

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RIO DAS OSTRAS
DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS – RIR
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

ALINE DOMINGUES FERREIRA DE VASCONCELLOS

“CUIDADO OU HIGIENIZAÇÃO?”

**UMA REFLEXÃO ACERCA DAS AÇÕES PROMOVIDAS PELO “CHOQUE DE
ORDEM” DO RIO DE JANEIRO COM OS USUÁRIOS DE CRACK.**

RIO DAS OSTRAS – RJ

JUNHO DE 2014.

ALINE DOMINGUES FERREIRA DE VASCONCELLOS

“CUIDADO OU HIGIENIZAÇÃO?”

UMA REFLEXÃO ACERCA DAS AÇÕES PROMOVIDAS PELO “CHOQUE DE ORDEM” DO RIO DE JANEIRO COM OS USUÁRIOS DE CRACK.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Ms. Clarice da Costa Carvalho

RIO DAS OSTRAS-RJ
JUNHO DE 2014

ALINE DOMINGUES FERREIRA DE VASCONCELLOS

“CUIDADO OU HIGIENIZAÇÃO?”

UMA REFLEXÃO ACERCA DAS AÇÕES PROMOVIDAS PELO “CHOQUE DE ORDEM” DO RIO DE JANEIRO COM OS USUÁRIOS DE CRACK.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em 27 de junho de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Ms. Clarice da Costa Carvalho (orientadora)/UFF

Prof. Dr. Edson Teixeira da Silva Júnior/UFF

Adriana de Souza Silva Lopes (CRESS 14.838/7ºRegião)

RIO DAS OSTRAS
JUNHO de 2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, peças fundamentais no meu caminhar.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por tudo que me proporciona e capacita fazer.

Ao meu esposo Rômulo por todo amor, cumplicidade e confiança. Obrigada por contribuir emocionalmente e financeiramente, na realização deste sonho e por fazer dele, o seu também. A ti, todo mérito desta conquista!

Aos meus filhos Pedro Henrique e Rafael, todo meu amor e dedicação! Não teria vindo até aqui se não fosse por vocês! Amo, amo e amo!

À aquela que deste sempre está ao meu lado, minha mãe Idalina, obrigada por todo amor, empenho e confiança a mim depositado. Mãe deleite-se, sua missão foi cumprida!

À minha irmã, Fernanda pelo apoio, amor e estímulo de sempre, espero através deste trabalho, dar-te um motivo a mais para se orgulhar de mim. Ao cunhado João, obrigada pela torcida!

À minha sogra Rosângela, minha gratidão por dispor de seu tempo em companhia dos meus filhos, ajuda sem a qual não seria possível embarcar neste projeto.

Aos queridos Ruddy e Bianca, obrigada pelo carinho e interesse, mais principalmente pelas palavras de ânimo, que foram imprescindíveis nessa trajetória.

Aos amigos Thiago e Laura, obrigada pela companhia revigorante dos finais de semana, sem dúvida tornou o caminhar mais leve.

Aos amigos Pablo, Laís e Luquinhas, minha gratidão pelos bons momentos juntos, vocês são especiais!

Às minhas amigas Carla Bianca, Ludmilla, Fernanda, Simone, Lanúzia, Daniela e demais colegas, pelo companheirismo, conversas e conhecimentos trocados, o que sem dúvida foi indispensável para conclusão desta jornada. Carla Bianca deixou a UFF com diploma e sua amizade, que orgulho!

As minhas supervisoras de campo, Flávia e Eliane que foram responsáveis pelo acréscimo de minha admiração pela profissão.

À minha supervisora, coordenadora técnica do CAPS AD de Macaé, Adriana Lopes todo o meu reconhecimento pelo seu esforço e comprometimento direcionados a minha formação profissional, caminhar contigo foi um verdadeiro presente de Deus, espero retribuir satisfatoriamente as suas expectativas como futura colega de profissão. Obrigada, sobretudo pela amizade confiada!

À toda equipe do CAPS AD de Macaé, pelo aprendizado. Fica aqui registrado, minha admiração ao grande “time” de profissionais.

À todos os meus mestres, por partilharem do conhecimento e do amadurecimento necessário para minha formação.

À professora Lúcia Soares, pela sua brilhante atuação como supervisora acadêmica que muito me auxiliou em momentos de aflição e de aprendizagem ética sobre a atuação profissional.

Ao professor Edson Teixeira pelo alento com que ministra suas aulas e por me motivar quanto ao tema do presente trabalho, agradeço também pelas concisas observações e sugestões bibliográficas, tornando sua presença na banca examinadora deste trabalho, indispensável.

À minha orientadora Clarice de Carvalho, meu reconhecimento, admiração e gratidão por seu comprometimento, seriedade e respeito com que trata seus alunos e pelas incansáveis correções e contribuições na elaboração deste trabalho. Não foi fácil, mais foi uma honra ser sua orientanda!

À banca examinadora e aos demais leitores deste trabalho, meu reconhecimento e gratidão pelas atentas observações e generosas críticas a mim direcionadas, pois foi confiante na senioridade de meus mestres e examinadores que ousei elaborar este trabalho.

Parece cocaína
Mas é só tristeza
Talvez tua cidade
Muitos temores nascem
Do cansaço e da solidão
Descompasso, desperdício
Herdeiros são agora
Da virtude que perdemos...

Há tempos tive um sonho
Não me lembro, não me lembro

Tua tristeza é tão exata
E hoje o dia é tão bonito
Já estamos acostumados
A não termos mais nem isso

Os sonhos vêm e os sonhos vão
E o resto é imperfeito

Dissestes que se tua voz
Tivesse força igual
À imensa dor que sentes
Teu grito acordaria
Não só a tua casa
Mas a vizinhança inteira

E há tempos
Nem os santos têm ao certo
A medida da maldade
E há tempos são os jovens
Que adoecem
E há tempos
O encanto está ausente
E há ferrugem nos sorrisos
Só o acaso estende os braços
A quem procura
Abrigo e proteção

Meu amor!
Disciplina é liberdade
Compaixão é fortaleza
Ter bondade é ter coragem
Lá em casa tem um poço
Mas a água é muito limpa

Há tempos
Legião Urbana

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo compreender, as ações de reordenamento urbano denominadas por “choque de ordem” na capital do Rio de Janeiro direcionadas a usuários de crack em situação de rua. Através de pesquisa bibliográfica procuramos apreender sobre os diferentes aspectos e abordagens sobre o uso de drogas; igualmente buscamos elementos sobre a formação sócio-espacial da capital carioca, de maneira que estas informações possam contribuir no esclarecimento sobre as intervenções do governo do Rio de Janeiro com os usuários de crack; no intuito de averiguarmos se realmente houve promoção de cuidado para usuários de crack ou um surto higienista por parte do governo carioca que tenha contraposto as diretrizes de tratamento a dependentes químicos expressas pela Lei da Reforma Psiquiátrica e se houve através destas medidas, a incitação à violação de direitos sociais e humanos.

Palavras-chaves: “crack” “choque de ordem”, “internação compulsória”, “Rio de Janeiro”.

ABSTRACT

This work has the objective of demonstrate the actions of urban redevelopment called for “shock of order” in the capital of Rio de Janeiro aimed at users Crack Street. Through bibliographical research we seek to seize on different aspects and approaches on the use of drugs; also seek information on the social-spatial formation of capital, so that this information can contribute to the clarification on Government interventions in Rio de Janeiro with users of crack; in order to find out if there was really promoting care for users of crack or a Government hygienist outbreak in Rio that has opposed the drug addicts treatment guidelines expressed by the Law of the psychiatric reform and whether there has been through these measures, the incitement to violation of human rights.

Keywords: “crack”, “shock of order”, “compulsory internment”, “Rio de Janeiro”

LISTA DE SIGLAS:

CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas)

SUS (Sistema Único de Saúde)

IAPS (Institutos de Aposentadorias e Pensões)

SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência)

INPS (Instituto Nacional de Previdência Social)

PSF (Programa de Saúde da Família)

PAC (Programa de Aceleração do Crescimento)

RD (Redução de Danos)

HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)

SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas)

SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas)

IBCCRIM (Instituto Brasileiro de Ciências Criminais)

OBID (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas)

PNAB (Política de Atenção Básica)

UPP'S (Unidades de Polícia Pacificadora)

COMLURB (Companhia Municipal de Limpeza Urbana)

CRESS (Conselho Regional de Serviço Social)

SUMÁRIO

Introdução	11
1-Formas de enfrentamento às questões das drogas no Estado Brasileiro	14
1.1– A Política de Saúde - (Notas Preliminares).....	14
1.2–Aspectos Históricos, Políticos e Econômicos sobre o Uso de Drogas:.....	17
1.3- O Uso do Crack e os Serviços Públicos de Atendimento aos usuários.....	26
2- Rio de Janeiro, Cidade “Maravilhosa”	36
2.1- Segregação e Criminalização, Elementos Contínuos na Formação Sócio-Espacial do Rio de Janeiro.....	37
2.2- “Choque de Ordem” e as Ações de “Cuidado” com os Usuários de Crack.....	46
2.3 - Serviço Social e as Ações do “Choque de Ordem”	57
Considerações Finais	61
Referências	63

INTRODUÇÃO

A motivação para a realização deste estudo surgiu da minha inquietação a partir das experiências no campo de estágio, no CAPS AD do município de Macaé e da consternação ao assistir aos noticiários de televisão sobre as remoções compulsórias para usuários de crack realizadas na capital do Rio de Janeiro.

As dificuldades enfrentadas pela equipe do CAPS AD em Macaé na prestação de serviços aos usuários originavam-se da escassez de recursos materiais e profissionais necessários para realização de um acompanhamento mais profícuo; embora as dificuldades, vale ressaltar o comprometimento e as incansáveis tentativas de melhoria institucional por parte dos profissionais; esta situação em muito se destoava das repentinas ações do Estado na capital carioca com usuários de crack em situação de rua.

Os noticiários relatavam a preocupação do Estado quanto à “epidemia” de crack e as condições insalubres e precárias na qual estavam expostos os usuários, assim como o possível envolvimento destes em atos ilícitos no ímpeto de conseguir a droga, o que colocava a segurança pública em estado de alerta.

Em meio às ações de reordenamento urbano, denominadas por “choque de ordem”, iniciou-se uma série de ações destinadas ao enfrentamento do crack, dentre estas, a internação compulsória para dependentes em situação de rua. A prefeitura alegava que as internações eram importantes e que tinham o caráter de “cuidado” e atenção à saúde destas pessoas.

Logo que se iniciaram, as internações compulsórias para usuários de crack levantou-se a discussão quanto as reais intenções do governo do Rio de Janeiro, pois além de caminhar numa lógica contrária a da deshospitalização e a desmedicalização de pacientes portadores de transtornos mentais, [dentre estes os dependentes químicos], defendidas pelas diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica e do SUS; ergueu-se a suspeita de que a Prefeitura na verdade estivesse promovendo ações de cunho higienista, que tinham como objetivo a “estetização” e o “enobrecimento” de algumas áreas da cidade, tendo como escopo a preparação da capital para recepção dos megaeventos esportivos, rebatendo então, diretamente no modo de relação e organização das classes pauperizadas da cidade, dentre estes os usuários de crack.

As ações do “choque de ordem” foram responsáveis por mais de 95% das pessoas conduzidas ao Abrigo Rio Acolhedor, considerado pelo Ministério Público “um verdadeiro depósito de pessoas”, onde se constatou a violação de direitos constitucionais e humanos.

Como o próprio nome já diz, tratava-se de um abrigo e não uma clínica ou algo similar, o local não oferecia condições mínimas de higiene e não correspondia à expectativa para tratamento adequado para dependentes químicos, bem como não contribuía de qualquer forma para a reinserção social das pessoas ali “despejadas”.

As constantes e polêmicas declarações do prefeito Eduardo Paes e do seu secretário Rodrigo Bethlem, reforçavam a possibilidade sobre um intento de higienização na cidade. Hipótese reforçada pelo mapeamento das áreas onde acontecia a maior parte das ações do “choque de ordem” e conseqüentemente as internações dos usuários de crack em situação de rua, as informações desvelavam um verdadeiro esquema de proteção as áreas nobres da cidade, áreas de interesses turísticos e, por conseguinte da especulação imobiliária.

A dificuldade em conseguir vagas e leitos em unidades de saúde para dependentes químicos que solicitam a internação voluntariamente para se tratar ou que eram consideradas extremamente necessárias pela equipe profissional do CAPS AD de Macaé, e usadas como último recurso por existência de risco de morte tamanha debilitação da saúde do dependente químico; ficava ainda mais revoltante quando confrontada com as notícias dos jornais e da televisão que “enalteciam” o governo do Rio de Janeiro pela iniciativa de “cuidado” que estava promovendo a partir das internações compulsórias para usuários de crack, parecia que de repente “todos” moradores de rua da capital tornaram-se usuários de crack e por isso deviam ser “acolhidos” para tratamento.

A preocupação com a segurança pública, e as notícias sensacionalistas sobre o assunto, faziam com que parte da sociedade concordasse com tais internações, pior que isso, defendiam como única “solução para o problema”, sem que conseguissem vislumbrar para a real parcela de culpa do governo na realidade emblemática daquelas pessoas.

Além de promover ações pragmáticas de enfrentamento ao crack, não ampliar e qualificar a rede de serviços e não publicizar as políticas públicas para portadores de transtornos mentais, dentre estes os dependentes químicos, o governo do Rio de Janeiro também foi acusado de violar direitos constitucionais e humanos.

Em vários momentos, constatou-se que as ações do “choque de ordem” eram conduzidas a base de violência e coerção, além das condições repudiáveis de “tratamento” posteriormente impostas, que retrocediam os avanços arduamente conquistados através da Lei da Reforma Psiquiátrica e que em muito recorda o terror vivido por usuários de serviços da saúde mental nos manicômios brasileiros.

Outro aspecto mencionado neste trabalho e que deve ser desvelado diante as ações do “choque de ordem” é a aproximação com a realização dos “megaeventos” na capital e a

intensificação da barbárie apregoada pelo Estado sobre a massa pauperizada. A criminalização dos pobres e a segregação sócio-espacial, avigorada pelo Estado tem contribuído para a maximização da tipificação de comportamento da massa pauperizada, dentre estes os usuários de drogas ilícitas, sobretudo os de crack; e demonstram a ineficácia do governo carioca em lidar com suas mazelas sociais, abafando problemas estruturais por meio de ações pragmáticas na área de segurança pública, desconsiderando fatores multideterminantes e históricos sobre o uso de drogas e promovendo ações de “cuidado” a dependentes químicos que retrocedem aos avanços arduamente conquistados para tratamento na área da saúde mental e expressos na Lei da Reforma Psiquiátrica, além de violar direitos civis e humanos.

Diante disto, acreditamos que este estudo proporcionará elementos para uma análise mais profícua sobre as intervenções do “choque de ordem” direcionadas a usuários de crack, pois além de abordar aspectos sobre o uso e abuso desta substância, a trajetória de enfrentamento as drogas no Brasil e as políticas públicas de atendimento a esta demanda, elencará características sócio-históricas de formação do espaço urbano carioca que ainda ecoa na forma como o Estado trata sua população e conseqüentemente reflete nos espaços de atuação do profissional de serviço social no Rio de Janeiro.

CAPÍTULO I

FORMAS DE ENFRENTAMENTO À QUESTÃO DAS DROGAS NO ESTADO BRASILEIRO.

1.1– A POLÍTICA DE SAÚDE - (NOTAS PRELIMINARES).

Em 1930 as ações de saúde como responsabilidade do Estado Brasileiro começava a ser planejada a partir das modificações no cenário econômico e político nacional, pautadas pelo agravamento da questão social, dado o avanço das atividades industriais no país. O agravamento das condições básicas de saúde vividas pelos trabalhadores assalariados, assim como as condições de higiene que estavam expostos, tornou-se motivo de grande preocupação para o governo, pois colocava o desenvolvimento das atividades industriais e a perspectiva no avanço de acumulação capitalista em risco, visto que os trabalhadores faziam parte fundamental no processo de produção, podendo desta maneira afirmar que:

As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica de acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação (BRAVO, 2001, p.03).

A política de saúde pensada neste período apresentava ações mais direcionadas em garantir e “fiscalizar” condições mínimas de higiene dos trabalhadores, do que promover a saúde em toda sua amplitude. Ainda segundo Bravo (2001, p.03) estas medidas ainda não foram suficientes no combate a epidemias e o índice de mortalidade entre os trabalhadores [população urbana] ainda se mantinha elevado.

Neste cenário surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que eram administradas pelo governo, e seu fundo proveniente dos próprios trabalhadores. Era através das IAPs que os trabalhadores obtinham assistência médica.

Em 1940, temos um avanço das políticas de saúde com a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), embora esse serviço já fosse realizado por meio privado, naquele momento passava a ser comum e consorciado entre governo e as IAPs (MERCADANTE, 2002 p.237).

O período correspondente ao desenvolvimentismo no Brasil, década de 50 ficou marcado pela criação do Ministério da Saúde, que passava a centrar suas ações na saúde e

deixava a encargo de outro Ministério (educação) a responsabilidade pela conscientização de práticas sanitárias. Ainda no mesmo período houve a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais, onde se pretendia estender o controle sanitário e evitar a propagação de doenças infecto contagiosas (BRASIL, 2013a).

Com o golpe de Estado em 1964, o governo da ditadura deu início a reformas no sistema de saúde e previdência, com o discurso da modernização e racionalização, o modelo assistencial instaurado neste governo, era uma maneira de amenizar os efeitos repressivos por ele produzidos e de alguma forma pleitear uma maior aceitação ao regime por parte da sociedade.

[...] no período de 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2001, p.06).

Em 1966, da unificação das IAPs originou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado Brasileiro passou a comprar serviços de saúde (dentre estes, destacamos os serviços de internação psiquiátrica) do setor privado, obedecendo à lógica capitalista de acumulação chegando a usar 97% dos recursos da previdência destinados a saúde mental em compras de serviços no setor privado (AMARANTE *apud* BISNETO, 2007, p.23).

Segundo Mota (2006, p.05), “[...] esse processo foi um dos determinantes das tendências atuais da seguridade social, criando condições objetivas e subjetivas para uma fragmentação das necessidades e interesses mediatos dos trabalhadores”.

Em 1970, a crise estrutural do capitalismo em escala global, desencadeava a necessidade das lideranças governamentais repensarem as relações estabelecidas no âmbito do trabalho e no seu modo de intervir socialmente, tempo de lançar novas perspectivas ideológicas que fortalecessem os interesses das classes dominantes e que direcionasse o mercado para um primeiro plano e que incluísse a participação da sociedade no atendimento “assistencial” aos mais necessitados:

Trata-se de destruir a sociabilidade do trabalho protegido e de construir uma outra, amparada na negação da intervenção social do Estado e na afirmação da regulação do mercado, nas iniciativas individuais e no envolvimento da sociedade civil que, ao se assumirem como co-responsáveis pelas políticas sociais, institucionalizam o terceiro setor (MOTA, 2006, p.03).

Entre a década de 70 e 80 aconteceram importantes debates sobre as difíceis condições de saúde enfrentadas pela população e a quem caberia à responsabilidade em atendê-las; a pauta sobre Reforma Psiquiátrica já se fazia presente no contexto nacional, seguindo o caminho norte-americano de atenção a saúde mental, “[...] tomando uma dimensão social e política dos problemas mentais” conforme Vasconcellos *apud* Bisneto (2007, p.32).

A Reforma Sanitária que propunha o atendimento universal de assistência à saúde como dever do Estado e a descentralização da forma de assistência, dentre muitas outras propostas, acabaram integrando a Constituição de 1988 (BISNETO, 2007, p.38). Tais propostas originaram-se da mobilização dos trabalhadores da saúde e diversos segmentos populares e sindicais (SOARES *apud* MOTA 2010, p.340).

Após tamanha conquista da sociedade brasileira pelo reconhecimento na Constituição de 88 sobre a universalidade no acesso e dever do Estado na promoção à saúde que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), esta se depara com o projeto neoliberal no país no decorrer da década de 90, pelos governos de Fernando Collor e Fernando Henrique, na chamada contrarreforma do Estado, a impregnação dos valores neoliberais fez com que algumas lideranças do movimento de reforma sanitária e parte da sociedade se conjecturassem em tal perspectiva, de modo que:

[...] a questão dos intelectuais ganha relevância central, posto que sua intervenção sobre o real é formadora de uma visão de mundo que passa a ser organizada a partir de novos valores, comportamentos e concepções impostas pela ordem neoliberal. A referencialidade de totalidade é substituída pelo fragmento e pela imediatividade das práticas sociais, donde emergem as noções de eficiência, eficácia, competitividade e produtividade. Esta ruptura com a totalidade é condição para que se estabeleçam as bases sobre as quais a vida social deve ser edificada na contemporaneidade (AMARAL *apud* SOARES, 2010, p.343).

A saúde passava a ser redirecionada para o mercado e ao Estado Brasileiro cabia à responsabilidade apenas de regulá-lo; Bravo (2001, p.13) faz uma importante observação quanto ao processo de desconstrução pretendido pelo projeto neoliberal sobre a assistência a saúde “[...] ao agendar a reforma da previdência, e não, da seguridade, o governo teve como intenção desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Constituição de 1988”.

Em 1994, foi lançado um modelo de assistência à saúde estratégico que visava estruturar e organizar o acesso ao SUS, o Programa de Saúde da Família (PSF), no entanto este serviço demonstrou seletividade, uma vez que focava no trabalho com famílias, sobretudo em comunidades, com serviços de baixa complexidade, pautada na prevenção da

saúde, configurando uma espécie de “política social para pobres”, uma vez que “[...] a proposição de políticas focalizadas é a “anti-política” social na medida em que permite a “inclusão” não por direito de cidadania, mas por grau de pobreza, não garantido a base de igualdade necessária a uma verdadeira política social”. (SOARES *apud* BRAVO 2001, p.21).

O primeiro mandato do governo Lula, teve grande aceitação popular, promovendo um transformismo ideológico¹, também há o que Soares (2010) classifica como “gestão privatizada”, que foi a ampliação de serviços dentro do SUS via setores privados. De modo que, a proposta de assistência à saúde no SUS pelo governo Lula:

“[...] traz em seu bojo muito das propostas do projeto da reforma sanitária, mas sem deixar de expressar também interesses dos demais projetos em confronto, representando em parte expectativas do primeiro mandato da gestão em torno da defesa da saúde pública no SUS” (SOARES, 2010, p.343).

Posteriormente, foi criado o Departamento de Atenção Básica; modelo até então vigente; como ponto estratégico de consolidação ao modelo de atenção a saúde da família. A autora ainda destaca que, no fim da década de 2000, houve o que podemos chamar de “segundo marco da contrarreforma” que foi o projeto “Mais Saúde” integrante do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) “[...] justificador das parcerias Públicas- Privadas para gerir a saúde”. (SOARES, 2010, p.344)

Atualmente em 2013, as políticas de saúde seguem a mesma direção, “[...] alternando no fortalecimento do projeto privatista e da reforma sanitária” conforme aponta Bravo e Matos (2004, p.15) continuando desta forma a serem concebidas e planejadas para atender interesses duplos que não focam apenas nas necessidades da população, mas obedecem também a interesses econômicos.

1.2–ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS SOBRE O USO DE DROGAS.

Tais elementos de análise são fundamentais para a ampliarmos o conhecimento sobre o uso e abuso de drogas, e a maneira como esta temática vem se desenvolvendo na sociedade, trata-se de procurar distinguir a “aparência e a essência” do objeto de pesquisa, procurando ser fiel a estrutura e dinâmica do objeto pesquisado (NETTO, 2011).

¹ Transformismo ideológico no governo Lula, entendido como uma apassivamento/adaptação das centrais sindicais no processo de reestruturação produtiva, que deixava de resistir e mobilizar-se quanto às condições impostas a classe trabalhadora e voltava-se para a negociação do quantitativo nos postos de trabalho, transpondo ser inevitável tal medida. (SOARES, 2013)

Conhecer as mudanças socioculturais sobre o uso de drogas implica necessariamente, considerar as transformações societárias e as mudanças engendradas na cultura e nas relações sociais através do mundo do trabalho e na maneira em que a sociedade tem respondido a esta questão. Segundo Brites, (2006, p.13) o “incremento na produção” em determinada época significou para além das mudanças no ritmo do trabalho uma mudança de “[...] compreensão de tempo e espaço e significativas alterações no âmbito da cultura”, tais alterações também foram percebidas no trato sobre o uso de drogas, gerando uma abordagem mais complexa (Idem, 2006, p.13).

É necessário desmistificar a abordagem repressiva e criminalizadora que impera nos dias atuais, que não considera aspectos sócio-históricos da evolução do homem e que não consegue responder para além do imediatismo e do caos do que se vê, tendo como alternativa mais fácil a culpabilização dos indivíduos que utilizam drogas. Pois “[...] o domínio da subjetividade é profundamente ativo: longe de ser dado originariamente ao homem, ele se constitui pela via de um sistema complexo de mediações históricas”. (MARTINS, 1992, p.35)

A trajetória do consumo de drogas na sociedade e a abordagem atual contêm elementos intrínsecos que são permeados pelo desenvolvimento do capitalismo e que ultrapassa o debate limitador entre substância lícita e ilícita, aclarando a ligação de interesses existentes por de trás de inquisições de comportamento repressores/moralistas que não correspondem à necessária e exclusiva preocupação com o estado físico e mental dos cidadãos que utilizam drogas, como aponta Brites (2006, p.20):

“[...] as abordagens sobre o uso de drogas, necessitam ser desveladas. Em primeiro lugar porque na sociedade capitalista os valores podem objetivar valores de classes. Em segundo lugar porque as abordagens sobre o uso de drogas na atualidade se situam num quadro matizado pelos seguintes elementos: o caráter ilícito de várias drogas consumidas mundialmente não responde a critérios exclusivamente de saúde (até porque, a nosso ver, os danos de saúde associados ao uso de drogas não se resolvem com a ilegalidade) [...]” (BRITES, 2006, p.20).

Ressaltamos que, historicamente, o uso de algumas drogas hoje consideradas ilícitas já se fazia presente desde a Antiguidade entre povos e culturas distintas, que as utilizavam de diversas formas, geralmente agregadas a rituais, ao uso medicinal, como meio de socialização entre os indivíduos ou simplesmente na busca de sensações de prazer ou relaxamento.

A literatura especializada permite, também, identificar profundas transformações nas finalidades (ontologicamente sempre ligadas às necessidades) que os homens atribuem aos usos das substâncias psicoativas, que podem ser genericamente

identificadas, pela prevalência, aos usos terapêuticos e rituais, mais comuns nas sociedades antigas e em comunidades menos complexas, e ao uso hedonistas e dependentes, mais comuns nas sociedades contemporâneas. A prevalência de finalidades atribuídas ao uso de drogas não significa do ponto de vista histórico a superação de uma dada finalidade por outra, ou seja, é possível encontrar diferentes formações sócio-históricas finalidades para o uso de drogas bastante diversas (Idem, 2006, p.46).

No entanto, no Brasil desde 1940 a questão do uso de drogas já estava prevista no código Penal e a dependência considerada como caso saúde, porém “[...] estabeleceu-se uma “concepção sanitária do controle das drogas”, pela qual a dependência é considerada doença e, ao contrário dos traficantes, os usuários não eram criminalizados, mas estavam submetidos a rigoroso tratamento, com internação obrigatória” (BRASIL, 2013b).

Em 1973 o Código Penal é revisto após Acordo Sul-Americano de Estupefacientes e Psicotrópicos deliberando três anos depois a Lei 6.368/1976 que distinguia as figuras penais entre usuários e traficantes, com a necessidade de se comprovar o uso através de exames toxicológicos (Idem, 2013b).

As transformações ocorridas no mundo do trabalho e o reordenamento político do país, com o fim da Ditadura, deu início ao período democrático em 1985 com primeira eleição presidencial, por meio de grande pressão popular (COUTO, 2004, p.141). Mesmo com o diálogo aparentemente ampliado entre governo e sociedade, a autora considera que:

O Brasil que em 1985, apresentava uma nova face no que se refere ao processo de reorganização política, orientado sob a égide da democracia, também ampliou sua herança para com a face da desigualdade social. Expandiu-se o estoque de pobreza, resultante dos períodos anteriores, mas especialmente dos governos militares, que, com suas orientações econômicas de desenvolvimento, produziam um país com péssima distribuição de renda e aumentaram a parcela da população demandaria das políticas sociais (COUTO, 2004, p. 141).

Entre a década de 70 e 80, surgiu o Movimento da Reforma Psiquiátrica, influenciada por ações europeias que experimentavam novas formas de tratamento aos portadores de transtornos mentais; profissionais brasileiros da área da saúde começavam a questionar o tratamento aqui estabelecido para esta demanda, com o apoio de vários segmentos da sociedade (BISNETO, 2007, p.34,35).

Este período esboçou significativa mudança no trato com os usuários de drogas, pois neste mesmo período surgiu a Política de Redução de Danos (RD), no Brasil e no mundo; pois o alastramento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Hepatite estavam

diretamente atrelados ao uso de drogas injetáveis (CARVALHO, ROCHET e PAULINO, 2008, p.265).

Tal quadro mobilizou as autoridades públicas e sanitárias em formas de conter o avanço da doença entre os usuários de drogas injetáveis. Iniciava-se o debate relacionado a uma ainda pouco conhecida estratégia de saúde pública, utilizada em 1984, na Holanda, por iniciativa das associações locais de usuários de drogas (*junkiebodem*) para conter a difusão dos agentes etiológicos das hepatites virais: a redução de danos (Idem, p.275).

Instituiu-se por meio da pressão do Movimento Sanitarista iniciado em décadas anteriores a Constituição de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde que afirmava a responsabilidade do governo brasileiro sobre sua população, descentralizou as ações do governo federal, que naquele momento deveria começar a repartir as atribuições e planejamentos na área da saúde com os municípios, repassando verbas aos mesmos para exercerem tal responsabilidade (BISNETO, 2007, p. 38).

A saúde passava a ter caráter universal e as políticas públicas de atenção aos usuários de drogas também começava a ser planejada, e em 1989 um projeto inovador em RD, realizado pela prefeitura de Santos – o fornecimento de seringas para usuários de drogas injetáveis, com intuito de evitar o alastramento de doenças infecto-contagiosas, causou polêmica e “[...] foi considerado crime pelo Ministério Público de São Paulo”, por considerar que tal medida seria uma forma de estimular o uso de drogas injetáveis (CARVALHO, ROCHET e PAULINO, 2008, p.268).

Em 1989, um importante projeto de Lei na área da Saúde Mental foi aprovado, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que dispunha da “[...] substituição progressiva dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos, um marco histórico na luta antimanicomial, do movimento de desinstitucionalização da Psiquiatria tradicional” (BISNETO 2007, p.35). Tal medida implica diretamente no trato dispensado aos usuários de drogas, pegos com posse da substância, que eram submetidos por Lei a internações obrigatórias para fins de tratamento, como já citado anteriormente.

Em 1990, a vitória de Fernando Collor para a presidência da república, representou um retrocesso nas conquistas deliberadas pela Constituição de 1988, pois seu governo pautava-se no ideário neoliberal, na abertura do mercado brasileiro e de desmonte das políticas sociais (COUTO, 2004).

Esse cenário colaborou para o agravamento da questão social, que se intensificou ainda mais no governo sucessor de Fernando Henrique Cardoso e:

Entre os principais interesses do grande capital na minimização do Estado está o que Mandel (1985) denominou de supercapitalização, isto é, o uso e incorporação dos serviços sociais como espaço de mercantilização e lucratividade, trazendo para essa área toda a lógica e racionalidade privada, anteriormente ocupada pelas políticas públicas. A saúde se tornou um dos campos preferenciais desse processo [...]” (SOARES *apud* MOTTA 2010, p.340).

No entanto, Bisneto (2007, p.42), chama a atenção para o fato que a implementação das políticas neoliberais significa a redução dos gastos do governo com a saúde pública e a minimização da prestação de serviços pelas instituições públicas, desta forma há um fortalecimento da rede privada de serviços na área da saúde, pois eleva-se a necessidade da população em buscar serviços de qualidade e que não estão disponíveis na rede pública de saúde.

Também há uma ampliação no repasse de verbas para as instituições privadas, e do “terceiro setor”, via Estado, no intuito de “garantir o lucro da burguesia”. Dentro desta lógica podemos dizer que:

A grande burguesia monopolista tem absoluta clareza da funcionalidade do pensamento neoliberal e, por isso mesmo, patrocina a sua ofensiva: ela e seus associados compreendem que a proposta do “Estado mínimo” pode viabilizar o que foi bloqueado pelo desenvolvimento da democracia política – o Estado máximo para o capital (Netto *apud* Bisneto, 2007, p.42).

Para Bisneto (2007, p.43) no campo da saúde pública, as políticas neoliberais realizadas pelo governo representam uma valorização ao tratamento medicamentoso que favorece a grandes indústrias farmacêuticas, diminuindo desta forma os direitos dos cidadãos a outras formas de atenção e cuidado com a saúde.

No que se refere ao tratamento de dependentes químicos em 1994 foi realizado o primeiro projeto voltado para esta demanda com o financiamento do Ministério da Saúde, tratava-se de um Centro de Orientação e Estudos às Dependências Químicas da Universidade Federal da Bahia (CARVALHO, ROCHET e PAULINO 2008, p.268). A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), criada em 1998, trouxe a colaboração e participação dos Conselhos nacional, estaduais e municipais que conduziam o debate sobre a importância e complexidade na abordagem do assunto e tratamento mais adequado aos dependentes químicos (BRASIL,

2013c). No mesmo ano, foi fundada a Associação Brasileira de Redutores de Danos. (CARVALHO, ROCHET e PAULINO, 2008, p.269)

Em 2001, a lei 10.216 representou à positivação de um movimento histórico, a Reforma Psiquiátrica que deliberava novas formas de tratamento aos usuários da rede de serviços da saúde mental (que engloba o tratamento a dependentes químicos), tanto pública como privada em busca de condições adequadas e do compromisso com a formulação de políticas sociais que realmente estivessem voltadas para o caminho de uma atenção qualificada a estes usuários, ainda é a lei mais utilizada para fundamentar a necessidade que avanços e conquistas sejam viabilizados em forma de políticas sociais, que atendam as reais necessidades dessa demanda, pois ainda temos um cenário político focalizado e fragmentado que não realiza efetivamente a atenção psicossocial que está descrita em lei.

Em 2002, foi elaborada Política Nacional Antidrogas (Decreto nº. 4345/2002) e através da Lei 10.409/2002 é instituído o Programa de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, a referida lei pontuava o direito e a inserção dos usuários de drogas no acesso ao SUS (CARVALHO, ROCHET e PAULINO 2008, p.274).

Em 2004, a SENAD, tentava oficializar ações de redução de danos no país², porém:

Alguns argumentos jurídicos, políticos e morais expressos pelos diversos atores sociais no momento em que se tornou pública a proposta de criação da Política de Redução de Danos (2004) questionaram até que ponto o tratamento ético jurídico dispensado à questão das drogas no Brasil responde ou acentua problemas sociais decorrentes do uso e abuso, colocando em evidência uma intensa disputa de racionalidades que envolvem a pauta da redução de danos no país (CARVALHO, ROCHET e PAULINO, 2008, p.270).

Tal proposta não foi bem aceita e foi rebatida por alguns segmentos da sociedade, dentre estes destacamos o posicionamento da Igreja Católica que considerou a proposta um incentivo ao uso e abuso de substâncias psicoativas. (Idem, 2008, p.271)

Por meio de debates, em 2005, nos espaços dos Conselhos realinou-se a Política Antidrogas e finalmente em 2006 através da Lei 11.343, foi criado o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) que substituiu as Leis 6.368/76 e 10.409/02 que

² Em 2004, a Portaria n.2.197, de 14 de outubro, redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Em 1º de julho de 2005, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 1.028, que institui a Política Nacional de Redução de Danos. (Ibidem, 2008, p. 275)

distingue ações de tratamento/ prevenção das ações voltadas ao combate ao tráfico (BRASIL, 2006).

Todas estas alterações legais e instituições normativas no campo da saúde, relacionados à prevenção ao uso de drogas e tratamento de usuários de drogas e dependentes químicos, aconteceram no bojo do governo de Luís Inácio da Silva, que possuía como particularidade a empatia entre alguns segmentos de trabalhadores da área e “[...] em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS” viabilizou-se a parceria com o setor privado para a prestação de serviços “de mais qualidade” para a população, via financiamento do Estado (SOARES *apud* MOTTA, 2010, p. 340-342).

A nova Lei de drogas de nº 11.3430 de 2006, que volta a colocar em pauta a distinção entre usuários e traficantes, sem muitas demarcações, abrindo brecha para interpretações equivocadas e ambíguas com viés discriminatório tanto de parte da sociedade, como dos encarregados em aplicar a lei, dentre os artigos que se encontram na referida lei podemos destacar:

Art. 28, § 2º: “Para determinar se a droga destina-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente” (BRASIL, 2006).

Conforme o trecho do artigo da Lei citada acima, podemos verificar que fica a encargo apenas do juiz, analisar as circunstâncias dadas no momento da apreensão do indivíduo, podendo este, julgar sem argumentos concisos, pautando-se em fatores ou condições sociais evidenciadas sobre o mesmo, pego em posse de algum tipo de substância ilícita, decidindo majoritariamente sem ajuda de outros profissionais, quem responderá como usuário/dependente ou traficante.

O número de encarcerados pobres e negros presos por tráfico de drogas cresce a cada dia no país, por conta de um sistema penal que julga e criminaliza baseado em estereótipos, que prega a abstinência e que não considera somente fatores de saúde para determinar o que é ilícito, mais expressa também um fortalecimento do mercado, uma vez que outras substâncias causadoras de elevados números de mortes (ex. álcool e tabaco) estejam nas prateleiras de qualquer padaria na esquina de casa (CIRINO, 2013, p.25).

Dados apresentados pelo *site* do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM) apontam que após a deliberação da Lei 11.343 de 2006, houve um acréscimo significativo de presos por tráfico; a pesquisa compara o número de 47.472 presos por tráfico

no ano de 2006 (ano de alteração da lei) com 125.744 no ano de 2011, outro fato apontado pelo IBCCRIM é que em 76% das apreensões por parte de algum tipo de droga, foram enquadrados em lei como traficantes, independente da quantidade que portavam no momento do flagrante, e aponta que em quase 70% dos casos as abordagens foram realizadas durante o patrulhamento em bairros de periferia (INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS, 2013).

Não bastasse a apresentação destes dados para uma reflexão crítica à respeito da não conformidade na materialização do que se propunha a Lei 11.343 de 2006 (de não criminalizar usuários), o IBCCRIM após análise dos números apresentados na pesquisa também afirma que:

[...] a repressão e a punição aos acusados por tráfico de drogas se limita em grande parte ao circuito varejista e de áreas territoriais mais pobres das cidades. Não é regra as grandes apreensões de drogas, a interceptação de grandes carregamentos, a desarticulação de redes sofisticadas do crime internacional, a ação sobre os sistemas financeiros que viabilizam o tráfico, a repressão ao tráfico que atende ao mercado de classe média e as elites. Não é rotina o trabalho policial de investigação que levaria a esses circuitos do tráfico de drogas. Uma das consequências mais angustiantes disso é de que a mobilização do aparato repressivo e Judiciário para se processar pessoas e fatos pouco repercute na cadeia do comércio ilícito de drogas e em sua expansão. (Idem, 2013)

Desta maneira, mesmo dispondo de lei específica e aparatos legais que considera e entende que existem diferenças entre usuários e traficantes, não se efetiva dado vários aspectos que permeiam o cotidiano daqueles que estão aplicando “as regras do jogo”, o enquadramento nos diversos artigos da lei fica a encargo do entendimento de cada jurista, dada as condições no momento da apreensão, podendo ser aplicada de formas díspares, dependendo dos atores e circunstâncias envolvidos.

Considerando o uso de drogas pelo viés da saúde, existem diversos tipos de drogas ilícitas e lícitas consideradas prejudiciais ao bem-estar do corpo e da mente, porém no campo das drogas lícitas independentes do mal que causam, estas possuem um consumo legalizado, como é o caso do tabaco e do álcool.

Ao pensarmos nos prejuízos causados aos seres humanos, quanto à degradação física, psicológica e social, podemos facilmente constatar em diversas pesquisas no Brasil e em outras partes do mundo que a ocorrência de mortes e dependências causadas pelas drogas consideradas lícitas, (ex. o álcool), atinge percentuais mais elevados quando comparadas a alguns tipos de drogas consideradas ilícitas, no entanto, são permitidas e seu uso não é tão discriminado pela sociedade, podendo ser consumidas sem restrições em grande parte dos

ambientes de uso coletivo. A tabela exibida abaixo demonstra o comparativo de internações e óbitos oriundos do uso de drogas; chamamos a atenção para o elevado percentual referente ao uso de álcool, a pesquisa foi publicada pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), em 2009, os dados apresentados correspondem ao período entre os anos de 2001 a 2007.

Tabela 1- Comparativo dos tipos de drogas e porcentagem de internações.

Droga	Número de internações	Porcentagem
Álcool	95.196	68,7
Opiáceos	2.232	1,6
Canabinóides	1.138	0,8
Sedativos e hipnóticos	737	0,5
Cocaína	6.912	5
Outros estimulantes	270	0,2
Alucinógenos	224	0,2
Tabaco	50	0
Solventes voláteis	244	0,2
Múltiplas drogas	31.582	22,8
Total	138.585	100

Dados extraídos do Relatório Brasileiro sobre drogas (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, 2009,p.164).

Após a apresentação dos percentuais de internações provocados pelo uso e abuso de diversas drogas, em especial o álcool, podemos constatar que a distinção entre lícito e ilícito, assim como a construção de políticas públicas para usuários de drogas, não se baseia apenas em fatores concisos voltados para a saúde dos cidadãos, mais também segue permeado por fatores econômicos e ideológicos que se modificam conforme o desenvolvimento e os valores da sociedade.

Como podemos observar na tabela apresentada, o álcool segue como principal fator ocasionador de internações entre os diversos tipos de drogas, chegando a 68,7% superando o somatório de internações ocasionadas pelos demais tipos de drogas ilícitas. A porcentagem de mortes relacionadas ao uso do álcool, ainda segundo a pesquisa realizada pelo OBID (2009), ultrapassa o de internações e chega a 86,6%; ressaltamos que as vítimas de acidentes de trânsito em decorrência do uso do álcool também foram contabilizados, e neste caso, o álcool tem seus efeitos danosos ampliados, pois não restringe-se entre os usuários, mais estende seus danos aos demais cidadãos.

A realização das políticas públicas voltadas para usuários de drogas nem sempre foi bem vista pela sociedade, como é o caso já citado anteriormente neste trabalho sobre a política de redução de danos, o viés criminalizador e moralista sempre estiveram presentes, e sofreu influências internacionais, principalmente dos Estados Unidos, que foi um dos pioneiros a declarar guerra contra as drogas e a identificar a abstinência como melhor alternativa; vale ressaltar também o posicionamento moralista de algumas religiões, especialmente da Igreja Católica que impacta diretamente na construção de novos olhares e avanços sobre a política pública sobre drogas (CARVALHO, ROCHET e PAULINO, 2008).

Embora, a proposta de redução de danos não tenha sido bem aceita a princípio, a construção de uma rede especializada de atendimento para esta demanda se fez necessário e novos aspectos foram sendo considerados e incorporados no planejamento das políticas públicas para dependentes químicos.

Os serviços públicos passaram a dispor de rede especializada para esta demanda e novos debates acerca do tipo de tratamento adequado surgiram; no próximo tópico deste trabalho iremos expor um pouco mais sobre o uso do crack e seus efeitos, bem como a trajetória dos serviços públicos disponíveis para os dependentes químicos e suas configurações atuais.

1.3 - O USO DO CRACK E OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ATENDIMENTOS AOS USUÁRIOS:

A literatura especializada aponta o surgimento do crack a partir dos anos 1980 nos Estados Unidos, da adaptação/alternativa dos usuários em utilizar a cocaína originou-se o crack, mistura da cocaína em pó com amônia ou bicarbonato de sódio, processo que modifica a forma de consumo da droga que passa de intranasal para substância alcaloide para ser fumada (WEBER, 2010).

No Brasil, o primeiro caso de apreensão de crack foi registrado em 1991, “[...] período em que grande parte das atenções estava voltada para os usuários de drogas injetáveis (devido ao aumento da infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV.” (RODRIGUES *et al*, 2012). Neste cenário a Redução de Danos começa a ser mais debatida no

Brasil e em outros países, pela visível contribuição que poderia fornecer, mais especificadamente na proposta de troca de seringas³.

Diante destes fatos podemos entender como o crack foi ganhando espaço entre os usuários de drogas, primeiro porque apresentava efeitos mais imediatos e intensos, devido à mistura do bicarbonato ou amônia, contudo seu efeito findava mais rápido, em segundo lugar porque houve uma “baixa” no custo de uma substância que mesmo misturada, continuava proporcionando as mesmas reações da “prima mais cara” à cocaína, em terceiro estávamos num contexto social que começava a pensar na redução de danos. (WEBER, 2010, p.81)

Outro elemento que deve ser avaliado é a “fissura” reação na qual o usuário do crack esta exposto, considerada como uma reação ou resposta mais acentuada do organismo ao uso da droga, um único usuário de crack acaba consumindo de três a vinte pedras da substância por dia. Destacamos a importância de conhecer um pouco mais desta característica; o *binge*, segundo literatura específica para casos da fissura por crack:

“Definida como um forte impulso para utilizar uma substância, a fissura é considerada fator crítico para o desenvolvimento do uso compulsivo e dependência de drogas e para recaídas após período de abstinência. O padrão de consumo intenso, contínuo e repetitivo de crack, chamado de *binge*, é provocado pela fissura e pode durar dias até que o suprimento de droga termine, ou que haja a exaustão do usuário” (CHAVES, 2011).

Como mencionado acima, a partir da necessidade de consumo excessivo provocado pelo crack o uso costuma ser crescente, o que pode provocar uma rápida debilitação do organismo do dependente químico com agravantes em várias regiões do corpo e, sobretudo, da mente como apontam estudos específicos sobre os danos à saúde causados pelo crack (WEBER, 2010).

Dentre os danos relacionados, aos dependentes do crack, se destacam as complicações pulmonares, o emagrecimento repentino, as hepatites, a desidratação, a anemia e etc. O crack causa prejuízos imediatos ao corpo de um modo geral e a continuidade do uso deixa sequelas mentais crônicas como alteração da memória e capacidade de aprendizagem reduzida, promovendo déficits neuropsicológicos irreversíveis (RODRIGUES *et al*, 2012).

A princípio estimava-se que os usuários de crack teriam um curto intervalo entre o início do uso da substância e o término de suas vidas, pois para além da capacidade de

³ Proposta que tinha como objetivo diminuir a proliferação de doenças infectocontagiosas, mais especificadamente o vírus HIV e Hepatites (Brites, 2006).

degradação física e mental o usuário também se aproximava do descontrole no seu processo de adoecimento e se expunha a atos e circunstâncias ilícitas que elevava a incidência de risco de vida, contudo hoje esse cenário demonstra algumas mudanças nas maneiras de se posicionar quanto uso crack, tanto pelo viés da saúde quanto o de segurança observando-se assim novas formas de adaptação/estratégias “a cultura do crack” ocasionando o uso menos danoso e que aumenta a perspectiva de vida desses indivíduos. (CHAVES *et al*, 2011).

Existe ainda um dado importante a ser analisado em relação à dependência química dos usuários de crack pesquisas específicas em relação a essa substância geralmente associam o consumo do crack a outros tipos de drogas, podendo ser estas ilícitas (geralmente a maconha) ou lícitas (como álcool) (DIAS, ARAÚJO e OLIVEIRA, 2011).

Segundo Horta *et al* (2001, p.2267) “ Nicotina, álcool e maconha foram mencionados como outras drogas consumidas, além do *crack*, que é usado de modo frequente e pesado [...]” a associação do uso do crack com o consumo destes outros tipos de drogas também é relacionado por Guimarães *et al* (2008, p.107) com sintomas de depressão e ansiedade e sugere que estudos futuros sobre o perfil de usuários de crack levem em consideração aspectos sócio-demográficos.

Retomando a questão da dependência causada pelo uso do crack no organismo dos usuários; o crack se sobrepõe de maneira, que “[...] a compulsão pela droga pode alterar o funcionamento cognitivo, e esses efeitos podem contribuir para os prejuízos evidenciados no componente decisório” (VIOLA *et al*, 2012).

Com já explanamos acima, o uso desta substância está diretamente relacionado com alterações morfológicas que desestabilizam a rotina do corpo e da mente; a então “fissura” ou compulsão pelo uso da droga pode levar o indivíduo, segundo estudos da psiquiatria RODRIGUES *et al* (2012), a afetar a subjetividade e alteração de comportamento, levando com isso, o dependente a atitudes agressivas e inesperadas, quando este se encontrar sob o “domínio” da droga ou quando a falta da mesma o impulsiona a atos discutíveis. Lembramos que o uso contínuo desta droga pode provocar reações inusitadas e irreversíveis no que tange a saúde do corpo e da mente.

Algumas pesquisas chegam a apontar que tamanha é a dependência pela substância, que alguns usuários, na maioria os de classe econômica baixa, chegam a ser envolver em atos ilegais para terem como manter o “vício”. Desta maneira, a dependência ao

crack tem sido usada como argumento para a criminalização e estigmatização ao usuário em determinado momento (CHAVES *et al*, 2004).

Com toda essa complexidade de fatos que apresentamos até o momento, ainda falta um dado importante. As famílias desses dependentes também passam por um processo de adoecimento que precisa ser acompanhado e que necessita de atenção especial, visto que a participação destes no cotidiano e no tratamento dos dependentes tem impacto essencial/relevante (BRASIL, 2013c).

Além destas particularidades da dependência do crack, a substância passa a ser utilizada no Brasil num contexto de falta de estrutura para atendimentos, já que estava em processo de aproximação com as políticas neoliberais de um Estado mínimo e ainda pela falta de conhecimento sobre os efeitos e sequelas da droga. O país acaba seguindo os mesmos rumos proibicionistas dos Estados Unidos, como se a ilegalidade também pudesse resolver o drama da dependência (BRITES, 2006).

Simultâneo a entrada do crack no Brasil na década de 1990 e ao proibicionismo já citado, nos deparamos com a aproximação e implementação de políticas de cunho neoliberal, que tinham o intuito de reduzir os gastos, inclusive no área da saúde como destaca Bravo (2004):

[...] pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destacam-se: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso [...]. (COSTA *apud* BRAVO, 2001, p.15).

Como já citado anteriormente o Brasil na década de 90, passava por grandes transformações econômicas e políticas, que agravaram a questão social no país, frente a um Estado mínimo, o desmonte das políticas públicas obviamente também foi percebido no trato dos usuários de drogas, exatamente num contexto onde o uso e abuso de algumas substâncias ilícitas estava crescente, dada a crise nas relações sociais via contexto econômico e político apresentado.

Conforme já explicitamos, apesar do Brasil já reconhecer desde 1940 em seu código Penal a questão da dependência as drogas como caso saúde, em 1976 o Código Penal é

revisito após Acordo Sul-Americano de Estupefacientes e Psicotrópicos “[...] e com base nele, baixou a Lei 6.368/1976 que separou as figuras penais do traficante e do usuário” (BRASIL, 2013b). Em 1998, com a criação da SENAD, houve a colaboração e participação dos Conselhos nacional, estaduais e municipais que conduziam o debate sobre a importância e complexidade da abordagem sobre as drogas e quanto ao tratamento mais adequado aos dependentes químicos.

A partir de 2004 já podemos visualizar o surgimento de espaços especializados na atenção aos dependentes químicos, dentre eles os usuários de crack, e pensados de forma a prestarem serviços complexos tanto no que tange a atenção à saúde dos usuários como na perspectiva da relação destes com a sociedade.

Os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool, drogas e outras substâncias (CAPS AD`S) foram criados numa tentativa de estabelecer e organizar um parâmetro de atendimento intensivo, porém sem internações, que reunissem em um único serviço o atendimento médico, psicológico e social, para esta demanda e que pudessem servir de porta de entrada para outros serviços que os mesmos viessem a necessitar (BRASIL, 2013c).

Os CAPS AD`S preveem o acompanhamento médico, psicológico, ocupacional e social, além de oferecerem também o atendimento aos familiares dos dependentes, visto como ponto essencial no sucesso ao tratamento dos usuários de drogas e por entender e que o familiar também passa por um adoecimento psíquico e social e necessita ser acompanhado por profissionais especializados e que conheçam a situação vivenciada por eles (Idem,2013c).

Conforme a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, o serviço do CAPS AD`S tem “[...] como objetivo oferecer atendimento à população... oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos (BRASIL, 2013c, p. 34).

Estudos recentes sobre o perfil dos usuários nestes referidos Centros de Atendimento, demonstram que este tipo de serviço é procurado pelos dependentes de crack que de alguma forma estão em sofrimento (geralmente depois de longo período de uso), ou por familiares em busca de apoio/orientação; desta forma o CAPS AD, faz um levantamento dentro de suas estatísticas de atendimento, contabilizando não apenas os usuários de crack que chegam ao serviço, como também contabilizam os que podem vir a serem atendidos por meio

de informações de parentes (o atendimento não se restringe ao contato com o familiar, geralmente é feita uma “busca” por este usuário pela equipe multiprofissional, porém o tratamento só se materializa se o usuário tiver interesse em ingressá-lo) (HORTA *et al*, 2011).

Horta *et al* (2011) também traz um levantamento que deve ser analisado cautelosamente a respeito do perfil usuários de crack, que passaram por atendimento nos CAPS AD`S do Estado e demonstra uma certa seletividade no acesso aos serviços públicos:

Predominaram nos CAPS usuários masculinos de *crack*, adultos jovens, com escolaridade fundamental ou média, sem ocupação regular, mas com renda individual informada... Prevaleram indivíduos solteiros, que não coabitavam com companheiro/a, vivendo em domicílios com 2 a 4 pessoas. Apenas 5,3% viviam sós e nenhum se disse em condição de rua. Uma parte desses indivíduos (30,5%) não informou renda familiar, mas nenhum declarou não possuir renda. Os usuários informaram ter filhos, mas a maioria (72,5% dos que tinham filhos) referiu não coabitar com eles” (HORTA *et al*, 2011,p.2264) - grifo do autor.

Desta forma, podemos observar o perfil de usuários em atendimento nos CAPS AD`S; segundo o autor há predominância de usuários que possuem renda, moradia e família. O uso do crack que antes era vinculado majoritariamente a moradores em situação de rua, estendeu-se a outros segmentos da sociedade, tanto pela facilidade do acesso a droga como pelo baixo custo da mesma.

A alteração do perfil do usuário acontece tanto pelo “alastramento” da droga no território brasileiro quanto pela dificuldade dos menos favorecidos socialmente em acessar os serviços públicos; seja pela falta de informação ou pelo desinteresse do Estado em planejar ações que busquem por esta demanda [moradores em situação de rua] “Pessoas com maior comprometimento social parecem não chegar às redes de saúde, o que remete à necessidade dos municípios implementarem estratégias de facilitação do acesso, com maior envolvimento de agentes comunitários de saúde (Idem, 2011).

Destacamos que o reconhecimento da alteração do perfil de usuários em atendimento nos CAPS AD`S no Rio de Janeiro, talvez tenha representado para governo do Estado um sinal de alerta e por isso tenham sido realizadas tantas ações de enfrentamento e repressão ao crack, especialmente na capital. Horta *et al* (2001, p.2267) traz um aspecto em seu estudo que deve ser considerado quando elaborado e sistematizado o perfil de usuários que buscam atendimento nos CAPS e coloca que:

Os registros de casos dos CAPS englobam todos os atendimentos realizados, porém mais da metade dos que envolvem a população usuária de *crack* não caracteriza acolhimento do usuário no serviço e sim orientação a familiares ou instituições. Em seu papel de referência e regulação nas redes locais, os CAPS têm notícias de usuários em atendimento em outros serviços, cria-se um registro do caso e, pelo menos, a expectativa de futuros atendimentos. (HORTA et al,2001, p.2267)

A dificuldade do acesso aos CAPS AD`S pelos moradores em situação de rua deve ser tratada com relevância; e desta forma, cabe-nos salientar a importância da Atenção Básica⁴ como porta de entrada do SUS como disposto na portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, (BRASIL, 2007). Este decreto significou uma ampliação do então experimentado Programa de Saúde da Família, que tinha o intuito de modificar o modelo de assistência à saúde implantada no país, pautado na medicalização curativa/hospitalar, não visava o cuidado integral aos cidadãos, e não analisava a importância dos eixos posteriormente elencados pela política de Atenção Básica que propunha um novo modelo de atenção à saúde pautado na prevenção e cuidado, direcionado não só as famílias, e se voltava rumo a universalização ao acesso, com a aprovação da Política de Atenção Básica (PNAB).

Para além deste reconhecimento de seletividade nas demandas, a Atenção Básica traça um novo perfil de atendimento, uma espécie de mapeamento das demandas que é feito através dos Postos de Saúde da Família (realizam visitas domiciliares nas comunidades) e Consultórios de Rua (atendimento e abordagem realizada pelos profissionais da Atenção Básica, nas ruas), as demandas identificadas são encaminhadas a outros serviços quando necessário, mas geralmente o acompanhamento é feito pela equipe do Posto de Saúde mais próximo à moradia ou do local que onde se identifica o usuário.

Dentro desta dinâmica de atendimento da Atenção Básica são identificados inúmeros casos de dependência de drogas, dentre os quais o álcool como substância lícita se destaca quanto ao uso abusivo e como um dos maiores precursores de doenças graves como a cirrose no fígado⁵.

A condição posta pelo governo federal para a implementação dos CAPS AD`S nos municípios brasileiros é que se tenha a população estimada entre 70.000 a 200.000 habitantes, para cada unidade de atendimento (BRASIL, 2013c). Desta maneira, nem todo o

⁴ Atenção Básica: estratégia de atendimento e prevenção à saúde feita de forma descentralizada norteada “pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”. (Brasil, 2007)

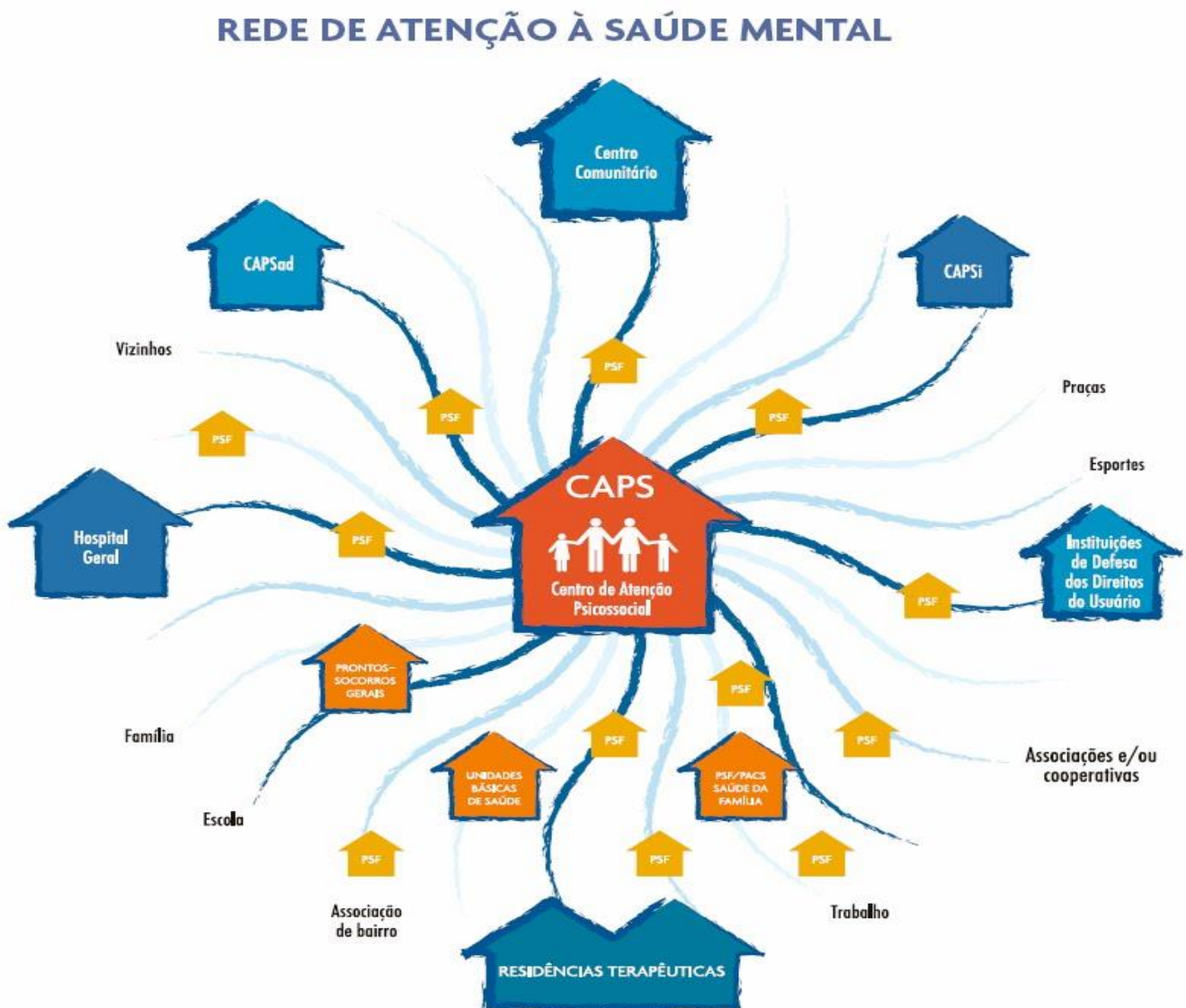
⁵ Informação baseada na pesquisa e observação do campo de estágio CAPS AD/Macaé-RJ e conforme dados apresentados pela Coordenadoria Extraordinária de Políticas sobre drogas no 1º Congresso Municipal sobre Crack, Alcool e outras Drogas deste mesmo município em julho de 2013.

território brasileiro dispõe de tal serviço, o que já aponta uma não conformidade no acesso igualitário ao SUS para todos os cidadãos.

As comunidades terapêuticas são instituições privadas, “sem fins lucrativos” que são co-financiadas pelo governo e tentam suprir a necessidade de moradia temporária das pessoas portadoras de algum tipo de transtorno mental, dentre estas os usuários de drogas, com a proposta de reinserir o mesmo ao convívio social (Idem, 2013c).

O encaminhamento dos usuários da Saúde Mental segue o direcionamento das diretrizes nacionais, conforme disposto nos manuais dos Centros de Atenção Psicossocial e entre eles o específico para a demanda de álcool, drogas e outras substâncias, para os CAPS AD’S, para que desta forma o acesso dos usuários aos serviços prestados pelo SUS seja organizado seguindo as necessidades das demandas, distribuindo-se da seguinte forma:

Figura 1. - Rede de Atenção à Saúde Mental.



A inserção do usuário na rede de saúde mental se dá por meio de encaminhamento ou por demanda espontânea (a que o usuário procura o serviço por vontade própria), o modelo de atenção se diferencia dos anteriores, pois tem em vista a possibilidade reunir em um único dispositivo da rede o atendimento médico, psíquico e social, numa mesma dinâmica de atendimento, voltando cada dispositivo para uma demanda específica. As dinâmicas de atendimento dos CAPS constituem um evidente avanço na política de Saúde Mental pós Reforma Psiquiátrica, pois desinstitucionaliza e visa à reinserção social de seus usuários (BRASIL, 2013c).

Retornando a questão do uso e abuso do crack e as políticas públicas voltadas para os usuários desta substância, para além desse imediatismo que se levanta no enfrentamento ao uso do crack, há elementos que fogem a pauta, principalmente no que diz respeito aos interesses do Estado, que em 2011 lançou o Programa Crack é possível Vencer, que tem como eixos norteadores a saúde, a assistência e a segurança pública.

No experimento de juntar estes três eixos citados acima, o Programa Crack é possível Vencer que dentre outras medidas prevê: “[...] diversas ações que envolvem diretamente a política de saúde, assistência social e segurança pública, e de forma complementar, ações de educação e garantias de direitos. “As ações são organizadas em três eixos temáticos: Prevenção, Cuidado e Autoridade”. (BRASIL, 2013d).

O primeiro eixo que corresponde a Prevenção coloca a necessidade de capacitação em diversas áreas como profissionais da educação, saúde, segurança e comunidade com finalidade de promover uma melhoria na abordagem aos usuários com base na redução de danos, e até mesmo na expectativa de combate ao uso.

No eixo seguinte, o Cuidado corresponde à ampliação dos serviços ofertados pela rede pública, bem como a propagação dos CAPSIII, (o que é destinado a usuários de drogas e tem seu horário de atendimento estendido por 24 horas) e a articulação da rede de serviços da saúde e assistência social. Além disso, o Programa prevê o financiamento de internações de usuários em comunidades terapêuticas (que não pertencem ao serviço público) e de instituições privadas. Este é ponto de profunda relevância para analisarmos a efetividade do Programa, uma vez que estes serviços não possuem uma supervisão direta dos equipamentos de saúde qualificados para tal demanda, outro ponto seria a volta de um aspecto contrário a Reforma Psiquiátrica, lembrando a tão debatida internação manicomial. De acordo o projeto de Lei n.º 7663/2010 que autoriza a internação involuntária dos dependentes químicos para medidas de tratamento em clínicas, o projeto foi aprovado em 22 de maio de 2013 pelo

Senado e tem como autor o deputado Osmar Terra, tal medida divide opiniões das diversas categorias profissionais atuantes no campo da saúde.

No terceiro eixo e talvez o mais polêmico, está a segurança que prevê o entrosamento deste com os outros princípios do Programa já citados e afirma o caráter de repressão ao tráfico, o investimento do governo nesta área prevê a ampliação de câmeras de monitoramento pelas cidades em pontos específicos, o aumento de veículos para patrulhamento além do aumento no efetivo da polícia, além de “fomentar a criação de espaços seguros nas cidades”. (BRASIL, 2013d).

O Programa não está disponível em todas as cidades brasileiras, assim como também acontece com os CAPS AD`S, e depende especificadamente como disposto no projeto do programa, da elaboração de um projeto de atuação pelo Governo Municipal a ser aprovado a posteriori pelo Governo Federal.

O Projeto apresenta pontos positivos no avanço das políticas públicas, principalmente no que dispõe do entrosamento e fortalecimento da rede de serviços prestados a referida demanda, porém nos cabe refletir sobre aspectos contraditórios que se apresentam como o financiamento de instituições privadas ao invés do fortalecimento e ampliação da gama de serviços prestados na rede pública, especificadamente nos CAPSIII, outro elemento para se refletir sobre o Programa Crack é Possível Vencer, foi divulgado recentemente em uma pesquisada realizada pela Fiocruz em conformidade com a SISNAD, aponta que o número levado em consideração para liberação das verbas do Programa contabilizou em média 1 milhão de usuários de crack, que na verdade corresponde ao somatório de pessoas que utilizam qualquer tipo de droga ilícita, reservado 370 mil declarados dependentes somente do crack (FIOCRUZ, 2013).

A discussão entre as categorias profissionais que atuam com esta demanda tem função essencial na criação de novas políticas públicas. Os médicos, por exemplo, mesmo que não seja unânime, na maioria das vezes se posicionam a favor de um tratamento com base medicamentosa e hospitalocêntrica, como demonstra um escritor da categoria médica que publicou um livro recentemente debatendo a questão do tratamento dos usuários de crack.

Em sua obra, Weber (2010) também se refere à importância do investimento e ampliação deste tipo de serviço em instituições públicas e privadas como fundamental para o sucesso do tratamento, como exposto a seguir:

“Fazendo parte da Política Pública de combate ao Crack, foram criados poderosos incentivos para a abertura de leitos psiquiátricos em hospital geral, remunerados bem acima da média, em número aproximado de 1000 leitos em fazendas

terapêuticas para internações prolongadas (6 a 12 meses). Instrumentos indiscutivelmente necessários para o êxito do programa” (WEBER, 2010, p.92).

Desta forma o discurso/saber médico apoiado por grande parte da categoria ganha força ao expor seu ponto de vista em espaços de ampliação de direitos, como conferências e fóruns de debate e acabam “convencendo” que este é tipo mais eficaz de tratamento. O que mais preocupa é que recentemente com a aprovação do projeto do Ato Médico pelo senado federal esta pode vir a se tornar a opinião majoritária dentro do Conselho Regional de Medicina, modificando o caminho que o dependente químico tem a percorrer em busca de tratamento.

Na contramão, temos o Serviço Social como categoria profissional que tem dentre seus princípios éticos a liberdade e a autonomia do indivíduo como valores centrais. A reinserção do dependente químico e a sua autonomia diante seu tratamento e que devem ser constantemente levados em conta na luta por condições adequadas e condizentes para o sucesso do tratamento.

O Conselho de Psicologia tem demonstrado um posicionamento pareado com o dos Conselhos de Serviço Social, respeitando os limites da intervenção profissional e prezando pela liberdade e autonomia de sua demanda.

Ainda há muito que se debater e caminhar rumo à consolidação técnica e política do projeto da reforma psiquiátrica, no entanto, a questão do uso e abuso do crack apresenta-se de forma complexa, que ainda não possui um modelo de atenção pública fortalecida em termos de conhecimento e recursos, cabe aos profissionais da saúde engrenados nessa luta, assim como os demais segmentos da sociedade, discutir e proporem nos espaços de ampliação de direitos a construção de políticas públicas que não retrocedam as conquistas historicamente conquistadas para os portadores de transtornos mentais, mais que caminhe rumo a ampliação dos direitos sociais, e que fundamente-se principalmente na saúde e bem-estar do cidadãos, considerando sempre seu direito a liberdade e autonomia.

No próximo capítulo, faremos um breve resgate histórico sobre aspectos de desenvolvimento da capital carioca e da sua formação sócio-espacial que nos permitirão identificar características que persistem na vida cotidiana da população e no modo de relação com o Estado.

CAPÍTULO II

RIO DE JANEIRO, CIDADE “MARAVILHOSA”.

2.1 – SEGREGAÇÃO E CRIMINALIZAÇÃO, ELEMENTOS CONTÍNUOS NA FORMAÇÃO SÓCIO-ESPACIAL DO RIO DE JANEIRO.

Segundo Campos (2007), algumas características presentes na cidade do Rio de Janeiro, são resultantes do processo histórico de formação e desenvolvimento do seu espaço urbano, e persistem até hoje no modo de vida da população, na forma de relacionarem-se com o Estado e no modo de organização da cidade. O autor elucida que a forma de resistência dos quilombolas, contribuiu para o aparecimento de novas formas de organização da cidade. Os negros escravos refugiavam-se em locais nomeados por quilombos, que serviam como “pontos” de fuga e resistência.

Os espaços chamados por quilombos estavam estrategicamente localizados em áreas de difícil acesso, a fim de dificultar a captura e o retorno à escravidão na qual estavam submetidos, o quilombo, representava para os negros mesmo após a Abolição da Escravatura, uma forma de resistir, e eram tidos como única alternativa possível de moradia. Após serem libertos, os negros não tinham como reproduzir-se socialmente, por não possuírem nenhum tipo de renda, tinham que vender a sua força de trabalho para manter a subsistência. Esta nova condição posta aos negros libertos, fez com que a ocupação nas proximidades do centro urbano fosse limitada, pela burguesia, que temia pela proximidade com os mesmos; então sem condições de “disputar” com a classe dominante a ocupação de áreas em melhores condições para habitação, os quilombos, ainda representavam uma maneira de sobreviver e de organizarem-se em grupo.

[...] o quilombo não foi apenas o grande espaço de resistência guerreira, mas representava recursos radicais de sobrevivência grupal, com uma forma comunal de vida e modos próprios de organização. O quilombo era uma designação de fora: os negros preferiam chamar seus agrupamentos de “cerca” ou “mocambo”. E eram, desde grupos isolados no interior do país, até morros (dentro da metrópole carioca) a sítios próximos ao território urbano (CAMPOS, 2007, p.32).

Ainda segundo Campos (2007), nestes espaços se instituía novas formas de relações sociais pautadas pela lógica da solidariedade, da ajuda mútua como estratégia de sobrevivência de grupo, que consistiram num importante instrumento de fortalecimento de classe e resistência política. Ainda segundo o autor:

A relação tempo/espaço é fundamental para o desenvolvimento de uma territorialidade plena, fato preponderante para alcançar a identidade espacial. Enquanto a territorialidade diz respeito, em particular, ao indivíduo e lugar apropriado, a identidade espacial, para ser factível e reconhecida pelos demais

grupos sociais, tem a necessidade de, primeiro, ser construída no interior do próprio grupo, dentro de um espírito de solidariedade, e, ainda uma relação forte com o meio ecológico e as infra-estruturas e com os membros de sua “comunidade” (CAMPOS, 2007, p.37)

Os trabalhadores rurais também migravam para o centro urbano em busca de emprego e melhores condições de vida, atraídos pelo processo de desenvolvimento industrialização, e afastados do campo pela “[...] crescente generalização da propriedade privada” (MARICATO, 2001, p.18) e da aplicação de novas tecnologias, que contribuía para o aumento do desemprego nas zonas rurais.

[...] o processo de urbanização da sociedade começa realmente a se consolidar impulsionado pela emergência do trabalhador livre, a proclamação da República e uma indústria ainda incipiente que se desenrola na esteira das atividades ligadas a cafeicultura e às necessidades básicas do mercado interno (MARICATO, 2001, p.17).

O desenvolvimento acelerado das atividades econômicas e o aumento populacional desacerbado, também via êxodo rural, fez com que a classe dominante temente pela aproximação com os “subalternos” fechasse os cortiços (que serviam de moradia para os trabalhadores) existentes no centro urbano carioca, realizando ações de cunho higienista, fundamentando-se na necessidade de evitar epidemias, uma vez que, nos cortiços as condições eram consideradas insalubres tanto pela falta de infraestrutura, como pelas difíceis condições dos trabalhadores de suprirem suas necessidades básicas (CAMPOS, 2007).

Com a retirada dos cortiços do centro urbano, e a imposição de regras na ocupação do território, a classe subalterna foi se afastando do centro, passando a se aglomerar de forma precária e sem nenhuma infraestrutura nas encostas da cidade, dando origem ao que hoje é popularmente conhecido como favela. A formação de moradias nas encostas, não foi uma solução elaborada pelo Estado e pela classe dominante; embora tenham colaborado para isso, por meio das tentativas coercitivas de afastamento dos “indesejáveis”. Mais tarde, o Estado passou a adotar um discurso também contra estas ocupações, pautando-se na lógica do “risco ambiental” (Idem, 2007).

A ocupação das encostas, num primeiro momento não representou um problema evidente para o Estado, que mais tarde avaliou que estas ocupações poderiam “denegrir” a imagem da cidade e atrapalhar os planos de desenvolvimentos pretendidos (Idem, 2007).

Tais ocupações, também elencaram uma estigmatização dos sujeitos sociais envolvidos; por parte classe dominante, que subjogava estes moradores como marginais

representantes de um potencial risco à ordem urbana da capital; devido as constantes epidemias, e pela temeridade a segurança pública, por estarem estes inseridos num cenário de intensa pauperização e com vasta escassez de recursos. Esse modo de organização do espaço carioca contribuía na demonstração da ineficácia do governo, quanto as suas atribuições administrativas, a situação da classe subalterna voltava a despertar a atenção do Estado, que iniciava o planejamento para “desconstrução” destes espaços.

Os grupos dominantes, historicamente, produziram o inusitado: “a estigmatização do espaço” apropriado pelas classes trabalhadoras. Em outras palavras, o favelado é considerado classe perigosa atualmente por representar o diferente, o Outro, no que se refere à ocupação do espaço urbano. Obviamente, a cor continua a ser um dos elementos fundamentais, mas a favela esconde parte dessa diferença étnica. Negros, brancos, “paraíba”, “baianos”, entre outros atores sociais, são, antes de tudo, pobres, mas são classificados, em geral, pelos formadores de opinião, como pertencentes às “classes perigosas”. Entretanto, sem dúvida, o estigma, apesar de ser generalizado, atinge, sobremaneira, o negro e, de modo mais virulento, o negro favelado (CAMPOS, 2007, p.63).

As estratégias de resistência da classe subalterna, às tentativas de “desmonte” de alguns dos morros cariocas, por parte do Estado, através de ações de demolição e retiradas compulsórias dos moradores, demonstrou que tais medidas só remediavam a crise habitacional, pois em decorrência de tais intervenções, só incidia a “transferência” dos pauperizados (que desta forma resistiam) para outros morros, também localizados na capital, se aproximando cada vez mais dos bairros onde existiam oportunidades de inclusão ao mercado de trabalho (Idem, 2007).

Vinculada à crise habitacional, o declínio das atividades no ramo da construção civil, alavancou o interesse do governo e da burguesia na reorganização do espaço urbano, via aparelho estatal, dando origem a projetos de moradia para classe pauperizada, respondendo também as questões de ordem sanitária, que tanto incomodavam a classe dominante, bem como colaborava para a “limpeza” estética da capital. Projetos vinculados à obtenção da casa própria passaram a ser cada vez mais comuns, no âmbito do Estado, e cooperaram para a desconstrução de muitas favelas cariocas, assim, a ocupação do espaço urbano não ficava mais restrito apenas à burguesia, se constituindo como território legal de ocupação, também da classe trabalhadora (CAMPOS, 2007).

[...] as iniciativas de promoção pública, os conhecidos conjuntos habitacionais populares, também não enfrentaram a questão fundiária urbana como bem mostra Silva (1998) em sua tese de doutorado. Os governos municipais e estaduais desviaram suas atenções dos vazios urbanos (que como se sabe, se valorizam com os investimentos públicos e privados feitos aos arredores) para jogar a população em

áreas completamente inadequadas ao desenvolvimento urbano racional, penalizando seus moradores e também todos os contribuintes que tiveram que arcar com a extensão da infra-estrutura. (MARICATO, 2001, p.21)

Ainda segundo a autora, as medidas da política habitacional adotadas pelo governo, serviram para agravar o quadro de segregação na cidade, já que também houve o financiamento de “megaobras” direcionadas a bairros ocupados pela “nova” classe média e burguesia, e para a construção de obras viárias, não existindo prioridade no processo de melhoria das áreas de habitação da classe trabalhadora.

Os projetos habitacionais desenvolvidos pelo governo, não significaram uma ascensão nas condições de vida dos trabalhadores, nem tampouco o acuoamento de preconceitos direcionados aos mesmos, pelas classes dominantes; a criminalização e a marginalização da pobreza continuaram presentes e direcionadas a negros, pobres e favelados.

A segregação da massa pauperizada no solo urbano carioca ocorreu com o consentimento do Estado, que mediava os interesses do capital rumo a uma modernização territorial sem reforma urbana, não se preocupando em modificar as bases estruturais da cidade, mais buscou promover uma modernização que segundo Vainner (2000, p.78) “[...] implica na direta e imediata apropriação da cidade por interesses empresariais globalizados e depende, em grande medida, do banimento da política e da eliminação do conflito e das condições de exercício da cidadania”.

As reformas urbanas, realizadas em diversas cidades brasileiras entre o final do século XIX e início do século XX, lançaram as bases de um urbanismo moderno "à moda" da periferia. Realizavam-se obras de saneamento básico para eliminação de epidemias ao mesmo tempo em que se promovia o embelezamento paisagístico e eram implantadas as bases legais para um mercado imobiliário de corte capitalista. A população excluída desse processo era expulsa para os morros e franjas da cidade. Manaus, Belém, Porto Alegre, Curitiba, Santos, Recife, São Paulo **e especialmente o Rio de Janeiro** são cidades que passaram por mudanças que conjugaram, saneamento ambiental, embelezamento e segregação territorial, nesse período (MARICATO, 2001, p.17, grifo nosso)

A ocupação do espaço urbano carioca pela classe subalterna ocorreu por duas vias, a da necessidade do Estado e burguesia em mantê-los por perto, no intuito de garantir a força de trabalho necessária para a expansão e desenvolvimento de suas atividades econômicas; e pelo modo de resistência adotado pelos subalternos que continuavam a ocupar a cidade, que não recuavam frente às intervenções de um Estado que “desconstruía” seus espaços de moradia e que os marginalizava. Campos (2007, p.66) afirma que: “Os grupos dominantes buscavam a manutenção do *status quo*, enquanto os demais segmentos sociais

procuravam a inserção em uma sociedade construída para excluí-los”. Os aspectos econômicos influenciaram a forma como se deu a organização da cidade e o modo como as classes se relacionam.

Para Leite e Oliveira (2005, p.18) “A percepção das favelas como ameaças a “cidade” acarretou um adensamento de estigmas sobre seus moradores que foram criminalizados por nelas existir”, mesmo contrapondo-se as tentativas dos moradores das favelas que lutam pela desconstrução desta ideia; grande parte da sociedade ainda vincula o espaço “favela” à violência e ao tráfico de drogas.

Segundo Freire (2012, p.24), a condição de pobreza na qual estão imersos os “favelados” segue a lógica de ordem neoliberal; quem não participa do mercado, não o faz porque é “incapaz”; desconsiderando para tal definição, as condições precárias das quais está imerso o sujeito nas esferas da cultura, educação, saúde e moradia etc., que deveriam ser de ampla responsabilidade do Estado.

A culpabilização dos indivíduos pelas suas dificuldades em inserção no mercado e na sociedade é tão presente quanto legítima ao ideário político neoliberal instaurado no país, que assim, estabelece novos padrões de comportamento a serem seguidos, gerando apropriado sentimento de conformidade entre os atores sociais, que passam a desejar uma política pública de adequação/inserção ao mercado e não ambicionam uma política pública que realmente contribua para a ampliação de direitos sociais (FREIRE, 2012).

Para Maricato (2001, p.15) “O processo de urbanização recria o atraso através de novas formas, como contraponto à dinâmica de modernização”, a herança cumulativa de ações coercitivas, higienistas e discriminatórias por parte do Estado, sobre a classe subalterna, ainda está presente na relação entre Estado e segmentos pauperizados da sociedade, rumo à modernização e manutenção do espaço urbano. Para a autora existe um desafio que não é levado em consideração quando se elaboram projetos de urbanização para as cidades, a falta de conhecimento sobre “o ambiente construído”, não pesam os embates políticos e econômicos estabelecidos historicamente, que implicam diretamente na organização do espaço, que manifestam-se de forma concreta e ideológica, numa arena de conflitos e contradições.

A expansão da criminalidade violenta no Rio de Janeiro vem gerando uma percepção da crise urbana que, movida pelo medo e desconfiança quanto à capacidade reguladora dos poderes públicos, reedita o tema das “classes perigosas” e produz os estados de opinião que se traduzem nas metáforas de guerra e de cidade partida. Neste contexto, renovam-se os estigmas sobre os moradores das favelas,

acentua-se a segregação sócio-espacial, esgaça-se as redes de sociabilidade e restringe-se o direito à cidade (LEITE e OLIVEIRA, 2005, p.14).

O planejamento do espaço urbano das cidades brasileiras, em especial a capital carioca, vem demonstrando a preocupação do Estado em adequar-se ao que Vainer (2000, p.76) aponta como “planejamento estratégico”, técnica de gestão empresarial, que coloca as cidades na mesma lógica de competitividade das empresas, tendo as mesmas que se adaptarem às necessidades do mercado, de se tornarem atrativas aos investimentos do capital, tal abordagem refere-se também a uma competitividade na ocupação do território urbano que passa a cada vez mais, a constituir-se de um espaço de disputa entre as classes.

A segregação espacial e a criminalização da pobreza ficam ainda mais evidentes, quando relacionadas a estatísticas de violência agregadas ao tráfico, noticiadas todos os dias pelas mídias como um produto exclusivo das áreas periféricas. As condições precárias do modo de vida, atreladas ao descaso das políticas públicas nas diversas esferas como educação, saúde, habitação, assistência entre outras, cooperam para uma contínua condição de desemprego que, por diversas vezes, colabora no envolvimento dos moradores destas áreas com o tráfico de drogas (CAPUTO, 2008, p.29).

A “cultura do medo” como definiu Soares (1995), também produz uma “percepção social sobre o lugar dessa população na cidade, produzindo uma crescente segmentação do território urbano e uma visão restritiva sobre os direitos de cidadania dos moradores da favela e periferias” (LEITE e OLIVEIRA, 2005, p.16).

O tráfico movimentava grandes quantias de dinheiro, com a venda de drogas no atacado e no varejo e “envolve sofisticados circuitos de lavagem de dinheiro”, além da indissociável atividade com o tráfico de armas (Idem, 2005).

Apesar dos moradores das favelas frisarem que o modo de vida nestes espaços não se resume a violência e ao tráfico, também reconhecem que estes lugares tornaram-se espaços de “ilegalidade” onde as quadrilhas tem “poder” de organização; porém, estes mesmos moradores destacam o papel da polícia na crescente “onda” de violência, pois ao adentrarem as favelas para combater o tráfico ou para negociar (propinas para evitar apreensões), os policiais “[...] entram sem o cuidado de proteger seus habitantes, como um dos responsáveis pela violência e insegurança” (Idem, 2005, p.20).

A representação das favelas como territórios de ilegalidade e do crime propicia a legitimação de uma política de segurança pública do Rio de Janeiro, que tem por foco promover uma “guerra” contra as favelas, ao invés de combater as quadrilhas de traficantes ali sediadas ou o narcotráfico em seu conjunto, e se caracteriza pela

corrupção e brutalidade policiais, pelo extermínio de bandidos e de jovens favelados tomados como suspeitos de envolvimento em redes de droga e pelo despeito sistemático aos direitos civis da população residente. (Idem, 2005, p.18)

Conforme análise do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM) em relação à pesquisa realizada pela Universidade de São Paulo (USP), o crescente número de prisões provenientes do tráfico está relacionada ao mercado varejista, em espaços pauperizados e não causa impacto na “sofisticada” rede de distribuição de drogas que é sustentada pela elite. Outro ponto é a forma como incidem às abordagens, geralmente nas proximidades das favelas e periferias, no patrulhamento de rotina, onde negros e pobres são revistados e enquadrados habitualmente como “possíveis” traficantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS, 2013).

A violência gerada pelo tráfico conota diferentes reações por parte da sociedade civil e o Estado, essas diferenças são percebidas claramente nos enfoques diversificados dados pelas mídias ao tratarem casos similares, mais que são protagonizados por sujeitos sociais de classes distintas:

Para além da ineficiência e corrupção do aparelho policial e da lentidão do judiciário, a impunidade prospera com a diferença de tratamento e repercussão entre os episódios violentos nos territórios favelados e no restante da cidade. É bem diverso o destaque que lhes confere a mídia, a indignação e a postulação por justiça que despertam a solidariedade às vítimas e/ou familiares que envolvem o compromisso e empenho dos poderes públicos com a apuração e a punição dos responsáveis que acarretam e as mobilizações sociais que suscitam. As vítimas e seus familiares quando provenientes dos territórios favelados, encontram na criminalização prévia da população ali residente o viés que marca e limita a atuação e burocracia do Estado [...] (LEITE e OLIVEIRA, 2005, p.19).

A violência sofrida pela massa pauperizada tende a ser naturalizada e aceita por grande parte da sociedade como algo inerente aos pobres, moradores das favelas e periferias, e quando causada pela polícia/Estado, a violência é explicada como “resistência a ordem”, os diversos homicídios ocorridos em favelas de autoria policial, são catalogados como “auto de resistência”, e repercutem como se fosse uma situação limite entre bandido e polícia onde o segundo não teve opção a não ser a de eliminar o primeiro, essa explicação geralmente não é questionada, e é aceita por uma sociedade que culpabiliza suas vítimas, que por muitas vezes são executadas com tiros pelas costas, o que prova como a falsa condição para se catalogar um “auto de resistência”.

Brito e Oliveira (2013, p.91) afirmam que “No Rio de Janeiro em particular, a polícia é a que mais mata [...]”, porém isso não parece incomodar parte da sociedade nem traz audiência para os noticiários, afinal “bandido bom é bandido morto”.

Ainda segundo os autores (2013, p.90) “Assim, a violência, monumentalizada como fratura exposta, multiplica experiências sociais imbricadas para o sentido centrípeto da imantação a uma forma social arrastada pela crise estrutural do capitalismo”. A questão da violência na capital carioca está diretamente atrelada ao agravamento das expressões da questão social que vem sendo arrastadas por revides pragmáticos por parte do governo.

O Estado que deveria “amparar” esta população e promover políticas públicas que caminhe rumo à ampliação dos direitos é também responsável pelo agravamento das condições de vida dessa população, à medida que tem sua administração voltada para a lógica do empreendedorismo, que mais se preocupa com a imagem e “venda” da cidade, e assim tenta desenvolver estratégias de competitividade visando investimentos.

A consolidação do novo modelo urbano se dá pela acomodação das políticas públicas às forças do mercado. A outra contradição desse modelo competitivo voltado para uma minoria de consumidores é a mudança da percepção da violência. Visto que nada indica uma diminuição global e continuada dos índices de criminalidade violenta, o que está em jogo nessa “nova questão urbana” é como a estratégia de marketing para a segurança pública se amplifica nos discursos sem réplica dos meios de comunicação até se tornar cor-de-rosa para que a cidade possa alcançar o padrão competitivo almejado (BARREIRA *apud* BRITO e OLIVEIRA, 2013, p. 158).

A violência proveniente do tráfico de drogas tem “manchado” a imagem do Rio de Janeiro, que é mundialmente conhecida como “cidade maravilhosa”, as recentes ações do governo carioca na retomada de algumas favelas, como o Complexo do Alemão com a implantação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP’S), tem demonstrado a tentativa do Estado em “melhorar a imagem” da cidade; diante os constantes episódios de violência e de expansão do tráfico de drogas, que não colaboram para atrair investidores e elevar o turismo (BRITO e OLIVEIRA, 2013).

Para “disfarçar” o caos urbano e promover uma transformação estética da capital, para que a cidade se torne mais atrativa, o governo carioca adotou estratégias de desenvolvimento que focam no viés da segurança pública, e incluem medidas de coerção; embutidas de autoritarismo e promove ações direcionadas à classe pauperizada e “finge” desta forma, responder a crise urbana, de forma pragmática como se a cidade tivesse a mesma estrutura lógica de uma empresa e desconsidera a perspectiva política e ideológica quando

elaboram os tais “planejamentos estratégicos” para as cidades. A busca de um consenso em torno dos “objetivos da cidade” tenta “instaurar socialmente a existência daquilo que no discurso, a priori, se supôs existente” (VAINER, 2011, p.91).

A implantação de “corredores” nas principais vias de acesso à capital carioca via aeroportos, constitui uma das tentativas do governo estadual em “maquiar” a cidade, para se tornar cada vez mais, atrativa para o turismo, assim como, a implantação das chamadas UPP’s, no intuito de promover “segurança pública” com medidas de coerção a população das áreas periféricas (morros), não realizando ações efetivas de promoção aos direitos sociais via aparelho estatal (BRITO e OLIVEIRA, 2013). Segundo Barreira *apud* Brito e Oliveira, (2013, p.158) “[...] o objetivo perseguido pelos últimos governos tem sido a construção da imagem do Rio como uma cidade “atraente”, sem conflitos e conectada com padrões internacionalizados de consumo”.

Para Vainer (2011), a realização de grandes eventos na capital como as Olimpíadas e a Copa de 2014, com repercussão mundial, tendem a impulsionar a crise e o conflito já existentes, dando continuidade a velhas práticas do Estado, deixando os interesses econômicos em evidência e coloca a cidade:

Submetida ao movimento espontâneo do mercado, a cidade deve funcionar como verdadeira empresa (Vainer, 2009), e como tal deve ser conduzida. Por conseguinte, e coerentemente, há que entregá-la, sem hesitação e sem mediações, a quem entende de negócios: os empresários capitalistas (VAINER, 2011 p.5).

A corrida pela adequação aos padrões internacionais de exigência e consumo, para realizar tais eventos, tem repercutido diretamente nas formas de vida/organização de segmentos da sociedade, primordialmente aos pobres e favelados, uma vez que, o Estado na busca pela promoção da cidade “deve” corresponder às expectativas dos investidores capitalistas e viabilizar projetos focados na estetização urbana e que não são construídos a fim de minimizar as contradições sociais existentes na cidade, mais ao contrário disso, tende a maximizá-la (VAINER, 2011).

A violência, o tráfico e a pobreza são aspectos, já mencionados anteriormente, que ofuscam a imagem do Rio de Janeiro no título de “cidade maravilhosa” e expõem as falhas do governo no trato com sua população; no próximo tópico deste trabalho apresentaremos elementos para análise sobre as ações de reordenamento urbano na capital, denominadas por “choque de ordem”, que interferiu diretamente no cotidiano e tratamento dos usuários de crack em situação de rua.

2.2 – “CHOQUE DE ORDEM” E AÇÕES DE “CUIDADO” COM OS USUÁRIOS DE CRACK.

A capital carioca traz em suas bases de desenvolvimento e expansão, um círculo vicioso de criminalização e ações coercitivas por parte do aparelho do Estatal, que geralmente estão vinculadas ao processo de reprodução das camadas mais pauperizadas; segundo Campos (2007, p.64) tais ações por parte do governo têm demonstrado que:

O controle exercido pelo Estado sobre os grupos menos favorecidos é, em geral, expresso pela marca da violência com que são tratados os mais pobres. Hoje, início do século XXI, mudaram as estratégias, mas a questão dos mais pobres continua como uma questão policial. Neste caso, estamos nos referindo a uma violência tácita, seja ocupação do espaço, seja ação coletiva, onde a repressão é a melhor arma para a negociação entre o Estado e os desvalidos da sociedade (CAMPOS, 2007, p.64).

Como já citado anteriormente, a realização de megaeventos na capital carioca serviu para o agravamento da relação entre Estado e a massa pauperizada; o governo da cidade acelerou o processo de “estetização” da zona urbana para se adequar aos padrões internacionais de exigência para sediar grandes eventos esportivos de repercussão mundial. Para Vainer (2011, p.01):

A realização dos Jogos Olímpicos de 2016 no Rio de Janeiro, constitui o desenlace de uma trajetória ao longo da qual uma nova concepção de cidade e de planejamento urbano se impôs entre nós. Argumenta-se que as formas de poder na cidade estão sendo redefinidas, conduzindo à instauração da cidade de exceção, que não seria senão a afirmação, sem mediações, da democracia direta do capital. A construção desta hipótese decorre de uma releitura dos princípios e diretrizes do chamado planejamento estratégico urbano, ilustrados a partir do caso do Rio de Janeiro [...].

O conjunto de ações promovidas pelo governo do Rio de Janeiro seguiu uma lógica de avigoreamento dos interesses privados e de estetização de áreas da capital. O planejamento estratégico urbano passou a priorizar as reivindicações de melhoria demandadas do setor privado (Vainer, 2011).

Segundo a Articulação Nacional dos Comitês Populares da Copa e das Olimpíadas, o legado deixado pelos investimentos e planejamento estratégico urbano realizados em torno dos megaeventos, ocasionará:

[...] novos processos de elitização e mercantilização da cidade, e de outro, novos padrões de relação entre o Estado e os agentes econômicos e sociais, marcados pela negação das esferas públicas democráticas de tomada de decisões e por intervenções autoritárias, na perspectiva daquilo que tem sido chamado de cidade de exceção.

Decretos, medidas provisórias, leis votadas ao largo do ordenamento jurídico e longe do olhar dos cidadãos, assim como um emaranhado de portarias e resoluções, constroem uma institucionalidade de exceção. Nesta imposição da norma a cada caso particular, violam-se abertamente os princípios da impessoalidade, universalidade e publicidade da lei e dos atos da administração pública. De fato, as intervenções em curso envolvem diversos processos nos quais os interesses privados têm sido beneficiados por isenções e favores, feitos em detrimento do interesse público, legitimados em nome das parcerias público-privadas. (ARTICULAÇÃO NACIONAL DOS COMITÊS POPULARES DA COPA E DAS OLIMPÍADAS, [2011] p.05).

O governo do Rio de Janeiro iniciou uma série de ações que priorizam o ordenamento urbano e que coloca em pauta o debate sobre a violação dos direitos humanos, o Estado tem sido protagonista de ações coercitivas e violadoras que “[...] permite afirmar que a cidade avança em sentido oposto ao da integração social e da promoção da dignidade humana” (Idem, 2014, p.4).

Dentre estas ações, as internações compulsórias de usuários de crack em situação de rua. As ações em áreas conhecidas como cracolândias, tinham as mesmas características das demais remoções de moradores em situação de rua promovidas pelo “choque de ordem,” as operações envolviam grande número de policiais civis e militares, Secretaria de Especial de Ordenamento Urbano, guardas municipais, garis da Companhia Municipal de Limpeza Urbana (COMLURB) e após termo de ajustamento de conduta firmado com o Ministério Público a presença de profissionais da Secretaria de Assistência Social.

O governo do Rio de Janeiro assegurava se tratar de ações que priorizavam o cuidado e a atenção à saúde e a segurança pública de certo modo; de outro lado estavam os usuários de crack removidos dos locais de visibilidade urbana “presos” para tratamento.

As inúmeras denúncias de violação de direitos humanos surgiram junto com o início das ações, e dentre estas, as internações compulsórias realizadas pelo “choque de ordem”. Segundo informações no *site* da Prefeitura do Rio de Janeiro (2014) o “choque de ordem” representa:

Um fim a desordem urbana. A desordem urbana é o grande catalisador da sensação de insegurança pública e a geradora das condições propiciadoras à prática de crimes, de forma geral. Como uma coisa leva a outra, essas situações banem as pessoas e os bons princípios das ruas, contribuindo para a degeneração, desocupação desses logradouros e a redução das atividades econômicas. Com o objetivo de pôr um fim à desordem urbana, combater os pequenos delitos nos principais corredores, contribuir decisivamente para a melhoria da qualidade de vida em nossa Cidade, foi criada a Operação Choque de Ordem. São operações realizadas pela recém-criada Secretaria de Ordem Pública, que em um ano de existência vem conseguindo devolver à ordem à cidade. (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2014).

O secretário de assistência social Rodrigo Bethlem e o prefeito do Rio de Janeiro Eduardo Paes foram indiciados pelo Ministério Público, a prestarem esclarecimentos em juízo por este conjunto de ações denominadas como “Choque de Ordem” estabelecidas no Decreto Municipal nº 30.339, de 01 de janeiro de 2009 [sobre ações de ordenamento urbano], especialmente sobre as intensas e recorrentes internações compulsórias.

As remoções comumente aconteciam na madrugada, com intuito de não facilitar a fuga dos moradores em situação de rua e para evitar possíveis interferências da população.

Segundo explicações do secretário de assistência social Rodrigo Bethlem, as internações compulsórias, seriam necessárias, pois consistia na garantia e na promoção de tratamento adequado aos mesmos, que se encontrava em condições precárias de sobrevivência. Também se citou a manutenção da segurança e da ordem pública, considerando que alguns, pelas dificuldades, em algum momento se envolveram ou se envolveriam em atos ilícitos, aumentando os índices de violência e insegurança entre os demais cidadãos que deveriam ser protegidos (PROCURADORIA DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO, 2013).

Anterior a esta ocasião, o prefeito Eduardo Paes falou sobre a ocupação irregular dos espaços públicos [as ruas] feita por moradores em situação de rua e a necessidade de “ordenar” espaços como os bairros de Ipanema e Leblon, por solicitação dos próprios moradores, que constantemente pedem solução para “o problema”. Contudo, sobre as ações do “choque de ordem”:

O prefeito rechaçou a afirmação que as operações servem para esconder a pobreza dos ricos e dos turistas. “O choque de ordem também está tirando muito puxadinho da calçada, e é uma ação permanente de preservação do espaço público” disse. Sobre as críticas de elitismo, o prefeito riu. “Não estou nem aí, olha as minhas rugas de preocupação”, falou levantando a mão direita em minha direção. “A degradação do Rio de Janeiro tem muito haver com estes sociólogos de plantão, essa falsa intelectualidade”. (SCARPIN, 2010, p. 12/13)

Sobre as remoções e internações, o secretário Rodrigo Bethlem, afirmou que as pessoas “acolhidas” eram conduzidas a abrigos por meio de convencimento e não por coerção, feito por profissionais capacitados, o que descaracterizava o termo “compulsório” e afirmou que qualquer pessoa em situação de rua que se encontrasse em risco evidente de saúde, segundo avaliação da equipe profissional, seria sim conduzido de forma compulsória para os abrigos, o secretário afirma que as internações tem na verdade, caráter involuntário.

Cabe mencionar que o então secretário de assistência social Rodrigo Bethlem, segundo o site da prefeitura do Rio de Janeiro já ocupou o cargo de Secretário Especial de Ordem Pública, onde deu início as ações do “choque de ordem” e posteriormente assumiu a secretaria de Assistência Social “[...] na qual implantou o abrigo compulsório de crianças e adolescentes usuários de drogas e coordenou a primeira ação do programa "Crack, é possível vencer", do governo federal” (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2014).

Também cabe resgatar um trecho de matéria realizada pelo Jornal O Globo, com o secretário Rodrigo Bethlem, ainda enquanto Secretário Especial de Ordem Pública, e anterior ao início das ações do “choque de ordem”:

“No quesito desordem urbana, a população de rua é a principal queixa dos moradores do Rio e será um dos dois maiores desafios do secretário especial de Ordem Pública, Rodrigo Bethlem. O Secretário – que também considera a desocupação dos espaços públicos a sua outra grande meta – anuncia que a prefeitura não permitirá que pessoas acampem e durmam em calçadas, praias e embaixo de viadutos. Ele afirma que, nas operações de choque de ordem que começam amanhã, aqueles que se recusarem a ir para abrigos terão que circular” (Rodrigo Bethlem, Jornal O Globo em 4 de janeiro de 2009). (PROCURADORIA DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO, 2013, p.9,10).

Também consta na ação movida pelo Ministério Público que “os acolhidos” das ruas da capital antes de serem conduzidos aos abrigos eram levados às delegacias de polícia para “sarqueamento” [averiguar envolvimento dos usuários com algum tipo de delito, conferindo se algum deles havia passagem/ficha na delegacia], o que mais adiante foi proibido “[...] por ocasião da assinatura do primeiro aditamento ao termo de ajustamento de conduta firmado com o Ministério Público” (PROCURADORIA DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO, 2013 p.05).

A internação compulsória foi uma das principais ações realizadas pelo “choque de ordem”, e causou muitos debates quanto à maneira como transcorriam, pois segundo a Lei 10.216 do ano de 2001, no artigo 9º que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, dentre estes os dependentes químicos, a internação compulsória só deve ser permitida quando:

“[...] determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a própria condição psicológica e física. O juiz levará em conta o laudo médico especializado, as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”. (BRASIL, 2001)

No entanto, inicialmente as internações compulsórias realizadas no Rio de Janeiro, estavam sendo coordenadas pela Secretaria Especial de Ordem Pública e não pela Secretaria de Assistência Social, que passou a acompanhar as operações após compromisso firmado entre prefeitura e Ministério Público através do termo de ajustamento de conduta, ainda assim não havia condições de análise e acompanhamento dos usuários de crack de forma individual, o primeiro contato do profissional geralmente era feito ali no momento das operações do “choque de ordem”. (PROCURADORIA DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO, 2013)

As internações aconteciam de forma coercitiva e truculenta; a presença da polícia impunha a obrigatoriedade dos usuários em adentrar os veículos da prefeitura e seguir para os abrigos, os garis da COMLURB garantiam a limpeza imediata de bens e pertences deixados para trás. (SCARPIN, 2010)

Em matéria sobre as ações do “choque de ordem” nas cracolândias, o Jornal O Globo de 24 de outubro de 2012, acrescentou:

A Secretaria municipal de Assistência Social (SMAS), com o apoio da Polícia Militar, retirou para acolhimento 63 usuários de crack, sendo 3 adolescentes, que se concentravam no acesso à Favela Parque União, às margens da Avenida Brasil, na entrada da Ilha do Governador. **Alguns drogados não quiseram deixar o local e foram retirados à força, puxados e carregados por funcionários à serviço da Prefeitura, que tiveram o cuidado de evitar violência.** O grupo estava entre os tapumes das obras do BRT Transcarioca, que também foram retirados por funcionários da prefeitura para evitar que eles retornem. Muitas dessas pessoas haviam saído da cracolândia do Complexo de Manguinhos e da Favela do Jacarezinho após as comunidades serem ocupadas pela polícia. (O GLOBO, 2012) - **grifo nosso.**

Os usuários de crack retirados das cracolândias eram conduzidos para o abrigo com o nome de Rio Acolhedor (Idem, 2012), no bairro da Paciência, onde os demais moradores em situação de rua recolhidos também foram abrigados. (PROCURADORIA DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO, 2013).

Após visitas de averiguação a situação dos abrigos a Promotoria de Justiça constatou que:

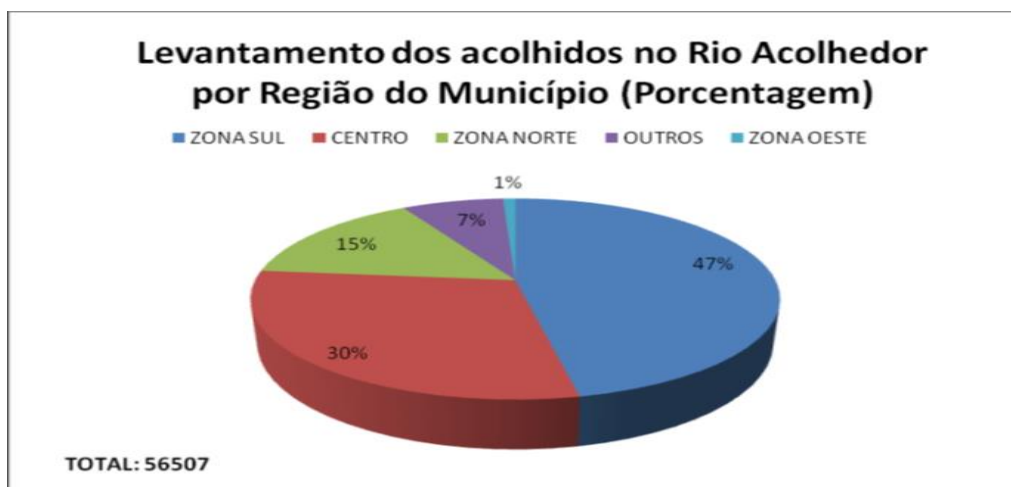
“[...] o local servia – como ainda serve - como **um verdadeiro depósito superlotado e infecto de seres humanos, ali tratados de forma desumana e humilhante** (fls. 1159/1215 e 1217/). 6 Durante a visita, inúmeros abrigados queixaram-se do uso de drogas no interior do abrigo e, sobretudo, da truculência das operações realizadas pelo “Choque de Ordem”. (IDEM,2013 p.12) – **grifos do autor.**

Os internos deste abrigo, ainda relataram o constante uso de violência por parte dos funcionários da instituição. Outros fatores também foram apontados pela Promotoria de Justiça como inviabilizador de qualquer tipo de tratamento, pois o abrigo encontrava-se superlotado, sem recursos profissionais e materiais que colaborassem para o desenvolvimento de atividades que pudesse contribuir para a reinserção social daquelas pessoas.

O crescente número de internações no abrigo Rio Acolhedor chamou a atenção da Procuradoria de Justiça do Rio de Janeiro, que avistou um elo entre a proximidade dos megaeventos esportivos e o “despejo” de mais de 4.401 pessoas no abrigo entre o período de janeiro e julho de 2009, após iniciadas as operações do “choque de ordem”, esta estatística foi emitida pela própria Secretaria de Ordem Pública para Procuradoria de Justiça da capital. As constantes operações do “choque de ordem” são responsáveis por mais de 95% da capacidade do abrigo, que recebe uma média de 60 pessoas a cada operação realizada. (PROCURADORIA DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO, 2013)

Cabe ressaltar que a maioria das ações/operações realizadas pelo “choque de ordem” que culminam na remoção de pessoas em situação de rua para o abrigo Rio Acolhedor, são realizadas em áreas de interesse e especulação do capital imobiliário. O gráfico a seguir faz referência aos dados levantados, pelo próprio abrigo Rio Acolhedor e incluso na Ação Civil movida contra o prefeito Eduardo Paes e o Secretário de Assistência Rodrigo Bethlem. Os dados apresentados no gráfico abaixo correspondem ao período entre maio de 2010 e setembro 2012 e totalizam 56.507 pessoas que passaram pelo abrigo Rio Acolhedor.

Gráfico 1 – Levantamento dos acolhidos no Rio Acolhedor por região do Município do Rio de Janeiro.



Fonte: Procuradoria de Justiça do Rio de Janeiro/Ação Civil. (2013,p.21).

Conforme os dados apresentados no gráfico, podemos constatar que as operações do “choque de ordem” tem se concentrado nas áreas de grande visibilidade para investidores e turistas, como o centro e a zona sul da cidade do Rio de Janeiro; pois se 95% dos internos encaminhados para o abrigo Rio Acolhedor chegam ao abrigo após as operações do “choque de ordem”, podemos constatar que os esforços de ordenamento urbano pelo governo do Rio de Janeiro tem se concentrado em áreas de interesse econômico e não social.

Outro dado que deve se analisado junto com estes dados apresentados, é a implantação das Unidades de Polícia Pacificadoras (UPPs) nas favelas cariocas que:

Não é por acaso, aliás, que quase todas as primeiras 18 UPPs foram instaladas em favelas existentes nas regiões mais nobres da cidade, formando um “cinturão” associado explicitamente às áreas das competições Olímpicas, aos sistemas de transporte que os entrelaçam e aos centros de maior poder aquisitivo. As complexidades e contradições do projeto das UPPs são, portanto, profundas. É claro que esses investimentos em segurança fazem parte de um projeto maior de reterritorialização urbana e de controle social elementos chaves dos megaeventos no século XXI. (ARTICULAÇÃO NACIONAL DOS COMITÊS POPULARES DA COPA e das Olimpíadas [2011], p.51)

Outro ponto que deve ser apresentado é a promessa de campanha feita pelo prefeito Eduardo Paes aos moradores de bairros da zona sul, reforçada pelo então Secretário de Ordem Pública Rodrigo Bethlem ao Jornal O Globo:

No quesito desordem urbana, a população de rua é a principal queixa dos moradores do Rio e será um dos dois maiores desafios do secretário especial de Ordem Pública, Rodrigo Bethlem. **O Secretário – que também considera a desocupação dos espaços públicos a sua outra grande meta – anuncia que a prefeitura não permitirá que pessoas acampem e durmam em calçadas, praias e embaixo de viadutos. Ele afirma que, nas operações de choque de ordem que começam amanhã, aqueles que se recusarem a ir para abrigos terão que circular** (Rodrigo Bethlem, Jornal O Globo, em 04 de janeiro de 2009). (PROCURADORIA DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO, 2013 p.9) – grifos do autor.

As internações compulsórias provenientes do “choque de ordem”, não garantem tratamento adequado aos dependentes de crack removidos das chamadas cracolândias e de outras áreas, tem sido usada como forma de higienização e estetização das ruas, como já citado anteriormente.

Existem relatos de muita violência e até mesmo de desaparecimento de pessoas durante as operações do “choque de ordem”. Durante estas operações a presença da COMLURB é comum, para que a “limpeza” seja feita após as remoções, uma matéria do Jornal O Globo (2012), sobre remoções 63 de usuários de crack no Parque União, que fica as margens da Avenida Brasil e no início da Ilha do Governador [caminho do aeroporto

internacional Tom Jobim], diz que estes foram “conduzidos” para o abrigo Rio Acolhedor [nesta reportagem chamado de centro de triagem] com a presença de profissionais da Secretaria de Assistência Social como médicos, psicólogos e assistentes sociais; e ainda assim alguns dos usuários de crack que se recusavam a sair do local e foram removidos a força pelos funcionários da prefeitura que também retiraram os “tapumes” de obras usados pelos mesmo para se abrigarem, no intuito de evitar o retorno dos usuários de crack para o local. (USUÁRIOS..., 2012).

“Eduardo Paes reconheceu que as operações de retirada de pessoas da rua acontecem mesmo que não haja vagas nos abrigos. E defendeu que continuem assim: "Você não pode transformar a rua em um lugar confortável para viver. O ideal é que você consiga devolver essa pessoa para casa. Mas, se não conseguir, não dá pra ficar embaixo do viaduto". (SCARPIN, 2010, p.12)

Conforme a ação civil movida pela Procuradoria de Justiça, o abrigo Rio Acolhedor ainda contava com a colaboração da polícia na vigia aos internos para evitar possíveis fugas, as visitas a alguns internos também eram proibidas; porém o acesso e uso de drogas dentro do abrigo ainda era relatado. (PROCURADORIA DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO, 2013)

Ainda segundo ação a Procuradoria de Justiça os internos chegaram a relatar os tipos de violência sofridos na abordagem do “choque de ordem” como choques elétricos, cabeças raspadas a força, agressão física e empurrões dentro de valões. Dentro do abrigo a situação não muda muito:

De um modo geral, todos os usuários que expressaram opinião denunciaram a precariedade das condições de salubridade e higiene na unidade, a insuficiência da alimentação ofertada, a ineficiência do trabalho técnico desenvolvido, **além do tratamento agressivo e truculento dispensado pelos educadores sociais.** “Todos os relatos foram registrados em um documento declaratório, assinado pelo declarante, que segue como anexo” (PROCURADORIA DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO, 2013, p.19) – grifos do autor.

A violência e a tipificação de comportamentos, justificada pelo Estado como algo essencial à ordem vem contribuindo para uma mudança ideológica e política de alguns segmentos da sociedade, que acabam por legitimar estas ações e por vezes as defendem em nome da segurança e bem-estar social dos demais cidadãos, que acabam não se reconhecendo e esmorecendo enquanto classe. (SAUER, 2010)

Retomando ao que já foi exposto sobre o “choque de ordem” e o abrigo Rio Acolhedor, a Procuradoria de Justiça além de afirmar que há um intento de higienização

acontecendo ruas por parte do governo do Estado, chega a comparar as operações realizadas com o consentimento do prefeito Eduardo Paes e seu Secretário Rodrigo Bethlem como semelhantes as do período da ditadura no Brasil:

Fica claro, assim, que as operações realizadas por ordem dos requeridos atualizam práticas de segurança nacional bem ao gosto de ditaduras militares. Por seu intermédio busca-se, num primeiro momento, criar no ideário social a figura do “inimigo” a ser combatido, no caso, as pessoas que moram nas ruas da Cidade, cuja existência é constantemente associada à prática de crimes, ao uso de drogas e álcool e à desordem da urbe. O passo seguinte consiste na elaboração de uma lógica de “operações” permanentes que associam o uso de violência física e de humilhações, de modo a neutralizar possíveis reações dos atingidos (*“vencer pelo cansaço, fazê-lo desistir”*). (PROCURADORIA DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO, 2013 p.24) - grifos do autor.

A Procuradoria de Justiça do Rio de Janeiro também aponta que a intensificação de ações de caráter coercitivo está diretamente vinculada a aproximação com os megaeventos. No dossiê elaborado pela Articulação Nacional dos Comitês Populares da Copa e das Olimpíadas afirma-se que:

O investimento público em segurança pelos megaeventos pode ser considerado um experimento no monitoramento de pessoas e lugares. No caso do Rio de Janeiro, a segurança pública relacionada aos megaeventos Copa do Mundo e Olimpíadas está voltada para os interesses do mercado e terá o efeito de marginalizar ainda mais camadas sociais mais vulneráveis. A maior parte dos custos não tem retorno é irre recuperável [...]. (ARTICULAÇÃO NACIONAL DOS COMITÊS POPULARES DA COPA E DAS OLÍMPIADAS, [2011], p.50).

Como já foi citado anteriormente o abrigo Rio Acolhedor que serve de “depósito” de pessoas para o governo carioca, além de superlotado não apresenta características favoráveis para oferta de tratamento de dependentes químicos. Segundo o próprio prefeito Eduardo Paes em reportagem para o jornal O Globo, seria necessário à abertura de pelo menos 600 vagas em clínicas de tratamento para que as internações de usuários de crack continuassem acontecendo junto com as operações do “choque de ordem”. (USUÁRIOS..., 2012).

O governo que não tinha como suprir imediatamente a esta demanda oriunda das operações do “choque de ordem”, oferecendo tratamento adequado nos seus dispositivos da rede pública, [por falta de investimentos, como por exemplo, na implantação dos CAPS ADs III], numa atitude imediatista passou então, a utilizar dos serviços de clínicas privadas e favorece os investimentos privados ao invés de ampliar e qualificar a rede pública disponível. A falta de investimentos do governo do Rio de Janeiro quanto aos dependentes químicos toma

destaque na Carta de Repúdio as Internações Compulsórias, emitida conjuntamente por entidades e movimentos sociais, onde colocam que:

Atualmente, a cidade do Rio de Janeiro possui um CAPSad (Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas) para cada um milhão e 200 mil habitantes. Para que se tenha uma ideia, no município de Recife essa proporção é de um CAPSad para cada 250 mil habitantes. Entendemos que o redirecionamento de recursos para o financiamento de internações compulsórias, além de atingir o direito dessas pessoas a receber atenção integral em serviços orientados à reinserção social, contraria as diretrizes preconizadas nas políticas nacionais de saúde mental, assistência social e combate à tortura e fere os compromissos assumidos pelo Brasil na prevenção, promoção e proteção da saúde mental e dos direitos humanos. (RADIS, 2012)

Além das internações caminharem no sentido contrário da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, pois pauta-se num encarceramento do dependente químico, apostando na medicalização como inerente ao sucesso do tratamento. As internações compulsórias camuflam “[...] interesses econômicos e políticos ligados à especulação imobiliária (que levam à higienização das cidades) e ao lobby de clínicas particulares” afirma a professora e pesquisadora Cristina Brites (BRITES, 2013). Com relação a esta questão, assim se posiciona o Conselho Federal de Psicologia:

Todo o esforço da sociedade brasileira, desde a Constituição de 1988, vale registrar, caminha no sentido oposto, ou seja, na tentativa de inscrever a saúde como um direito de cidadania e não um bem a ser adquirido no mercado. E, como ocorreu na história da institucionalização da loucura, uma questão social – o consumo de drogas – vem sendo tratada como questão de polícia. O sentido do encarceramento fundamenta-se nesta percepção. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p.194).

O Conselho Federal de Psicologia realizou em 2011, um relatório sobre as condições dos locais de internação [comunidades terapêuticas] para usuários de drogas, em todos os Estados do Brasil e verificou diversas irregularidades; que não muito diferem das já tratadas neste trabalho a partir do caso do Rio de Janeiro. Houve a confirmação da violação de direitos humanos aos usuários de drogas, assim como constatou-se que a maioria das instituições:

[...] adota a opção por um credo, pela fé religiosa, como recurso de tratamento. Além da incompatibilidade com os princípios que regem as políticas públicas, o caráter republicano e laico delas, esta escolha conduz, inevitavelmente, à violação de um direito: a escolha de outro credo ou a opção de não adotar nem seguir nenhuma crença religiosa. Na prática desses lugares, conforme nos foi relatado, os internos são constrangidos a participar de atividades religiosas, mesmo quando sua crença e

fé são outras. Até porque inexistente outra possibilidade. Na ampla maioria dos locais não existem funcionários, apenas religiosos, pastores, obreiros (quase sempre ex-usuários convertidos). (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p.190)

Esta colocação do Conselho Federal de Psicologia demonstra como a política pública voltada para dependentes químicos no Brasil, ainda precisa caminhar, o Rio de Janeiro em especial, vem confirmando isso. A falta de dispositivos públicos suficientes; a abstinência como única via de tratamento; a tipificação de comportamentos de usuários de drogas, principalmente os de crack, demonstra que o assunto ainda precisa ser debatido e desmistificado.

A ausência de respostas por parte do Estado brasileiro às diferentes e complexas questões articuladas às drogas – que vão do consumo prejudicial ao tráfico – não pode mais ser tolerada, nem deve tampouco ser respondida de modo apressado e superficial. Exige a criação de políticas públicas efetivas que aprofundem a leitura sobre as diferentes dimensões desta questão, respondendo-as à altura do problema posto, mas, igualmente, à altura do patamar civilizatório que a sociedade almeja alcançar. Desse modo, é urgente e necessária a continuidade do processo da Reforma Psiquiátrica, com a ampliação e qualificação da rede de serviços de saúde, com capacidade para ofertar e assegurar tratamento digno e de qualidade, por um lado, e, por outro, a criação de políticas e dispositivos hoje inexistentes, como, por exemplo, políticas qualificadas de proteção social e suporte para situações de ameaça à vida dos sujeitos. (Conselho Federal de Psicologia, 2011 p.190).

A violação dos direitos humanos notada no Rio de Janeiro por meio das operações do “choque de ordem” que culminam nas chamadas internações compulsórias dos usuários de crack, ferem os direitos constitucionais; para Pedro Gabriel Delgado⁶:

O Estado – seja por meio de médicos, juízes, policiais ou assistentes sociais – não dispõe de autorização sem limites para impor um tratamento e privar de liberdade os consumidores de drogas ilícitas. Os limites são de duas naturezas. Jurídica, pois no estado democrático de direito a liberdade é um bem inalienável e a democracia consiste justamente em estabelecer os limites da intervenção do Estado, com base na Constituição e nas leis. E científica, já que numerosos estudos sobre o complexo problema do tratamento obrigatório para dependentes de drogas demonstram a baixa efetividade dos métodos coercitivos, se comparados a uma abordagem mais compreensiva, clínica, que leve em conta a vulnerabilidade social e os fatores culturais envolvidos. (DELGADO, 2012).

⁶ Pedro Gabriel Delgado é psiquiatra, pesquisador, irmão e o incentivador do Deputado Paulo Delgado na autoria da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 que institui a Reforma Psiquiátrica. (Arbex, 2013,p.224)

Para Brites (2013), a internação compulsória de usuários de crack, não vai resolver a questão do consumo de drogas:

[...] porque esta “solução” não se pauta na articulação intersetorial das políticas sociais. Esse modelo proposto pelo governo e apoiado pela mídia ignora as determinações que dizem respeito ao modo como o indivíduo se relaciona com a droga, ao contexto sociocultural desse uso e à própria droga. O fenômeno do uso de drogas é histórico, complexo, multideterminado e depende de respostas das várias políticas sociais, e não de um só modelo que se baseia no isolamento e encarceramento do usuário. (BRITES, 2013).

Ainda segundo Brites (2013) é necessário apontar que o usuário de drogas, é capaz de tomar decisões sobre seu tratamento, pois o usuário está sobre o efeito da droga em todos os momentos e cabe aos profissionais envolvidos no tratamento encontrar uma maneira de desenvolver um atendimento qualificado e que caminhe na perspectiva da Redução de Danos.

Conforme Amarante (2013) o intenso movimento de higienização das ruas das cidades, em especial o Rio de Janeiro revela “[...] uma precarização da sociedade como um todo”. Segundo o mesmo, o que existe é uma nova política de ordenamento do espaço urbano, os Jogos Olímpicos e a Copa do mundo estão sendo usados apenas como pretexto para intensificar estas novas metas, que muito mais tem haver com a especulação imobiliária de áreas de interesse do capital.

Como já citamos anteriormente neste trabalho, é claro que o crack causa sérios danos a saúde, mas a história da saúde mental no Brasil prova que o confinamento ou o isolamento pautado na medicalização não é a melhor alternativa para obter bons resultados, a participação e a conscientização do usuário sobre questões inerentes ao seu tratamento ainda é o caminho mais promissor.

2.3 – O SERVIÇO SOCIAL E AS AÇÕES DO “CHOQUE DE ORDEM”.

Em meio às ações do “choque de ordem” no Rio de Janeiro, o Ministério Público solicitou da Prefeitura do Rio [em termo de ajustamento de conduta] que tais operações que culminavam nas chamadas internações compulsórias, fossem acompanhadas pela presença de profissionais da Secretaria de Assistência Social, sobressaindo entre estes, os assistentes sociais.

O termo de ajustamento de conduta foi firmado no dia 25 de maio de 2012 entre Prefeitura do Rio de Janeiro e Ministério Público, no qual em destaque, consta a seguinte

cláusula sobre abordagens e “acolhimentos” nas operações do “choque de ordem”:
“CLÁUSULA 07 – O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO se compromete a garantir a presença de assistentes sociais da Secretaria Municipal de Assistência Social em todas as operações de abordagem e acolhimento da população em situação de rua.”
 (PROCURADORIA DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO, 2013, p.16) – grifos do autor.

Segundo o prefeito Eduardo Paes isto não seria problema, pois na Secretaria de Assistência do Rio de Janeiro, “Tem assistente social a dar com pé na prefeitura do Rio. Eles podem analisar caso a caso.” (SCARPIN, 2010 p.12)

A presença dos assistentes sociais, para o Ministério Público, teria o intuito de qualificar mais o tipo de atendimento prestado pela Secretaria de Assistência, e seria uma tentativa de minimizar e coibir ações coercitivas/despreparadas do “choque de ordem”; os profissionais teriam a possibilidade de realizar escuta técnica qualificada, caso a caso, contribuindo na identificação da demanda visando as melhores alternativas de cuidado/tratamento de cada morador de rua, sem necessariamente ter que encaminhá-lo a abrigos como o Rio Acolhedor.

Desta forma, os assistentes sociais poderiam fazer encaminhamentos para outros dispositivos da rede pública, assim como reforçar a necessidade de investimentos para ampliação da oferta de serviços em outros espaços sócio ocupacionais, como os CAPS AD III, que presta serviços 24 horas por dia.

Segundo Brites (2013) no tratamento a dependentes químicos, a participação e cooperação do usuário nas tomadas de decisões quanto as diretrizes a serem seguidas para o tratamento são essenciais para alcançar bons resultados, que visem a redução de danos a saúde do mesmo.

No entanto, das poucas vezes que se constatou a presença de assistentes sociais nas operações de “acolhimento” do “choque de ordem”; o relato de um dos “acolhidos” chamou a atenção do Ministério Público que citou o seguinte trecho na ação civil por improbabilidade administrativa direcionada ao prefeito Eduardo Paes e o secretário Rodrigo Bethlem:

[...] nas duas últimas semanas a Prefeitura aumentou o número de operações de recolhimento de população de rua; que mesmo contra a sua vontade, o declarante foi levado ao abrigo de Paciência várias vezes; que as operações são feitas por educadores sociais, que mais parecem milicianos do que educadores; que os educadores não usam crachás e isso impede a sua identificação; que na quinta-feira da semana passada, por volta de meia-noite, o declarante foi novamente abordado por uma equipe da Prefeitura; que nessa ocasião o declarante argumentou com uma assistente social que não poderia ser obrigado a ir para ao abrigo de

Paciência; que a assistente social disse que compreendia, mas que estava cumprindo ordens do Prefeito EDUARDO PAES (doc. anexo). (PROCURADORIA DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO, 2013, p. 22,23) – grifos do autor.

O trecho citado acima elucida duas possibilidades, a primeira que talvez a prefeitura do Rio de Janeiro não estivesse cumprindo o acordo firmado com o Ministério Público e não estivesse disponibilizando para tais operações, profissionais de serviço social, a segunda possibilidade seria de que assistentes sociais poderiam estar atuando contra os princípios norteadores da profissão, nas abordagens do “choque de ordem”.

O Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) da 7ª Região lançou nota sobre a participação dos profissionais da categoria em tais operações e frisou que estas devem ser realizadas sem “[...] utilização de armas ou outras formas de constrangimento, vetada “qualquer medida de remoção compulsória ou involuntária”, com exceção de casos de delito ou indicação médica”. (CRESS, 2012)

O CRESS lançou um termo de orientação para os profissionais que viessem a participar de ações de abordagem na rua e expressa que:

É fundamental perceber que é vedado a assistentes sociais participar de ações de caráter repressivo contra direitos da população, pois entre os deveres previstos em nosso código de ética profissional encontra-se o “abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes.” (Artigo 3º, alínea c). Também é vedado a assistentes sociais “exercer sua autoridade de maneira a limitar ou cercear o direito do usuário de participar e decidir livremente sobre seus interesses” (Artigo 6º, alínea a). (CRESS, 2013, p.04.)

O CRESS também elucidou a importância de não se confundir as nomenclaturas profissionais, uma vez que agentes sociais, educadores sociais não realizam os mesmos trabalhos e nem possuem atribuições similares, o assistente social possui graduação em Serviço Social e deve ser registrado no respectivo Conselho profissional da categoria. (CRESS, 2011)

Vale resgatar que a “Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo” assim como o “reconhecimento da liberdade” são princípios éticos centrais que norteiam a conduta do profissional de serviço social. (CFESS, 2011)

É, ainda, vedado a assistentes sociais acatar determinação institucional que fira os princípios e diretrizes de seu Código de Ética (Artigo 4º, alínea c). Mesmo que a

instituição empregadora imponha normativas contrárias aos princípios de seu Código de Ética é um dever de assistente social “denunciar falhas nos regulamentos, normas e programas da instituição em que trabalha” (Art. 8º, alínea b). Quando necessário tais denúncias podem ser feitas anonimamente a instâncias do poder público, nacionais e internacionais, e ao próprio Conselho Regional de Serviço Social. (CRESS, 2013, p.04)

Portanto a frase citada na ação civil como sendo a justificativa de um assistente social na ação de “acolhimento” do “choque de ordem”, fere o próprio código de ética profissional.

Mesmo os assistentes sociais expostos a vínculos instáveis de emprego e que tem suas condições de trabalho precarizadas por vários fatores, [dentre estes, o desgaste provocado pelo excesso da jornada de trabalho] devem ter o compromisso de refletir criticamente sobre o exercício profissional. (BRITES, 2013)

O enfrentamento a dependência de drogas ilícitas é uma questão de saúde pública, pois deve ser pensada primeiramente a partir da redução de danos a saúde dos indivíduos, deve ser planejada e executada intersetorialmente, respeitando os princípios éticos profissionais, os direitos constitucionais e humanos e seguir as diretrizes apontadas pela Lei da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Os esforços dos assistentes sociais devem se concentrar na ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011). Visando facilitar e qualificar o acesso aos serviços públicos pela população, estabelecendo um parâmetro contínuo de atenção a esta demanda e não responder de forma pragmática, cerceando direitos, culpabilizando os sujeitos e reforçando de forma antagônica a implantação de políticas públicas que alargam as desigualdades sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante mostrar que vale a pena investir no tema, continuar investindo no desafio de que é possível mudar as concepções. Mudar as diversas faces da intolerância, que aparecem como repressão, na lei, no comportamento da polícia e na cultura; que aparece como estigmatização e intolerância, que são a contrapartida cultural dos métodos puramente repressivos oriundos da intolerância.

Pedro Gabriel Delgado

A elaboração deste estudo fez com percebêssemos o quanto à análise acerca do uso de drogas é complexa e permeada por fatores socioculturais multideterminantes que interferem diretamente na forma de abordagem e na construção das políticas públicas direcionadas a esta demanda.

O tema crack, e suas implicações, para serem compreendidos em sua totalidade, requerem um estudo meticuloso e contínuo de suas particularidades, visto que se trata de uma realidade conflitante e movediça. No entanto, tal aprofundamento acerca desse assunto não pôde aqui se esgotar, pois nos empenhamos em centrar nossas atenções na forma de “cuidado” em que estava sendo elencada para usuários de drogas, em especial aos de crack, no município do Rio de Janeiro e em mostrar como condicionantes históricos ainda estão presentes na forma como o governo elabora suas políticas públicas e discute os direitos sociais de dependentes químicos.

Para além da busca pelo entendimento teórico acerca do uso de drogas, este trabalho se direcionou especialmente em desvelar/elencar aspectos higienistas sobre as ações do “choque de ordem” com os usuários de crack na capital do Rio de Janeiro e na aclaração sobre a violação dos direitos sociais sofrido por estes, em prol de interesses econômicos acastelados pelo Estado.

As internações compulsórias promovidas pelo “choque de ordem” na capital carioca chamaram a atenção especialmente pela contrariedade, quando confrontadas as diretrizes da política de saúde mental na perspectiva de “cuidado” com os dependentes químicos. O árduo caminho de conquistas e lutas na área da saúde mental no Brasil, não deve permitir que ações como estas promovidas na capital do Rio de Janeiro se prolongue e se justifique pelo viés do desenvolvimento econômico e da segurança pública. Encarceramento não é cuidado!

Retroceder as formas de tratamento para dependentes químicos, pregando a hospitalização e medicalização, só tem favorecido aos donos de clínicas particulares, visto que os serviços públicos não tem estrutura suficiente para “enxugar” esta demanda, e o Estado desta forma, aproveita o ensejo para desviar sua obrigação do alargamento e qualificação da rede pública para o co-financiamento do setor privado na área de prestação de serviços a saúde.

A forma como foi conduzida a alardeada o uso de crack no Rio de Janeiro, não deixou dúvida da falta de preparo e planejamento das autoridades e dispositivos públicos em lidar com a questão do crack, em nenhum momento notou-se a preocupação quanto à ampliação e qualificação da rede de serviços públicos nem a publicização das políticas públicas voltadas para esta demanda; contrassenso ainda maior foi à forma empregada pelo governo carioca de “oferecer” tratamento aos usuários de crack, promovendo um verdadeiro encarceramento em massa de dependentes químicos em situação de rua. Acreditamos que tais ações na verdade, possuíam o cunho higienista e não o de atenção à saúde destas pessoas.

De fato, o crack é uma droga altamente danosa à saúde e por isso carece de uma abordagem mais qualificada e contínua de enfrentamento, acreditamos que o melhor caminho ainda seja na perspectiva da redução de danos e no avigoramento das diretrizes de tratamento sinalizadas pela Lei da Reforma Psiquiátrica e pelos princípios do SUS, desta forma, ainda há o que se avançar na consolidação de uma rede de serviços qualificada e abastecida.

Pudemos constatar que, o governo do Rio de Janeiro ainda mantém uma forma estereotipada de lidar com as mazelas sociais, desenvolvendo estratégias coercitivas e discriminatórias, culpabilizando os indivíduos e se esforçando em afastá-los do caminho do “desenvolvimento”. Com isso, acreditamos que a aproximação com a realização dos megaeventos esportivos na capital carioca, sem dúvidas, intensificou um processo de barbárie já existente, em prol de interesses econômicos.

Diante dos expostos, acreditamos na relevância desta pesquisa no âmbito do Serviço Social, entendemos que a forma de atenção dispensada pelo Estado do Rio de Janeiro aos usuários de crack e aclarada neste trabalho, revela mais do que um “simples descaso”, e sim uma trajetória de criminalização, estigmatização e coerção da massa pauperizada que deve ser de amplo conhecimento dos profissionais desta área que são afrontados cotidianamente com expressões da questão social que estão intrinsicamente mediadas umas pelas outras, no intuito de evitar e de se posicionarem contra intervenções que vão contra os princípios éticos e norteadores da profissão, para que possam contribuir de forma crítica e positiva na direção da ampliação dos direitos sociais.

REFERÊNCIAS

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AMARANTES Paulo. 15 de março de 2013. **Na contramão da internação compulsória**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/32156> Acesso em 03 de fevereiro de 2014.

ARTICULAÇÃO NACIONAL DOS COMITÊS POPULARES DA COPA E DAS OLÍMPIADAS – **Dossiê Megaeventos e Violações dos Direitos Humanos no Rio de Janeiro**. [2011] Disponível em <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2012/09/dossic3aa-megaeventos-e-violac3a7c3b5es-dos-direitos-humanos-no-rio-de-janeiro.pdf> Acesso em 18 de fevereiro de 2014.

BISNETO, José Paulo. **Serviço Social e Saúde Mental: Uma Análise Institucional da Prática**. I São Paulo: Cortez, 2007. 222 p.

BRASIL. Lei 10.216 de 06 de abril 2001. **Dispõe sobre os a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm Acesso em 19 de fevereiro de 2014.

_____ (2006). Lei nº 11.343, de 23 de janeiro de 2006. **Institui O Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 15 set. 2013.

_____ (2007). **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília, 2007. 4ª edição. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf.

_____ (2011a). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial** para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em 15 de março de 2014.

_____ (2011b). **Código de Ética do Assistente Social**. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão. – 9. ed. rev. e atual. – Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2011, p. 23 Brasil.

_____ (2013a). **Do Sanitarismo à Municipalização**. Ministério Da Saúde. Brasil. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>. Acesso em: 15 out. 2013.

_____ (2013b). **História do combate às drogas no Brasil**. Senado. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/iniciativas-do-governo-no-combate-as-drogas/historia-do-combate-as-drogas-no-brasil.aspx>. Acesso em: 15 out. 2013.

_____ (2013c). **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial Brasília**. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf Acesso em 13 de setembro de 2013.

_____ (2013d). **Cartilha Programa Crack é possível vencer**. Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas (SISNAD). Distrito Federal. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/cartilhas/329302.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, Rio de Janeiro, n. p.01-24, 2001.

BRITES, Cristina Maria. **Ética e Uso de Drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e redução de danos**. 148 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, PUC, São Paulo, 2006.

_____. **O Serviço Social tem Alternativas à Internação Compulsória**. 20 de junho de 2013. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/982> Acesso em 18 de fevereiro de 2014.

BRITO, Felipe e OLIVEIRA, Pedro Rocha de (orgs.). **Até o último homem**. Rio de Janeiro. Boitempo, 2013.

CAMPOS, Andreilino. **Do quilombo à favela: a produção do “espaço criminalizado” no Rio de Janeiro**. 2007. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

CAPUTO, Stela Guedes. **Violência, Mídia e Criminalização da Pobreza**. Revista da Associação dos Docentes da UFF (Classe). Outubro, Novembro e Dezembro de 2008.

CARVALHO, Denise Bomtempo; ROCHET, Juliana; PAULINO, Fernando Oliveira. In: Política Social no Capitalismo. **Política Pública de redução de danos no Brasil: contradições do processo de construção de uma política nacional**. São Paulo: Cortez, 2008.

CIRINO, Juarez. **Revisão do Código Penal: uma análise crítica**. Instituto de Criminologia e Política Criminal. Jornal da Federal: Conselho Federal de Psicologia, Distrito Federal, n. 106, p.23-27, maio 2013.

CHAVES, Tharcila V. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (Brasil). **Fissura por Crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários**. In: Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 06, p.1168-1175, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011005000066&script=sci_arttext Acesso em: 10 out. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. 2011/2ºED. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**. Disponível em: [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a Edicao_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edicao_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf) Acesso em 12 de janeiro de 2014.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social. O direito social, a Constituição de 1998 e a seguridade social: do texto constitucional à garantia da assistência social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

COORDENADORIA EXTRAORDINÁRIA DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS no **I Congresso Municipal sobre Crack, Álcool e outras Drogas** deste mesmo município em julho de 2013.

CRESS. **MP exige ajustes no acolhimento da população de rua**. 2012. Disponível em: http://www.cressrj.org.br/2noticias_res.php?recordID=1283 Acesso em: 12 de fevereiro de 2014.

_____. **Nota Pública a Imprensa e a População**. Sobre a internação compulsória de crianças e adolescentes que usam crack. 2011. Disponível em: http://cressrj.org.br/2noticias_res.php?recordID=1068 Acesso em 14 de fevereiro de 2014.

_____. **Termo de Abordagem de rua.** 2013. Disponível em: <http://www.cressrj.org.br/download/arquivos/termo-de-orientacao-abordagem-na-rua.pdf>
Acesso em: 12 de fevereiro de 2014.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Internação involuntária: implicações éticas, clínicas e legais.** In: Revista Ciência Hoje, 2012. Disponível em: <http://cienciahoje.uol.com.br/revista-ch/2012/295/internacao-involuntaria-implicacoes-eticas-clinicas-e-legais>

_____. **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras.** In: Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras / Conselho Federal de Psicologia. —Brasília: CFP, 2010. http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2010/06/AlcoolDrogas_novas_alteracoes.pdf

DIAS, Andréa Costa, ARAÚJO, Marcelo Ribeiro e LARANJEIRA, Ronaldo. **Evolução do Consumo de Crack em coorte com histórico de tratamento.** In: Revista de Saúde Pública. Departamento de Psiquiatria Unifesp. São Paulo, v. 45, n. 5, p.938-948, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000500016&script=sci_arttext.
Acesso em: 10 out. 2013

FIOCRUZ (Brasil). **Pesquisa Perfil Usuários de Crack no Brasil.** Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/major-pesquisa-sobre-crack-ja-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil> Acesso em: 20 nov. 2013.

FREIRE, Silene de Moraes. **Criminalização e assistencialização da questão social: “novas” formas de enfrentamento da pobreza no Brasil?** In: Direitos humanos e suas interfaces nas políticas sociais. Rio de Janeiro, 2012. EdUERJ.

GUIMARÃES, Cristian Fabiano *et al* . **Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre.** In: Revista de. Psiquiatria do Rio Grande do Sul 2008 RS

HORTA, Rogério Lessa et al. **Perfil de Usuários de Crack que buscam atendimentos em centros de atenção psicossocial.** Rio de Janeiro In: Caderno de Saúde Pública. nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/19.pdf> Acesso em: 20 set. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS (IBCCRIM). **Relato de uma pesquisa sobre a Lei 11.343 de 2006.** Disponível em:

http://www.ibccrim.org.br/boletim_artigo/4742-Relato-de-uma-pesquisa-sobre-a-Lei-11.343-2006. Acesso em 23 set.2013.

LEITE, Márcia Pereira E OLIVEIRA, Pedro Paulo. **Violência e insegurança nas favelas cariocas**: o ponto de vista dos moradores. Rev. Praia Vermelha: Estudos de Política e Teoria Social nº13- Cidade e Segregação. Rio de Janeiro, 2005. UFRJ.

MARICATO, Ermínia. **Brasil Cidades, alternativas para a crise urbana**. Petrópolis, 2001. 1ª ed. Vozes.

MARTINS, Maurício V. **Marxismo e Subjetividade**: uma leitura dos “Manuscritos de 44”. In: Baptista, Luís Antônio (Org.). Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política. Rio de Janeiro, UFF, ano I vol. I pág.11-43/ dez. 92.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. **A Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil**. In: Caminhos da Saúde Pública no Brasil. FINKELMAN, Jacobo (org.) Rio de Janeiro, 2002. Ed. Fiocruz

MOTA, ANA ELIZABETE. **Seguridade Social Brasileira**: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. [São Paulo, 2006]. Disponível em: http://www.egem.org.br/arquivosbd/basico/0.484431001251746904_ana_elizabete_mota_unidade_i.pdf. Acesso em: 15 out. 2013.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao método na teoria social**. In: Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, 2009.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS (Brasil). DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira, STEMPLIUK, Vladimir de Andrade e BARROSO, Lúcia Pereira. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. (SENAD), 2009,364p. Brasília.Disponívelem:<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf> . Acesso em: 15 set. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO- **Estrutura** Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/msg/estrutura> Acesso em 18 de fevereiro de 2014.

PROCURADORIA DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Ação Civil Pública de Improbabilidade Administrativa**. 10 de abril de 2013. Disponível em:

<http://www.cressrj.org.br/download/arquivos/acao-civil-publica-de-improbidade-administrativa-contra-eduardo-paes-e-rodrigo-bethlem.pdf> Acesso em: 10 set.2013.

RADIS. Carta de repúdio à proposta de internação compulsória de adultos pela prefeitura do Rio de Janeiro. 1 de nov. de 2012. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/carta-de-repudio-proposta-de-internacao-compulsoria-de-adultos-pela-prefeitura-do-rio-de-ja> Acesso em 14 de fevereiro de 2014.

RODRIGUES, Diego Schaurich et al. Conhecimentos Produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, Maranhão, n. 17 v.5, p.1247-1258, maio 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500018&script=sci_arttext Acesso em: 16 set. 2013.

SOARES, Raquel Cavalcanti; MOTA, Ana Elizabete; (Org.). As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social: Contrarreforma na Política de Saúde e Prática Profissional do Serviço Social nos Anos 2000. Recife: Universitária da UFPE, 2010.

SCARPIN, Paula. Revista Piauí nº 44, Maio de 2010, “**Morar na Rua em Ipanema**” Disponível em: <http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-44/questoes-intrataveis/morar-na-rua-em-ipanema> Acesso em: 22 de agosto de 2013.

SAUER, Sérgio. Democracia, direitos humanos e criminalização dos movimentos sociais In: *Terra e Modernidade*. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p. 115-138.

VAINER, Carlos B. Cidade de exceção: reflexões a partir do Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/direito-a-moradia-adequada/artigos/cidade-de-excecao-carlos-vainer>

_____. **Pátria, Empresa e Mercadoria. Notas sobre a estratégia discursiva do Planejamento Estratégico Urbano.** In: *A cidade do pensamento único: desmanchando consensos*. Petrópolis RJ. Vozes, 2000.

VIOLA, Thiago Wendt et al. Tomada de decisão em dependentes de crack: um estudo com o Iowa Gambling Task. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 17, n. 01, p.99-106, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n1/12.pdf> Acesso em: 10 out. 2013.

USUÁRIOS de drogas são retirados da crackolândia do Parque União. **O GLOBO**. 24 de outubro de 2012. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/usuarios-de-drogas-sao-retirados-da-cracolandia-do-parque-uniao-6504904>. Acesso em 02 de janeiro de 2014.

WEBER, César Augusto Trinta. **Crack Uma Pedra no Meio do Caminho**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2010.

