

LABORATÓRIO DE FORMAÇÃO GERAL NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM
SAÚDE

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Renan de Almeida Fernandes

*A epidemia do crack: do senso comum ao desafio real para as políticas
públicas*

Rio de Janeiro
2013

Renan de Almeida Fernandes

A epidemia do crack: do senso comum ao desafio real para as políticas públicas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gerência em Saúde.

Orientador: Nina Soalheiro

Rio de Janeiro
2013

Renan de Almeida Fernandes

*A epidemia do crack: do senso comum ao desafio real para as políticas
públicas*

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como
requisito parcial para aprovação no
curso técnico de nível médio em saúde
com habilitação em Gerência em Saúde.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

*Dedico este trabalho aos
meus familiares e amigos
que me ajudaram nos
momentos de dificuldade.*

Agradecimentos

Á minha orientadora Nina Soalheiro por me ajudar e ter paciência comigo durante a realização do projeto.

Aos meus pais, Roberto Claudino Fernandes e Sheila de Almeida Antonio Fernandes por me ajudarem e me motivarem a nunca desistir de um futuro melhor .

Ao meu grande amigo Matheus Goulart Bastos por me orientar e ajudar a ser uma pessoa melhor.

Á Milana Cosme Silva e sua família por me acolherem e me guiarem nesses três anos a um caminho de fé, que me fez prosseguir nesta jornada árdua de estudos.

Agradeço a Deus por me auxiliar com sua graça e misericórdia, por ser um amigo nos momentos mais difíceis da minha vida.

Á todos que me ajudaram de alguma forma para a realização deste trabalho.

Meus sinceros agradecimentos.

EPÍGRAFE

*“Todo mundo é capaz de dominar
uma dor, exceto quem a sente”
(William Shakespeare)*

Resumo

O nosso estudo pretende fazer uma leitura crítica da chamada *epidemia do crack*, a partir de uma investigação do processo de construção e implementação das políticas públicas e instituições de saúde no campo do uso prejudicial de drogas, em especial o crack. Dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica vem sendo criada uma rede de projetos e instituições para o cuidado intensivo das pessoas com grave sofrimento mental, incluindo a Rede de Atenção Integral para os usuários de drogas e crack. Dentre estas os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas - os CAPS ad - representam uma unidade estratégica para um modelo de atenção que pensa o indivíduo para além da doença, dotado de particularidades e direitos sociais. O nosso estudo tem como objetivo fazer uma revisão bibliográfica da temática, incluindo o debate atual entre o modelo orientado para a redução de danos e o modelo das comunidades terapêuticas. A metodologia adotada é a pesquisa de documentos oficiais e revisão bibliográfica de artigos sobre o tema em bases de dados da saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1. A “EPIDEMIA” DO CRACK.....	11
1.1- Epidemia e as drogas.....	11
1.2-Papel da Mídia no contexto do crack e outras drogas.....	13
1.3 - Interações e seus impactos na sociedade.....	16
CAPÍTULO 2- A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL.....	18
2.1- Crack é possível vencer.....	19
2.2- Rede de atendimento.....	23
2.3- Redução de danos.....	24
2.3.1- <i>diretrizes</i>	24
2.3.2- <i>história da redução de danos</i>	25
2.4- A rede de atenção integral.....	26
CAPÍTULO 3- REFLEXÕES SOBRE O TEMA.....	28
3.1-HISTÓRIA DAS DROGAS.....	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
4 – REFERÊNCIAS.....	32

INTRODUÇÃO

*O crack é obtido a partir da mistura da pasta-base de coca ou cocaína refinada (feita com folhas da planta *Erythroxylum coca*), com bicarbonato de sódio e água. Quando aquecido a mais de 100°C, o composto passa por um processo de decantação, em que as substâncias líquidas e sólidas são separadas. O resfriamento da porção sólida gera a pedra de crack, que concentra os princípios ativos da cocaína.*

Segundo o químico e perito criminal da Polícia Federal (PF) Adriano Maldaner o nome 'crack' vem do barulho que as pedras fazem ao serem queimadas durante o uso. "A diferença entre a cocaína em pó e o crack é apenas a forma de uso, mas o princípio ativo é o mesmo", afirma Maldaner. (crack é possível vencer, 2013)

O uso do *crack* constitui um dos mais importantes problemas de saúde pública considerando-se a magnitude e os prejuízos aos usuários, as suas famílias e a comunidade (Guimarães, 2008). Para entender esse fenômeno atual pretendemos elaborar, nesta monografia, uma reflexão sobre a chamada *epidemia do crack*, procurando desconstruir o senso comum em torno deste fenômeno para investigar as políticas públicas e modelo de assistência.

Pelo fato do *crack* ser uma droga nociva aos usuários, tanto no âmbito mental quanto físico, pretendemos tomá-lo como objeto de investigação e pesquisar sobre suas consequências na saúde e no âmbito social.

No campo social essas consequências têm sido apontadas, entre elas a exclusão social, o preconceito e a marginalização do indivíduo. Para o campo da saúde este problema ainda é um desafio a ser enfrentado pelo Estado e sociedade, *tendo em vista que saúde é um dever do Estado e um direito de todos.*

Nosso estudo pretende partir da desconstrução do senso comum sobre o problema do *crack*, para construir uma visão sobre os diversos aspectos envolvidos e a complexidade do tema. Um problema que vem tomando dimensões cada vez maiores, por isso pretendemos pesquisar de que forma o Estado vem construindo políticas públicas para o seu enfrentamento.

Um primeiro ponto importante seria compreender as causas de uma visão preconceituosa dos usuários de *crack*, que os considera como marginais, violentos e

alvo de políticas públicas truculentas e de natureza repressiva. Consideramos importante que esse problema seja enfrentado não como caso de polícia, mas como tema para a saúde pública e as políticas sociais.

Uma atenção mais humanizada pode substituir estes métodos e novas formas de tratamento e inclusão social devem ser pensadas. Tão necessário quanto discutir formas de combater o uso de drogas é proporcionar estrutura e assistência aos dependentes químicos, sem criminalizar e buscando transformar essa realidade.

Nesse sentido, pretendemos ainda incluir o papel da família em nossa investigação, para estudar a sua importância nessa assistência realizada pelas instituições e nas políticas reguladas pelo Estado.

No primeiro capítulo, abordaremos a temática da chamada epidemia do crack, apontando o contexto social em que tais políticas são inseridas e como elas se disseminam neste ambiente. Assim, investigaremos de que forma a gestão estatal se mobiliza para lidar com este problema e criar respostas e políticas públicas de atenção a usuários de drogas.

Num segundo momento estudaremos o modelo assistencial, e a rede de instituições criadas a partir das políticas públicas. Nesse sentido apresentaremos uma descrição do modelo de assistência e da rede de projetos e instituições criadas para a atenção integral aos usuários de drogas. Com isto, abordaremos seus objetivos, estrutura e funcionamento, destacando em especial o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ad, a unidade para cuidado intensivo.

No terceiro capítulo pretendemos então indagar o leitor para uma reflexão geral sobre o uso de drogas, debatendo um pouco da sua construção histórica e política.

A partir desses três eixos centrais do trabalho, faremos algumas reflexões e considerações sobre o contexto social da chamada epidemia do crack e as políticas públicas. Desta forma, o objetivo de nossa pesquisa é contribuir para uma melhor compreensão e entendimento acerca do assunto proposto.

CAPÍTULO 1. A “EPIDEMIA” DO CRACK

1.1- Epidemia e as drogas

A chamada *epidemia do crack* é um problema social e de Saúde pública. De acordo com o dicionário, epidemia é definida como “*Doença, que ataca muitos indivíduos, ao mesmo tempo e na mesma terra ou região*”. Assim podemos perceber que o conceito de epidemia está estritamente ligado ao aparecimento de forma intensificada de determinada doença em uma localidade. Desta forma o crack, associado ao âmbito epidemiológico, é visto, a princípio, como um instrumento danoso à saúde de um coletivo de usuários.

“Há quem afirme que o rápido crescimento do consumo de crack no Brasil pode ser considerado uma epidemia. ‘O crack é uma epidemia. Os especialistas acham que não caracteriza uma epidemia, mas a definição que eu aprendi de epidemia na faculdade de medicina encaixa perfeitamente. Primeiro que ela se espalhou pelo país inteiro. Acabou se espalhando e em todas as capitais brasileiras há cracolândias. O que é isso? Epidemia não é só epidemia de doenças infectocontagiosas’, diz Drauzio Varella.”

Entretanto, o uso do crack ser visto como problema social e de saúde pública, pode não ser relacionada a princípio com o conceito de epidemia. Alguns autores criticam essa visão e alertam que a disseminação dessa ideia trata a questão de forma simplista. A visão do crack como epidemia pode ser resumida da seguinte maneira: “*trata-se de uma epidemia que se espalha pelo país, que é extremamente letal e por isso exige intervenção imediata e articulada da polícia e da medicina, com a combinação de dois tipos de violência: a repressão a quem consome a droga nas ruas e a internação compulsória dos usuários.*” (Sylvia, 2007). Assim, seria essa associação do crack como epidemia uma maneira de justificar essa forma de intervenção do Estado?

A Reforma psiquiátrica Brasileira vem discutindo essa questão há muitas décadas e propõe mudanças assistenciais, jurídicas e culturais para superação de estigmas e construção de uma relação de coexistência e solidariedade com pessoas que apresentam grave sofrimento psíquico e dificuldade de inserção na vida social, necessitando de cuidados intensivos. Para os dependentes de álcool e outras drogas propõe-se desde Leitos de Atenção Integral em hospitais até as mais variadas formas de

acolhimento, sempre articulados a uma rede de atendimento integral. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=PaginaAvulsa&Num=340>.

Para validar a intervenção Estatal no que diz respeito à governança e auxílio a estes indivíduos usuários, foi criada a Lei 10.216 que define:

“É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.” (Lei 10.216, 2001)

Dessa forma, o texto da Lei 10.216 é o marco legal da Reforma Psiquiátrica e propõe as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde e que garantem aos usuários de serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas – o acesso e direito à assistência.

Toda a discussão que envolve a “epidemia” do crack leva a pensar o usuário de crack como socialmente objeto detentor de grande potencial para criminalidade.

“Resta muitas vezes ao sujeito que consome o crack, ainda que de forma implícita, o rótulo de criminoso, doente ou pecador. Essa repressão, muitas vezes, surge diretamente envolvida com o desenvolvimento e manutenção da violência urbana, conseqüente da “guerra contra as drogas”. (Santos, Acioli Neto e Sousa. 2011)

Sendo assim por conseqüência, talvez não apenas das políticas truculentas, mas também dos meios de comunicação que, muita das vezes, não abordam o assunto com demasiada importância. Vemos muitas das vezes o conceito de epidemia ser atrelado ao crack, como dito antes e ser disseminado para a população de forma equivocada, fazendo que se crie esse estigma acerca do usuário, criando assim um forte senso como. Um exemplo disto.

“O consumo já virou uma epidemia no estado, e trouxe conseqüências sociais sérias, como a desintegração familiar e o aumento da criminalidade – especialmente dos crimes contra a vida.” Disponível em: <http://jornalpequeno.com.br/edicao/2013/09/22/crack-espalha-maranhao-traz-aumento-criminalidade/>

1.2-Papel da Midia no contexto do crack e outras drogas

É importante entendermos o papel da mídia na sociedade, no que vai além do conceito de entreterimento, ela pode *“influenciar a opinião de inúmeras pessoas sobre temas específicos; participar das contendas políticas, em sentido lato (defesa ou veto de uma causa, por exemplo) e estrito (apoio a governos, partidos ou candidatos); e atuar como ‘aparelhos ideológicos’ capazes de organizar interesses* acesso em 2013, disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010333522011000200003&script=sci_arttext#nota01a>.

Atento que não podemos generalizar as mídias, tendo em vista que algumas apresentam o problema de forma ampla e correta, porém algumas abordam o assunto como dito antes, não só exploram como também burlam a verdade em prol de suas ambições políticas e ideológicas. Isto já é um problema, visto que a comunicação é uma das ferramentas mais eficazes para a manutenção da opinião popular, onde em uma democracia, possui grande importância. Mas porquê o crack se tornou tão relevante, seguindo a ideia anterior, para a mídia em meio a tantas drogas lícitas e ilícitas? Para entendermos esse aspecto devemos analisar brevemente o debate acerca das drogas lícitas e ilícitas.

Segundo a lei 11.343 *“considera-se como droga as substâncias ou produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União. Ávila* questiona-a abordando a regulação de determinadas drogas ditas lícitas(álcool, tabaco, farmacos, etc), indagando uma justificativa racional e científica que legitime esse tratamento diferenciado de substâncias que causam prejuízos à saúde.

Dados comparam o uso das drogas lícitas e ilícitas, referentes à pessoas que experimentaram e que podem ter usado as substâncias algumas vezes.O uso de drogas ilícitas, que é o que mais preocupa o Estado e a mídia, está em 13,8%. Contudo as drogas lícitas, ou seja as substâncias legalizadas e aprovadas pelo governo, temos um número que é praticamente o dobro, se comparado aos 13,8: 24,3%, estes dados não incluem o álcool e o tabaco.(Araújo,2013) **Álcool e outras drogas-Conselho regional de psicologia SAP**

Outra pesquisa, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz de 2010 até 2013, apontou as dimensões do crack no Brasil, apresenta um número estimado de quantos usuários de crack existem no país.

“Os usuários regulares de crack e/ou de formas similares de cocaína fumada (pasta-base, merla e oxi) somam 370 mil pessoas nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Considerada uma população oculta e de difícil acesso, ela representa 35% do total de consumidores de drogas ilícitas, com exceção da maconha, nesses municípios, estimado em 1 milhão de brasileiros(...)A pesquisa foi encomendada pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (Senad) à Fiocruz. A metodologia usada na pesquisa é inédita no Brasil, pois foi a única até o momento capaz de estimar de forma mais precisa essa população de difícil acesso”. disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>

Após a pesquisa Maximiano se pronunciou e tentou relegitimar o combate ao crack enquanto um grande problema, todavia o conceito de “epidemia de crack” já estaria se esvaindo.

“Para o secretário nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça, Vitore Maximiano, o número de usuários regulares desse tipo de droga é ‘expressivo’, embora corresponda a 0,8% da população das capitais (45 milhões). ‘Não é pouco, em absoluto, termos 370 mil pessoas com uso regular de crack. O número é expressivo e mostra que devemos ter total preocupação com o tema’. O secretário classificou de surpreendente o fato de, em números absolutos, o Nordeste concentrar a maior parte dos usuários, contrariando o senso comum, segundo o qual o consumo é maior no Sudeste. Como a prática ocorre em locais públicos e durante o dia, ela costuma ser mais visível, devido à formação das chamadas cracolândias” disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>

Desta forma devemos refletir sobre este quadro. O Brasil possui cerca de 370 mil usuários de crack, onde estes representam 0,8% da população das capitais, podemos perceber que há uma contradição clara no conceito de epidemia, conceito este que legitima as diversas ações do Estado no combate ao crack.

Agora tomando o álcool como objeto de análise, Alencar aponta que uma pesquisa feita pelo Centro brasileiro de informações sobre Drogas(CEBRID), cerca de

de 74,6% de 7.939 entrevistados usam álcool, enquanto 0,7% deles usam crack. A respeito da dependência, 12,3% deles são dependentes de álcool e 0,2% são dependentes de crack.(Araújo, 2013).

Com base nesses dados, há um certo equívoco por parte da mídia e alguns autores na reprodução dos ditos fatos. O álcool e outras drogas lícitas apresentam um maior consumo e dependência por parte dos indivíduos do que muitas drogas ilícitas, em especial o crack. Voltemos a questionar, por que a mídia critica o uso das drogas ilícitas e incentiva, por meio de muitas propagandas, o uso de outras drogas, no caso lícitas ?

Segundo Alencar a mídia utiliza duas dimensões de propaganda, a primeira apresenta e traz a questão para o debate público, viabilizando a discussão ela tenta gerar um sentimento de comoção e aproximação em um sentido de se identificar com a questão, formando assim uma “opinião pública” sobre o tema. Consequência da primeira dimensão, a segunda convoca o posicionamento do poder público frente à questão que entrou na pauta. Com a pressão popular -resultado da manipulação por parte mídia- o governo público deve agir para combater o crack, focando assim as políticas de combate as drogas em uma droga em específico e fazendo com que o combate a produtos lícitos mesmo que causem dependência não sejam alvos de políticas anti-drogas. *“A narrativa do drama familiar entra no discurso da urgência de ações imediatas que visem sanar o problema. Isso justifica, por um lado, o lançamento de uma campanha que propague a ameaça do crack enquanto epidemia, e por outro, a ausência de ações para maior controle e rigor na recomendação de uso de benzodiazepínicos que, segundo as estatísticas do CEBRID, é um problema de maior abrangência.”* Na imagem a seguir podemos ver um incentivo à criação e reprodução de estereótipos negativos acerca de usuários de crack, no caso chamando-os de “cracudos”.



Acesso em: 29/11/2012 18h52 Disponível em:

<http://rederecord.r7.com/video/operacao-de-combate-ao-crack-apreende-24-pessoas-no-rio-50b7ac22e4b0de1c8e47ee3d/>

1.3 - Internações e seus impactos na sociedade

Tentando romper estes estigmas, quadro este que preconiza a visão social do dependente químico, alguns autores apontam incessantemente que o crack é resultado de uma questão maior e não o problema em si. “- *Claro que precisamos enfrentar o crack, mas os casos de dependência química estão relacionados à ausência de políticas integradas para o fortalecimento do núcleo familiar de pessoas em situação de vulnerabilidade*” (Liliane Lo Bianco, 2013), nesta linha de raciocínio podemos apontar os dois lados do conceito de epidemia acerca do crack. Enquanto algumas pessoas tratam o crack apenas como uma doença seguindo arrisca o conceito literal de epidemia, outras afirmam que este problema vai além da questão saúde-doença, com base no conceito amplo de saúde, afirmam que as questões sociais, psicológicas e culturais estão estritamente relacionadas com a resolução e origem do problema.

Com isso, o Estado a partir de propostas para conter a dita “epidemia” descrita anteriormente e para prevenir o uso da droga toma ações drásticas, estas são também alvo de intensos debates sobre sua legitimidade e legalidade. Assim surgem questões importantes, como a polêmica socialmente debatida das internações.

Podemos apontar a princípio três tipos de internações: *Internação compulsória*; *Internação Involuntária*; *Internação Involuntária Coletiva*. Desta forma atentamos o que há em comum entre elas, a internação contra a vontade do usuário.

A *internação compulsória* é aquela que tem o aval de um juiz para a internação do indivíduo que oferece perigo à sociedade, assim cada caso é analisado passo a passo para que o indivíduo após ser comprovado seu transtorno mental receba o tratamento adequado. Na internação compulsória o usuário é analisado e julgado para que o poder judiciário tome as devidas providências, que se distinguem em duas: a internação em hospital psiquiátrico ou em CAPS.

A *internação Involuntária* diz respeito à solicitação de um ente familiar ou uma autoridade (medico, juiz, etc.), pois aquele indivíduo estaria perturbando ou ameaçando de alguma forma a si e à ordem pública. Ou seja, esta internação é feita de forma legal para apenas estar retirando-os das ruas. A questão polemica socialmente debatida trata,

com a quebra do senso comum a cerca da internação compulsória, da *internação involuntária coletiva*. Esta ocorre quando o governo utiliza, de forma arbitrária, do seu poder para a manutenção deste corpo social afetado pelas drogas. O problema e a distinção se encontram na não validação psiquiátrica para a internação destes indivíduos, desta forma o Estado se apoia, muitas das vezes, em leis que dizem respeito à ordem social para efetivar a internação, transpassando muitas vezes pela ideia de que a internação apenas poderia ser realizada com o aval do poder judiciário (no caráter criminal) ou da família (âmbito social). (Paulo Amarante, 2013)

As discussões a respeito das internações são constantes, e diversas opiniões são construídas e reproduzidas. De um lado temos os que apoiam essa iniciativa do Estado, argumentando que se há um problema é dever do estado resolvê-lo. Por outro lado autores criticam essa atitude, pois além de questionarem até onde vai o direito do sujeito apontam que a truculência no auxílio a doentes mentais não ajuda em nada para um tratamento efetivo e humanizado.

“Para a psicóloga Elizabeth Pereira, a internação involuntária funciona tão bem quanto à voluntária: ‘Muitas vezes é necessário internação à revelia. Claro que isso não é ideal, mas o National Institute on Drug Abuse, que regula de alguma forma o tratamento das dependências no mundo, diz que a internação involuntária funciona tão bem como a voluntária”, afirma. O psiquiatra Alexandre Balbi discorda: ‘Uma coisa é o que chamamos de internação compulsória, tirar as pessoas e internar à revelia, de maneira indiscriminada. Outra coisa é o que se chama de internação à revelia. É feita através de avaliação psicológica, médica, quando a pessoa está se colocando em situação de risco e colocando a família em situação de risco’, defende”. Disponível em: F:\Globo News - O crack é uma epidemia , diz Drauzio Varella.html

CAPÍTULO 2- A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL

De acordo com a própria Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas. Este é um quadro alarmante, tanto no pensar na regulamentação de políticas como a execução delas. (Panorama Nacional Para álcool e outras Drogas na Política Nacional, 2003).

Em 2004 é criada a Política Nacional De Álcool E Outras Drogas, que reafirma que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de superar um atraso histórico e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento. O Ministério da Saúde apresenta diretrizes para uma Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas e a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários. E define a importância do acolhimento:

“Temos que nos colocar na condição de acolhimento, onde cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também onde cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo.” (Política Nacional De Álcool E Outras Drogas, 2003).

Dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica vem sendo criada uma rede de projetos e instituições para o cuidado intensivo das pessoas com grave sofrimento mental, incluindo os usuários de drogas e crack. Dentre estas os Centros de Atenção Psicossocial - os CAPS ad - representam uma unidade estratégica para um modelo de atenção que pensa o indivíduo para além da doença, dotado de particularidades e direitos sociais.

O perfil do usuário de crack é identificado por Nappo como homem, jovem de baixa escolaridade e sem vínculos empregatícios formais. Nota-se o uso predominantemente compulsivo, ou seja, o uso de crack sem restrições. Este quadro, como dito anteriormente, leva o usuário a cometer atos ilícitos para manter o seu vício. (Oliveira e Nappo). A sensação de urgência pela droga força o usuário a participar de atividades ilícitas, como roubos, assaltos e tráfico (Oliveira LG, Nappo SA.).

Desta forma com a disseminação da droga, a situação veio a piorar com a inclusão das mulheres neste ambiente. Muitas delas prostituem-se para conseguirem a

droga, e com isto, acabam se submetendo ao risco de obter doenças sexualmente transmissíveis.(Nappo et al).

“Os usuários dividem os efeitos do crack em psíquicos e físicos, em efeitos positivos de prazer seguidos dos negativos e desagradáveis (alucinações, delírios, fissura, sensação de depressão, desejo de repetir o uso, são associados a sensações de perseguição despertando medo e angústia e estimulando a adesão de comportamentos repetitivos e atípicos)” (Oliveira LG, Nappo AS, 2008).

Assim, a política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas situa a sua proposta caminhando para uma política de redução de danos, tendo por objetivo não a abstinência do usuário, mas, acima disso, o respeito pela vida, descriminalizando-o e tornando-o sujeito ativo em suas relações com o mundo. (A política do Ministério da Saúde para atenção integral, 2004)

2.1- Crack é possível vencer

O programa *“crack é possível vencer/”* é uma das políticas criadas para prestar esta assistência integral e humanizada para usuários de crack, gerida com a prerrogativa de solucionar o problema do crack utilizando três eixos estruturais: Prevenção, Cuidado e Autoridade.

A diversidade de problemas trazidos pelas drogas, de dimensões biológicas, psíquicas, sociais, culturais, constitui um grande desafio para a implementação de uma política que exige uma abordagem abrangente e o desenvolvimento de ações articuladas, que contemplem a prevenção do uso, o cuidado ao usuário e o enfrentamento ao tráfico de drogas. Os eixos estruturantes do programa crack, é possível vencer- prevenção, cuidado e autoridade- pretendem traduzir essa articulação para o enfrentamento do problema.(crack é possível vencer,2013)

O objetivo do programa é: *Aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas e promover ações de educação, informação e capacitação.*

A lei nº11.343/2006 que institui o sistema nacional de políticas públicas sobre drogas(Sisnad) é o marco legal para o desenvolver do programa, pois a lei contempla a perspectiva da intervenção integrada, incluindo assim uma atenção ampla no sentido de

incluir ações de promoção da saúde e de conscientização sobre os riscos da drogas. Pretendo assim apontar as consequências não só no âmbito da saúde como também o social, vinculado ao tráfico de drogas. (*crack é possível vencer,2013*)

Observada a Lei nº 11343/2006, o programa reúne diversas ações que envolvem diretamente as políticas de saúde, assistência social e segurança pública e, de forma complementar, ações de educação e de garantia de direitos. As ações são organizadas em três eixos temáticos: prevenção, Cuidado e Autoridade.

Com relação aos recursos para a implementação do programa, o governo federal disponibiliza para os estados que distribuem para seus respectivos municípios e DF. Cabe aos estados e municípios a instalação, gestão e execução do programa em suas respectivas regiões. (*Crack é possível vencer,2013*)

O governo federal disponibiliza recursos financeiros a estados, municípios e DF, que poderão aderir ao programa assumindo contrapartidas e implementando os equipamentos de saúde, assistência social e segurança pública. Caberá aos estados, municípios e DF a instalação de instancias de gestão integrada do programa em âmbito local, por meio de comitês, que articulem as áreas de segurança, saúde, assistência social, educação, entre outras, para o planejamento, execução e avaliação das ações.

O programa pretende fortalecer a rede de atenção e criar novas ideias para o enfrentamento da questão das drogas.

A meta é que, ao final de 2014, as redes de atenção à saúde, à assistência social e as ações de prevenção nas escolas tenham sido ampliadas, fortalecidas e, sobretudo, integradas, aumentando e melhorando sua capacidade de acolhimento aos usuários de drogas e apoio a familiares; que estas redes contem com profissionais de saúde, educação, assistência social, lideranças comunitárias capacitadas no tema e com programas de prevenção nas escolas em execução; e que espaços urbanos, anteriormente ocupados com cenas de uso do crack, comecem a ser revitalizados, trazendo mais segurança às comunidades. Também é meta a integração das operações das forças de segurança pública dos três níveis de governo, equipados para o combate ao tráfico e repressão aos traficantes.

Sobre as diretrizes do programa:



Como dito antes o programa se estrutura em três ações: a de prevenção, cuidado e autoridade.

Prevenção: As ações do eixo prevenção visam fortalecer fatores de proteção e reduzir fatores de risco para o uso de drogas. Para isso são oferecidos programas continuados a partir da comunidade escolar que buscam fortalecer vínculos familiares e comunitários trazer informações sobre as drogas e reforçar a capacidade dos jovens para escolher com consciência e responsabilidade seus caminhos. Os esforços para a escola integral e as ações específicas de prevenção nas escolas fazem parte deste movimento.

O programa oferece também cursos de capacitação para diferentes atores que podem exercer um papel relevante na prevenção do uso de drogas e acesso dos usuários ao cuidado (operadores do direto, profissionais de segurança lideranças religiosas e comunitárias, professores, profissionais de esclarecimento sobre as drogas também fazem parte das ações de prevenção.

Cuidado: O eixo do “cuidado” trata da estruturação de redes de atenção de saúde e de assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares. O governo Federal disponibiliza aos estados, municípios e Distrito Federal diretrizes técnicas e financiamento para fortalecer e qualificar a rede de serviços de saúde e assistência social. Essa rede vai trabalhar para acolher usuários e familiares, respeitando sua autonomia e singularidade, e ofertar cuidado necessário a cada caso, tomando a defesa da vida e da redução dos danos à saúde e de assistência social, incluídos aqueles prestados por organizações não governamentais como as comunidades Terapêuticas, devem articular-se para garantir um atendimento integrado e de longo prazo. A ampliação da rede de cuidados vem acompanhada da oferta de capacitações para o conjunto de trabalhadores dessas redes.

Autoridade: O eixo “autoridade” tem como objetivo a redução da oferta de drogas ilícitas no Brasil, tanto no âmbito nacional como local. Para tanto, concentra esforços na articulação das forças de segurança pública para repressão ao tráfico de drogas ilícitas e crime organizado. No âmbito local, fomenta a estratégia da polícia de proximidade como forma de criar espaços comunitários seguros.

Com relação à implantação do programa podemos apontar seis passos principais:

Primeiro passo: Criação de comitês gestores estaduais, municipais e distrital

Segundo passo: pactuação dos serviços

Terceiro passo: adesão ao programa

Quarto passo: oficinas de alinhamento conceitual das equipes locais

Quinto passo: implantação dos serviços e equipamentos pactuados

Sexto passo: acompanhamento e monitoramento.

2.2-Rede de atendimento

Com o programa implantado o reforço ao confronto às drogas se intensifica, não apenas como solução, mas como também auxílio às ações que já estavam sendo realizadas para prestar uma atenção humanizada ao usuário de drogas.

Para isso procuraremos caracterizar a construção de uma rede de atendimento integral que inclui vários níveis e complexidades de cuidado:

CAPS ad: Um CAPS ad tem como objetivo oferecer atendimento à população, proporciona atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando:. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados; Oferecer atendimento nas modalidades intensivas, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados; Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços.

Casas de passagem: moradia transitória para pacientes que iniciaram o tratamento para dependência e necessitam de um espaço protegido para viver durante um período limitado.

Consultórios na Rua e de Rua: atendimento em equipe - assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, profissionais de saúde mental e de redução de danos – que vão aos locais onde os usuários de drogas se reúnem, oferecendo cuidados básicos e orientações sobre tratamentos, visando criar vínculos de confiança e buscar a adesão ao tratamento no sistema de saúde.

Pontos de Acolhimento: Experiências adotadas em vários países, diversos tipos de espaços abertos que recebem pessoas que precisam se alimentar, tomar banho ou descansar. Oferecem intervenções para redução de danos e promoção de saúde como aconselhamentos e atendimentos de baixa complexidade, em horários alternativos. Projetos que articulam saúde, arte, cultura e geração de renda: são centros de convivência e cultura que oferecem espaços de sociabilidade, educação, produção cultural, e intervenções na cidade.

2.3-Redução de danos

Redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. *Disponível*

em:http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf

A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, as consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade.

2.3.1- Diretrizes

- Reconhecer a estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos.
- Garantir o apoio à implementação, divulgação e acompanhamento das iniciativas e estratégias de redução de danos desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais, assegurando os recursos técnicos, políticos e financeiros necessários, em consonância com as políticas públicas de saúde.
- Diminuir o impacto dos problemas socioeconômicos, culturais e dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas.
- Orientar e estabelecer, com embasamento científico, intervenções e ações de redução de danos, considerando a qualidade de vida, o bem-estar individual e comunitário, as características locais, o contexto de vulnerabilidade e o risco social.
- Garantir, promover e destinar recursos para o treinamento, capacitação e supervisão técnica de trabalhadores e de profissionais para atuar em atividades de redução de danos.
- Viabilizar o reconhecimento e a regulamentação do agente redutor de danos como profissional e/ou trabalhador de saúde, garantindo sua capacitação e supervisão técnica.

- Estimular a formação de multiplicadores em atividades relacionadas à redução de danos, visando um maior envolvimento da comunidade com essa estratégia.
- Incluir a redução de danos na abordagem da promoção da saúde e prevenção, no ensino formal (fundamental, médio e superior).
- Promover estratégias de divulgação, elaboração de material educativo, sensibilização e discussão com a sociedade sobre redução de danos por meio do trabalho com as diferentes mídias.
- Apoiar e divulgar as pesquisas científicas submetidas e aprovadas por comitê de ética, realizadas na área de redução de danos para o aprimoramento e a adequação da política e de suas estratégias.
- Promover a discussão de forma participativa e subsidiar tecnicamente a elaboração de eventuais mudanças nas legislações, nas três esferas de governo, por meio dos dados e resultados da redução de danos.
- Assegurar às crianças e adolescentes o direito à saúde e o acesso às estratégias de redução de danos, conforme preconiza o Sistema de Garantia de Direitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei n.º 8.069/1990).
- Comprometer os governos federal, estaduais e municipais com o financiamento, a formulação, implementação e avaliação de programas e de ações de redução de danos sociais e à saúde, considerando as peculiaridades locais e regionais.
- Implementar políticas públicas de geração de trabalho e renda como elementos redutores de danos sociais.
- Promover e implementar a integração das ações de redução de danos com outros programas de saúde pública.
- Estabelecer estratégias de redução de danos voltadas para minimizar as consequências do uso indevido, não somente de drogas lícitas e ilícitas, bem como de outras substâncias. *Disponível em:*

<http://portal.mj.gov.br/main.asp?ViewID=%7BCD569DD3-197E-4A44-A9C1-5A3E8C00DEAD%7D¶ms=itemID=%7B3A900C31-B07E-4DD7-9C66-C51A27B176DA%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>

2.4.2- História da redução de danos

As ações de redução de danos tiveram início no Brasil em 1989, em um único município, Santos, no estado de São Paulo. A princípio não foi bem aceita pelo governo, todavia a partir de 1994, com as negociações entre o governo brasileiro com o banco mundial e em parceria com o programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas, a redução de danos pôde se constituir enquanto de governo, mesmo que de modo parcial. (*Política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*)

Após o governo observar de forma positiva as ações de redução de danos, iniciou uma análise da antiga lei 6.368 antidrogas para que estas ações pudessem obter maior liberdade e amplitude para incluir o usuário de drogas na agenda pública. E com resultados positivos como os da UFMG-universidade federal de Minas Gerais que apontam a eficácia da redução de danos a implementação de tais ideias se tornaram mais comuns: as ações de redução de danos dirigidas a UDIs promoviam mudança de comportamento desde o aumento consistente no uso de preservativo, de 42% para 65%, até a diminuição no compartilhamento de material de injeção, de 70% para 41%.(Política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, 2013)

2.4- A Rede de atenção integral

A lei 10.216 é a base normativa para as ações das instituições que formam essa rede de atenção integral que provem de uma reforma no pensar acerca do usuário, devido às ideias da redução de danos.

Tendo em vista a multiplicidade de culturas e regiões que o Brasil possui e também atentar que a droga está presente em todo o território brasileiro, diversas clínicas de atenção são criadas e geridas para sanar este quadro e prestar uma atenção humanizada e integral.

“Mediante a multiplicidade de níveis de organização das redes assistenciais localizadas nos estados e no Distrito Federal, a diversidade das características populacionais e a variação da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde propôs a criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS ad- álcool e drogas), dispositivo assistencial de comprovada resolubilidade que pode abrigar em seus projetos

terapêuticos práticas e cuidados que contemplem a flexibilidade e a abrangência possíveis às necessidades a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde”.

(Política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, 2013)

Sobre seus deveres, todos os Caps ad devem oferecer um atendimento acolhedor e contínuo. Devem prestar uma atenção diária a todos os usuários que se prestarem a serem tratados, sendo capazes de prestar atendimento nas diversas modalidades (intensiva/semi-intensiva/não-intensiva), tratando e respeitando todas as particularidades de cada usuário.

Como principais objetivos de ação, os compromissos que se colocam hoje para a saúde são:

- Alocar a questão do uso de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública;
- Indicar o paradigma da redução de danos nas ações de prevenção e de tratamento como método clinicopolítico de ação territorial na perspectiva da clínica ampliada;
- Formular políticas que possam rever e discutir o senso comum sobre o uso de drogas e o usuário destas dentro de uma ótica científica e de saúde;
- Mobilizar a sociedade civil para participar das práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento de políticas municipais e estaduais.

Desta forma, há todo um cenário gestor por de trás destas políticas que, propiciam uma forma humanizada de tratar usuários de drogas, onde a execução destas de acordo com os conhecimentos adquiridos no pensar não só na redução de danos como também na reforma psiquiátrica são pensadas e planejadas. *O compromisso do ministério da saúde é de criar, manter equipamentos, qualificar seus profissionais, formular políticas de saúde, articulando com áreas afins, e executar e avaliar tais políticas, assumindo o que lhe cabe no enfrentamento do que faz adoecer e morrer.*

CAPÍTULO 3- HISTÓRIA DAS DROGAS

Com as discussões apresentadas anteriormente, podemos dar início a este capítulo afirmando que de fato não há uma epidemia do crack. Por mais simples que possa parecer atribuir ao crack apenas um aspecto patológico devemos entender que há todo um processo histórico de repressão e controle por parte de uma ideologia manipuladora - tratada no capítulo anterior- que, aponta conscientemente a droga como doença para mascarar as questões sócias que influenciam no uso da droga e também todo um descaso histórico-político governamental.

Pretendemos então indagar o leitor para uma reflexão geral sobre o uso de drogas, debatendo um pouco da sua construção histórica e política.

3.1-Construção Histórica

O uso de plantas psicoativas pelo homem já está enraizado em sua formação entre os séculos. O homem faz uso destas substâncias desde os tempos antigos em rituais religiosos, como medicamentos, em caráter recreativo, dentre outros; a questão é que a relação do homem e essas substâncias, a princípio, se mostrou harmônica. Todavia os efeitos psicológicos resultados da utilização das substâncias, começaram a afetar diretamente os valores éticos e morais que se construía ao longo do tempo, desta forma, o caráter proibicionista destas plantas ou derivados é construído historicamente junto às crenças e valores da época.

A natureza farmacológica dessas substâncias foi aos poucos se misturando aos valores sociais, culturais e morais de cada sociedade. Esses valores, por sua vez, vêm determinando o relacionamento entre o homem e as drogas. (historia das drogas Curso de atualização profissional em atenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.)

Podemos citar alguns exemplos de utilização de drogas em alguns países ou etnias ao longo da história:

- Para os egípcios, as substâncias psicoativas tinham finalidades médicas e profanas. Eles conheciam o processo de fermentação das frutas pelo menos desde 3000 a.C. O ópio, extraído dos frutos da papoula, ao lado do vinho e da cerveja eram as substâncias mais consumidas.
- Os hindus foram os que mais utilizaram substâncias psicoativas com propósitos religiosos e extáticos. O hábito de fumar maconha e datura permeou os primeiros tempos das meditações budistas.

- Os chineses deixaram um legado cultural para a humanidade, o hábito de tomar chá verde.
- Os incas utilizavam diferentes substâncias psicoativas, com propósitos distintos. O hábito de mascar as folhas de coca é o mais conhecido. Eles chamavam-na de Mama Coca e acreditavam que a planta era um presente dos deuses para que pudessem suportar a fome e a fadiga.
- As civilizações amazônicas consumiam diversas plantas alucinógenas, com fins religiosos. Os pajés, sob o efeito das substâncias, adquiriam poderes telepáticos, divinatórios e lustrais.
- Na idade média, durante a antiguidade clássica, as substâncias psicoativas foram utilizadas com finalidades médicas, rituais e profanas.
- *A partir do século XIX, com base no espírito contestador do romantismo, as substâncias passaram a ser utilizadas com finalidade puramente recreativa. (historia das drogas Curso de atualização profissional em atenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.)*

É até este momento que as drogas são utilizadas de forma comum e livre. As drogas assumiram um papel puramente recreativo e prazeroso, afastando-se assim do discurso médico e religioso. *Essas nova condição das substâncias psicoativas, de instrumento ritual a produto de consumo, proporcionou novos padrões de uso, com o surgimento de complicações e danos físicos, psicológicos e sociais. Isso suscitou a necessidade de criar mecanismos de controle pelo Estado. Resultando assim na futura proibição das drogas. (historia das drogas Curso de atualização profissional em atenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.)*

O fim do século XIX e início do XX foram marcados pelos primeiros movimentos de intolerância ao consumo de substâncias psicoativas.

- No ocidente quase todas as substâncias psicoativas foram proibidas, inclusive o álcool, mais notadamente nos Estados Unidos, onde foi mantido na ilegalidade de 1919 a 1933.
- A perseguição ao ópio e a cocaína nos Estados Unidos e a proibição do uso de bebidas alcoólicas também na Islândia.
- O primeiro esforço oficial para o controle das drogas na Inglaterra foi durante a primeira grande guerra, quando o uso de opióides e de cocaína começou a ficar fora de controle. ‘Estas substâncias eram vendidas nas farmácias como um útil e agradável presente para os soldados da guerra’. O primeiro ato de repressão as drogas neste país foi à restrição da sua disponibilidade.

A Repressão a utilização de substâncias psicoativas tiveram conseqüências complicadas, onde o desenvolvimento de formas mais perigosas de consumo de drogas é desencadeado pela repressão. Nos Estados Unidos por exemplo, durante a lei seca, foram encontrados casos em que as pessoas usavam álcool injetável, por conta da dificuldade ao acesso à bebidas alcoólicas.

Ainda neste caso, porém após 12 anos desde que a lei seca foi aprovada, alguns quadros devem ser analisados. “Doze aos depois existiam 500.000 novos delinquentes; 34% dos agentes responsáveis pela repressão são suspeitos de corrupção junto com dois ministros; 30.000 pessoas morrem por beber álcool metílico e 100.000 ficam com lesões permanentes.

Podemos perceber que este quadro de proibição do álcool não obteve um resultado positivo. Mas há autores que contestam esse argumento, muitos apontam que as consequências da liberação de psicotrópicos podem resultar em problemas mais graves dos que as da proibição.

“segundo este enfoque, a postura mais liberal em relação às drogas levaria ao aumento do consumo pela população. Este aumento de consumo traria como consequência um aumento nos problemas pessoais e sociais, como maior número de acidentes, aumento de casos de uso abusivo e dependência de psicotrópicos.”

Mesmo com esse quadro de repressão e críticas ao consumo, as décadas de 60 e 70 marcaram em vários países, o uso regulado e moderado dos psicotrópicos. Nessas épocas os jovens criticavam muito as decisões tomadas pelo estado, talvez por conta das guerras passadas ou por conta das idéias liberais, nos quais criticavam o direito individual da população.

Após a proposta de uma reforma cultural pelos jovens, muitos países tomaram suas decisões sobre o tema. A Europa ainda contra, foi aceitando aos poucos a liberação do consumo de algumas substâncias, enquanto os Estados Unidos aumentavam a repressão. Assim criando países em que o consumo de drogas é altamente reprimido e outros em que é algo normal.

“Drogas sempre existiram e sempre existirão. Trata-se de uma realidade perene e historicamente comprovada. Por sua vez, a maneira como a humanidade se relaciona com as substâncias psicoativas é mutável.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir embasados em uma construção histórica, política e governamental que a epidemia do crack não existe. Há todo um projeto capitalista que faz de algumas drogas religiosamente e politicamente incorretas, a mídia e governo fazem do crack “a droga que mata”, mas “esquecem” de dizer que qualquer droga pode causar dependência e matar. De fato o crack é uma questão de saúde, mas também é uma questão social e política, o problema se encontra em achar que apenas ele deve ser alvo das políticas anti-drogas.

Com relação não só as políticas de saúde, como também muitas outras, a parte teórica, é quase que perfeita, o programa crack é possível vencer me pareceu adequado, pois engloba os 3 eixos que devem ser atentados no combate as drogas. Todavia, como dito, muitas dessas políticas ficam restritas à teoria, poucas são postas em pratica de maneira a respeitar seus preceitos.

4-REFERÊNCIAS

Acioli Neto, Manoel; Santos Maria; Sousa, Yuri Sá: *Representações sociais do crack na imprensa pernambucana*, 2011.

Alarcon, S. e Soares Jorge, M. A.orgs.*Alcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

Alencar, 2013. Álcool e outras drogas-Conselho regional de psicologia SAP.

Araújo, 2013. Álcool e outras drogas-Conselho regional de psicologia SAP.

Bomfim, Leny A., org. *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral*.

Brasil, MS. *Política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925 Acesso 20/03/2013 às 12:07.

Brasília – DF, *A política do ministério da saúde para à atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas*, 2003.

Brasil, MS. *Panorama Nacional Para álcool e outras Drogas na Política Nacional*, 2003.

Brasil, MS. *Política Nacional De Álcool E Outras Drogas*, 2003.

Constituição, Lei 10.216, de 2001.

Curso de atualização profissional em atenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, *historia das drogas*.

Drauzio Varella, Consultado em 15/07/2013 disponível em: <F:\Globo News - O crack é uma epidemia , diz Drauzio Varella.htm>

Guimarães CF, Santos DVV, Freitas RC, Araújo RB. *Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no*

Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). Rev. Psiquiatra Rio grande do Sul. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a05.pdf>

IRMGARD, Ruth; **GABATZ**, Bärtschi; **SCHMIDT**, Airton Luis; **TERRA**, Marlene Gomes; **NAPPO AS**; **Galduróz JC**, Noto AR. Crack use in São Paulo. *Subst Use Misuse*. 1996; 31(5): 565-79. Doi: 10.3 109/10826089609045827

(**Liliane**, *Lo Bianco*, 2013. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/para-espais-querem-terceirizar-filhos-usuarios-de-drogas>.

Paulo Amarante, 2013. Informe ENSP. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br

Oliveira LG, **Nappo SA**. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. Rev.Saúde Pública [Internet]. 2008 [citado 2010 Fev 28]; 42 (4):664-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6645.pdf>

Oliveira, Lúcio I; **Nappo**, Solange II: Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado.

PADOIN, Stela; **SILVA**, Adão Ademir; **LACCHINI**, Annie Jeanninne: *Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento*, 2013.

Reforma psiquiátrica, acesso em 20/06/2013 disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=PaginaAvulsa&Num=340>.

Sylvia Debossan Moretzsohn: *Pensando contra os fatos. Jornalismo e cotidiano: do senso comum ao senso crítico* Editora Revan, 2007.