de álcool, crack e outras drogas, com objetivo também de articulação com a rede de serviços.

Além dessa estrutura, foram implantados dois Centros de Atendimento aos Usuários de Drogas (CAUD), localizados nos municípios de Igarassu e Caruaru, com funcionamento 24 horas e com o objetivo de acolhimento integral durante alguns meses. Todos esses serviços funcionavam com equipe multidisciplinar e eram de caráter regional, ou seja, atendiam municípios nas regiões mais próximas.

A partir das discussões e diretrizes geradas nas conferências, da experiência prática desse projeto-piloto, do diálogo permanente com as pessoas usuárias de crack e outras drogas, foi possível transformá-lo na estrutura atual do Programa Atitude.

Um programa é o resultado de uma combinação complexa de decisões de diversos agentes. É claro que, nessa cadeia de interações, a concepção original, tal como apresentada na formulação, é, sem dúvida muito importante, porque as decisões tomadas durante esta fase já excluíram diversas alternativas possíveis (ARRETCHE, 2001, p. 47).

O Programa Atitude foi criado em setembro de 2011 pelo governo do estado de Pernambuco, envolvendo a Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos. Atua com estratégias de prevenção e assistência e tem como principal objetivo garantir direitos às pessoas que usam drogas, principalmente o usuário de crack, a proteção social, desde cuidados primários, passando pela preservação da sua integridade física e pelo estímulo ao convívio socioafetivo.

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Estado de Pernambuco, o Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares – PROGRAMA ATITUDE, inserido na Proteção Social Especial de Alta Complexidade da Assistência Social, vinculado ao Plano Estadual de Segurança Pública - Pacto Pela Vida como estratégia de prevenção e assistência prevista na Política Estadual sobre Drogas, instituída pela Lei nº 14.561, de 26 de dezembro de 2011 (PERNAMBUCO, 2013a).

O Programa Atitude, com um investimento aproximado de R\$ 15 a 20 milhões/ano, foi formalizado posteriormente pelo Decreto nº 39.201/2013, com atuação planejada em bases territoriais e por beneficiários os usuários de crack e outras drogas, em situação de vulnerabilidade, risco pessoal e/ou social, associada à violência e à criminalidade decorrentes do uso de drogas, bem como seus familiares (PERNAMBUCO, 2013a).

O PROGRAMA ATITUDE tem como diretrizes: I - priorização dos universos populacionais de maior vulnerabilidade, risco pessoal e/ou social associados à violência e à criminalidade decorrentes do uso de drogas; II - promoção da autonomia do cidadão, da convivência familiar e comunitária, bem como de seu direito de acesso a serviços públicos de qualidade; III - centralidade na família, compreendendo os diversos arranjos familiares; IV - respeito à dignidade humana e garantia de atendimento sem preconceito ou discriminação de qualquer natureza; e V - promoção dos fatores de proteção social e de redução de riscos indutores de violência (PERNAMBUCO, 2013a)

Os conceitos da redução de danos e da assistência social foram centrais na formulação do Programa e podem ser sintetizadas em alguns aspectos: o foco não está exclusivamente na conquista da abstinência, mas na promoção da qualidade de vida; concepção de baixa exigência, segundo a qual não é apenas o usuário que precisa se adaptar ao serviço, mas o serviço também precisa se adaptar ao usuário; criação de novas estratégias de redução de danos aos contextos de violência e necessidade de proteção social; interdisciplinaridade entre os saberes, integralidade entre os serviços da mesma política pública e intersetorialidade entre as políticas públicas.

Nessa proposta de formulação, o Programa se configura como uma estratégia de prevenção à violência terciária, pois, como explica Sento-Sé (2011), com base nas considerações de Brantingham e Faust (1976), há três níveis de abordagens de prevenção à violência: primária, secundária e terciária. “A prevenção primária é concebida como uma abordagem abrangente, que articula ações a partir da identificação de áreas e públicos potencialmente sujeitos a serem arrastados pela violência, antes que ela instaure-se efetivamente”, sendo a secundária “mais circunscrita [...] diria respeito a populações e regiões identificadas como portadoras de características passíveis de serem identificadas como zonas

de risco” (SENTO-SÉ, 2011, p. 21-22). Já a prevenção terciária remete a “iniciativas focadas em áreas conflagradas ou identificadas como espaços recorrentes de episódios criminais com populações reconhecidas como vítimas ou agressoras consumadas” (SENTO-SÉ, 2011, p. 22).

O direcionamento das intervenções do Atitude foi formulado para estar vinculado à análise das dimensões dos riscos, o que possibilita criar estratégias singulares de proteção. Essa análise das dimensões de riscos varia desde a situação de rua vivenciada, de pobreza, de vínculos familiares/sociais, de moradia, como também a análise das relações de violência. De acordo com o Sistema Estadual de Proteção a Pessoas Ameaçadas de Morte, vinculado à Secretaria de Direitos Humanos, é possível estabelecer três dimensões de ameaças e suas respectivas intervenções.

A primeira dimensão é se a ameaça é *localizada* em determinado território/comunidade/bairro, ou seja, a saída desse território geográfico e a ida para outro diminuem consideravelmente a exposição à violência. Esse tipo de ameaça é a mais comum no Atitude, geralmente devido a dívidas de usuários a traficantes em mercado de crack/drogas no pequeno varejo.

A segunda dimensão é se a ameaça é *abrangente*, ou seja, a ameaça vai além do território geográfico/bairro/comunidade — para esses casos é necessária a mudança para outra cidade. Essa é uma demanda frequente no Atitude e geralmente ocorre quando as pessoas ameaçadas têm algum tipo de vínculo com o tráfico, situações em que pegaram quantidades de drogas em consignação para vender, acabaram consumindo e não pagaram, ou coisas do tipo.

A terceira dimensão se caracteriza pela ameaça *persecutória*, ou seja, as pessoas que estão ameaçando vão perseguir o usuário mesmo em outra cidade. Nesses casos é necessária a mudança de estado e outros recursos, fora do Programa. Geralmente são casos em que a pessoa ameaçada tem informações privilegiadas sobre o tráfico ou sobre pessoas influentes com a polícia.

Em suma, o Programa se vincula à política de assistência social, integrando referencial central da redução de danos e conceitos de prevenção à violência, com o objetivo principal de reduzir vulnerabilidades. Dessa forma, organiza-se em quatro tipos de serviços: Atitude nas ruas, centros de acolhimento e apoio (24 horas), centros de acolhimento intensivo (24 horas) e aluguel social/república.

4.2.1 Atitude nas ruas

O Atitude nas ruas é ofertado nas áreas com maior índice de homicídios, como um

serviço especializado em abordagem social, caracterizado por ser móvel/itinerante e territorializado, ofertado de forma continuada e programada, com objetivo de construir processos de vinculação dos usuários para a redução de riscos e de danos em relação ao uso abusivo ou dependência de drogas, seja em praças, ruas, terminais de ônibus, trens, metrô ou outros espaços públicos de circulação de pessoas e existência de comércio e atividades laborais, possibilitando encaminhamentos e informações sobre a rede de serviços disponíveis, além de acolher e realizar busca ativa dos usuários de drogas, no intuito de promover ações de prevenção e cuidados primários às pessoas com problemas decorrentes do uso de crack e/ou outras drogas no próprio espaço rua/comunidade, estando vinculado ao Centro de Acolhimento e Apoio (PERNAMBUCO, 2013a).

No primeiro semestre de 2015 o serviço era composto por 15 equipes com três profissionais cada. Tendo em vista os objetivos do serviço, a metodologia utilizada privilegia a escuta dos usuários, procurando estabelecer uma relação de confiabilidade com o serviço e viabilizar sua participação nas atividades oferecidas, bem como focar na participação com a rede de serviços de saúde e assistência social, na perspectiva da garantia de direitos. Diante das ações nos espaços públicos, devem-se respeitar as características do local, de espaços não convencionais, assim como a dinâmica e a cultura dos grupos/usuários atendidos frente às atividades desenvolvidas. Utilizam-se insumos para facilitar as abordagens, tais como água, água de coco, suco e preservativos.

As atividades oferecidas incluem conhecimento do território; desenvolvimento de atividades lúdicas e educativas nos espaços não convencionais (ruas e comunidades); oficinas de redução de riscos e de danos; proteção social proativa; informação, comunicação e defesa dos direitos; escuta, orientação e encaminhamento para a rede de serviços locais (rede socioassistencial, políticas públicas setoriais, sistema de garantia de direitos).

Um fator crítico a ser considerado é a semelhança com outros serviços nas políticas públicas, como os consultórios na rua, na saúde, e abordagem social na assistência social. Ao mesmo tempo em que o Atitude nas ruas inaugura um diferencial em dar mais atenção aos aspectos de prevenção à violência, também tem o risco de repetir e fazer sobreposição de ações. Por isso, esses serviços precisam manter permanente diálogo para potencializar as singularidades e articulações em redes.

4.2.2 Centro de Acolhimento e Apoio

Serviço com referências de casa de passagem, prestando serviços 24 horas por dia, com princípios de redução de danos, estratégias de tecnologia leve, de “baixa exigência”, voltado para o acolhimento dos usuários de drogas (e seus familiares) que estejam em situação de vulnerabilidade social, situação de rua. Tem como finalidade a garantia de direitos, assegurar acolhimento singularizado, descanso, higiene, alimentação, cuidados primários, na perspectiva do direito à convivência e proteção social às pessoas que fazem uso de crack e outras drogas.

PROGRAMA ATITUDE NO CENTRO DE ACOLHIMENTO E APOIO: serviço territorializado, com endereço fixo, funcionando na modalidade de casa de passagem, voltado para o acolhimento aos usuários de drogas e seus familiares, que estejam em situação de vulnerabilidade, risco pessoal e/ou social, caracterizado pelo atendimento singularizado, descanso, higiene, alimentação e cuidados primários, funcionando 24 (vinte e quatro) horas por dia e com acolhimento por curto prazo, visando à redução de riscos e de danos em relação ao uso abusivo ou dependência de drogas, além de encaminhamentos para as redes do Sistema Único de Saúde - SUS e do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, conforme o caso (PERNAMBUCO, 2013a).

É um serviço com conceito de “portas abertas”, menos exigências e garantia de mais direitos, sem impor a abstinência como condição de acolhimento e procurando promover melhor qualidade de vida; não exige documentação pessoal e providencia a obtenção dessa documentação; não discrimina as pessoas por estarem sujas e oferece condições para banho e lavagem de roupas; não obriga os usuários a participar de todas as atividades, mas procura garantir a convivência, respeitando o modo de ser de cada um; não exige que a pessoa chegue “descansada” e oferece quartos com camas para descanso diurno e acolhimento noturno.

Os centros de apoio foram inspirados, com adaptação local, nos *Drop Inn Centers* desenvolvidos com referenciais de redução de danos em vários países do mundo.

Outra alternativa muito usada pelo mundo todo, e boa opção a ser implantada no Brasil, são os Drop Inn Centers, talvez traduzidos como casas de acolhimento. Neles os usuários podem tomar banho, comer, assistir TV, ler, passar o tempo com jogos como dama ou xadrez e até mesmo acessar Internet. Um local acolhedor [...] com portas sempre abertas à população atendida. [...] Superseguras, porque são como espaços de proteção para os usuários, elas tornam-se portos-seguros para aqueles que foram excluídos das escolas, das famílias, dos empregos ou de outras formas de convivência social. Lá eles podem passar o dia e recuperar parte da dignidade perdida (MESQUITA, 2012, p. 18).

Oferece atendimento socioassistencial, com equipe interdisciplinar, visando à redução de riscos e de danos em relação ao uso nocivo/dependência de drogas, além de referenciar para a rede SUS e Suas, conforme cada caso. No primeiro semestre de 2015, o estado de Pernambuco contava com cinco centros 24 horas, com mínimo de 30 usuários por dia e 15 usuários para o pernoite.

Utiliza uma metodologia participativa e flexível, com o intuito de favorecer a construção progressiva da autonomia, da inclusão social e comunitária, além do desenvolvimento de capacidades adaptativas para redução dos riscos e dos danos em relação ao uso de drogas. Oferece uma tecnologia leve, criando estratégias educativas e de promoção de autocuidado e cidadania. De acordo com as características do público atendido e a transitoriedade deste no serviço, as ações desenvolvidas devem ser organizadas com certa flexibilidade, com baixa exigência, a fim de estimular, mas não obrigar, a participação do usuário nas atividades ofertadas.

Algumas características precisam ser observadas no desenvolvimento desse serviço. Ao mesmo tempo em que se torna inovador pela sua dinamicidade e flexibilidade em cuidar das pessoas, a diminuição das exigências provoca nos usuários a sensação de que não há tipo algum de exigência, ou seja, os contratos de convivência precisam cotidianamente ser (re)pactuados para garantir seu objetivo de redução de vulnerabilidades. A possibilidade de haver semelhança com os serviços dos CAPS na saúde mental também é um risco possível, considerando que a ética do cuidado é semelhante, porém, a singularidade de cada modalidade é bastante visível.

4.2.3 Centro de Acolhimento Intensivo

Serviço de moradia provisória coletiva, garantindo a proteção integral/abrigo e atendimento a usuários de drogas com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, com grande exposição à violência, que vivenciam situações de ameaça e conflitos decorrentes do uso de crack e/ou outras drogas, oferecendo um ambiente favorável ao estabelecimento de vínculos e à restauração biopsicossocial do usuário. O serviço tem caráter regional, prestando atendimento 24 horas por dia.

PROGRAMA ATITUDE NO CENTRO DE ACOLHIMENTO INTENSIVO: serviço na modalidade de acolhimento institucional, garantindo abrigo, proteção e atendimento a usuários de drogas com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, com grande exposição à violência, que vivenciem situações de ameaça e conflitos decorrentes do uso de crack e/ou outras drogas, prestando serviço 24 (vinte e quatro) horas por dia e com acolhimento por médio prazo, objetivando oferecer um ambiente favorável ao estabelecimento de vínculos e à restauração biopsicossocial do usuário (PERNAMBUCO, 2013a).

Tem como objetivos sensibilizar o público atendido, motivando-o a aderir ao tratamento da dependência química promovido pela rede de saúde; acolher institucionalmente o usuário, sobretudo os que vivenciam situações de ameaça e conflitos decorrentes do uso de crack e/ou outras drogas, visando à diminuição e/ou cessação do uso; contribuir para o desenvolvimento de habilidades e potencialidades por parte dos usuários, buscando a reinserção social e inclusão produtiva; promover cursos e acesso à rede de qualificação e requalificação profissional com vistas à reinserção social e inclusão produtiva; (r)estabelecer vínculos familiares e/ou sociais; contribuir com o processo de formação e reconhecimento da sua cidadania e seus direitos; sensibilizar os usuários para a importância da construção de novos projetos de vida, atrelando o enfrentamento a situações de risco e ampliação dos fatores de proteção; promover ações que fortaleçam autoestima, independência e autocuidado dos usuários; promover o acesso a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacionais, internas e externas, relacionando-as a interesses, vivências, desejos e possibilidades do público; favorecer o surgimento e o desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que a conquista de autonomia seja fortalecida; servir de apoio para o desenvolvimento do aluguel social.

Tem abrangência regional e tempo de permanência que varia de dois a seis meses. Estabelece-se como instrumento norteador da permanência e do cuidado prestado a cada pessoa acolhida nos serviços por meio do plano individual/familiar de atendimento assistencial e do projeto terapêutico singular.

O reconhecimento de que os sujeitos são agentes sociais portadores de novas identidades coletivas, implica desenvolver e implementar novos paradigmas. Os espaços públicos de convivência, os centros, passam a ser vistos como espaços fundamentais na (re)construção da identidade social, vitais para a socialização de práticas cidadãs, potencialmente libertadoras.

Em 2014, o serviço foi ampliado com a inauguração de um novo centro de acolhimento intensivo exclusivo para mulheres, principalmente gestantes, acolhendo seus

filhos recém-nascidos ou crianças pequenas. Em 2015 o Programa tinha a capacidade instalada de seis centros de acolhimento intensivo, com mínimo de 30 pessoas acolhidas dia/noite.

A dinâmica desses centros se caracteriza pela semelhança com o Serviço Residencial Comunitário, que provê um tipo de moradia com convivência coletiva. Eventualmente mostra semelhanças com um abrigo ou, em alguma medida, com uma comunidade terapêutica laica.

Como a maioria das pessoas acolhidas nesses centros busca a abstinência, principalmente de crack, e a proteção à vida, existe um risco de as equipes técnicas valorizarem a permanência das pessoas na casa e buscarem pouco a articulação e atividades extra espaço.

4.2.4 Aluguel social

O aluguel social no Programa Atitude é uma oferta de moradia assistida,

caracterizando-se como um espaço residencial alugado ou um acolhimento institucional na modalidade de república, voltado para 1 (um) até 4 (quatro) usuários, com ou sem familiares, que não tenham condições de moradia e/ou que estejam com seus vínculos fragilizados ou rompidos, tendo tempo de permanência de até 6 (seis) meses, podendo ser renovado por igual período (PERNAMBUCO, 2013a).

Seus objetivos são: acompanhar as pessoas acolhidas em situações de vulnerabilidade social temporária, prestando assistência social emergencial; possibilitar o resgate da autonomia, de direitos, da autoestima e a reconstrução dos seus projetos de vida; garantir o acesso às políticas públicas, tais como educação, saúde, assistência social.

São desenvolvidos contratos de convivência com cada pessoa acolhida, determinando, principalmente, limites da lei sobre o uso da residência, como, por exemplo, a proibição de realizar tráfico de drogas na casa, a não exploração econômica da infância decorrente de mendicância ou trabalho infantil e a manutenção e frequência dos filhos na escola. É também estimulada a participação dos residentes em programas sociais e de requalificação profissional, com vistas à inserção no mundo do trabalho.

Em 2015, sua capacidade instalada era de 40 casas/residências alugadas, com capacidade média de quatro pessoas por casa, tendo uma equipe (motorista, assistente social, educador) para cada dez residências.

Uma característica desse serviço que pode se tornar um risco é exigir muitas regras em um espaço de cunho residencial. Nessa formulação, conceitos como *housing first* não foram incorporados, pois tem suas diretrizes pautadas em, primeiramente, garantir a moradia para depois desenvolver contratualidades de condicionalidades.

4.3 IMPLEMENTAÇÃO

Durante a formulação e a implementação do Programa Atitude, houve acompanhamento pela Câmara Técnica de Políticas sobre Drogas/Enfrentamento ao Crack, que é vinculada ao Comitê Gestor do Pacto Pela Vida. Nas reuniões dessa Câmara, na qual são articuladas as ações com secretarias estaduais, prefeituras e ONGs convidadas, foi realizado o desenho da estrutura de gestão e de indicadores do Programa, bem como as articulações necessárias para a formação de uma rede de solidariedade entre políticas públicas e ações desenvolvidas por todos esses entes.

As reuniões do Comitê Gestor do Pacto Pela Vida ocorrem uma vez por semana, geralmente nas quintas-feiras pela manhã, com a participação de aproximadamente 80 pessoas, entre coronéis da polícia militar, delegados da polícia civil, agentes de segurança em geral, representantes do Tribunal de Justiça, Ministério Público e diversos gestores de secretarias estaduais de Assistência Social e Direitos Humanos.

A reunião é coordenada semanalmente pelo secretário de Planejamento e Gestão e uma vez por mês pelo governador do estado. O principal objetivo é a redução dos crimes violentos letais intencionais (CVLI), conhecidos como homicídios. Em três grandes telões são acompanhados os índices das 26 áreas integradas de segurança divididas por todo o estado.

Os gestores/coordenadores do Programa Atitude participavam das reuniões do Pacto Pela Vida, assiduamente, desde o início da formulação dos serviços do Programa até o momento da realização deste estudo. O intuito da sua participação era de apresentar os dados quantitativos e qualitativos da semana ou mês dos serviços, desde quantas pessoas atendidas, quantas em situação de ameaça, se houve algum homicídio no período, ou casos considerados de sucesso, tornando-se um valioso espaço para levantar reflexões sobre o tema com representantes da segurança pública. A principal indagação era o fato de a polícia prender traficantes de maior periculosidade e reduzir prisões/apreensões de usuários ou pequenos

traficantes, deixando esses últimos sob a responsabilidade do Atitude e da rede de serviços de cuidado.

Essa atribuição dos gestores do Atitude é bastante significativa e promissora, uma vez que, sistematicamente, eles desenvolvem reflexões críticas em torno do papel da segurança pública na temática das drogas. Relatos de policiais, principalmente os recém-chegados na corporação, demonstraram a opção pelo Atitude, ao invés da delegacia, no encaminhamento de alguns casos envolvendo o uso de drogas (em geral eram encaminhados ao Programa os usuários que cometiam pequenos delitos associados ao seu consumo, como tráfico ou furtos em pequena escala). Isso resultou, para muitos usuários e profissionais, numa nova relação com representantes da segurança pública e num novo olhar de muitos policiais para esse público.

O processo de implantação do Programa se deu por meio de termos de parceria com organizações da sociedade civil de interesse público (Oscip) e com prefeituras. O início dos serviços ocorreu em setembro de 2011. A implementação se deu principalmente com as organizações e se observou que, se por um lado, a velocidade desse tipo de ferramenta de gestão gerava soluções mais imediatas, de outro, apontava para o perigo de afastar a gestão governamental das diretrizes dos serviços, bem como a possível confusão dos trabalhadores de não serem incorporados como trabalhadores de um serviço público.

Vale destacar que a situação de inserção produtiva também foi uma preocupação no cotidiano dos serviços, bem como uma solicitação constante das pessoas acolhidas. Pode-se considerar como uma falha no processo de formulação não ter havido uma proposta consistente para garantia de geração de renda ao público atendido. Não houve estratégias que pudessem incorporar iniciativas de economia solidária, associativismo, bolsas de frente de trabalho ou mecanismos dessa natureza. Talvez seja o aspecto mais importante para considerar no futuro do Programa.

Uma diretriz relevante surgiu em 2013 quando foi promulgada a Lei nº 15.209, determinando vagas de emprego para alguns públicos prioritários, entre esses, as pessoas atendidas pelo Atitude:

Art. 1º As empresas prestadoras de serviços terceirizados, contratadas por órgãos e entidades do Poder Executivo Estadual, devem prever no edital da licitação que pelo menos 2% (dois por cento) da mão de obra contratada por empresas que possuam 100 (cem) ou mais empregados, sejam:

I - advindos de beneficiários que são ou foram acompanhados pelo Programa Atitude, instituído através do Decreto nº 39.201, de 18 de março de 2013; (PERNAMBUCO, 2013b).

A inserção nas vagas de emprego disponibilizadas foi de suma importância para o público atendido, porém, essa iniciativa não teve durabilidade, de um lado pela rejeição das empresas em acolher esse público e, de outro, porque o governo não conseguiu mediar essa situação, o que resultou em não alcançar os objetivos da Lei.

Traçado esse panorama sobre as principais características da criação e o desenvolvimento do Atitude, no próximo capítulo deste estudo será feita a análise do banco de dados do Programa, construído desde o início da execução dos primeiros serviços.

5 ANÁLISE DO BANCO DE DADOS DO PROGRAMA ATITUDE

Com o propósito de ampliar a compreensão sobre o Atitude, fez-se uma busca por registros e instrumentos de coleta de dados utilizados pelo Programa. Com isso, foi possível analisar as informações coletadas no cadastro inicial das pessoas atendidas, possibilitando traçar um perfil desses usuários no período inicial do acolhimento.

Foram analisados quatro bancos de dados distintos, referentes às pessoas atendidas em centros de acolhimento 24 horas (apoio e intensivo) do Atitude, localizadas em Pernambuco, nos municípios do Recife, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes e Caruaru. A unidade de análise, portanto, diz respeito às pessoas atendidas e cadastradas no Programa entre setembro de 2011 e dezembro de 2014, considerando um total de 5.714 pessoas².

Esses bancos de dados correspondem ao primeiro cadastro das pessoas atendidas em algum dos centros do Programa. A maioria das pessoas participou dessa entrevista nos primeiros dias de acolhimento ou em dias posteriores, de acordo com a disponibilidade de cada uma.

Embora os bancos de dados sigam uma lógica semelhante no concernente às informações coletadas, a quantidade de variáveis e o grau de detalhamento são distintos entre eles, motivo pelo qual se optou por realizar as análises separadamente. O banco de dados de Jaboatão dos Guararapes conta com total de 1.165 pessoas, o de Recife com 1.755, o de Caruaru com 1.913 e o de Cabo de Santo Agostinho com 881 pessoas.

No intuito de estabelecer uma estratégia analítica que permitisse produzir um perfil médio das pessoas cadastradas, foram estruturadas as análises com dois eixos: perfil do usuário e contexto de uso de drogas. A divisão das análises em torno desses dois blocos se mostrou consistente no sentido de indicar as características de origem político-geográfica da pessoa cadastrada, seu perfil de sexo, raça/cor e idade, aspectos do tipo de droga motivadora do acesso ao Programa, bem como sua situação de vulnerabilidade em termos de ameaça de morte, tentativa de homicídio e suicídio.

Além disso, é preciso fazer uma ressalva acerca das limitações dos dados em questão, haja vista que o banco de dados não tinha, no momento de sua criação, a pretensão de funcionar como uma base de dados que pudesse subsidiar pesquisas e diagnósticos acerca do

² A variação no número de usuários cadastrados, por banco de dados, em cada um dos municípios pesquisados diz respeito a questões metodológicas e estatísticas e não representa necessariamente uma diferença entre a produtividade dos serviços em termos de número de atendimentos realizados.

Programa (recomenda-se, inclusive, que este seja um objetivo a ser incorporado pelos gestores do Programa no futuro).

Desse modo, como é pertinente às pesquisas com dados secundários, uma primeira análise de consistência dos dados foi realizada, revelando uma grande quantidade de casos ausentes em diferentes variáveis que, em sua concepção, apresentavam grande potencial informativo. Em função disso, algumas estatísticas tiveram sua capacidade descritiva comprometida, visto que, em certas situações, foram registrados 95% de casos ausentes.

A grande proporção de subnotificações foi o principal entrave para o desenvolvimento das análises, o que restringiu o leque de recursos e técnicas estatísticas de investigação e inferência. Por esse motivo, cabe salientar que essa análise possui um caráter essencialmente exploratório-descritivo, merecendo, portanto, maior atenção nas interpretações, que devem ser realizadas com cautela, em função do entrave citado.

Cabe pontuar, ainda, que blocos inteiros de variáveis foram retirados do processo analítico, seja pela grande inconsistência dos dados, seja pela grande quantidade de casos ausentes ou por problemas relacionadas à própria concepção da questão e suas alternativas.

5.1 CARACTERÍSTICAS DE PERFIL DAS PESSOAS ACOLHIDAS NO ATITUDE

A despeito de todos os entraves e limitações dos bancos de dados, é possível observar que, via de regra, em todos os municípios analisados, a maioria das pessoas atendidas pelo Atitude era do sexo masculino, jovem, negra e desempregada, como mostra a tabela 1.

Tabela 1 – Demanda e dados socioeconômicos dos cadastrados

Aspecto analisado com maior percentual encontrado	Cidade			
	Recife	Jaboatão	Cabo	Caruaru
Demanda espontânea dos usuários	52%	28%	40%	23%
Cadastrados do sexo masculino	80%	82%	84%	85%
Jovens – faixa etária entre 18 e 29 anos	51%	52%	50%	48%
Cadastrados de raça/cor negra	67%	70%	75%	65%
Cadastrados com filhos(as)	73%	50%	71%	60%
Escolaridade – ensino fundamental completo ou incompleto	55%	63%	53%	51%
Moradia – cadastrados em situação de rua	68%	36%	36%	35%
Situação produtiva – desempregados	78%	77%	81%	75%

Fonte: Elaborada por Rafael Silva West (2016)

Destaca-se que a principal origem da demanda do Atitude é espontânea, o que indica que a maior parte dos cadastrados chegou ao Programa por conta própria. E também que nos municípios de Cabo de Santo Agostinho e de Caruaru apresentaram, de forma significativa, outras categorias de origem, como a recomendação por “outro usuário” ou por meio do serviço do Atitude nas ruas.

No que se refere ao perfil das pessoas atendidas, observa-se a predominância de usuários do sexo masculino (80% ou mais). As mulheres representavam entre 15% e 20%. Vale salientar que o perfil nacional dos consumidores de crack, segundo Bastos e Bertoni (2014), é de 80% do sexo masculino, na faixa entre 20 e 30 anos. O público majoritário do Programa Atitude, até a conclusão deste estudo, era formado por jovens, concentrados na faixa etária entre 18 a 29 anos. Pessoas adultas também representavam um percentual significativo, principalmente na faixa entre 30 a 40 anos.

Em relação à raça/cor dos usuários, ressalta-se que, na coleta, foram utilizadas as categorias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo que a agregação de pretos e pardos é uma estratégia metodológica utilizada por esse órgão para a composição da categoria “negros”, por considerar que as trajetórias e as oportunidades de vida desses dois grupos são muito semelhantes. Entre as categorias étnico-raciais apresentadas, a maioria dos usuários se identificou como “preto” ou “pardo”; portanto, os cadastrados são, na maioria, negros.

Dado interessante é o grande percentual de pais e mães de família: a maior parte dos usuários informaram ter filhos, numa média de 63,5%, considerando os percentuais dos quatro municípios. Nas cidades de Recife e Cabo de Santo Agostinho esse percentual ultrapassava 70%, ou seja, a cada 10 pessoas atendidas pelo programa, sete são pais ou mães.

Esse dado chama a atenção para o fato de que a maior parcela da população atendida pelo Atitude tem responsabilidades com outras vidas além da sua própria, ou seja, mudanças positivas na vida dessas pessoas têm implicações diretas na vida de milhares de crianças.

Via de regra, os cadastrados apresentavam baixa escolaridade: mais da metade deles não tinha ensino fundamental (completo e incompleto) — a maioria declarou que não concluiu essa etapa de ensino.

É preocupante o percentual considerável de analfabetos registrado nas cidades de Recife (5,1%), de Jaboatão (4,3%), do Cabo (8,5%) e notadamente em Caruaru (11,6%), onde

se registrou no mínimo uma pessoa que não sabe ler nem escrever em cada grupo de 10 atendidas.

Mais de um terço das pessoas atendidas pelo Atitude nas cidades de Jaboatão, Cabo e Caruaru se encontravam sem moradia no momento da coleta dos dados, declarando que estavam em “situação de rua”. Na capital pernambucana, a maioria das pessoas (68%) se encontrava nessas circunstâncias.

Cabe lembrar que a investigação nacional sobre o uso de crack realizada pela Fiocruz e pelo ICICT e publicada em 2014 revelou que “aproximadamente 40% dos usuários no Brasil se encontravam em situação de rua no momento da pesquisa” (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 52). Esse percentual se aproxima dos encontrados em três municípios pernambucanos atendidos pelo Atitude: Jaboatão (36%), Cabo (36%) e Caruaru (35%).

Além da falta de moradia, uma difícil realidade para o público atendido é a falta de emprego. Mesmo que praticamente a totalidade das pessoas tivesse um perfil produtivo, a grande maioria, no momento da coleta de dados, encontrava-se desempregada: em cada grupo de 10 pessoas, apenas duas estavam efetivamente empregadas, sendo os seguintes percentuais de desempregados nas cidades: Recife (78,7%), Jaboatão (77,7%), Cabo (81,7%), Caruaru (75,4%).

O perfil apresentado anteriormente (capítulo 2) pela pesquisa da Fiocruz se assemelha ao dos sujeitos atendidos pelo Atitude, que são majoritariamente homens, heterossexuais, negros, com predominância de jovens, residentes em comunidades de baixa renda ou mesmo nas ruas. Além disso, a grande maioria tem baixa escolaridade, não tem vínculo empregatício formal, bem como possui responsabilidades diferenciadas por já terem filhos(as).

É possível notar que as formas como a vulnerabilidade social, produzida pelas desigualdades sociais, atinge determinados grupos sociais são apontadas como fator associado, não direto, à emergência de conflitos como atos violentos e/ou delituosos.

É necessário analisar que ainda é comum a adoção de um perfil como “suspeito em potencial” que está associado, no imaginário coletivo, à criminalidade e delinquência. Pesquisa realizada por Adorno (1995) em São Paulo indicou que

brancos e negros cometem crimes violentos em iguais proporções, mas os réus negros tendem a ser mais perseguidos pela vigilância policial, enfrentam maiores obstáculos de acesso à justiça criminal e revelam maiores dificuldades de usufruir do direito de ampla defesa assegurado pelas normas constitucionais” (ADORNO, 1995, p. 45).

'Os pobres' se encontram em situação de maior risco para a criminalidade e o encarceramento do que as pessoas que dispõem de renda suficiente e vivem em um ambiente mais privilegiado. Com uma ficha criminal, o acesso ao emprego passa a ser mais restrito e em função do período de cumprimento de pena dentro das prisões, há consequente perda em termos de vida produtiva, o que diminui ainda mais a chance de se levar uma vida sustentável (GERRA; CLARK, 2010, p. 3).

No que diz respeito ao contexto de uso de drogas, a principal droga motivadora para a procura do serviço foi o crack em todos os municípios pesquisados. Essa é, de longe, a droga que mais afeta e motiva a busca pelo Programa Atitude.

Quanto à variável tempo em que o usuário faz uso da droga motivadora, os maiores percentuais foram encontrados na categoria entre três e cinco anos. Com referência à frequência semanal, predominou a utilização diária da droga, geralmente em todos os horários do dia.

Tabela 2 – Histórico do consumo de drogas e situações de risco social

Aspecto analisado com maior percentual encontrado	Cidade			
	Recife	Jaboatão	Cabo	Caruaru
Procurou ajuda no Atitude devido à dependência de crack	78%	78%	61%	63%
Tempo de uso crack – 3 a 5 anos	68%	77%	48%	60%
Egressos do sistema prisional e/ou socioeducativo	45%	35%	38%	37%
Se já sofreu ameaça de morte	50%	35%	53%	43%
Se já sofreu tentativa de homicídio	50%	44%	46%	44%
Se já tentou suicídio	29%	27%	26%	30%

Fonte: Elaborada por Rafael Silva West (2016)

Cabe salientar que “embora o abuso do crack não se restrinja às classes desfavorecidas, há uma nítida sobre-representação, entre os frequentadores de cenas de uso da droga, de marcadores de exclusão social, se comparados com a população geral brasileira” (MESSAS et al., 2016, p. 163). Os autores chamam a atenção para o fato de que o “crack aparece como uma droga de preferência ou de abuso, mas, no limite, não podemos chamar essa população puramente de abusadores de crack. Investigações epidemiológicas mostram que a maioria de seus participantes são poliusuários de drogas” (MESSAS et al., 2016, p. 163).

Gerra e Clark (2010, p. 3-4) enfatizam haver evidências de que “o tratamento eficaz da dependência de drogas que oferece intervenções clínicas (hospitalar ou ambulatorial) como

uma alternativa a sanções penais aumenta substancialmente a recuperação, incluindo a redução da criminalidade e os custos da justiça penal”. Eles entendem que “os melhores resultados em comparação ao efeito das sanções penais isoladamente são evidentes tanto para a pessoa com o transtorno por uso de drogas como para a comunidade” e defendem que essa opção “deve, portanto, ser considerada no caso de todas as pessoas condenadas por crimes relacionados com drogas” (GERRA; CLARK, 2010, p. 3-4).

Um bloco de questões foi construído no intuito de captar alguns aspectos da vulnerabilidade das pessoas cadastradas frente ao cenário de violência urbana no qual estão inseridas. Uma característica essencial a ser observada é que uma parcela significativa das pessoas cadastradas já esteve em situação de ameaça de morte e/ou tinham dívidas com o tráfico. Nas cidades de Recife e Cabo esse quantitativo chegava a mais da metade.

Achados que surpreendem, além da ameaça como uma possibilidade real, foram os percentuais relevantes de pessoas que já sofreram, mas escaparam, da consequência extrema da violência urbana que é a tentativa de homicídio. Em três cidades pesquisadas, quase a metade das pessoas atendidas já haviam sofrido tentativa de homicídio (44% em Jaboatão, 46% em Cabo e 44% em Caruaru). Destaque para a capital pernambucana, onde, em cada grupo de 10 pessoas atendidas, cinco já haviam quase perdido a vida por esse motivo.

É importante associar esse dado ao resultado de outra pesquisa, realizada por Ribeiro et al. (2004), que indica que a mortalidade de usuários de crack é em torno de sete vezes superior à da população em geral, sendo os homicídios a causa de morte em 60% dos casos.

Há que se considerar que “há uma série de fatores que contribuem para a espiral de violência no país” e entre eles estão “a criminalidade associada ao comércio de drogas ilícitas, as práticas repressivas em detrimento das ações preventivas e de investigação, as altas taxas de impunidade e as desigualdades econômicas e sociais estruturais” (RAMOS; MUGGAH, 2014, p. 5).

O principal problema social associado ao uso de substâncias está na comercialização desses produtos, que envolve relações de produção e reprodução, de riqueza, poder e simbologia, em um contexto em que essas mercadorias tornam-se fetiches de consumo. O mercado de drogas tem as características do capitalismo globalizado, organizado desde a produção até sua distribuição, envolvendo técnicas de extrema capilaridade, envolvendo todas as camadas sociais, possibilitando acumulação de capital ilícito. Tal fato ocorre devido à demanda cada vez mais crescente (VELHO, 2010, p. 16).

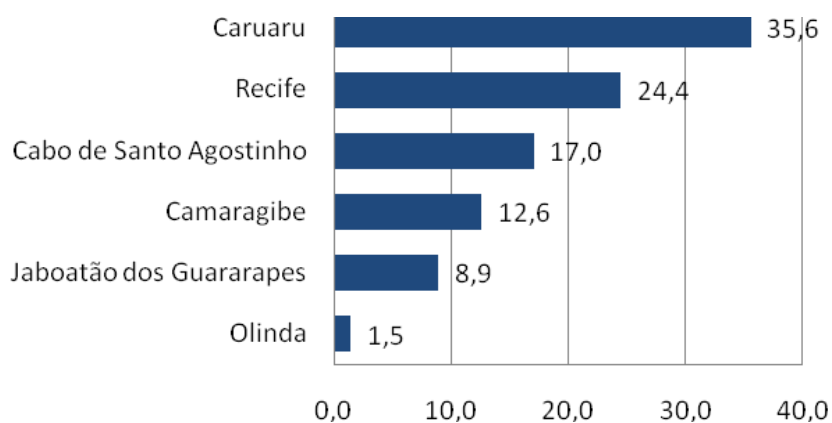
Outro achado significativo no banco de dados revela que aproximadamente 30% das pessoas atendidas pelo Programa Atitude já haviam tentado suicídio alguma vez em sua vida.

Cabe ressaltar que essas considerações são feitas em caráter exploratório, uma vez que a já mencionada fragilidade dos dados impede que sejam traçadas as relações causais e conclusões mais abrangentes que possam ser generalizáveis.

5.2 BENEFICIÁRIOS DO ALUGUEL SOCIAL

Ainda de acordo com as análises, foi possível observar que o perfil do beneficiário do aluguel social era, majoritariamente, de homens, negros e heterossexuais, com idade média de 33 anos. A principal droga motivadora para a procura pelo Programa Atitude foi o crack — de longe, a predominante, com mais de 90% do total de 135 casos válidos. Em seguida, o álcool surgiu com 8,1% e a cocaína com apenas 1,5% (dois casos). A figura 1 mostra que Caruaru foi a cidade que contribuiu mais fortemente para a composição do quadro de usuários desse serviço do Programa, com 35,6% do público total atendido, seguida de Recife com 24,4%.

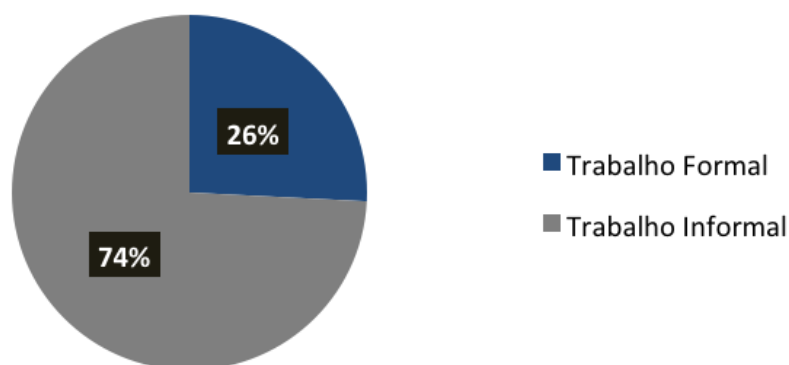
Figura 1 – Percentuais dos beneficiários do aluguel social por cidade



Fonte: Elaborada por Rafael Silva West (2016)

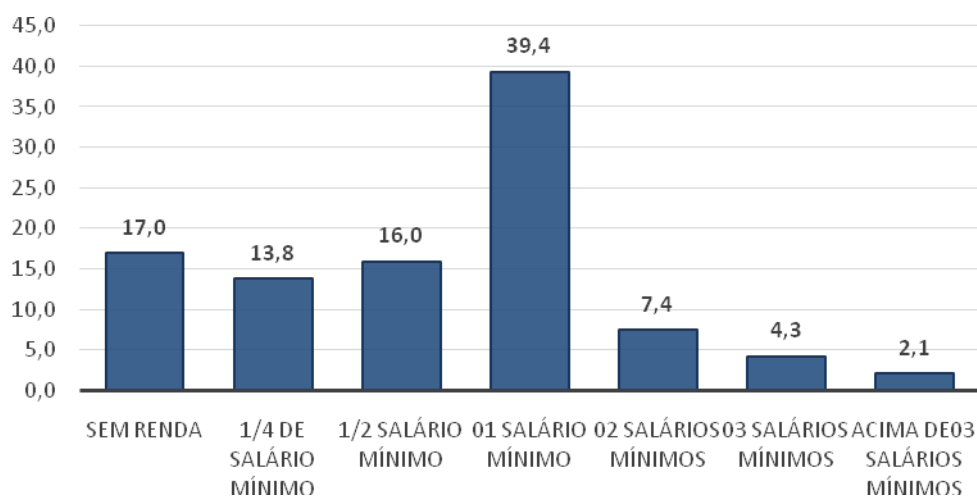
No que diz respeito ao perfil socioeconômico dos beneficiários do aluguel social, a maioria declarou receber um salário mínimo. Entretanto, ao agregar as categorias de renda inferior a esse recorte, aproximadamente 70% dos casos apareceram como recebendo abaixo de um salário mínimo. Observa-se também que a grande maioria dos cadastrados se situava no trabalho informal, como mostra a figura 2.

Figura 2 – Percentuais da condição de trabalho dos usuários



Analizando o tipo de condição de trabalho do beneficiário cadastrado, ou seja, se ele estava vinculado a uma atividade formal ou informal, percebe-se que a grande maioria dos 252 usuários (aproximadamente 74%) afirmaram estar situadas no mercado informal. Associando essas informações aos dados referentes aos rendimentos desses beneficiários, apresentados na figura 3, pode-se avaliar como esses dois indicadores traduzem uma situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Figura 3 – Percentuais de rendimentos dos beneficiários do aluguel social



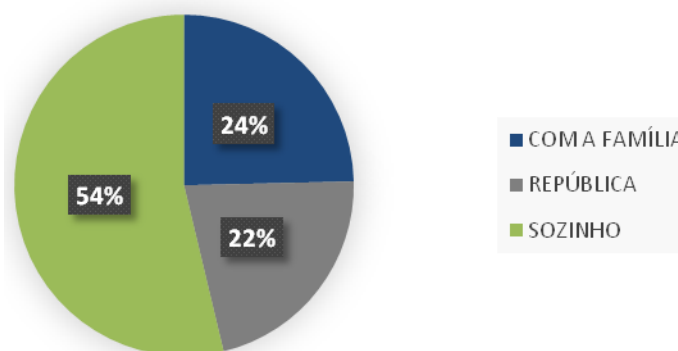
Fonte: Elaborada por Rafael Silva West (2016)

De acordo com a análise dos rendimentos (figura 3), pouco menos de 40% do total de 94 beneficiários cadastrados no serviço do aluguel social declararam receber um salário

mínimo³. É interessante observar esse dado como um indicador de vulnerabilidade, considerando que pouco mais de 70% dos cadastrados informaram receber menos de um salário mínimo — 17% afirmaram não possuir renda alguma. À medida que as categorias de renda sobem, os percentuais tendem à redução. Essa informação é coerente com os dados anteriores, em relação à situação de informalidade do trabalho, considerando que atividades de menor remuneração estão mais sujeitas à ausência de vínculos formais.

No que concerne à modalidade da moradia do aluguel social (figura 4), nota-se que 54% do total de 118 pessoas moravam sozinhas, enquanto 24% residiam com a família e 22% em repúblicas.

Figura 4 – Percentuais relativos à modalidade de moradia



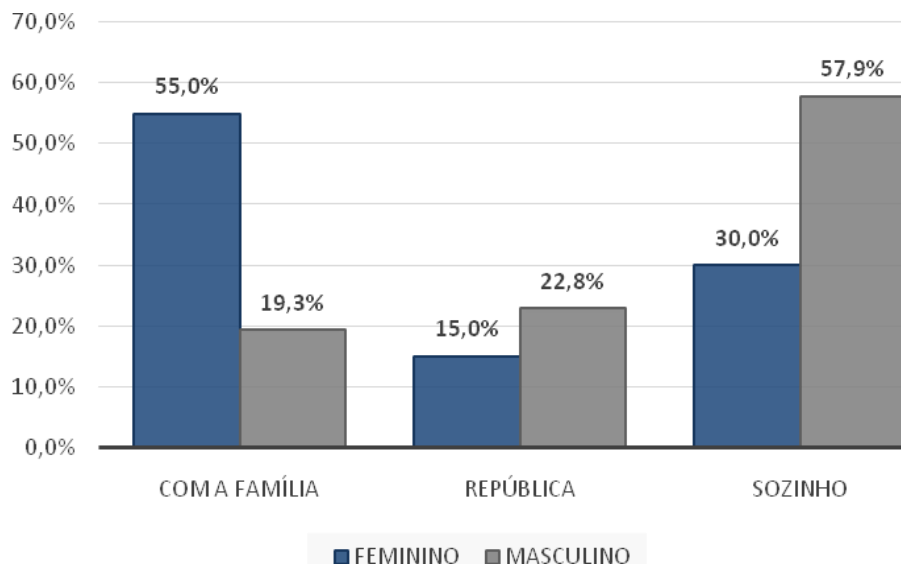
Fonte: Elaborada por Rafael Silva West (2016)

Com o objetivo de compreender um pouco melhor as características dessa distribuição, optou-se por realizar uma análise por meio do cruzamento com a variável “sexo”. Os resultados, sintetizados na figura 5, indicaram que, de maneira geral, as mulheres cadastradas tendiam a viver com suas famílias, enquanto os homens, a morar afastados de seus núcleos familiares — 80% dos homens tendiam a morar sozinhos ou em república, enquanto apenas 45% das mulheres se enquadravam nessas categorias.

Entretanto, cabe fazer a ressalva metodológica de que a variabilidade interna referente à variável “sexo” é baixa, considerando como dados válidos apenas 21 mulheres na totalidade dos casos do banco de dados. Logo, a análise é válida apenas para a descrição referente à população específica componente desse banco de dados.

³ Essa variável deve ser analisada com cautela, considerando sua forma de categorização. Os intervalos não estão bem definidos; portanto, caso um cadastrado relatasse ganhar pouco mais de um salário mínimo, não seria possível identificar em qual categoria ele seria inserido.

Figura 5 – Percentuais relativos à modalidade de moradia por sexo



Fonte: Elaborada por Rafael Silva West (2016)

Vale salientar que homens e mulheres se distribuíam de forma um pouco diferente no que diz respeito ao tempo de permanência no aluguel social. Em média, as mulheres permaneciam mais tempo no programa — aproximadamente 100 dias a mais —, enquanto os homens estavam mais propensos a ter uma continuidade mais dispersa. Uma observação interessante é analisar essa informação associada ao fato de mulheres, majoritariamente, viverem, neste Programa, com suas famílias, enquanto a maioria dos homens tendia a viver sozinha ou em repúblicas.

Ao final, parece importante o investimento de recursos não só materiais, como também humanos, para aumentar a capilaridade e a eficiência de serviços como o do aluguel social, uma vez que o número de usuários em situação de rua e que já sofreram ameaças em suas comunidades se mostrou significativo.

5.3 SÍNTESE DOS RESULTADOS

À guisa de conclusão, os pontos centrais abordados ao longo da análise das informações cadastradas no banco de dados do Atitude ajudaram a traçar uma linha comparativa entre as caracterizações realizadas — seja do usuário ou do contexto de uso das

drogas — nos diferentes municípios pesquisados, sumarizando os principais padrões encontrados.

Antes disso, convém acentuar que as limitações encontradas nos bancos de dados trabalhados diminuíram as opções por técnicas estatísticas mais avançadas, considerando o formato das variáveis, a grande quantidade de *missings* e a pouca variabilidade interna de muitas delas (o que violava pressupostos importantes de vários testes estatísticos, inviabilizando-os ou, quando rodados, produzindo informação pouco relevante).

Feitas essas considerações, observa-se que, via de regra, em todos os municípios analisados, a principal origem da demanda foi espontânea, o que indica que a maior parte dos cadastrados chegou ao Programa por conta própria. Esse é um dado fundamental, pois revela que milhares de pessoas com dependência de crack buscam ajuda e querem se cuidar. Também desmonta a ideia equivocada de que a maioria dos consumidores de crack não quer se tratar e necessita de internações involuntárias ou compulsórias.

No que se refere ao perfil do usuário, observa-se a predominância de usuários do sexo masculino, heterossexuais, negros e concentrados na faixa etária entre 18 a 29 anos. Em geral, os cadastrados apresentavam, ainda, baixa escolaridade, encontravam-se desempregados no momento da coleta dos dados, além de terem apresentado concentração relevante na categoria “situação de rua”, referente à moradia.

Em relação ao contexto de uso de drogas, o crack se apresentou como principal droga motivadora para a procura do serviço em todos os municípios investigados. Essa é, sem dúvida, a droga que mais afeta e motiva a busca pelo Programa Atitude. Além disso, na variável tempo em que o usuário faz uso da droga motivadora, nota-se que os maiores percentuais foram encontrados na categoria entre três e cinco anos. No que se refere à frequência semanal, a análise revelou que havia utilização diária da droga, geralmente em todos os horários do dia.

Foi possível extrair alguns dados com o intuito de captar aspectos da vulnerabilidade dos usuários cadastrados frente ao cenário de violência urbana no qual estavam inseridos. Encontraram-se percentuais relevantes de cadastrados que já sofreram tentativa de homicídio, que já estiveram em situação de ameaça de morte e que tinham dívidas com o tráfico.

Cabe ressaltar que essas considerações são feitas em caráter exploratório, uma vez que a já mencionada fragilidade dos dados impediu traçar relações causais e tirar conclusões mais abrangentes que pudessem ser generalizáveis. Porém, apontam nitidamente para um perfil de

público de acordo com a formulação do Programa Atitude, ou seja, pessoas em alta vulnerabilidade social, com relações conflituosas com o mercado de drogas.

É importante ressaltar os marcadores de exclusão social nessa população atendida pelo Programa — pessoas com ampla desigualdade social em todos os aspectos analisados — e reconhecer que os impactos gerados por essas vulnerabilidades vão além dos danos de saúde causados exclusivamente pelo consumo. É perceptível também a semelhança desse perfil com a população que vive em extrema pobreza, a população carcerária ou de pessoas vítimas de homicídios no Brasil.

Essas características apontam para um cuidado adicional de não estigmatizar uma população já bastante estigmatizada e de não naturalizar a desigualdade social em torno do estereótipo do “craqueiro”. Interpretações equivocadas podem estimular políticas públicas danosas, como ocorreu nos Estados Unidos nas décadas de 1980 e 1990, quando uma “epidemia” de crack provocou “pânico social” que gerou investimentos significativos em segurança no combate ao tráfico e ao consumo, resultando em altas taxas de encarceramento e de homicídios, além de não ter reduzido o uso da droga.

A iniciativa do Programa Atitude em garantir direitos se torna fundamental ao deparar-se com uma população absolutamente desprovida de direitos básicos (educação, moradia, trabalho, convivência) em sua história. As trajetórias das pessoas já apontam para diversas ausências do poder público e de políticas públicas, sendo valioso buscar, como o Atitude, a partir da perspectiva da cidadania e reinserção social, alcançar resultados ainda mais satisfatórios de qualidade de vida e contribuir para outras políticas públicas de segurança para redução de crimes e homicídios, uma vez que outra pesquisa sobre o Atitude, desenvolvida por Ratton e West (2016), revelou que 77,2% do público atendido no Programa se sente protegido de tentativa de homicídio.

Para compreender os aspectos que vão além dos dados quantitativos, apresenta-se, no capítulo seguinte, os principais achados da pesquisa qualitativa. Foram realizadas entrevistas individuais com pessoas que usam crack e outras drogas e que estavam acolhidas no Programa Atitude.

6 PESQUISA QUALITATIVA – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

Neste capítulo são apresentados os resultados de pesquisa qualitativa desenvolvida com os propósitos de conhecer com mais profundidade as pessoas acolhidas pelo Programa Atitude e captar aspectos importantes das trajetórias biográficas dos usuários e de seus familiares e as suas narrativas sobre experiências relativas ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, seus contextos sociais e a avaliação (pontos positivos e críticas) que fazem do Programa, bem como sugestões de melhorias.

Entre fevereiro e março de 2015 foram elaborados os roteiros de entrevistas, feito o planejamento e desenvolvida a pesquisa de campo no Programa. Foram realizadas 14 entrevistas com usuários. Elas aconteceram nas diversas unidades de Recife e na Região Metropolitana, contemplando tanto os centros de acolhimento e apoio quanto os de acolhimento intensivo.

Salienta-se que a pesquisa de campo não foi feita pelo autor desta dissertação — por causa de seu envolvimento direto com o Programa —, mas sim por pesquisadoras do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Violência, Criminalidade e Política de Segurança Pública da Universidade Federal de Pernambuco, com financiamento da organização internacional Open Society Foundations.

Não houve dificuldades para a organização da pesquisa de campo. A equipe de pesquisadoras afirmou ter sido bem recebida em todas as casas pelas funcionárias do Atitude, que ofereceram condições adequadas para a realização das entrevistas.

Houve a percepção, entre as pesquisadoras, de algumas diferenças nas dinâmicas entre as casas. Os centros de apoio têm dinâmica diferente das demais casas (as de apoio intensivo), pois é uma casa de “passagem”; alguns usuários ficam apenas o dia ou a noite nesse serviço. Essa casa é, portanto, a mais barulhenta e a mais agitada entre todas as visitadas, devido à intensa rotatividade. Os centros de acolhimento intensivo são casas menos agitadas. O clima entre os usuários, de modo geral, pareceu-lhes bastante tranquilo.

A despeito dessas diferenças entre os serviços e espaços do Atitude, as pesquisadoras perceberam certa ociosidade entre os usuários em todas as casas visitadas, semelhante a uma dinâmica residencial. No momento das visitas, alguns usuários assistiam TV em uma sala, outros conversavam em grupos, outros estavam sentados sozinhos, alguns reclamavam de

dores ou algum outro desconforto físico e alguns conversavam isoladamente com membros da equipe técnica.

Durante o tempo de permanência das entrevistadoras nesses locais foi observada pouca realização de atividades, como oficinas, grupo de discussão ou qualquer outra programação voltada a preencher o tempo das pessoas acolhidas. Isso pode ter acontecido propositadamente, para que as pessoas pudessem participar da pesquisa com tranquilidade, ou porque faz parte da rotina em um serviço com “baixa exigência”. No entanto, em centros de acolhimento intensivo foram observadas atividades grupais, mesmo durante a realização das entrevistas.

Na primeira casa, no momento da visita da equipe de pesquisa, estava ocorrendo uma dinâmica chamada “Bom dia!”. Tratava-se de uma atividade que reuniu as meninas para o compartilhamento de informações acerca da casa, da reorganização/mudança da equipe técnica e de mensagens positivas para o dia que se iniciava. No segundo espaço, alguns jovens rapazes repassavam textos de uma peça de teatro que seria encenada por eles em festividades da Semana Santa no interior do estado de Pernambuco. Inclusive, a necessidade de mais atividades (como oficinas e/ou cursos de informática, de percussão, capoeira) foi uma demanda dos usuários.

Também não houve problema na interação entre pesquisadoras e informantes, os quais demonstraram disponibilidade real em participar da pesquisa e satisfação em poder contar a sua história e em ter suas opiniões levadas em consideração.

A maior parte dos informantes foi indicada por membros da equipe técnica do Atitude. Por conta desse tipo de seleção, houve uma tendência à realização de entrevistas com os “usuários certos”, do ponto de vista da instituição. Foi frequente nas falas dos profissionais do Programa, principalmente entre os mais antigos, a preocupação da equipe em conversar com os usuários que tinham maior facilidade para se expressar e que não estivessem sob o efeito de medicamentos, por exemplo.

Outros entrevistados foram selecionados de maneira aleatória a fim de substituir os pré-selecionados que, por algum motivo, não estavam disponíveis no momento da realização das entrevistas. Contudo, é importante destacar que, devido à natureza da pesquisa, não haveria outra forma de acessar o grupo investigado que não através da mediação institucional e, portanto, da seleção feita pelos profissionais do Programa.

A ausência de constrangimento com a aceitação de uma identidade de “usuário de droga”, entre alguns informantes, surpreendeu a equipe de pesquisa. Um dos entrevistados se apresentou com um sorriso largo no rosto e, de maneira entusiasmada, disse a uma das pesquisadoras: “Bom dia! Sou G! Sou usuário de crack! Muito prazer!”.

No momento da apresentação da pesquisa, alguns informantes afirmaram já ter concedido entrevistas para jornais e/ou para outras pesquisas, ou seja, a situação de “ser pesquisado” ou “objeto de estudo” era, em alguma medida, familiar para parte dos entrevistados.

As entrevistas foram analisadas a partir do método da análise de conteúdo, tendo como referencial as orientações de Bardin (2011). Segundo Silva, Gobbi e Simão (2005, p. 74), esse tipo de análise pode ser considerado como instrumento “para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso. [...] permite ao pesquisador o entendimento das representações que o indivíduo apresenta em relação a sua realidade e a interpretação que faz dos significados a sua volta”.

[...] a análise de conteúdo, enquanto método da pesquisa qualitativa que segue orientação da perspectiva fenomenológica; admite que a realidade não existe no vácuo, mas é um produto social. [...] A aplicação da técnica de análise de conteúdo nas ciências sociais apresenta-se como uma ferramenta útil à interpretação das percepções dos atores sociais (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005, p. 79-80).

A proposta de análise de conteúdo considera que indivíduos não são apenas processadores de informações, nem meros portadores de ideologias e crenças coletivas, mas pensadores ativos que estão diante de inumeráveis episódios cotidianos de interação social. Configura-se como

uma decomposição do discurso e identificação de unidades de análise ou grupos de representações para uma categorização dos fenômenos, a partir da qual se torna possível uma reconstrução de significados que apresentem uma compreensão mais aprofundada da interpretação de realidade do grupo estudado” (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005, p. 70).

A partir da análise do conteúdo das entrevistas foram estabelecidas categorias principais que se destacaram: trajetórias de vida, o motivo e a entrada no Programa, um dia no Atitude, aspectos avaliativos do Programa.

6.1 TRAJETÓRIAS DE VIDA

Além das singularidades das pessoas entrevistadas, perceberam-se muitas experiências em comum, principalmente em suas condições socioeconômicas e em seu *background* familiar.

Na época da entrevista, a maioria dos informantes vivia em comunidades de baixa renda. Eles contaram que já estiveram em situação de rua, declararam pouca escolaridade e narraram vivências de trabalho desde muito jovens e geralmente no mercado informal.

Os entrevistados revelaram que são usuários de múltiplas drogas, mas enfatizaram que o uso de crack tem mais prevalência e atribuíram a esse consumo diversos problemas, seja pelo viés da saúde, seja pelos variados danos sociais.

De acordo com seus relatos, é muito comum terem tido vivências de vínculos familiares fragilizados ou rompidos por motivos diversos, seja por ausência paterna ou, em menor grau, por abandono também pela mãe.

Foi um pouco difícil porque eu fui criada com vó e com pai. Minha mãe me deixou com seis meses nos braços do meu pai. E ela sempre ia me visitar, mas eu conheci ela como tia, não como minha mãe. [...] Só via ela de 15 em 15 dias. [...] Era difícil porque eu via meu pai usando muitas drogas, meu pai fumava maconha, meu pai usava pico [droga injetável]. [...] Eram duas casas, a casa da minha avó e a casa do meu pai. Eu morava nas duas, fica pra lá e pra cá. [...] A sensação era como se eu tivesse fumando também, porque a fumaça vinha toda pra mim, já tava acostumada já (mulher).

Eu fui uma criança normal. Tive todo suporte. Apesar de não ter um pai que ele se separou da minha mãe. Minha mãe teve o papel de pai e mãe. A partir da adolescência, a partir da 6ª, 7ª aí eu comecei a conhecer novos conhecimentos e novas pessoas. E com isso novos problemas. Eu conheci o álcool e a maconha e fui negligenciando a escola. Aí conheci a maconha. Eu fui fumando e não tava mais ligando para o colégio (homem).

A maior parte das biografias conta a história de infâncias conturbadas, de exclusão e ausência de cuidado afetivo ou de uma figura paterna agressiva, abusiva, com relatos de alcoolismo, de violência doméstica e até de tentativa de estupro.

Presenciei um casamento muito triste da minha mãe. Não podia fazer nada e isso me revoltava muito, né? Passei a fazer uso da bebida muito cedo ainda, que ele mandava eu ir comprar [...] Aos oito anos, já tava envolvida com álcool. Então, assim, foi uma infância muito triste. Não tive adolescência, né? [...] Porque tive que limpar mato, bater tijolo, pra ter minhas coisinhas, que minha mãe era solteira, trabalhava em casa de família e não tinha condições de, dava nosso sustento mas não tinha condições de nos sustentar totalmente como uma mãe gostaria de sustentar seu filho (mulher).

Eu dizia a ela que “quando eu crescer eu vou namorar traficante”, “quando eu crescer eu vou usar droga”, tudo que eu sabia que ela não gostava. Eu creio dentro de mim que essa revolta era pela falta do meu pai, e por não poder descontar nele eu descontava na minha mãe, que não tinha nada a ver e que não merecia (mulher).

A maioria dos informantes declarou ter pouca escolaridade. Em muitos casos, eles deixaram de frequentar a escola porque não tinham interesse nos conteúdos e/ou porque precisavam trabalhar para ter acesso a algum dinheiro. A escola era vista mais como ambiente de socialização do que de estudo.

Os relatos sobre a relação com consumo de substâncias psicoativas versaram sobre o uso recreativo ou de maior dependência, variando por motivações diferentes, desde vivências conturbadas, perdas, pelo acesso mais fácil às drogas ilícitas, por relações de amizades e até mesmo pela curiosidade despertada pela mídia. Alguns entrevistados destacaram as diferenças entre os tipos de drogas e avaliaram, principalmente, que o uso da maconha não lhes trouxe problemas quando comparado aos prejuízos causados pelo consumo de crack. Em algumas narrativas, os informantes atribuíram um tipo de poder destrutivo ao crack.

É interessante apontar que, segundo os relatos, o uso do crack, em vários casos, permaneceu como recreativo por um tempo, até tornar-se mais frequente e evoluir para uma situação abusiva, desmistificando o discurso de senso comum que associa a essa substância a capacidade de gerar a dependência já no primeiro contato.

A maconha nunca me atrapalhou em nada, você pode ver que nunca atrapalhou em nada, nem em trabalho, nem meus estudos, nem em casa, nem com a minha família. Até pelo simples fato de que a minha família nunca soube que eu uso maconha (homem).

Já tinha visto uma reportagem no Fantástico falando sobre a droga do novo milênio. Aí eu, imagens assustadoras, sabe? [...] “Que droga devastadora, ela acaba com a galera”. [Por curiosidade, decidi experimentar e aproveitei a oportunidade de um rapaz de São Paulo que sabia onde tinha]. Pronto, quando eu fumei essa pedra, nesse mesmo dia, eu gastei o dinheiro de comprar um quilo de maconha. [...] 600 reais (homem).

Revolucionária. Insana. Determinada a que eu fizesse muitas coisas que o normal do ser humano não faria. [...] Ela dá um prazer muito grande à pessoa, um prazer tão grande que pode até ser substituído pelo amor, pelo sexo, por um copo de graviola ao leite bem gelado, um copo de cerveja no domingo depois do futebol (homem).

Depois que eu me formei, eu só tinha experimentado o crack, eu não tinha entrado nesse ciclo que transforma você. E quando eu acabei meu segundo casamento, aí eu me joguei mais um pouco na vida boêmia, né, e assim, eu sempre cheirei cocaína. A lista vai ser grande, eu já usei até o que você nunca nem ouviu falar. Eu sou um historiador experimentador, sou um cientista (homem).

Eu senti outra pessoa diferente no meu corpo, na minha consciência, entendeu? Eu senti uma coisa aliviada, os pesos saem todinho. Aí eu fiquei. E meu uso não é uso de uma pedra, duas pedras, não. É de cinco gramas, 10 gramas, 15 gramas (homem).

6.2 SOBRE VIOLÊNCIA, CRIMINALIDADE E POLÍCIA

De modo geral, é possível afirmar que a maior parte dos informantes estava situada em contextos permeados por uma sociabilidade violenta. Muitos relataram ter perdido pais, irmãos e amigos assassinados por grupos criminosos de seus bairros. Foi comum revelarem que também poderiam ter sido vítimas de homicídio em algum momento da vida, inclusive antes do uso de drogas lícitas ou ilícitas.

Era fome, era desprezo das outras pessoas, olhava pra nós feito bicho. [...] Era briga, tráfico de droga, um furando um ao outro por causa de droga (homem).

Já o meu irmão foi por causa do crack. Meu irmão gêmeo! Tava devendo lá em cima no Alto José do Pinho. Aí os cara mataram ele. A gente ia num brega que tem lá em cima. Ia direto. A gente ia direto pra lá. Amanhecia tomando conta de carro. Aí nesse dia eu disse: — Não vou subir não, véio! Sobe não, vamos dormir. Foi uma coisa, tá ligado? Que me deu. Foi de manhã, chuva que Deus mandava. Aí quando amanheceu meu irmão tava lá estirado no beco com seis tiros nas costas (homem).

Welliton! Ele era muito comigo. E no dia que ele morreu ele tava comigo. Aí no outro dia eu fiquei sabendo que ele morreu. Eu tava com ele curtindo, tá ligado? No centro da cidade do Recife. Aí ele disse: — Meu irmão vou ali pegar uma menina que eu tô afim. Eu disse: — Meu irmão, vamos pra casa! E ele: — Nada, meu irmão. Eu fiquei chamando ele. Eu fui pegar o ônibus e fui pra casa. Aí no outro dia minha mãe ligou lá pra casa dizendo que ele tinha morrido. Minha mãe também conhecia ele. Diziam que a gente era parente dele. Parecia muito com ele. Só andava com ele. Hoje ainda eu ainda sonho com ele. Foi uma perda muito grande pra mim. Ele foi buscar droga na boca de madrugada. Acho que aconteceu alguma coisa lá. Roubaram ele e mataram ele. Deixaram ele só de bermuda. Roubaram tudo, o dinheiro dele, o cordão de prata que ele tava [...] mas, a imagem no caixão muito ruim (homem).

Muitos desafios são encontrados para desenvolver estratégias no cuidado de pessoas que usam drogas em cidades nordestinas e que vivem em contextos de extrema desigualdade, exclusão social e a dura realidade de perceber que homicídios não ocorrem apenas em filmes

estadunidenses (como pensa parte da população), mas também no cotidiano de suas comunidades, com pessoas conhecidas, às vezes familiares.

A explosão de violência na região Nordeste na última década, aconteceu em um período em que essa mesma região experienciou uma brutal queda da desigualdade, um enorme crescimento econômico e dos níveis de emprego e uma queda expressiva nos índices de pobreza. Tal situação causa perplexidade naqueles que defendem que apenas medidas sociais de longo prazo podem resolver o tema da violência. Políticas específicas e inteligentes de segurança pública são necessárias (ABRAMOVAY, 2015, p. 20).

Alguns entrevistados disseram já ter se envolvido com atividades criminosas, como furto, roubo ou tráfico, por razões que vão além do uso de drogas, que variam da convivência sócio-histórica com essas práticas em seu ambiente de moradia a um tipo de revolta motivada por vivências traumáticas ou por injustiças.

Isso foi me revoltando [o pai foi assassinado por engano]. Não soube me controlar mais, não queria saber de colégio, não queria saber mais de nada. [...] Queria, o meu pensamento era ir atrás deles dois que matou. Bebia, muito. [...] Aí fui me viciando e não conseguia parar e comecei a... Não tinha mais dinheiro pra comprar. Aí foi na questão que um me chamou: — Bora ali fazer um assalto de ônibus. Pegar um dinheiro e de repente comprar uma dola. Bora. Foi meu primeiro assalto a ônibus. Aí comecei a assaltar ônibus, acostumei, gostei, não queria parar mais. [...] Armado. [...] Aí consegui essa arma e comecei a roubar, roubar, roubar. Aí num tava dando mais pra roubar ônibus porque tavam botando polícia dentro dos ônibus agora. E quando eu fui assaltar outra vez, acabei tomando um tiro. Aí a gente pegou, parou. [...] Aí com o tempo, parei de assaltar e fui me envolver com tráfico. Eu tinha 14 anos. Aí comecei a traficar lá no Alto da Bondade (homem).

Não é raro que os informantes já tenham passagem pelo sistema prisional ou terem cumprido medida socioeducativa. Os relatos sobre esse período são absolutamente negativos.

Relataram que a vivência de práticas criminosas, como furtos, assaltos ou tráfico de drogas, tornou-se mais complicada quando passaram a fazer uso descontrolado de crack, com grau alto de dependência.

A violência, ela sempre teve gerada de várias formas na minha vida. Mas eu vim sentir que a coisa era séria mesmo quando eu comecei a traficar drogas. Aí eu fui vendo o bagulho louco. Quando os outros traficantes que eram acima de mim no poder do tráfico no Alto, começaram a me pressionar pra eu poder pagar o dinheiro, essas coisas. Eu tive que atirar em gente também. Eu tive que fazer medo na população pra não poder morrer (homem).

Pode-se afirmar que, de acordo com os relatos, os informantes estavam mais próximos de serem vítimas de assassinato do que de praticarem homicídios, porém, um dos entrevistados relatou tal prática.

Aí ficou isso na minha cabeça, que eu não queria [...] Depois eu fiquei com aquele negócio na cabeça, fiquei meio confuso. [...] Até hoje eu me lembro. Tem hora que eu paro assim pra pensar, olho assim pra minha filha assim, fico olhando. Aí digo: poxa tirei uma vida que não tinha nada a ver com isso. Se fosse de um traficante, alguma coisa, pra mim era normal. [...] Mas uma criança que não tem nada a ver (homem).

Fui preso no dia do meu aniversário. Fui preso pro Cotel [Centro de Observação Criminológica e Triagem] Uma experiência horrível na minha vida. Fui preso em 15 de janeiro de 2000. Eu tinha completado 26 anos. Fui preso no dia do meu aniversário [...] Foi numa época que eu carregava frete na Rede Todo Dia. Tinha conhecimento com o gerente, com o dono, os “subdonos”, os funcionários. Fiz amizade com o vigilante da noite. Exemplo, as mercadorias eles... tinha tipo galpões por trás. Colocava por lá. A gente, eu e o vigilante vínhamos desviando mercadorias grandes fazia um ano já. Eram lapadas de 40 mil, 50 mil. Pra tu ter ideia: taças de cristal; você sabe que é caro? Na última lapada da gente foi duas Kombi só de taça de cristal. Deu 240 mil reais, pô! E eu como tava no uso já da porcaria do crack. E eu saí naquele estado. No que eu dobrei a esquina com uma caixa na cabeça cinco carros parou em cima de mim: — Você tá preso! Sou da roubos e furtos! A casa caiu! O que você tem nessas caixas? Já fui apanhando daí. Colocaram um saco na cabeça e me levaram para um galpão onde o vigilante tava. Chegaram comigo dentro do carro. [...] Vim conhecer a tal da “espera”. Exemplo, eu só conhecia do programa do Cardinot [programa de televisão] quando eu caí lá dentro comecei a chorar. Eu tava com uma carteira de Hollywood quando eu caí nessa espera. Eu tava com uma roupa bem feia. E o cara que caiu junto comigo disse: — Se eu me f... tu vai se f... também! (homem).

Ficou evidente, em muitos relatos, que as vivências sofridas pela exclusão social, pelo sistema de justiça (intervenção policial ou encarceramento), pelas diversas formas de violência doméstica ou urbana foram mais marcantes e causaram mais prejuízos em suas vidas do que os danos ocasionados ao organismo (corpo), especificamente pelo consumo de crack e outras drogas.

Uma variável enfatizada pelos informantes foi a dificuldade nos contatos prévios com a polícia. Os entrevistados contaram inúmeros casos de abusos por parte de policiais civis e militares — agressões, extorsões, ameaças, enfim, os mais diversos tipos de humilhação.

Fui agredida por um policial da delegacia do Pina [bairro], também por briga com minha companheira. Ele já chegou dando na minha cara, me ameaçando de morte. Eu não esperava nunca ser agredida por um policial, porque independente de eu ser usuária, eu sou uma cidadã, sou uma mãe de família, não é? Foi uma sensação horrível, humilhante (mulher).

Muitas vezes chegavam na Maré, dava na gente, sem a gente tá fazendo nada, só porque somos usuáries eles não têm direito de nos agredir. Outros chegava assim, tomava o cachimbo da gente assim, mandava a gente botar cinza, botar a pedra que a gente tinha no cachimbo, botava na boca e ainda mandava a gente acender o cachimbo (mulher).

Eu não tenho nenhum exemplo de polícia boa, e não é porque eu sou usuária. Se eu visse fazendo o trabalho direitinho, eu dizia [...] por experiência própria eu digo que não serve pra nada (mulher).

Porque na realidade, eles prendem uns e soltam outros. Vê se eles pegam aquele cara que ele pega dez peças de crack, que ele tem cinco peças de crack, que ele tem uma fortuna guardada dentro de casa, uma pequena fortuna. Não pegam. O que tu vê na televisão é ladrão matando ladrão, traficante de pequeno porte. Porque a turma fica aí de boca aberta: óa, o cara caiu com cem pedras. O que é cem pedras? Não é nada, véi. Cem pedras é feito com cem gramas de crack. Pra uma peça, falta 900 gramas. Cadê esse cara que tá com as 900 gramas, ele não aparece não, é? É porque a polícia não quer mostrar, porque esse cara é uma pequena fonte de renda, de enriquecimento ilícito, eles são pilantras (homem).

O que marcou mesmo foi quando tava eu e um amigo meu. A gente tava dando um rolê fumando um baseado. Tá ligado? Quando a gente avistou três moto da Rocam [programa de policiamento com motocicletas]. Tinha um muro bem baixinho assim. Tá ligado? Aí eu tava fumando um baseado e tinha mais uma quantidade assim na mão, um pouco no papel. Aí eles pegaram e pararam. Aí eu joguei pro outro lado do muro. Aquela coisa! Eu tinha na pochete; colírio, dinheiro, camisinha, uns óculos também. E o policial: — Tem alguma coisa aí? Eu disse: — Tem não, senhor! O outro policial viu eu jogar o negócio lá atrás. Aí ele foi abriu o portão e foi lá do outro lado e voltou com o bagulho na mão. Aí ele deu um murro aqui na minha barriga. Abriu a minha pochete e botou a camisinha na minha boca e disse: — Diga: big big da Rocam! E eu comecei a falar big big da Rocam. Deixou a pochete lisa, pegou tudo até a maconha. Todo mundo viu. Fez a gente passar constrangimento. [...] Porque juntou muita gente, véio! Era dia. Eles botaram pressão na gente Toda vez eu comento com alguém quando vem esses assunto assim. E a gente tava numa “vibe” boazinha indo encontrar com as menina. [...] Eu já comprei crack na mão de policial. Tá ligado? Já comprei já. Uma coisa que eu também não esqueço. Eu fui pegar uma quantidade de crack e quando a gente saiu ele fez pressão psicológica. E acabou a gente fazendo negócio com eles. A gente deu 100 reais a ele e comprou o deles e o da gente. Entendeu? A gente marcou um lugar. E foram se embora. Eles marcaram fora da comunidade embaixo de um viaduto. Não tinha câmara nem nada. Eu fiquei — Meus Deus que mundo é esse? Esses cara tão fazendo cocó [enganando] com a gente (homem).

6.3 ENTRE AS MULHERES

Entre as mulheres entrevistadas, foram mais comuns os relatos de violência doméstica, de violência sexual, tanto em casa (padrasto, ex-companheiro, até mesmo pai) quanto em vivências nas ruas.

Além disso, em suas narrativas está mais presente a relação entre o uso nocivo de drogas e a prostituição ou troca do corpo pela droga. Várias das entrevistadas têm filhos (são

comuns os casos de gravidez na adolescência), muitos gestados durante períodos de uso abusivo de crack.

Me viciiei, comecei a fazer programa, comecei a tirar coisa de dentro de casa, pegava coisa emprestada dos vizinhos e não devolvia, vendia [...] De 16 anos até 27 anos foi só de atraso. Com a maconha nem tanto, mas com o crack foi só atraso. Muitas dívidas eu fiz. Traficante dizer que ia me matar. Outros queriam porque queriam que ela [a mãe] pagasse, pra que não viesse a morrer nem eu nem ela (mulher).

Tanto as mulheres como os homens que têm filhos enfrentam dificuldades para cuidar sozinhos deles quando estão imersos na situação de uso nocivo de drogas. Nesse contexto, a maioria das crianças permanece sob os cuidados das avós maternas e paternas, mas há quem tenha entregado filhos para adoção. Uma das mulheres entrevistadas lamentou: “Perdi a guarda dos três, por conta das drogas, que eu sofro muito, me torturo muito com isso”.

O afastamento dos filhos, o rompimento dos laços afetivos com maridos/esposas, amigos e familiares, a perda da capacidade produtiva, em suma, a falta de controle sobre as próprias vidas e as consequências desse processo em suas interações sociais é um grande ponto de tensão e de mágoa na vida dos usuários e reflete significativamente no modo como constroem suas autoidentidades e identidades sociais. A sua recuperação, de acordo com as falas, parece ter um papel importante na reversão do uso nocivo de drogas e na reconstrução de suas trajetórias, de um sentimento de cidadania e de pertencimento.

Porque quando mesmo que eu uso droga, quando eu bebo, eu viro outra pessoa, entendeu? Já passei por muita coisa, já tentei me matar, tudo. De arrependimento (mulher).

Naquele tempo, eu era um cidadão. E agora não, eu só sou uma usuária, dependente, aí já muda tudo. Que a droga, a pessoa perde tudo. Perde amizade, perde a família, perde o direito, perde tudo. Nós mesmo, pra muita sociedade aí, pro povo, nós mesmo não vale nada. Nada. E é muito discriminado, entendeu? (mulher).

6.4 O MOTIVO E A ENTRADA NO PROGRAMA

São diversos os motivos relatados que levaram os usuários a procurar pelo Programa, desde a busca de um acolhimento com menos exigência, com garantia de direitos básicos, como banho, higiene, alimentação, um pernoite, descanso, ou por situações marcantes nas relações com abuso de drogas, até pela necessidade de uma proteção social mais complexa, como garantir a preservação da vida diante de uma ameaça de morte.

Percebe-se o desejo por algum tipo de cuidado que os ajude para chegarem à abstinência total, especialmente em relação ao consumo de crack. A participação de amigos na indicação e no estímulo para participar do Atitude apareceu com frequência nos relatos dos informantes.

Sabia já eu fazia um curso lá em Santo Amaro no Centro da Juventude. Eu prefiro pedir ajuda. Eu achava que ia morrer antes disso pedir ajuda. Tava demais! Que eu vivia pela rua aí tem o Craud é uma clínica ali. A gente toma um café, toma um banho e passa o dia lá. Aí depois surgiu esse negócio do Atitude. Eu ia pro Craud antigamente. [...] Eu vivia pela rua e os menino simhora! Foi até hoje (mulher).

Eu gosto do programa. Porque assim, né? Tem comida na hora certa, tem banho. Pelo menos tem onde dormir. Porque a noite pra dormir na rua é muito arriscado. Aí eu preferi vim, né? (mulher).

Passei uma noite de consumo. Já desses quase três meses... E certa noite eu passei a noite inteira, o dia e a noite consumindo. E quando eu cheguei em casa a minha filha olhou pra mim e disse que eu tava muito diferente. Foi quando eu olhei no espelho e aquela imagem não era eu. Eu não me via mais como pessoa. Vi realmente um usuário de crack. Minha imagem no espelho. E aquilo me doeu pra caramba. E a partir daquele momento eu disse que ia parar e tô aqui (homem).

Eu cheguei através de um amigo meu que eu tava assim demais. Meu estado social estava muito devastado. Tá ligado? Só em uso, uso, uso. Todo tipo de droga eu experimentei. Onde eu chegava tinha tudo LSD, pó, tinha tudo. Mas tava mais no crack. Eu precisava parar. Tá ligado? Voltei a estudar agora. Eu precisava fazer essas coisas. Tá ligado? Trabalhar... Fazendo o EJA [educação de jovens e adultos]. Em três anos e meio eu termino tudo. Se Deus quiser. Aí me afastei e vim para o Atitude e tô conseguindo, véio! [...] Ele conhecia. Ele indicou, tá ligado? Ele não frequentava. Ele conhecia. Ele disse vá que lá é assistência social. [...] Conheço o G., não sei se você vai entrevistar ele, já usei com ele lá fora. E ele está aqui (homem).

Mudo muito. Fico agressiva com filho, com tudo, até com a minha mãe. Aí eu cheguei a um momento de ver meu rosto no espelho todo marcado, todo inchado, boca inchada, olho inchado. Eu que procurei meu bem-estar. Eu que vim procurar o Atitude (mulher).

Na mesma hora, não me deixaram nem eu ir pra rua. Me acolheram. Abriram um armário lá, olha, escolhe aí uma roupa pra tu que isso aqui é tudo doação pras pessoas que chegam sem nada. E fiquei. Passei um bom tempo em abstinência. Mais ou menos uns três meses. Direto no Atitude. Me acolheram, me levaram pro Intensivo (homem).

Como exposto nas falas dos entrevistados, são diferentes as expectativas e as demandas dos usuários com relação ao Programa, dependendo da situação em que estão vivendo em relação ao uso de drogas. Em determinado momento, o usuário deseja apenas o abrigo; em outro, busca o Atitude para tentar aprender a administrar o uso ou buscar pela abstinência, ou mesmo para recuperar algum nível de qualidade de vida e melhoria de seus laços sociais e afetivos.

Há dois meses minha ficha caiu. Vi minha mãe ficando velha e criando meu filho. Minha mãe não tem mais o pique que eu tenho. Ele precisa de mim. Eu preciso de mim. E eles precisam de mim. Foi isso que me fez parar aqui novamente, com um pensamento totalmente diferente e uma vontade totalmente diferente. E se eles estão dispostos a me ajudar, eu vou me disponibilizar pra eles me ajudarem. [...] Nesses períodos eu não tinha ainda colocado na minha cabeça que a vontade de mudar teria que partir de mim, não seria do Atitude, da minha mãe, dos técnicos, L. teria que querer. Porque o crack é uma droga que lhe domina de um jeito que se você não quiser, você não consegue [...] ele domina sua mente, seu corpo de um jeito que só quem usa é que sabe. É muito, muito difícil (mulher).

O que ficou claro diante dos relatos dos usuários é a confiança que eles têm no Programa e a avaliação positiva que fazem do acolhimento e dos serviços prestados, tanto que procuraram o Programa diversas vezes ao longo de suas trajetórias e momentos de uso abusivo de drogas, com demandas diferentes, e sempre encontraram a ajuda que buscavam. Além disso, foram categóricos em afirmar que indicariam o Atitude a pessoas que estivessem vivenciando uma situação similar à sua.

6.5 AS RESPONSABILIDADES NO ATITUDE

Além das diversas atividades oferecidas pelo Programa, os entrevistados relataram suas responsabilidades no dia a dia. O modo de funcionamento de cada casa é singular, porém, suas diretrizes no cotidiano dos serviços são guiadas pelos acordos desenvolvidos nos contratos de convivência. “Todo lugar tem regras e as regras da rua são muito pior”, afirmou uma das mulheres entrevistadas.

O contrato de convivência. É todas regras da casa. São as regras básicas. Não é fácil você viver na coletividade. Nessa casa são 30 usuários. Homens e mulheres e também tem homossexuais. Tanto mulheres como homens. Cada um tem um problema, cada um tem uma ideia, um gosto. Mas, o contrato é o básico. Respeitar o próximo. Não manter nenhum contato afetivo, sexual. Ela é minha mulher eu sei disso. Mas, a gente não se toca aqui dentro da casa. Ela tá matriculada na escola. A gente sai todo dia. Sai pra namorar. Violência também não é permitido [...] as regras são muito simples, tem dia pra tomar banho de piscina. Tem uma área pra gente fazer exercício. Cada usuário tem um tempo determinado para ouvir um som (homem).

Outro fator preponderante para o funcionamento cotidiano das casas é a organização das comissões, que têm a finalidade de manutenção diária para uma boa convivência no espaço físico entre as pessoas acolhidas.

Tem nossas comissões. Não é uma obrigação. Acho que é nosso dever. Cada um tem que fazer sua parte. Pratos têm que ser lavados. A limpeza do espaço tem que ser feita pela gente. Querendo ou não a gente não fica naquela rotina de ficar parado. Todo dia tem que ser feito. A minha normalmente tenho feito a limpeza do refeitório: limpando as mesas, né? Cada um tem que fazer e isso não deixa tanto na rotina (homem).

Faço minha comissão aqui dentro. Que todo mundo tem comissão aqui dentro. Um varre aqui na frente, outro organiza o espaço [...] Minha comissão é o refeitório. Tá ligado? Eu ocupo a mente. Tá ligado? (homem).

A gente faz uma comissão. Carrega uma água, varre o pátio, lava o banheiro, ajuda a menina da limpeza também. Pronto, é isso! (homem).

6.6 ASPECTOS AVALIATIVOS DO PROGRAMA

De maneira geral, os entrevistados avaliaram positivamente o Programa Atitude, seja na dimensão do acolhimento, do respeito como cidadão, da convivência no espaço com colegas e profissionais ou das melhorias depois de situações-limite na vida.

Eles relataram que o Atitude promoveu mudanças efetivas em suas vidas, especialmente na retomada de laços afetivos e na recuperação de alguma esfera de autocontrole. Disseram acreditar que a dinâmica de relação dentro do Programa, baseada no respeito mútuo, ajudou-os a se sentirem mais calmos, menos agressivos, proporcionando a retomada ou o início de um cotidiano e de uma sociabilidade mais saudável.

Se eu não tivesse conhecido o Atitude eu não estaria hoje aqui contando uma história para você. Uma história, não. Assim... Todos os relatos que eu fiz agora. Talvez eu não tivesse aqui. Talvez não tivesse esperança de rever minha filha novamente. Rever os meus valores morais da minha família e de ética mesmo. Na verdade, se não tivesse conhecido o Atitude eu não estaria vivo. Ou eu ia morrer na droga ou a droga ia me matar (homem).

Pra mim é maravilhoso estar nessa casa. Às vezes quando eu saio, já fico contando as horas, olhando, pra voltar, né? Eu não esqueço do horário de voltar. E pra mim tá tranquilo. Como se fosse uma segunda casa pra mim. Hoje eu posso dizer que sou uma mulher digna, né, entre a sociedade, né? (mulher).

Já fala Atitude, é quem quer mesmo mudar sua vida. Que não existe uma clínica igual ao Atitude, porque a equipe toda trabalha com o coração. [...] Pra mim é tudo ótimo, é tudo bom, porque tem clínica aí que faz nós de escravos (homem).

Eu admiro muito o trabalho aqui. Você acha que eu tô fazendo psicologia pra quê? Vou trabalhar no Atitude, retribuir o que me deram (homem).

Todos os entrevistados haviam recuperado suas carteiras de identidade, carteiras de trabalho, certidões de nascimento e outros documentos que nunca tinham sido tirados ou que

tinham sido perdidos em contextos situacionais de uso excessivo de drogas. Relataram que tinham conseguido reduzir o uso de drogas, que estavam restabelecendo aos poucos os vínculos familiares e que aprenderam a esperar a hora de falar e de escutar o outro.

Tô bem melhor hoje. Pras vistas de quando cheguei na casa, era uma vergonha. Eu num conversava nem com as tias. Em crise, vendo bicho, vendo alucinações, me mutilando. Mudou minha qualidade de vida. Meu jeito de me expressar. Eu era uma pessoa muito tímida, muito fechada. [...] Tinha dificuldade de falar, era acanhada. Não sabia me expressar também e era acanhada. Me senti como se fosse uma criança. [...] Era magra, comecei a ganhar corpo. Comer, que eu não comia. Dormir bem. Foi tudo de bom. Não só apoio moral, como sinceridade. Eles não tinham indiferença, não tinham medo de mim que nem minha mãe tem (mulher).

Foi o respeito! Saber escutar as pessoas. Eu não sabia escutar. Antigamente... Eu me soltei um pouquinho aqui. Sendo que eu ficava aqui, um falava eu catucava com um e com outro. Às vezes eu saía dos grupos. [...] Eu era muito nervoso, muito estressado, era o bambambam (homem).

Alguns entrevistados destacaram que voltaram a frequentar a igreja e que a religião é importante para melhorar a vida social, porém, alguns compararam projetos para atendimento a usuários de drogas de cunho religioso e fizeram algumas críticas.

Por exemplo, minha família é católica [...] Eu não tenho nada contra a palavra de Deus. O que vim é bem-vinda só que abstinência total é muito difícil. Eu tenho quase uma década de histórico de uso de droga (homem).

É outro projeto. Projeto evangélico. Só que é mais rígido. Exemplo, lá você tem que orar toda hora, pra tomar banho, pra comer, sempre rezando. [...] Passei dois meses e sai. Horrível (homem).

Eles são umas coisas evangélicas, eles tentam levar você por um caminho que você não quer ir. Não tenho nada contra religião [...] eu não tenho vontade de ser evangélica, eu tenho vontade de tirar o vício (mulher).

Importa destacar que os entrevistados manifestaram, de diversos modos, a importância do vínculo estabelecido com os profissionais dos serviços do Programa, demonstrando um sentimento de acolhimento e de profunda gratidão.

Tudo que é possível, na medida do possível e quase chegando no impossível, o pessoal tenta fazer por você. [...] É um investimento de pessoas que nunca me viram, que não me conhecem e que querem o meu bem. [...] É bom se sentir acolhido e cuidado por outra pessoa. Isso é o que me fortalece mais no meu dia a dia (homem).

Isso vai de faxineiro à coordenação geral. Todos tratam a gente muito bem. Não é porque é entrevista, tô dizendo o que eu penso desse serviço (mulher).

De 100, eu dou nota mil, o Atitude tá de parabéns. Aqui é tudo de bom. Eu posso falar por mim. Eu tenho apoio aqui. Eu tenho apoio, eu tenho carinho (mulher).

Os entrevistados avaliaram que, por meio do Atitude, é possível recuperar sua autoestima e parte de sua cidadania, bem como criar estratégias para um autocuidado mais protetivo e ampliar seu planejamento de desejos e melhorias para o futuro.

Isto é muito importante em relação a drogas, o dependente químico tem abstinência, alteração de humor e comportamento e isto é muito complicado de trabalhar. É um público muito delicado [...] No dia que fui no colégio fazer minha matrícula. Tinha um cara suando, e com muito dinheiro. Estava sobre efeito. Ele nem chamou na porta do colégio: — Vamos? Vamos? E eu falei: — Vou não. [...] Tem uma rota que já foi traçada. Eu tracei uma rota pra ir pro colégio pra não passar por casas abandonadas. Tem muito menino que usa lá. Eu tenho uma rota que é mais simples e não passo por nenhuma casa abandonada (homem).

Eu tenho a plena convicção dentro da minha mente e do meu coração que agora eu vou conseguir êxito em minha busca pra conseguir reconquistar a minha família, criar os meus filhos, trabalhar normalmente como uma pessoa, como qualquer outro cidadão normal. Reconquistar os meus direitos como cidadão. Praticar o bem. E poder ajudar pessoas que estão na minha situação também, com conselhos, entendeu? Produzir e voltar a possuir as coisas que eu tinha. A minha casa, a minha moto que eu tinha. Eu sinto muito a falta da minha família. Aqui eu me sinto como se eu tivesse dentro de uma família. Porque as pessoas eu sinto que realmente elas fazem o trabalho delas com prazer (homem).

6.7 SÍNTESE DOS DADOS QUALITATIVOS

As investigações epidemiológicas possuem um valor imensurável para o conhecimento das características de uma população, porém, não permitem um aprofundamento qualitativo. No caso dos usuários de crack, “a procura pelos sentidos individuais da intoxicação por drogas e de seu uso descontrolado é uma das perspectivas científicas que pode auxiliar no desvendamento dessa teia complexa que é a adicção de crack” (MESSAS et al., 2016, p. 163).

Citando considerações feitas pelo antropólogo Gilberto Velho (1994) em artigo sobre a dimensão cultural e política dos mundos das drogas, Minayo e Deslandes (1998, p. 39) acentuam que o autor “ressalta a importância de se estudarem os valores presentes nas subculturas ligadas ao uso de drogas ilícitas e enfatiza que estes laços e comportamentos unicamente se tornam anti-sociais e violentos num contexto de severa marginalização”. Também mencionam obras da antropóloga Alba Zaluar (1993, 1994), afirmando que a autora salienta “o percurso dos jovens dependentes (sobretudo os mais pobres) que sofrem múltiplas exclusões: na família, na escola, na vizinhança, até finalmente serem perseguidos pela polícia como criminosos” (MINAYO; DESLANDES, 1998, p. 39).

Na pesquisa exposta nesta dissertação, a partir das entrevistas individuais, foi possível fazer esse percurso, sistematizado em tópicos, considerando os principais achados nessa dimensão qualitativa.

1) A maioria dos usuários e usuárias compartilha determinado perfil socioeconômico: negros, pobres, com baixa escolaridade, com experiências de trabalho no mercado informal e por vezes criminoso, com *backgrounds* de famílias desestruturadas, moradores de comunidades periféricas e violentas, com presença do mercado ilegal de drogas.

No entanto, há exceções entre os entrevistados: dois deles eram de bairros mais organizados e pacíficos, com ambiente familiar estável e harmônico, com níveis de escolaridade mais altos e experiências diversas no mercado formal de trabalho.

2) Avaliação positiva do Atitude. O Programa foi muito elogiado por todos. Houve consenso entre os informantes quanto à importância do acolhimento a esses usuários de drogas, à sensibilidade em tratá-los como cidadãos e, desse modo, auxiliar na recuperação da sua autoestima, para que se percebam e ajam como tal.

Nessa tônica, a equipe de profissionais foi bastante elogiada. Para os usuários, eles mostram compromisso com o trabalho e cuidado genuíno com as pessoas atendidas.

3) Uma das principais críticas feitas ao Programa pelos usuários foi a necessidade de cuidar dos egressos, ou seja, de desenvolver um acompanhamento pós-acolhimento e, como desdobramento disso, a preocupação com ações para educar e capacitar os acolhidos para modalidades de trabalho formal. A proposta é que o Atitude seja capaz de desenvolver uma parceria com outras agências da rede de atenção ao usuário de drogas ou com políticas públicas geridas por outras secretarias do executivo (como a de educação) para ajudar na ressocialização do (ex)usuário de droga, que ainda é bastante estigmatizado.

Entre os profissionais, é clara a necessidade de melhorar a articulação entre as instituições da rede de atenção aos usuários de droga em Pernambuco.

O CAPS apareceu no discurso de todos os usuários como um fator essencial para o início de seus tratamentos e também para a sua continuidade, pois o atendimento médico (e consequentemente a prescrição de medicamentos) é realizado no CAPS.

Alguns usuários relataram passagem pelo Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano durante seus surtos, demonstrando descontentamento e insatisfação, pois não se consideram loucos e nem acham o ambiente desse hospital adequado para tratar das suas necessidades. Essas são experiências traumáticas para os usuários.

Outra crítica bastante recorrente entre os usuários diz respeito à ociosidade dentro dos centros do Programa. Em sua maioria, as pessoas atendidas pelo Atitude desejam ter mais atividades, tanto culturais quanto profissionalizantes.

4) Os usuários costumam procurar o Programa por dois principais motivos: refúgio em situações de ameaça de morte (principalmente em razão de dívidas de drogas) e vivência de situações-limite, quando tomam consciência, mesmo que de modo efêmero, que precisam de ajuda, pois, caso contrário, também podem morrer ou perder completamente o controle sobre as suas vidas. Muitas vezes, contam com algum familiar ou amigo para alertá-los e conduzi-los ao Atitude.

5) Houve consenso no discurso dos usuários sobre o poder destrutivo do crack e da diferença entre ele e a maconha, por exemplo. Afirmaram que a dependência em crack os destituiu da condição de cidadãos, pois não se sentem assim e não são tratados como tal pela sociedade. O álcool também apareceu no discurso de alguns como uma droga destruidora, pela promoção da agressividade e pela sua associação ao consumo do crack. Houve relatos do uso de outras drogas (LSD, cocaína, medicamentos de tarja preta). No entanto, para os entrevistados, o crack é sempre a droga “destruidora” que aparece em suas vidas, geralmente, após alguma “situação-limite de estresse”.

Diante dos principais achados deste estudo, pode-se compreender que o Programa Atitude conseguiu alcançar certa contratualidade com um público em alta vulnerabilidade social, com perfis que revelam trajetórias de extrema exclusão social, além de uma elevada sociabilidade com situações de violência. As pessoas atendidas revelaram, em linhas gerais, a necessidade de serem respeitadas, tratadas como cidadãs e que isso se estenda para familiares e sociedade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso deste trabalho foram contextualizados os principais conceitos que transitam nas políticas públicas sobre drogas, seja de cunho internacional, nacional ou local, como é o caso do estado de Pernambuco. A compreensão inicial sobre o histórico e as relações atuais sobre drogas, o que de fato são políticas públicas e como elas estão inseridas no campo das drogas, com um olhar mais específico sobre o crack, possibilitou refletir acerca dos principais desafios dessa política nas necessidades e impactos de ações governamentais.

A análise das estratégias de redução de danos — conceito nuclear que fundamenta o Programa Atitude — propiciou um entendimento mais aprofundado da complexidade do problema e da necessidade de inserção dessa diretriz nas políticas públicas brasileiras de seguridade social, em especial as relacionadas à saúde e à assistência social.

Expostos os principais desafios e diretrizes que rodeiam a política sobre drogas e, conseqüentemente, o Programa Atitude, foi possível discorrer sobre seu processo de formulação, mais precisamente à luz da teoria do ciclo de políticas públicas. Resgatou-se o histórico da política, sua inserção na agenda governamental e, finalmente, como foram estruturados os serviços do Programa, combinando, nesta dissertação, abordagens quantitativa e qualitativa.

A diferença entre abordagem quantitativa e qualitativa da realidade social é de natureza e não de escala hierárquica. Enquanto os cientistas sociais que trabalham com estatística visam a criar modelos abstratos ou a descrever e explicar fenômenos que produzem regularidades, são recorrentes e exteriores aos sujeitos, a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados. Esse nível de realidade não é visível, precisa ser exposto e interpretado, em primeira instância, pelos próprios pesquisados. Os dois tipos de abordagem e os dados advindos, porém, não são incompatíveis. Entre eles há uma oposição complementar que, quando bem trabalhada teórica e praticamente, produz riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa (MINAYO, 2009, p. 22).

Neste estudo, a principal relação percebida entre as duas abordagens foi a complexidade e a proximidade dos temas sobre crack, exclusão social e violência em contextos de alta vulnerabilidade. Sem dúvida, um desafio antigo e atual nas políticas públicas, seja de segurança, saúde ou assistência social.

Cabe salientar, conforme Minayo e Deslandes (1998, p. 38), que

o mais consistente e predizível vínculo entre violência e drogas se encontra no fenômeno do tráfico de drogas ilegais. Este tipo de mercado gera ações violentas entre vendedores e compradores sob uma quantidade enorme de pretextos e circunstâncias: roubo do dinheiro ou a própria droga, disputas em relação a sua qualidade ou quantidade, desacordo de preço, disputa de territórios, de tal forma que a violência se torna uma estratégia para disciplinar o mercado e os subordinados.

Minayo e Deslandes (1998, p. 39) destacam duas situações sobre a relação entre drogas e violência que precisam ser analisadas. A primeira é que, “se em muitos eventos violentos, encontra-se alguma associação com o uso de drogas ou álcool, não se pode afirmar peremptoriamente que inevitavelmente isso aconteça ou que esta relação seja de causalidade”.

Em segundo lugar, trata-se de uma falácia ecológica a idéia de que substâncias ilegais e pobreza, por exemplo, são responsáveis por eventos violentos. Essa idéia parte de um determinismo biológico, social e econômico. Por exemplo, se é verdade que existe uma relação entre altas taxas de violência e uso de drogas em determinados bairros pobres, há grandes diferenças de taxas entre bairros com a mesma situação sócio-econômica estrutural. Desta forma, há necessidade de se reconhecer a complexidade do contexto social, da dinâmica das comunidades e das normas culturais historicamente construídas e dos fatores de personalidade e individualidade (MINAYO; DESLANDES, 1998, p. 39-40).

As autoras prosseguem em sua análise sobre a complexidade das relações entre drogas, álcool e violência, inserindo no discurso o comércio ilegal de drogas e suas conexões com o mercado econômico, instituições políticas e financeiras.

[...] ao mesmo tempo em que a situação de violência e drogas reflete a questão do *status* legal das substâncias, reflete também as chances e oportunidades que a economia formal deixa de oferecer, circunstância sob a qual o mercado das drogas floresce. Por outro lado, o mercado formal apenas aparentemente não compartilha do comércio ilegal de drogas, pois é de domínio público o envolvimento, em redes nacionais e internacionais, de instituições políticas, financeiras e empresariais com o capital gerado e em circulação proveniente dessa peculiar fonte de riqueza. O comércio ilegal também está muitas vezes ligado ao tráfico de armas, misturando-se constantemente a negócios oficiais de importação e exportação (MINAYO; DESLANDES, 1998, p. 39).

Todas essas considerações são importantes para compreender o fenômeno do consumo de drogas. Segundo o neurocientista Carl Hart (2014), o principal fator que leva uma pessoa a consumir uma droga de forma intensa é ambiental. Segundo ele, 80% a 90% dos indivíduos que consomem o crack não desenvolvem dependência da droga.

Não é o crack, portanto, que produz práticas específicas, como o envolvimento com a criminalidade ou mesmo o uso intenso, mas a falta de perspectiva de futuro e de oportunidades de quem o utiliza. Nesse âmbito, as drogas têm um caráter ambíguo que advém de sua natureza simbólica, pois seus sentidos são construídos em contextos que permitem sua significação enquanto objeto social. Esse processo ocorre em uma relação dependente do contexto, pois se vincula às condições sociais, políticas e históricas que configuram contextos determinados (ACIOLI NETO, 2014, p. 20)

É possível, agora, fazer o exercício de apontar os elementos da política estadual sobre drogas que avançaram com a implementação do Atitude, o que permanece como desafio e o que parece ter um futuro promissor nesse Programa.

Em relação ao que avançou no Programa, nota-se a inversão da lógica da prioridade no cuidado com usuários de drogas, para primeiro garantir direitos básicos (acolhida, alimentação, higiene, convivência) sem condicioná-los à imposição da abstinência. Ressalta-se a inovação no método da política de assistência social com um tipo de atendimento a usuários de drogas que visa à redução de danos com foco na prevenção da violência e da criminalidade.

Vale salientar também, como avanços, o atendimento a pessoas que fazem uso de crack e outras drogas com grande exposição à violência e com pouco acesso às políticas públicas de modo geral; a implantação de novos serviços na rede de política sobre drogas no estado de Pernambuco, ampliando e complexificando o cuidado com sujeitos que fazem uso de drogas, principalmente de crack; a introdução do Comitê Gestor do Pacto Pela Vida na Gestão da Segurança Pública; alternativas que visam à redução de encarceramento de usuários e de pequenos comerciantes de drogas, bem como o tratamento do usuário como questão de saúde pública e da assistência social e não de repressão policial.

À luz do que foi observado nos estudos, podem-se considerar alguns aspectos que não avançaram no Atitude, tais como: acompanhamento posterior à saída dos usuários do Programa; acompanhamento aos familiares dos atendidos (ainda incipiente); inclusão produtiva de forma consistente, tanto no mercado formal quanto no informal, pois a maioria do seu público se encontra sem emprego.

São perceptíveis elementos bastante promissores para o futuro do Programa Atitude e para as políticas públicas sobre drogas em Pernambuco, como: ampliação de práticas de arte e cultura e de arranjos produtivos nos serviços; fortalecimento do aluguel social, no modelo de repúblicas, pousadas, hotéis ou outras possibilidades de moradia assistida com maior flexibilidade às necessidades dos acolhidos; geração de trabalho/renda com práticas de

economia solidária, cooperativas, bolsa frente de trabalho; tornar-se referência na articulação com a rede de serviços de atendimento e de ações de prevenção; avançar na reinserção social com novas práticas da justiça criminal perante os usuários de drogas, visando à redução do encarceramento e da violência, principalmente dos homicídios.

Considerando os impactos da “guerra às drogas” e suas consequências nos altos índices de encarceramento e homicídios, tanto no Brasil como em países vizinhos, vê-se que o Atitude instiga reflexão acerca dessa problemática e defende a ideia de que políticas de redução de danos na América Latina devem incorporar, tanto conceitualmente quanto no plano das práticas desenvolvidas, um elemento de proteção ou de prevenção da violência. A política de redução de danos, no território latino-americano, deve ir além da definição convencional de redução de danos adotada em países norte-americanos ou europeus. Seja qual for o contexto, a redução de danos deve incorporar a proteção contra a violência e o desencarceramento como um elemento intrínseco e definidor de tal ideia. O principal dano que se quer reduzir é a violência e o encarceramento ligados, principalmente, às dinâmicas dos mercados de drogas.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Pedro. Um pacto para vencer nossa maior tragédia desde a escravidão. In: FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2015**. São Paulo: FBSP, 215. p. 20-2.

ABRAMS, David B.; LEWIS, David C. (org.). Prefácio. In: MARLATT, G. Alan. **Redução de danos**: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. XIII-XVI.

ACIOLI NETO, Manoel de Lima. **Os contextos de uso do crack**: representações e práticas sociais entre usuários. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

ADORNO, Sérgio. Discriminação racial e justiça criminal em São Paulo. **Novos Estudos**, São Paulo, n. 43, p. 45-63, nov. 1995.

ALVES, Marcelo Mayora. **Entre a cultura do controle e o controle cultural**: um estudo sobre práticas tóxicas na cidade de Porto Alegre. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

ARAÚJO, Jailton M.; ARRUDA, Danilo B. Desenvolvimento sustentável: políticas públicas e educação ambiental no combate a desertificação no Nordeste. **Veredas do Direito**, Belo Horizonte, v. 7, n. 13/14, p. 289-310, jan./dez. 2010.

ARRETCHE, Marta. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: MOREIRA, Maria Cecília Roxo; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUCSP, 2001. p. 43-56.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo** Lisboa: Edições 70, 2011.

BASTOS, Francisco Inácio Bastos Pinkusfeld Monteiro; SZWARCOWAL, Célia Landmann. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 65-76, 2000.

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.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro; COTRIM, Beatriz Carlini. O consumo de substâncias psicoativas entre os jovens brasileiros: dados, danos e algumas propostas. In: BERQUÓ, Elza (org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998. p. 645-669.

BOITEAUX, LUCIANA. Modelo proibicionista de combate às drogas falhou. [entrevista]. **Radis: Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 160, jan. 2011. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/entrevista-luciana-boiteux-%E2%80%9Cmodelo-proibicionista-de-combate-drogas-falhou%E2%80%9D>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

BONETI, Lindomar Wessler. **Políticas públicas por dentro**. 2. ed. Ijuí: Unijuí, 2007.

BRANTINGHAM, Paul J., FAUST, Frederic L. A conceptual model of crime prevention. **Crime and Delinquency**, v. 22, p. 284-295, 1976.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 7.179**, de 20 de maio de 2010. 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>. Acesso em: 12 ago. 2016.

BRASIL. **Lei 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 09 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.028, de 01 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 jul. 2005, Seção 1, p. 55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 dez. 2011, Seção 1, p. 230. [Republicada] no **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 maio 2013, Seção 1, p. 37.

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

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Caderno de orientações técnicas**: atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas. Brasília, 2016.

CALDAS, Ricardo Wahrendorff; LOPES, Brenner; AMARAL, Jefferson Ney. **Políticas públicas**: conceitos e práticas. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008.

CARNEIRO, Henrique. **Filtros, mezinhas e triacas**: as drogas no mundo moderno. São Paulo: Xamã Editora, 1994.

CARVALHO, Maria de Lourdes de; BARBOSA, Telma Regina da Costa Guimarães; SOARES, Jeferson Boechat. Implementação de política pública: uma abordagem teórica e crítica. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTIÓN UNIVERSITARIA EM AMÉRICA DEL SUR, 10., 2010, Mar Del Plata. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/...>>. Acesso em: 03 dez. 2015.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. 5. ed. Brasília: Cebriid/Senad, 2011.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

DYE, Thomas D. **Understanding public policy**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1984.

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia general de las drogas**. Madrid: S.L.U. Espasa Libros, 2008.

FLEURY, Sonia; OUVENERY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 25-57

FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, São Paulo, ano 9, 2015. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/storage/download//anuario_2015.retificado_.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2016.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, Ana Lima. **PE: jovem que foi acorrentado pela mãe é morto com 31 tiros**. [2010]. Disponível em: <<https://noticias.terra.com.br/brasil/policia/pe-jovem-que-foi-acorrentado-pela-mae-e-morto-com-31-tiros,8b48292573d2b310VgnCLD200000bbcceb0aRCRD.html>>. Acesso em: 09 ago. 2016.

GERRA, Gilberto; CLARK, Nicolas. **Da coerção à coesão**: tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição. Nova Iorque: Nações Unidas, 2010. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/Da_coercao_a_coesao_portugues.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016,

GOVERNO de Pernambuco lança plano de ações de enfrentamento ao crack. **Jornal do Commercio**, Recife, 27 de maio de 2010. Disponível em: <<http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=11820>>. Acesso em: 09 ago. 2016.

GUARESCHI, Neuza et al. Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência". In: STREY, Marlene N.; AZAMBUJA, Mariana P. Ruwer; JAEGER, Fernanda Pires (org.). **Violência, gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 177-193.

HART, Carl. **Um preço muito alto**: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

IBCCRIM – INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS. **Política de drogas, cultura do controle e propostas alternativas**. Disponível em: <http://www.ibccrim.org.br/grupo_trabalho_politica_nacional>. Acesso em: 09 ago. 2016.

KINGDON, John W. **Agendas, alternatives and public policies**. United States of America: Addison-Wesley Longman, 1994.

LASWELL, Harolh Dwight. **Politics**: who gets what, when, how. Cleveland: Meridian Books, 1936.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli Elisa Dalmazo Afonso de. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

LYNN, Laurence E. **Designing public policy**: a casebook on the role of policy analysis. Santa Monica, Calif.: Goodyear, 1980.

MACRAE, Edward. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos**. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicologia, 2007. Disponível em: <<http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

MEAD, Lawrence M. Public policy: vision, potential, limits. **Policy Currents**, v. 5, p.1-4, fev.1995.

MESQUITA, Fábio. A perspectiva da redução de danos. **Boletim IBCCRIM**, São Paulo, ano 20, ed. especial, p. 17-18, out. 2012. Disponível em: <http://www.ibccrim.org.br/boletim_artigo/4746-A-perspectiva-da-reducao-de-danos>. Acesso em: 09 ago. 2016.

MESSAS, Guilherme et al. Por uma psicopatossociologia das experiências dos usuários de drogas nas cracolândias/cenas de uso do Brasil. In: SOUZA, Jessé (org.). **Crack e exclusão social**. Ministério da Justiça e Cidadania/Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. Brasília: 2016. p. 163-189.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); DESLANDES; Suely Ferreira; GOMES, Romeu. 28 ed. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro Petrópolis: Vozes, 2009. p. 9-29.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely . A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 1998.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA Rosimary Gonçalves de. Da seguridade social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Katálisis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011.

MOREIRA Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da; ANDREOLI, Sérgio Baxter. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 807-816, 2006.

NICASTRI, Sérgio. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5. ed. Brasília: Senad, 2013. p. 17-41.

NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Drogas e redução de danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: Proad; Unifesp; Ministério da Saúde, 2008.

NUTT, David J.; KING, Leslie A.; PHILLIPS, Lawrence D. Drug harms in the UK: a multicriterial decision analysis. **The Lancet**, v. 376, n. 9752, p. 1558-1565, nov. 2010. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61462-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61462-6/abstract)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, out. 2013.

PAIVA, Fernando Santana de; RONZANI, Telmo Mota. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.14, n.1, p. 177-183, jan./mar. 2009.

PERGENTINO, Paula Regina Lima de Moraes. “Suave” guerra às drogas: usuários em situação de rua. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

PERNAMBUCO (Estado). Decreto nº 39.201, de 18 de março de 2013. Institui, no âmbito do Estado de Pernambuco, o Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares - PROGRAMA ATITUDE. **Diário Oficial [do] Estado**, Recife, 19 mar. 2013a.

PERNAMBUCO (Estado). Lei 14.561, de 26 de dezembro de 2011. Institui a Política Estadual sobre Drogas. **Diário Oficial [do] Estado**, Recife, 27 dez. 2011.

PERNAMBUCO (Estado). **Lei 15.209**, de 17 de dezembro de 2013. Dispõe sobre critérios para a contratação de empresas para execução de serviços terceirizados com a Administração Pública do Estado. Recife, 2013b.

PERNAMBUCO (Estado). **Relatório técnico**, 2010. (Documento não publicado).

PETERS, B. Guy. **American public policy**. Chatham, N.J.: Chatham House, 1986.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Era uma vez: uma pequena história do cuidado e das políticas públicas dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas. In: TEIXEIRA, Mirna; FONSECA, Zilma. **Saberes e práticas na atenção primária à saúde**: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 179-200.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. In: RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho (org.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 133-148.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de política. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 12, n. 1, p. 27-36, jan./jun. 2008.

POLLO-ARAUJO, Maria Alice; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. Aspectos históricos da redução de danos. In: **Drogas e redução de danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. p. 11-19.

RAMOS, Michele dos; MUGGAH, Robert. **Tornando as cidades brasileiras mais seguras**. [2014]. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/1246788-Tornando-as-cidades-brasileiras-mais-seguras.html>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

RATTON, José Luiz; WEST, Rafael Silva. **Políticas de drogas e redução de danos no Brasil**: o Programa Atitude em Pernambuco. Recife: NEPS-UFPE, 2016.

RIBEIRO, Marcelo; DUNN, John; LARANJEIRA, Ronaldo; SESSO Ricardo. High mortality among young crack cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study. **Addiction**, v. 99, n. 9, p. 1133-1135, 2004.

RIBEIRO, Marcelo; LIMA, Luciana Pires de. Mortalidade entre usuários de crack. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (org.) **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RUA, Maria das Graças. Políticas públicas. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2012.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **ABC Redução de danos**. Florianópolis: SES, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/MANUAL_DA_REDUCAO_rd_2-1.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2016.

SAPORI, Luis Flavio. Crack e violência. In: LIMA, Renato Sérgio de; RATTON, José Luiz; AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli. **Crime, polícia e justiça no Brasil**. São Paulo, Contexto, 2014. p. 279-288

SENTO-SÉ. João Trajano. Prevenção ao crime e teoria social. **Lua Nova**, São Paulo, v. 83, p. 9-40, 2011.

SILVA, Cristiane Rocha; GOBBI, Beatris Christo; SIMÃO, Ana Adalgisa. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SILVA, Edneilton Gomes da. **Desempenho Institucional**: a política de qualificação dos docentes da UESB. Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional) – Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2009.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da. Reflexões sobre a prevenção do uso indevido de drogas. In: NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Drogas e redução de danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: Proad; Unifesp, Ministério da Saúde, 2008. p. 1-4

SINHORETTO, Jacqueline. O número de presos triplicou: quem está sorrindo? **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, São Paulo, ano 9, n. 15, p. 84-85, 2015. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/storage/download//anuario_2015.retificado_.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-86.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, Jessé. **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016.

UCHÔA, Roberta; PIMENTEL, Pollyana; MORAES, Paula. Drogas e políticas públicas: uma análise dos planos de enfrentamento à problemática do crack no Brasil. **Estudos Universitários**, v. 28, n. 9, p. 175-196, dez. 2011.

UNITED KINGDOM. Departmental Commission on Morphine and Heroin Addiction. **The Rolleston Report**: conclusions and recommendations: the circumstances in which morphine and heroin may legitimately be administered to addicts. 1926.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. **World drug report 2013**. New York: United Nations, 2013.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. **World drug report 2016**. New York: United Nations, 2016.

VELHO, Gilberto. A dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In: ZALUAR, Alba (org.). **Drogas e cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 23-29.

VELHO, Sérgio Ricardo Belon da Rocha. **Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS AD, Londrina, PR**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina 2010.

WEISS, Carol H. **Evaluation**: methods for studying programs and policies. 2. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998.

WU, Xun et al. **Guia de políticas públicas**: gerenciando processos. Brasília: Enap, 2014.

ZALUAR, Alba. A criminalização de drogas e o reencantamento do mal. **Revista do Rio de Janeiro**, v. 1, p. 8-15, 1993.

ZALUAR, Alba. Introdução. In: ZALUAR, Alba (org.). **Drogas e cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 7-21.