



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

Paula Regina Lima de Moraes Pergentino

**“SUAVE” GUERRA ÀS DROGAS:
usuários em situação de rua**

Recife/PE

2014

Paula Regina Lima de Moraes Pergentino

**“SUAVE” GUERRA ÀS DROGAS:
usuários em situação de rua**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cristina de Souza Vieira

Recife/PE

2014

Catálogo na Fonte

Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

P435s Pergentino, Paula Regina Lima de Moraes

“Suave” guerra às drogas: usuários em situação de rua / Paula Regina Lima de Moraes Pergentino. - Recife: O Autor, 2014.

135 folhas : il. 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2014.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Drogas - Abuso - Prevenção. 2. Drogas – Abuso - Aspectos Sociais. 3. Política de Saúde. 4. Assistência Social – Sociedades, etc. I. Vieira, Ana Cristina de Souza (Orientadora). II. Título.

361 CDD (22.ed.)

UFPE (CSA 2014 – 137)

Paula Regina Lima de Moraes Pergentino

**“SUAVE” GUERRA ÀS DROGAS:
usuários em situação de rua**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Aprovada em : 31/07/2014

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Ana Cristina de Souza Vieira (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Maria de Fátima de Souza Santos (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Iracema da Silva Frazão (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Às pessoas usuárias de álcool e outras drogas

em situação de rua,

na luta para que tenham uma vida digna

e acesso aos direitos sociais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, porque dele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente. Amém.

Aos meus pais, Romildo e Helena (Leninha) e a minha Tia Tereza, pelo cuidado e amor dedicados todos os dias. À Ritinha que, por zelar pela organização do meu lar e oferecer outros mimos, favoreceu a fluidez das minhas ideias!

Aos meus irmãos David e Mércia (prima-irmã) por me fazerem acreditar que posso ser exitosa em qualquer empreendimento que eu me proponha a fazer (mesmo que não haja tanto êxito assim...)!

A Márcio, meu marido, o homem que me faz bem! Pela paciência, conforto nos momento de estresse e colaboração em todas as etapas deste mestrado. A ele que até o dia 31 de julho só tinha conhecido a minha identidade de mestranda (namorou, noivou, casou e conviveu até esses dias com a estudante!).

Às pessoas amigas que incentivaram diretamente esta etapa da minha vida, falo de Pollyanna Pimentel (Polly), dupla acadêmica e amiga de todas as horas; Prof. Jamerson Souza (Jam), um grande amigo e pessoa de referência para debates teóricos, sem arrogâncias ou vaidades; Prof^a Roberta Uchôa, pela amizade franca, apoio material, torcida e por ter me introduzido no mundo (de debate) das drogas!

Aos amigos do GEAD, pelo apoio e colaboração sempre que precisei. Especialmente: à Galba Taciana, pelo desprendimento e generosidade (que lhe são peculiares) ao abrir mão de importante exemplar autografado, para uso em minha pesquisa, sem ao menos levá-lo para casa! À Fernanda Carvalho, amiga e grande colaboradora em diversas etapas do mestrado minha gratidão, principalmente, por seu indispensável apoio para realização do grupo focal; Arturo Escobar, pela constante disposição em ajudar e a torcida carinhosa; Soraya Cavalcanti, por monitorar cada etapa do mestrado e, com isto, aliviar minha ansiedade...Gratíssima! Rossana Rameh, por todo apoio, atenção (mesmo

quando lhe custou o sono) e, sem dúvida, por me deixar sempre atualizada sobre o debate das drogas, com seus cerca de 1.400 e-mail!

A minha professora orientadora Ana Vieira, por aceitar o desafio e convite de, comigo, desenvolver a discussão das temáticas droga e situação de rua. As ricas contribuições teóricas e os hilários e-mail serão as boas lembranças desta parceria!

Às professoras Iracema Frazão e Fátima Souza pela simplicidade e cordialidade com que partilharam valiosas contribuições no campo metodológico. Grata!

Às "pessoas-amigas-chefes" ao longo dos anos do mestrado: Christiane Franca, Antônio Cesar, Janice Lemos e, mais recentemente, Adriana Maciel, por entenderem a particularidade de uma trabalhadora que estuda, sempre me dando condições de concluir cada etapa, ainda que para isso fossem necessários ajustes em toda rotina de trabalho. Razão pela qual estendo o agradecimento à/aos colegas de equipe: Pedro, Paulo, Caio, Cristiano (GVS) e Giselli Caetano (Pol. Barros Lima).

Às pessoas amigas da secretaria de saúde e assistência social que tornaram esta investida menos penosa, no tocante às exigências do Comitê de Ética: Valéria Monteiro, Cléo Queiroz, Genivaldo Francisco, Bartyson D'Carlo. Bem como, aos Redutores de Danos e Educadores Sociais pela cooperação nas entrevistas.

Às pessoas amigas com as quais sempre posso contar e que foram compreensíveis com minhas ausências durante esta caminhada, especialmente: Renata e Marcus Seabra (Rê e Marquinhos), a quem também devo meu "abstract"; Carina, Gleine e Ana Caroline que foram pai/mães e eu não pude estar por perto!

À amiga Cíntia Albuquerque e à Daniela Souza (cunhada e colega de profissão) pela generosidade em suprir minha "necessidade bibliográfica" com seus acervos pessoais!

À amiga Ana Cristina (NinaCris) pelas palavras de ânimo e carinho sempre referidas, como também, pela disposição e esforço em tornar possível minha qualificação (entregando pessoalmente cada cópia do projeto nos respectivos centros acadêmicos!) e o amigo Thiago Antunes, por tarefa semelhante, para realização da defesa, além do belo

trabalho de identidade visual que abrilhantou a exposição desta dissertação no dia da defesa!

Às pessoas que a vida me presenteou a partir da convivência nas aulas do mestrado, singularmente: Sheyla Alves (que tornou meus dias mais leves e risonhos, com quem compartilhei coisas da teoria, da fé e da vida); Sâmia Lacerda (irmã na fé, companheira das alegrias e agonias que o mestrado nos deu); Rodrigo Souza (que, para além de outras contribuições, ajudou-me na concepção do título da dissertação), Suéllen Bezerra (a rainha dos PDF), Roberta Menezes (pela generosidade e representação da turma, mesmo quando lhe custava muito), Luciene Maria e Priscilla Cordeiro (pelas ricas contribuições, particularmente, na disciplina "seminário de dissertação").

Às demais pessoas amigas presentes em minha vida desde antes do mestrado que não elencarei aqui para não ampliar o equívoco que, certamente cometerei, ao esquecer nomes; mas, que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desta tarefa e que, assim, podem se reconhecer nas seções que a integram.

RESUMO

Esta dissertação parte do pressuposto de que os determinantes econômicos, sociais e culturais para a reprodução da condição de pobreza revelada na situação de rua e uso de drogas já existiam antes, mas é na sociedade de classes, com formação social capitalista, que se agrava. Nossa hipótese orientadora é a de que está em curso uma contemporânea guerra às drogas, para a legitimação de uma reedição higienista de limpeza dos indesejáveis, contraditoriamente pautada num suposto cuidado destes usuários, na medida em que se ampliam serviços públicos, porém, restringem-se o acesso a estes. Analisa a garantia de direitos sociais dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua em Recife (Pop-AOD). O *corpus* teórico foi composto por todo material produzido nas entrevistas semiestruturadas e no grupo focal, este último realizado no Centros de Referência Especializado da Assistência Social para População em Situação de Rua (Centro POP) Glória, localizado no bairro da Boa Vista, Recife-PE. A população do estudo foi composta por 04 (quatro) usuários, para participação em uma seção de grupo focal e 06 (seis) profissionais das políticas públicas de saúde e assistência social, com atuação na região central do Recife, para aplicação de entrevista semiestruturada. A pesquisa teve por enfoque os pressupostos da pesquisa qualitativa, com aproximações do método materialista histórico-dialético e o estudo foi do tipo exploratório-explicativo. Para a coleta de dados na pesquisa de campo, lançamos mão das técnicas de pesquisa documental, consulta dos prontuários sociais e clínicos (no período de junho de 2012 a junho 2013) e *corpus* teórico já descrito acima, com vistas a: apreender o perfil e as particularidades dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua; analisar as determinações sócio-históricas, políticas e econômicas com a formulação da Política Municipal de Atenção aos usuários de Álcool e Drogas e da Política Municipal para a População em Situação de Rua do Recife; investigar as contradições presentes na trajetória de acesso aos serviços sociais demandados pelos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, no centro da cidade do Recife, para garantia de seus direitos. Para discussão dos resultados realizamos uma análise crítica da realidade, com triangulação entre a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e a pesquisa de campo.

Palavras-chave: Drogas. Guerra às drogas. População em Situação de Rua. Política de Saúde. Política de Assistência Social.

ABSTRACT

This thesis assumes that economic, social and cultural determinants for reproduction of poverty revealed in homeless and drug use existed before, but it is in a class society with capitalist social formation that is aggravated. Our guiding hypothesis is that there is an ongoing contemporary drug war for the legitimacy of a reissue hygienist cleaning of unwanted contradictorily ruled an assumed care of these users to the extent that expand public services, however, are restricted access to these. It analyzes the social rights of users of alcohol and other drugs on the streets in Recife (Pop-AOD). The theoretical corpus consisted of all material produced in semi-structured interviews and focus groups, the latter held at Specialized Centers of Reference for Social Care Homeless Population (POP Center) Glória, located in Boa Vista neighborhood, Recife-PE. The study population consisted of 04 (four) users to participate in a session of focal and six (06) professional public health policies and social assistance, with activity in the central region of Recife for application of semi-structured interview group. This research aimed to focus the assumptions of qualitative research approaches with the materialist dialectical historical method and the study was exploratory-explanatory type. To collect data in the field research, we used the techniques of documentary research, consultation of the social and clinical records (from June 2012 to June 2013) and theoretical corpus already described above, in order to: seize the profile and the particularities of users of alcohol and other drugs on the streets; analyze the socio-historical, political and economic ties with the formulation of Municipal Policy of users Drug and Alcohol Policy and Municipal Population in the Streets of Recife determinations; investigate the contradictions present in the path of access to social services demanded by users of alcohol and other drugs on the streets in the city center of Recife, to guarantee their rights. For discussion of the results present a critical analysis of reality, with triangulation between literature, documentary research and fieldwork

Keywords: Drugs. Drug War. Homeless population. Health Policy for Social Welfare Policy.

LISTA DE MAPAS, QUADRO E GRÁFICOS

Mapa 1 - Divisão das Regiões Político-Administrativas na cidade de Recife.....	62
Mapa 2 - Divisão por bairros da Região Político-Administrativa 01.....	63
Quadro 1 - Distribuição dos CAPSad e Centros POP por RPA.....	64
Gráfico 1 - Idade em Intervalos.....	73
Gráfico 2 - Nível de Escolaridade.....	73
Gráfico 3 - Renda Individual.....	74
Gráfico 4 - Droga que motivou o tratamento em CAPSad.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos usuários entrevistados.....	68
Tabela 2 - Perfil dos profissionais entrevistados.....	71

LISTA DE SIGLAS

ABORDA - Associação Brasileira de Redução de Danos

ARD - Agentes Redutores de Danos

ATITUDE - Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus familiares

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CadSUAS - Sistema de Cadastro do Sistema Único de Assistência Social

CadÚnico - Cadastro Único para Programas Sociais

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas

CCA - Centro de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes

CECRH - Centro Eulâmio Cordeiro de Recuperação Humana

Centro POP - Centro de Referência para População em Situação de Rua

CEPAD - Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas

CEPAL - Comissão Econômica para América Latina e Caribe

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CJ - Centro de Juventude

CMAS - Conselho Municipal de Assistência Social

CNaR - Consultório na Rua

COMPAD - Conselho Municipal sobre Drogas

CONAD - Conselho Nacional Antidrogas

CPD - Centro de Prevenção às Dependências

CPTRA - Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo

CR - Consultório de Rua

CRAS - Centros de Referência de Assistência Social

CRAUD - Centro de Referência de Acolhimento ao Usuário de Drogas

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

CRP - Conselho Regional de Psicologia

DPSB - Diretoria de Proteção Social Básica

DPSE - Diretoria de Proteção Social Especial

EUA - Estados Unidos da América

FACEPE - Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco

FNDDH - Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos

FPEDDH - Frente Pernambucana Drogas e Direitos Humanos

FIU - Ficha de Informação do Usuário/a dos CAPSad

GEAD - Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas

GVS - Gerência de Vigilância Socioassistencial

IASC - Instituto de Assistência Social e Cidadania

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LAR - Legião Assistencial do Recife

LBA - Legião Brasileira de Assistência

LEAP - Law Enforcement Against Prohibition

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MP - Ministério Público

NEDEQ - Núcleo Especializado em Dependência Química

NOB/SUAS - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social

NS/ND/NA - Não sabe, não declarou ou não se aplica

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não Governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

OP - Orçamento Participativo

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PAIF - Serviço de Proteção Integral à Família

PBF - Programa Bolsa Família

PBSM - Programa Brasil Sem Miséria

PCS - Programa Comunidade Solidária

PESP - Plano Estadual de Segurança Pública

PGI - Projeto Gerenciamento das Informações, Monitoramento e Avaliação

PGIC - Projeto Gerenciamento da Informação nos CAPSad

PIA - Plano Individual de Atendimento

PNAD - Política Nacional Antidrogas

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

Pop-AOD - Pessoas usuárias de drogas em situação de rua

PPV - Pacto Pela Vida

PPVR - Pacto Pela Vida em Recife

PSF - Programa Estratégia Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAID - Recife de Atenção Integral às Dependências

RPA - Região Político-Administrativa

REDUC - Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos

SAGI - Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação

SAS - Secretaria de Assistência Social

SDSDH - Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos

SEAS - Serviço Especializado de Abordagem Social

SESDDH - Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SEPLAG - Secretaria de Planejamento e Gestão

SEPOPRUA - Serviço Especializado em População de Rua

SESR - Serviço de Educação Social de Rua

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SNAS - Secretaria Nacional de Assistência Social

SPAS - Secretaria da Política de Assistência Social

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TABCAD - Tabulador de Informações do CadÚnico

TNS - Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais

UD - Unidades de Desintoxicação

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime

UPP - Unidade de Polícia Pacificadora

USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	ESTADO, DROGAS E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS NECESSÁRIAS.....	22
2.1	Começo da "guerra": determinações sócio-históricas do fenômeno população em situação de rua.....	22
2.2	A seleção dos "inimigos de guerra": particularidades do uso de drogas realizado pelos pobres.....	32
2.3	A experiência brasileira na seleção dos "inimigos de guerra".....	37
3	POLÍTICAS SOCIAIS E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: ENTRE O CUIDADO E A GUERRA ÀS DROGAS.....	41
3.1	"Suavizando" a guerra: construção das políticas sociais voltadas à população usuária de drogas em situação de rua.....	43
3.2	Nem rua nem drogas: (re)construção da guerra aos indesejáveis.....	50
4	POPULAÇÃO USUÁRIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DO RECIFE: ENTRE A DEMANDA E O ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS.....	61
4.1	O caminho da pesquisa.....	61
4.2	Perfil da população em situação de rua usuária de álcool e outras drogas em Recife.....	72
4.3	Política da Assistência Social em Recife: atenção à população em situação de rua.....	77
4.4	Política de Saúde Mental em Recife: atenção à população usuária de drogas.....	85
4.5	As concepções dos profissionais e usuários sobre o acesso e a garantia dos direitos da pop-AOD.....	89
4.5.1	Infantaria: A conquista do território com acolhimento, busca ativa e sensibilização da comunidade.....	89
4.5.2	Artilharia: Quando a não integralidade entre as políticas sociais ameaça o êxito das ações.....	93

4.5.3	Engenharia: Acesso tutelado visando à eliminação de obstáculos.....	97
4.5.4	Comunicações: A fragilidade da gestão da informação.....	98
4.5.5	Intendência: Avaliação dos aspectos necessários ao aperfeiçoamento das políticas sociais voltadas à Pop-AOD.....	100
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
	REFERÊNCIAS.....	107
	APÊNDICES.....	119
	ANEXOS.....	126

1 INTRODUÇÃO

Sobre pessoas em situação de rua e uso de substâncias alteradoras da consciência não seria demais afirmar que estes fenômenos têm origens multicausais e são historicamente determinados, com entendimentos que variam entre tradição cultural, demonização ou comoção social.

Estudiosos afirmam que nem sempre a utilização das ruas como espaço de ‘moradia’, por determinado grupo populacional, significou um estágio de miséria; essa afirmação é articulada claramente no trabalho de Snow & Anderson ao citar, na tipologia por eles fundamentada, o exemplo dos andarilhos (década de 1950) e andarilhos hippies (final da década de 1960):

[os andarilhos] são [trabalhadores] altamente migratórios, com um raio de ação muito maior do que outros moradores de rua. Suas viagens são tipicamente padronizadas e não-aleatórias [...] Os andarilhos hippies são os herdeiros da contracultura da década de 60 [...] praticam artes e artesanatos, usam e vendem drogas e ficam perambulando juntos pela rua quase que de modo comunitário [...] viajam bastante , apresentando o segundo maior raio de ação entre os diversos tipos de moradores de rua (1998, p. 102-6).

Como também nem sempre o uso de substâncias psicoativas representaram danos individuais e/ou coletivos:

Pharmakon ou veneno, com poder de cura ou de destruição, dependendo de sua quantidade e qualidade, a relação com as drogas, no passado, não permitia imaginar o que hoje se tornou ‘um problema’ grave, *epidemia social* entre as mais constantes na consciência coletiva [...] Produção, comércio e uso de drogas não causavam tanto medo (ACSELRAD, 2011, p. 31).

O que se apresenta quase como imutável é o discurso hegemônico que abomina o consumo de determinadas substâncias consideradas ilegais, justificando ao longo de mais de 100 anos¹ a estratégia de guerra às drogas e sua expressão na forma de gestão das políticas públicas específicas:

¹ Lia Osório Machado (2011) ao apresentar em seu artigo a Cronologia da “Guerra às Drogas” situa a Conferência de Haia de 1912 – que impôs limites aos usos médicos e legítimos do ópio, da morfina e da cocaína – o marco inicial desta guerra.

O proibicionismo se transforma no tempo, mantendo sua estrutura centralizada, vertical [...] a partir do início do século XX oscila entre o discurso jurídico-repressivo e o de cunho médico-sanitário. No primeiro caso, fortalece-se o Estado autoritário, repressivo, apoiado na manutenção da proibição de certas drogas, tornadas ilícitas, ignorando o reconhecimento de usos medicinais comprovados, criminalizando quem produz, comercializa e usa drogas, assim identificado como criminoso e enredado num mundo clandestino com consequências danosas que crescem em espiral. No caso do discurso médico-sanitário fortalece-se o Estado clínico que controla os corpos, substituto laico do poder religioso de controle sobre as almas (IDEM, 2011, p.38).

Dito isto, sinalizamos que a inquietação para pesquisar estes fenômenos surgiu a partir da experiência de trabalho na Gerência de Redução de Danos, da Secretaria de Saúde – iniciada em 2003, e do trabalho realizado na Gerência de Vigilância Socioassistencial – GVS, da Secretaria de Assistência Social – SAS (hoje Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos - SDSDH) – em 2006; ambas na Prefeitura do Recife-PE. Somadas às discussões como membro, desde 2009, do Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas – GEAD, vinculado ao Departamento de Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE.

A preocupação ganhou contornos relevantes, a partir de 2010, com implementação de práticas inseridas num processo contraditório interno do governo federal e das esferas legislativas, centrada na questão das drogas (especialmente sob a bandeira de “combate ao crack”) a partir de uma visão punitiva e segregativa dos usuários.

Episódios de denúncias quanto à violação dos direitos humanos dos usuários de álcool e outras drogas, adicionados à manipulação midiática do clima de alarme social, retorno à abordagem higienista, ênfase na transferência das responsabilidades do Estado à sociedade civil, forte intervenção do aparelho policial e judiciário, sinalizaram o recrudescimento de leis de guerra contra as drogas – a despeito das conquistas legais no campo da política de saúde mental de álcool e outras drogas, especialmente, nos anos 2000, como será visto adiante.

Todavia, o presente estudo salienta que essa contemporânea guerra às drogas, vem dotada de ares de pacificação, ao que nomeamos de “suave guerra”, cuja estratégia comum é a presença de agentes da política de Assistência Social, aliada à tendência de tornar oficial

a inserção de entidades religiosas, denominadas comunidades terapêuticas, no âmbito das políticas públicas de saúde e assistência social, para um suposto cuidado destes usuários.

Quanto à aproximação com o objeto de estudo, esta se deu, além da já citada interlocução com a temática da droga (iniciada em 2003), particularmente, em razão da experiência de trabalho com Gestão da Informação, em ambos os espaços profissionais (Secretarias Municipais de Saúde e de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos), atividade designada a mim, desde o ano de 2008. Nestes, após a realização de um trabalho de monitoramento e análise de dados, relativos às pessoas em situação de rua e aos usuários de drogas, foi possível identificar que o registro oficial era muito baixo, supondo uma subnotificação ou mesmo o não acesso a programas e serviços das referidas políticas sociais, pela maioria deste grupo populacional.

Destarte, à inquietação sobre os observados retrocessos da política de saúde mental de álcool e outras drogas foi somada a reflexão sobre as determinações sócio-históricas, políticas e econômicas que incidem sobre a formulação das políticas de saúde mental e assistência social voltadas às demandas da população usuária de álcool e outras drogas em situação de rua (Pop-AOD²).

De acordo com Netto: "[...] A aparência é um nível de realidade e, portanto, algo importante e não descartável" (2011, p. 22); assim, no caso da investigação social aqui proposta, o que se revelava empiricamente a partir da experiência profissional, foi motivador para formulação do problema, justificativa e objetivos. Porém, pesquisar a população usuária de álcool e outras drogas em situação de rua exigiu delimitar o problema, instância do real aparente, e avançar para o que de fato seria o objeto de pesquisa: quais os limites e possibilidades das políticas de Assistência Social e Saúde para a garantia de direitos sociais dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, especialmente em Recife? Ou seja, a abstração deste problema, com vistas à construção do pensamento, superando o empírico, caminhando para o concreto pensado. Segundo Minayo:

² Esta sigla será utilizada, ao longo deste trabalho, todas as vezes que forem feitas referências aos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua.

Todas as etapas de um projeto constituem uma definição e redefinição do objeto que só será plenamente definido em todas as suas determinações ao final do processo. É a essa dinâmica que Marx (1973) atribui à expressão "concreto pensado" (MARX, 1973, p.79 apud MINAYO, 2010, p.183. Grifo original).

Partimos do pressuposto de que os determinantes econômicos, sociais e culturais para a reprodução da condição de pobreza revelada na situação de rua e uso de drogas já existiam antes, mas é agravada na sociedade de classes, com formação social capitalista.

Realizou-se um percurso investigativo, com o objetivo de desvendar, por aproximações sucessivas, os elementos contraditórios que determinam e caracterizam a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e de atenção à população em situação de rua no Recife, o acesso aos direitos sociais desta população, desafios contemporâneos e quais as estratégias criadas para superá-los. Para tanto, recorreremos à pesquisa qualitativa que, nas Ciências Sociais, ocupa-se de um nível da realidade não quantificado, ou seja, preocupa-se com a investigação dos fenômenos humanos, entendidos como parte desta realidade (MINAYO, 2010). Importante também destacar que, em vista da opção teórica adotada, não buscou-se aqui generalizações.

O objetivo geral do estudo foi analisar a garantia de direitos sociais dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua em Recife. Os específicos: a) Apreender o perfil e as particularidades dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua; b) Analisar as determinações sócio-históricas, políticas e econômicas na formulação da Política Municipal de Atenção aos usuários de Álcool e Drogas e da Política Municipal para a População em Situação de Rua do Recife; c) Investigar as contradições presentes na trajetória de acesso aos serviços sociais demandados pelos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua para garantia de seus direitos.

Assim, direcionamos nossa pesquisa no sentido de contribuir com os debates e estudos sobre drogas e pessoas em situação de rua, no ambiente acadêmico, junto às instituições produtoras de conhecimentos sobre drogas no Brasil, enriquecendo as produções teóricas já existentes. Para tanto, a dissertação está organizada em 5 seções. A primeira é composta pela introdução. Na seção 2, realizamos aproximações conceituais sobre Estado, drogas e população em situação de rua, seguidas da análise das

determinações sócio-históricas do fenômeno população em situação de rua, bem como, das particularidades do uso de drogas realizado pelos pobres, finalizando a seção com a exposição da experiência brasileira no trato do fenômeno, anunciado como a seleção dos "inimigos de guerra".

Na seção 3, aprofundamos a discussão acerca da formulação de políticas sociais de saúde e assistência social voltadas à população em situação de rua no Brasil, seus avanços e retrocessos, chamando a atenção para o contínuo tensionamento entre o cuidado e a conjuntura de guerra às drogas.

Na quarta seção, apontamos os elementos do caminho da pesquisa com exposição do estudo do fenômeno em Recife, desvelando as particularidades presente entre a demanda e o acesso aos direitos sociais. Para tanto, lançamos mão da caracterização da rede de atenção à população em situação de rua usuária de álcool e outras drogas nesta cidade, o perfil desta população e o desenvolvimento da política da assistência social e de saúde mental de álcool e outras drogas, em nível local. É também parte constitutiva desta seção a análise das concepções dos profissionais e usuários sobre o acesso e a garantia dos direitos da pop-AOD que, por uma opção metodológica no intuito oferecer uma leitura não tão convencional, foi apresentada com alusão aos serviços militares e, assim, prosseguir na analogia com a guerra que perpassa todo esse estudo.

Na seção destinada às considerações finais, seção 5, retomamos as principais indicações do resultado da pesquisa realizada ao apontar os elementos que vêm incidindo na reatualização da guerra às drogas e seus rebatimentos na população usuária de drogas em situação de rua.

Por fim, salientamos que, tendo em vista que ambos os fenômenos configuram síntese de múltiplas determinações, inerente à sociedade capitalista, e que a realidade social é dinâmica, sempre haverá a necessidade de novas formulações teóricas para a análise destes fenômenos; o que nos dá clara certeza de que a discussão aqui exposta não esgotará o tema, sendo necessárias novas pesquisas que tenham o propósito de elucidar os pontos ainda pouco compreendidos.

2 ESTADO, DROGAS E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS NECESSÁRIAS

A história do uso de drogas pela humanidade tal qual a situação de desabrigo não são fenômenos recentes. No que se refere às drogas, registros remotos apontam que o uso, sejam elas lícitas ou ilícitas, envolve questões religiosas, culturais, morais, econômicas, políticas e sociais. Em diversas sociedades e épocas, seu consumo não se constituiu em problema ou motivo de alarde, uma vez que foram por muito tempo entendidas como uma manifestação cultural e humana (BUCHER, 1989). No caso do fenômeno da população em situação de rua, é sabido que de uma forma ou de outra existiu ao longo da maior parte da história humana (SNOW & ANDERSON, 1998).

Por considerar que ambos os fenômenos mantêm estreita relação com o desenvolvimento das sociedades modernas capitalistas e, conseqüentemente, com a intervenção do Estado, almeja-se neste estudo trazer a discussão da função do Estado como instância de controle das pessoas que possam ameaçar a manutenção do *status quo* da ordem burguesa, que em razão da discussão aqui proposta, serão representadas pela população usuária de álcool e outras drogas em situação de rua (Pop-AOD).

Desta forma, embora centremos o foco no perfil contemporâneo de tal grupo populacional na conjuntura de um Estado de orientação neoliberal, parece-nos necessária a recorrência a determinados momentos históricos que se relacionam com o surgimento dos fenômenos em tela, como também dos alicerces ideológicos que os permeiam.

2.1 Começo da "guerra": determinações sócio-históricas do fenômeno população em situação de rua

Antes de discorrermos sobre o surgimento do fenômeno, ou seja, um grupo populacional cujas condições ou características comuns permitem identificá-lo como diferenciado pelo tipo de inserção no mundo da rua, é preciso esclarecer que não há um único perfil desta população, em acordo com Escorel (2000, p.155): “[...] o que todas as pesquisas revelam é que, há perfis; não é um bloco homogêneo de pessoas, são populações”.

A própria condição de chegada às ruas possui singularidades se pensarmos, por exemplo, na opção da moradia não convencional feita pelos *hippies*. No entanto, o que historicamente vem se revelando é que, parte dos que estão nas ruas, a despeito de suas escolhas pessoais, lá chegaram por força de tendências estruturais de grande escala, colocados em situações de risco e vulnerabilidades, cuja única estratégia de sobrevivência é o uso da rua como destino comum (SNOW & ANDERSON, 1998).

Embora, na sequência de nossa exposição, façamos apontamentos de diferentes e importantes fatos históricos de estreita afinidade com as circunstâncias que provocaram um modo de vida distinto dos indivíduos em situação de rua, partilhamos do entendimento de autoras como Rosa (2005), Escorel (2006) e Silva (2009) que afirmam serem as determinações socioeconômicas e as condições objetivas, gestadas no capitalismo, as razões para a estratégia de vivência nas ruas como meio de sobrevivência.

Um dos primeiros eventos de grande escala que podemos demarcar, de acordo com Snow & Anderson (1998), foi a ocorrência da Peste Negra, em 1348, que dizimou um terço da população europeia à época (e reduziu, conseqüentemente, o número de trabalhadores) inspirando a aprovação da primeira lei de vadiagem na Inglaterra, em 1349. O fato é que para o momento de transição da economia feudal para a capitalista, neste país, era indispensável a oferta fácil de mão-de-obra barata; no entanto, além da tendência à migração em busca de melhores oportunidades, o contingente cada vez mais reduzido de trabalhadores ampliava as possibilidades de recusa a empregos de baixa remuneração. Assim, as primeiras leis de vadiagem visavam forçar a composição de tal mão-de-obra a partir das pessoas desafortunadas. Ainda segundo os autores:

Na essência, as leis funcionavam como um substituto da servidão, reduzindo a 'mobilidade de trabalhadores a fim de que a mão-de-obra não se transformasse numa mercadoria pela qual os donos de terra teriam que competir'[...] Uma mudança na percepção da vadiagem e pobreza acompanhou a aprovação dessas leis [...] Os vadios eram retratados como ladrões cruéis e feiticeiros e, frequentemente, como pactuados com o diabo (IDEM, p.30-1).

Marx, ao referir sobre legislações específicas contra os expropriados do final do século XV (Legislação sanguinária), denuncia que:

Por outro lado, estes [homens] subitamente catapultados para fora da sua órbita de vida habitual não se podiam adaptar tão subitamente à disciplina da nova situação. Transformaram-se massivamente em mendigos, ladrões, vagabundos, em parte por inclinação, na maioria dos casos por constrangimento das circunstâncias. Daí, no fim do século XV e durante todo o século XVI, em toda a Europa ocidental, uma legislação sangrenta contra a vagabundagem. Os pais da classe operária atual foram, antes de tudo, castigados pela transformação, a que foram sujeitos, em vagabundos e pobres. A legislação tratava-os como criminosos 'voluntários' e pressupunha que dependia da boa vontade deles que continuassem a trabalhar nas velhas condições que já não existiam mais (MARX, 1988,p.851).

Com o surgimento das sociedades pré-industriais da Europa, no contexto da chamada acumulação primitiva, essa massa de trabalhadores (antes camponeses) não absorvidos pela indústria nascente, experimenta as agruras do pauperismo – a pobreza acentuada e generalizada no primeiro terço do século XIX, resultante das formas assumidas pelo trabalho e pelo Estado na sociedade burguesa – compondo as condições necessárias à produção capitalista (SILVA, 2009).

A pré-história do capital e do modo de produção capitalista que expropriou o produtor rural e os camponeses da era feudal, deixando-os privados de suas terras (MARX, 1988, p.830) aponta para a primeira circunstância de ausência de condições materiais que, somadas ao longo da história a outras circunstâncias que forjaram o pauperismo e a condição de viver na rua, contemporaneamente se expressa no agravamento da questão social da qual é constituinte a situação de rua (SILVA, 2009).

Importante destacar que, apesar de agravar-se com o sistema capitalista – estrutura econômica que nasceu da decomposição da estrutura econômica da sociedade feudal –, o uso da rua como espaço de moradia não pertence exclusivamente à sociedade moderna; sociedades pré-industriais já o revelavam, embora fosse numa conjuntura de escassez e não de abundância como visto no capitalismo.

Sucessivas legislações de penalização da pobreza se seguiram em toda Europa ao longo de, pelo menos, três séculos. Ao exemplo das Leis de Cercamento, Ato de Escravidão de 1574, Ato de Vadiagem de 1579 que, com recorrência à força militar, apontando para uma *guerra aos pobres*, previam, dentre outras medidas punitivas: prisões, açoites, marcas

de fogo na pele, torturas em tronco, degredo para as colônias de origem e, às vezes, morte por enforcamento (SNOW & ANDERSON, 1998).

Na primeira metade do século XVII, na Inglaterra, somados aos que então eram identificados como vagabundos, encontravam-se os membros das classes mais baixas, em razão da significativa ampliação da população e dos salários defasados frente aos aumentos constantes de aluguéis e preços de alimento durante um longo período (IDEM, 1998).

Tais elementos foram fundamentais para o crescimento do desabrigo e, conseqüente, direcionamento de novas legislações para tratar os problemas dos pobres, ao exemplo das Leis Elizabetanas, que viriam a inspirar legislações na América colonial, pautadas em princípios que dividiam as pessoas entre os pobres merecedores de ajuda – o pobre que comprovasse residência legal – e os pobres não merecedores, ou seja, os novos imigrantes e trabalhadores itinerantes; além daqueles que, dada a má sorte de serem classificados como vagabundos, deveriam ser (ainda) combatidos como malfeitores (CASTEL, 1998). Acrescenta-se que:

Durante esse período e a maioria das eras subsequentes, os termos *vadiagem* e *desabrigo* foram usados quase como sinônimos, embora *vadiagem* denote a falta de um meio visível de sustento além da falta de residência (SNOW&ANDERSON, 2009, p.31).

Nos séculos XVIII e XIX, com a evolução do processo de industrialização, consolidam-se as formações sociais capitalistas. Na segunda metade do século XIX, é notória a intervenção do Estado de orientação capitalista monopolista, com vistas a garantir as condições das forças produtivas. Em outras palavras, é o desenvolvimento de um Estado que controla e disciplina a força de trabalho, mediando as relações entre o capital e o trabalho; tal controle e disciplina implica no agravamento de alguns estigmas, dentre eles o que identifica o “louco” – ou quem quer que apareça como “diferente” ou inoperante – como “perigoso” (KARAM, 2003).

Ainda no século XIX, Marx elucidava que Estado e sociedade civil são categorias submetidas à historicidade, ou seja, estas não fazem parte de uma *natureza humana*, rompendo, desta forma, com a herança contratualista presente em Thomas Hobbes, John Locke e Jean-Jacques Rousseau. Marx faz o estudo do Estado burguês, cujo principal papel

está na regulação das relações de produção, sem extinguir a exploração do trabalho pelo capital, sendo este Estado uma instância não favorável ao trabalhador (SOUZA, 2010).

Também sobre o papel do Estado, Engels (1982) vai afirmar que esta instituição surge para conter o antagonismo entre as classes sociais. Segundo o autor:

O Estado surge da necessidade de conter o antagonismo das classes, porém, como surgiu em meio ao conflito destas classes, vai ser por regra geral, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que por intermédio deste Estado, se converte também em classe politicamente dominante.

Para entendermos o fenômeno de situação de rua na América, partiremos da experiência norte americana, na qual quatro fatos históricos podem ser elencados em síntese: a Guerra Civil americana (1861-1865), em que o desabrigo aumentou consideravelmente; forte presença de imigrantes durante as últimas décadas do século XIX, em função da necessidade na indústria e na agricultura de grandes quantidades de trabalhadores móveis; expansão do sistema ferroviário que originou, no final dos anos 1800 e início dos anos 1900, um tipo específico de morador de rua - o andarilho americano (um tipo de trabalhador em trânsito, categoria profissional extinta em meados dos anos 1930); e, por fim, a Grande Depressão, ocorrida em 1929, importante componente para o rápido aumento do número de pessoas moradoras de rua (SNOW & ANDERSON, 1998).

Curiosamente, nos EUA, quando a guerra não tinha por função exterminar os indesejáveis sociais, usava estes mesmos indesejáveis para guerras de outra modalidade, ao exemplo do que ocorreu no final dos anos 30, quando os moradores de rua foram recrutados nos serviços armados e na indústria da guerra estadunidense, provocando um quase desaparecimento deste grupo populacional, presente na zona marginal da nação, durante a Segunda Guerra Mundial (SILVA, 2009).

Na América Latina, nos anos de 1950 ocorreu um processo análogo ao dos EUA de aburguesamento e renovação urbana vivenciado nas zonas marginais, cuja rotina era a convocação da polícia no intuito de evitar que os "perigosos" ultrapassassem para as áreas de classe média. Este processo de vigilância das áreas pobres aliado ao crescimento de bairros em torno de grandes cidades como Lima, México e Rio de Janeiro, colocaram a

marginalidade como objeto de estudo das ciências sociais latino-americanas. Na década de 1970, em decorrência do interesse acadêmico, o termo marginalidade já se diferenciava de criminalidade; sendo o primeiro quase sempre utilizado para qualificar os trabalhadores que se viam “à margem do mercado” de trabalho (ROSA, 2005).

Especificamente no Brasil, algumas pesquisas (Rosa, 2005; Escorel, 2006; Silva, 2009) apontam para o fato de que a presença significativa de pessoas em situação de rua nos grandes centros urbanos do país, configura uma das consequências das mudanças no mundo do trabalho, crescentes desde a década de 1970. Nos países de capitalismo periférico - entre estes o Brasil -, os processos de reestruturação produtiva e a redefinição das funções do Estado provocaram a diminuição da criação e oferta de postos de trabalho, além da precarização das relações e condições de trabalho, produzindo uma expressiva massa populacional sobrando que, diante das desigualdades sociais já vivenciadas, fez elevar os níveis de pobreza da classe trabalhadora (SILVA, 2009).

Data de 1972 o registro de que as pessoas que ‘ocupavam as calçadas’ passaram a ser discutidas como um fenômeno, ora chamados de ‘mendigos, pedintes’ ora ‘sofredores de rua’. Estes termos, apesar de persistirem no senso comum na atualidade, encontram-se em desuso na academia, não apenas pelo equívoco semântico, mas também, pela conotação pejorativa que os envolve (ALBUQUERQUE, 2009).

Embora não seja objeto deste estudo a discussão da centralidade do trabalho, chama-se a atenção para o fato de que as transformações econômicas e político-institucionais ocorridas entre 1930 e 1970 contribuem, junto a outras circunstâncias históricas, para compreender, no caso brasileiro, a questão das pessoas que usam as ruas para morar e sobreviver. Neste período, a mudança do padrão de acumulação fundado em atividades agroexportadoras para um padrão de acumulação sustentado em uma estrutura produtiva de base urbano-industrial, provocou forte migração da população das áreas rurais do país para cidades do sudeste e sul, nas quais o processo de industrialização foi mais acelerado, oportunizando a constituição de um exército industrial de reserva nas cidades brasileiras destas regiões (ROSA, 2005; SILVA, 2009).

Rosa (2005, p.39) ratifica as afirmações acima apontando que, na década de 1980:

No Brasil, com o agravamento da questão social, ganhou visibilidade a problemática que envolve a população de rua com o crescimento quantitativo, cada vez mais expressivo nas grandes e médias cidades brasileiras, acompanhado pela deterioração maior de suas condições de trabalho e de vida. Faz sentido relacionar esse processo de deterioração como um dos fatores significativos na trajetória das pessoas que estão nas ruas da cidade.

Nos anos seguintes a 1980 e, particularmente, no segundo quadrante dos anos 1990, com o aprofundamento da reestruturação produtiva, houve drástica redução dos postos de trabalho no setor industrial, lançando a massa de trabalhadores - especialmente os de origem rural³ - nas ruas, sem qualquer perspectiva de inserção em novos postos de trabalho (SILVA, 2009).

Em se tratando da intervenção do Estado brasileiro no fenômeno da população em situação de rua, registra-se que tal grupo começa a ser focalizado na década de 1990 sem, no entanto, implicar na formulação de política pública específica. Nos anos 2000, uma pesquisa revelou que historicamente, por suas particularidades, o acesso deste grupo populacional ao uso do espaço público de promoção dos direitos sociais disponíveis à população em geral, mostrou-se restrito⁴.

Conforme afirmamos no início desta seção, esta população não é um bloco homogêneo e, assim, a heterogeneidade apresentada pelas pessoas que se encontram em situação de rua, coloca-se como um desafio à parte para a percepção pública destes como cidadãos, pois exige intervenções de natureza diversas. Para Snow & Anderson (1998) é preciso distinguir, pelo menos, três dimensões no estudo deste fenômeno: uma *dimensão residencial*, marcada pela ausência de moradia convencional permanente; uma *dimensão de apoio familiar*, que consiste na presença ou ausência deste apoio, ou seja, inexistência ou desligamento gradual de laços familiares que vinculam pessoas estabelecidas a uma rede de estruturas sociais interconectadas, com imagens populares tradicionais do lar; e uma *dimensão de valor moral e de dignidade baseada num papel desempenhado*, sejam papéis

³ Dado revelado a partir de pesquisas censitárias de população em situação de rua, como as realizadas em Porto Alegre-RS (1994-1995), Belo Horizonte-MG (1998) e Recife-PE (2005) (SILVA, 2009).

⁴ Pesquisa realizada pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em 2008, comprova esta afirmação ao evidenciar que quase 25% dos moradores de rua entrevistados não possuem qualquer tipo de documentação, situação que, muitas vezes, configura-se como impedimento para que essas pessoas tenham acesso aos serviços públicos e aos programas sociais. Some-se a isto o fato de que cerca de 25% são analfabetos ou analfabetos funcionais, o que dificulta o exercício da cidadania para essas pessoas (BRASIL, 2008).

ou status estigmatizados que, por contraste, conferem má reputação a seus detentores, em que está implícita (na maioria desses papéis) uma atribuição de defeito ao caráter, que varia em grau entre as categorias de pessoas moradoras de rua.

No estudo de Maria Lúcia Lopes da Silva (2009), pesquisadora da temática da população em situação de rua, esta diversidade de condições e características que envolvem tal fenômeno também é reconhecida. A autora avança na discussão apontando que, embora distintos em alguns aspectos, existem seis características em comum, a saber: *múltiplas determinações* – fatores biográficos, fatos da natureza ou desastres de massas; *expressão radical da questão social na contemporaneidade* – inerente ao capitalismo, em que a cada estágio de seu desenvolvimento, gera expressões do fenômeno consoante à conformação assumida, guardando relações com as condições sócio-históricas específicas em cada país; *localização nos grandes centros urbanos* – por ser o lugar em que esperam ter resposta para suas necessidades, por ser onde se estruturam e atuam as instituições públicas e de caráter filantrópico que fornecem alimentação, abrigo e, indiscutivelmente, pelo fato da arquitetura urbana ser mais rica em possibilidade de abrigo que a das pequenas cidades.

Em consonância com Snow & Anderson (1998), o quarto aspecto apontado por Silva (2009) identifica *o preconceito como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído pela sociedade às pessoas atingidas pelo fenômeno* – traço típico em todas as sociedades em que foram realizados estudos sobre esse grupo populacional. O quinto e o sexto aspectos a que Silva recorre, amplia a visão do fenômeno ao destacar características como: *as particularidades vinculadas ao território em que se manifesta* – colocando o exemplo do Brasil, um país de dimensão continental, afirmando que os estudos existentes revelam que as características regionais influenciam distintamente o mesmo problema; e, por fim, *a tendência à naturalização do fenômeno* – tendência esta, acompanhada pela inexistência de políticas sociais universalizantes, capazes de reduzir a pobreza e as desigualdades sociais, na perspectiva de ampliar a cidadania e garantir cobertura às pessoas que se encontram em situação de rua.

É válido ressaltar ainda que, para autores como Vieira, Bezerra & Rosa (2004) existem três diferentes condições em relação à permanência na rua, conforme o maior ou

menor grau de inserção neste espaço: *ficar na rua*, de ordem circunstancial; *estar na rua*, condição de chegada recente para ocupação como moradia; e *ser de rua*, configurado como modo de vida.

Aproximando-se ou distanciando-se teoricamente na forma de analisar o fenômeno, um dado é inquestionável: este não se explica a partir de um único determinante. No mais, não abdicamos da premissa de que a vida na rua não deveria colocar esses indivíduos numa condição de menos cidadãos.

Quanto à tipologia, temos inúmeras variações que demandariam um estudo específico para cada uma delas, pela riqueza ideológica que as permeiam, mas, que não é interesse deste trabalho. Nas palavras de Snow & Anderson (1998, p.102), pode-se falar de "variadas identidades de rua e não simplesmente como indivíduos que são desafortunados". Quanto à nomenclatura utilizada, dos 'vagabundos' de ontem aos 'craqueiros' de hoje, independente do uso ou desuso de determinados termos, o que parece não desatualizar é a lógica que os coloca a serviço da ordem burguesa, ou seja: "[...] eles são, em muitos aspectos, o equivalente contemporâneo da população flutuante das cidades pré-industriais europeias e do lumpemproletariado das cidades europeias em fase de industrialização no século XIX" (IDEM, 1998, p.71).

Rosa (2005) considera que a própria mudança frequente de terminologias já é um indicativo da insuficiência de um conceito em dar conta de toda a complexidade, de toda falta de garantia (ou dificuldade de acesso) dos direitos sociais e da multiplicidade das perdas reais e de todo o sofrimento das pessoas que vivem nas ruas em razão de uma realidade de exclusão ainda não superada.

Para o presente estudo, quando nos reportarmos à população em situação de rua, consideraremos a definição presente na legislação brasileira voltada a este grupo, a qual, em sua elaboração, teve a contribuição de autores citados acima:

Considera-se **população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema**, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária

ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009. Grifo nosso).

A propósito da terminologia adotada aqui, vale destacar que, apesar de por ocasião de citações utilizarmos expressões como 'morador de rua' ou 'população de rua', a visão que orienta esse estudo nos leva a adotar a expressão 'população em situação de rua', pelas mesmas razões apresentadas no estudo realizado por Silva (2009, p.137):

A expressão alude, portanto, a uma situação decorrente, em última instância, da estrutura basilar da sociedade capitalista e não apenas das perdas e infortúnios, uma condição social gerada pela produção capitalista no processo de acumulação do capital, mediante a produção de uma superpopulação relativa ou exército industrial de reserva, excedente à necessidade média de expansão do capital, uma condição não escolhida pelos que nela se encontram, mas que nela foram colocados.

A penalidade do “diferente”, a legitimação prático-pedagógica da ordem burguesa, o papel disciplinador e “integrador” do Estado frente às classes e camadas subalternas (ESCORSIM NETTO, 2011) são requisitos presentes em qualquer tipo de reedição de medidas excludentes e violentas, inclusive, em nome da “proteção e cuidados de saúde” aos ditos vulneráveis. Optando por outro modo de expressar:

Como eles estão no nível mais baixo do sistema de status, também faltam aos moradores de rua as fontes de dignidade e respeito baseadas nos papéis desempenhados que tipicamente advêm para aqueles que estão mais acima na hierarquia social (SNOW&ANDERSON, 1998, p.78).

Destarte, realizada a exposição sobre as determinações sócio-históricas presentes no passado, mas também presentes nas condições sociais, políticas, econômicas em cada conjuntura - para entender o fenômeno da população em situação de rua a partir não só dele mesmo -, a preocupação na seção subsequente é a de dar conta da particularidades do uso de drogas realizado pelos pobres, neste contexto, especialmente por entendermos que, por exemplo, as sanções e modos particulares de compreensão para o uso das mesmas substâncias se expressam diferentemente quando feito pela burguesia, conforme veremos.

2.2 A seleção dos "inimigos de guerra": particularidades do uso de drogas realizado pelos pobres

Ainda com o propósito de expor as aproximações conceituais necessárias ao estudo, podemos dizer que etimologicamente a origem do termo droga é, em geral, atribuída ao vocábulo de procedência neerlandês *drogue vate*, que significa 'barris de coisas secas'; estudiosos apontam que o emprego desta palavra foi registrado em meados do século XIV (COROMINAS, 1954 apud VARGAS, 2008), emergindo em razão das Cruzadas que materializaram a busca do Paraíso Terreal, ao encontrar substâncias exóticas com gosto de paraíso – as especiarias (pimenta, canela, noz moscada, gengibre dentre outras) – de origem não-europeia (VARGAS, 2008).

Tecnicamente podemos definir drogas como:

Qualquer substância que, por contraste ao 'alimento' não é assimilada de imediato como meio de renovação e conservação pelo organismo, mas é capaz de desencadear no corpo uma reação tanto somática quanto psíquica, de intensidade variável, mesmo quando absorvida em quantidades reduzidas [...] 'psicoativo' é um dos termos cunhados para referir as substâncias que modificam o estado de consciência, humor ou sentimentos de quem as usa (SIMÕES, 2008, p. 14).

O uso de substâncias psicoativas pelos pobres, especialmente⁵ com a finalidade de inibir a fome e suportar as privações, pode ser encontrado desde a Idade Média, quando era comum o consumo de pães mofados (em razão do armazenamento inapropriado) misturados às ervas alucinógenas ou entorpecentes como a papoula, o cânhamo, o joio e o esporão de centeio; nas palavras de Camporesi (1996, p. 17 apud VARGAS, 2008) era necessária a: "[...] mistura (por vezes deliberada) destes [pães] com vegetais e cereais tóxicos e narcóticos - [afinal] o ritmo atribulado de uma existência que beirava o bestial contribuía para a formação de modelos desviantes e visões delirantes [da realidade]".

No século XVI, além das particularidades quanto ao uso, também há registro de que o acesso às substâncias psicoativas era realizado de forma diferenciada entre as classes sociais: as misturas exóticas chegavam até os pobres a partir das feiticeiras, já o acesso dos

⁵ Especialmente mas não necessariamente, pois, como salienta Vargas (2008, p.46-7): "[...] nem tudo era fome, privação e morte entre os mais pobres durante a Idade Média e o Renascimento [...] a cultura popular europeia, nesse período, (também) tinha um caráter eminentemente cômico, marcado pela profusão de festas públicas, de ritos e cultos burlescos [...] que ganhavam as ruas sobretudo por ocasião do Carnaval [em que] a embriaguez era um meio privilegiado [...] para abertura do corpo ao mundo.

cavaleiros e príncipes, dava-se a partir das misturas produzidas por médicos e vendidas por mercadores (VARGAS, 2008).

No século seguinte, somaram-se às especiarias a descoberta de um grupo de alimentos – como o café, chocolate, açúcar, tabaco e bebidas destiladas – que, para além do sabor exótico que ofereciam, eram funcionais ao capitalismo:

A crescente demanda ocidental por esses 'alimentos-drogas' obedece a certas razões de ordem prática que convém destacar: enquanto as bebidas quentes, leves, estimulantes e não alcoólicas (como o chá, o café e o chocolate adoçados) se conformam com os ditames do capitalismo emergente e seus reclamos por sobriedade, racionalidade e disciplina no trabalho, **o tabaco e as bebidas alcoólicas destiladas tornam mais suportáveis a crescente (o)pressão disciplinar e as precárias condições de vida que se abatem sobre os mais pobres ao entorpecê-los.** Enquanto isso, o açúcar, rico em calorías, além de fornecer energia indispensável para o trabalho, adoça tudo aquilo que com ele se mistura (VARGAS, 2008, p. 48. Grifo nosso).

Dois séculos à frente, com os avanços nas áreas da farmácia e quimioterapia, inaugura-se a era das práticas médicas pautadas em terapêuticas com uso de drogas, no sentido de fármacos; culminando em 1930 com a síntese química da penicilina (importante antibiótico) e sua produção industrial no ano de 1940. E, de acordo com especialistas (BONNIE; WITHEBREAD, 1970; ESCOHATO, 1994; VARGAS, 2001,2005), é justamente em razão da invasão farmacêutica do fim do século XVIII e início do século XIX que se inaugura a partilha moral das drogas entre lícitas – se de uso prescrito pelos médicos (como foi o caso do uso terapêutico do ópio) ou ilícitas – para o uso não prescrito, gerando a criminalização de alguns usuários, especialmente os pobres. Para Vargas:

É preciso, pois, não perder de vista que a partilha moral entre drogas de uso lícito e drogas de uso ilícito é contemporânea da invasão farmacêutica [...] Por isso é preciso se precaver contra a naturalização da distinção entre drogas e fármacos – pois os fármacos também são, todos eles, drogas – e reconhecer que, embora as políticas oficiais sejam marcadas pela repressão ou, mesmo, pela guerra às drogas, no sentido restrito do termo, as relações que a maioria das sociedades contemporâneas (especialmente as ocidentais) mantêm com relação às drogas (no sentido amplo do termo) estão longe da univocidade, seja porque as políticas de repressão são, frequentemente, ambíguas, seja porque, mais fundamentalmente, jamais o consumo de drogas (no sentido amplo do termo) foi tão difundido ou, mais precisamente, foi tão incitado quanto no último século [XX] (2008, p. 55).

Para entender mais sobre o advento da guerra às drogas, cabe aqui elucidar que muito se deve aos encontros programados pela Organização das Nações Unidas, a partir dos anos 1960, em que foram estabelecidos parâmetros e regras sistematizadas para o tratamento dos psicoativos: uso legal sob estrito controle para uso médico, e a ilegalidade para qualquer outro uso. De acordo com Rodrigues, em pouco tempo o mercado de drogas legais passou à ilegalidade, para isto aponta o percurso que vai das Guerras do Ópio⁶, no século XIX, passando pela Lei Seca de 1919⁷, até culminar na concepção ideológica e efetivação de uma política de 'guerra às drogas'⁸, em 1972, visando combater traficantes e consumidores em solo norte-americano e também no exterior. Ainda segundo este autor:

Em outras palavras, as normas internacionais celebradas desde a Convenção Única da ONU sobre Drogas, de 1961, consagraram o proibicionismo como forma de tratar o 'tema das drogas psicoativas' no mundo [...] O discurso da 'guerra às drogas' serviu de base para importante reformulação das prioridades geopolíticas estadunidense em regiões do globo como a América Latina e o sudeste asiático [...] o tema do tráfico de drogas não apenas como um problema de segurança doméstica ou de um Estado, ma um perigo associado a uma ameaça à ordem mundial (RODRIGUES, 2008).

Quando partimos da conceituação da relação estabelecida entre o usuário e o tipo de droga usada, estudos apontam que estes, a despeito do uso legal ou ilegal, podem ser classificados em: *experimentador* – que experimenta uma ou mais drogas por curiosidade, sem dar continuidade ao uso; *social* – que usa uma ou mais drogas, quando disponíveis, em ambiente favorável, em situações específicas de lazer; *problemático* – é o que faz uso frequente de uma ou mais drogas, podendo ocorrer prejuízo nas relações sociais, familiares, profissionais e na vida em geral; e o *dependente* – faz uso frequente, em padrão de dependência, com prejuízo da saúde física e mental, além de prejuízo nos papéis sociais (SENAD, 2006).

⁶ Resistência do governo imperial chinês (entre 1839-42 e 1856-60) ao livre mercado de ópio em seu território, fechando os portos para entrada da droga produzida por companhias ocidentais. Tal postura gerou um confronto direto com forças inglesas, apoiadas por outras potências europeias (RODRIGUES, 2008).

⁷ *Volstead Act* ou Lei Seca aprovada em 1919 pode ser considerada a primeira lei proibicionista contemporânea. A aprovação desta lei significou a vitória do grupo puritano-moralista e a vitória das estratégias de enrijecimento do controle social por parte do governo estadunidense. No entanto, ao invés de suprimir o consumo do álcool, acabou por criar o mercado ilícito (IDEM,2008).

⁸ Um renovado projeto de repressão às drogas, sustentado em 1972, pelo então presidente dos EUA, Richard Nixon (IBIDEM, 2008).

Embora sejam importantes as definições acima, o que queremos apontar neste trabalho, comungando com Simões (2008, p.13,17) é que, tanto a definição de uma substância como 'droga' quanto a proibição do uso desta, dependem mais do modo como o Estado decide tratá-las que da análise de suas propriedades farmacológicas:

Mostra uma confluência complexa de processos de estigmatização de populações e de conflitos geopolíticos entre potências capitalistas e coloniais na expansão de formas de controle internacional compulsório e cooperativo destinado a erradicar todos os usos de psicoativos que não fossem considerados médicos ou científicos.[Ou seja] 'drogas' não são somente compostos dotados de propriedades farmacológicas determinadas, que possam ser natural e definitivamente classificadas como boas ou más. Sua existência e seus usos envolvem questões complexas de liberdade e disciplina, sofrimento e prazer, devoção e aventura, transcendência e conhecimento, **sociabilidade e crime, moralidade e violência, comércio e guerra** (Grifo nosso).

Como visto anteriormente, longe de arrazoar sobre todas as drogas e sua função na sociabilidade humana, mas apenas no sentido de ilustrar essa afirmação e exemplificar o que estamos expondo até o momento, parece-nos oportuno o caso do vinho – uma bebida alcoólica de origem mediterrânea, cujo registro histórico a aproxima dos anos 4.000 a.C. e que, em várias culturas, foi destinada às elites e, apenas quando oportuno, oferecida aos pobres:

No âmbito da vida pública, o vinho era um dos elementos da relação entre cidadãos e Estado: as distribuições gratuitas de bebida, em particular no mundo romano, era um benefício que unia ou separava governantes e governados [...] O vinho representava, assim, uma esfera essencial da vida das sociedades do Mediterrâneo antigo, tanto nas mais sagradas quanto nas mais prosaicamente mundanas. No universo concreto das relações humanas, o vinho era também um classificador de pessoas: separava adultos de crianças, homens e mulheres, escravos e homens livres, ricos e pobres (GUARINELLO, 2008, p.194-5).

Em duzentos anos, a contar dos séculos XIX ao XXI, ainda é possível afirmar a função das drogas na classificação social; situações equivalentes ao uso do vinho poderiam ser assemelhadas quanto ao uso da maconha – entendida ora como substância capaz de provocar o auto-conhecimento entre intelectuais ora como substância associada à criminalidade entre os pobres; ou a cocaína – servida em bandejas de prata, como um artigo

de luxo para o consumo de seletos (VELHO, 2008) ou fumada em cachimbos improvisados com restos de latas de alumínio dada sua manipulação na forma de crack⁹.

Não por acaso, à luz do trabalho de Escorel (2006), poderíamos falar que os usuários de drogas, especialmente os à época chamados de 'alcoólatras' (hoje, recomenda-se a nomenclatura 'alcooolista'), constituem no senso comum, ao lado de 'mendigos' e 'doentes mentais', um tipo de *perfil tradicional* dos moradores de rua, diferenciando-os do que seria um *perfil contemporâneo* a que pertencem os desempregados. Snow & Anderson (1998, p.40), no entanto, já afirmavam que – no caso estadunidense – para além do senso comum, a academia também contribuiu para essa visão:

Pesquisadores acadêmicos corroboraram essa percepção concentrando o grosso da pesquisa sobre a zona marginal em problemas com **álcool**, a despeito do fato de que apenas uma minoria da população ali era realmente **alcoólatra** (Grifo nosso).

No estudo de Rosa (2005), ao tratar da diversidade de expressões a que comumente são associadas as pessoas em situação de rua, durante as décadas de 1970 a 1990, no Brasil, no critério 'saúde e aparência', há registro das nomenclaturas 'alcoólatras', 'bêbados' e 'toxicômanos'; ratificando, o exposto acima.

De fato, faz muito tempo que o consumo de bebidas alcoólicas é considerado como um dos traços definidores centrais da subcultura dos homens moradores de rua, particularmente daqueles que se congregaram nas zonas marginais das cidades americanas e britânicas, sendo central nas vidas dos já citados andarilhos, de ter significativa relevância na vida dos chamados mendigos e, no caso dos andarilhos hippies, ser fortemente associado a outras drogas, com intenso uso (mais do que quaisquer dos nossos outros tipos de pessoas em situação de rua) e venda, especialmente para estudantes americanos. Contudo, é legítimo afirmar e discernir diferenças no comportamento das pessoas em situação de rua tanto em relação à bebida quanto às demais drogas – variando do uso experimental ao uso crônico (SNOW & ANDERSON, 1998).

⁹ Quimicamente falando, em um nível molecular, crack e cocaína em pó são quase idênticas. O crack é tipicamente produzido pela mistura de pó de cocaína com bicarbonato de sódio e água fervente. O que faz com que o crack se apresente mais potente não é a sua forma, mas o método pelo qual é ingerido. Tal como acontece com outras substâncias, quando fumada a absorção é mais rápida que quando aspirada (GWYNNE, 2013)

Destaca-se que o presente trabalho, ao selecionar as pessoas usuárias de álcool e outras drogas em situação de rua como sujeitos da pesquisa, em hipótese alguma pactua com o clássico “paradigma da vagabundagem” ou visão estereotipada que associa a condição de rua ao uso de drogas, ou mesmo a primeira situação como consequência da segunda. Muito pelo contrário.

Nosso propósito é, dentre outros, o de contribuir teoricamente na desconstrução do preconceito que aponta ser responsabilidade individual a situação de rua, como também ser esta situação, no entendimento do senso comum, uma espécie de recompensa pelo desvio de caráter ou falha moral decorrente do uso de álcool e outras drogas; como muitas vezes são vistas estas pessoas, conforme indicam Snow & Anderson (1998) ao considerar a *dimensão de valor moral e de dignidade* desta população.

Reafirmamos que se entende, neste estudo, ambos os fenômenos como um agravamento da questão social, imanente ao capitalismo, o qual exige apreensão de suas múltiplas expressões e formas concretas e que, em absoluto são processos naturais, daí que reclamam definição de políticas públicas de enfrentamento. O que nos leva a concordar com Silva, na seguinte citação, quando critica a ideologia de naturalização do fenômeno:

Essa tendência [à naturalização] leva a ver o fenômeno como um processo natural da sociedade moderna, que deve ser amenizado, controlado, para não comprometer a ordem burguesa, ou ainda como resultante dos traços invariáveis da sociedade humana e não como um produto das sociedades capitalistas. É, pois, uma tendência que atribui aos indivíduos a responsabilidade pela situação em que se encontram, isentando a sociedade capitalista da produção e reprodução do fenômeno e o Estado da responsabilidade de enfrentá-lo (2009, p.122).

2.3 A experiência brasileira na seleção dos "inimigos de guerra"

Desafios e tensionamentos foram (e são) postos desde as primeiras décadas do século XX, quando com a expansão mundial da política estadunidense de proibição às drogas, tratada na seção anterior, ficou delimitada – a partir dos saberes médico-psiquiátricos e jurídico-policiais – a abordagem repressora do tema drogas e dos que delas fizessem uso, apoiado no discurso de acabar com as drogas no mundo; modelo que foi, empenhadamente, seguido no Brasil (OLIVEIRA *et al*, 2010).

Não diferente de outros povos, o consumo de drogas na sociedade brasileira há muito permeia nosso cotidiano; no entanto, a questionável divisão¹⁰ entre drogas lícitas e ilícitas, bem como a sua criminalização, a partir da criação da lei penal, pode ser considerada também como algo característico da sociedade capitalista. De acordo com Karam (2003, p.45):

A seleção das situações conflituosas ou dos fatos socialmente negativos, que, sendo objeto da lei penal, vão ser chamados de crimes, constitui, pura e simplesmente, uma decisão política, que traduz uma manifestação de poder do Estado, [para] a obtenção de uma disciplina social, que resulte funcional para a manutenção e a reprodução dos valores e interesses dominantes em uma dada formação social [sociedade capitalista]. É isto que acontece com as drogas.

Retomando a discussão sobre o papel do Estado, pode-se dizer que no Brasil, quando o uso de drogas se estendeu para além do que era realizado dentro dos prostíbulo, pelos filhos da oligarquia, chegando ao uso nas ruas pelos negros, pardos, imigrantes e pobres, considerados os perigosos da década de 1920, esta instância de poder – que já se posicionava no sentido de regular o modo de vida da força de trabalho necessária ao modo de produção capitalista, que começa a ser implantado no Brasil no início do século XX – passa a se posicionar quanto à criminalização do uso de drogas (RODRIGUES, 2008).

Concomitante à criminalização das drogas, registra-se que o Estado, por meio de seus organismos nas diversas esferas de governo, assume uma intervenção voltada à limpeza dos indesejáveis, não abdicando de ações repressivas para eficiente higienização do espaço urbano, demarcando assim as primeiras manifestações da pobreza urbana no Brasil.

Por um século, dos anos 1900 aos anos 2000, a história vem se repetindo, com as mesmas medidas de controle e limpeza social, já manifestas desde a emergência da medicina higienista e suas interferências no cotidiano da população pobre, como exemplifica Gomes Júnior (2011):

Um dos maiores exemplos [...] foi a reforma urbanística do prefeito carioca Pereira Passos, famoso nacionalmente pela derrubada dos cortiços, demolição de casas, desodorização das ruas e pela maquiagem

¹⁰ As substâncias psicoativas, que, assim selecionadas, recebem a qualificação de drogas ilícitas, não têm natureza diversa de outras substâncias igualmente psicoativas (KARAM, 2003, p.45).

urbana operada na capital fluminense em nome da modernização e saneamento do espaço público.

Essa colocação pode ser claramente articulada com o trabalho de Rosa (2005, p.16), ao destacar em outra metrópole – São Paulo – o que ela nomeia de *arquitetura da exclusão*:

As décadas de 1970 e 1980 estão marcadas pela hostilidade e agressão do poder público em relação à população em tela. Administrações como a do prefeito Jânio Quadros [de 1986 a 1989] desenvolveram ações truculentas de despejo e perseguição sistemática a esta população. Os fatos mais graves foram a proibição de catar papelão, a expulsão das praças com jatos de água de carros-pipa e o cerceamento do direito de ir e vir mediante o gradeamento de praças e baixos de viadutos, dando início à chamada arquitetura da exclusão.

Em relação ao poder coercitivo do Estado sobre as camadas pobres, somamos a esta discussão o que afirma Yamamoto:

Na atualidade, as propostas imediatas para enfrentar a questão social no país atualizam a articulação assistência focalizada/repressão, **com o reforço do braço coercitivo do Estado** em detrimento da construção do consenso necessário ao regime democrático, o que é motivo de inquietação. (Grifos nossos. 2004, p.17,18.).

Não raro, esta tem sido também a resposta estatal de orientação neoliberal às demandas dos usuários de álcool e outras drogas; tratados como – quase exclusivamente – casos de polícia (apoiado pela mídia), longe de encará-los como sujeitos de direitos e deveres.

No que diz respeito à população usuária de álcool e outras drogas em situação de rua é adicionada a perversa relação com o verniz conservador da moralidade: dadas as “escolhas desviantes”, estes são visto sob outra ótica, a dos “pobres não merecedores” de uma atenção a sua saúde, pois, numa sociedade que afirma uma forma histórica de individualidade social, estes são observados como os que sofrem porque escolheram individualmente ser assim. Karam nos chama atenção para o fato de que:

A opção pelo controle penal sobre determinados fatos socialmente negativos ou situações conflituosas, que surgem em uma dada formação social, não só faz com que condutas que os constituem passem a ser chamadas de crimes, como faz recair sobre seus apontados autores um estigma, que, identificando-os como criminosos, leva a que eles passem a ser vistos como os 'maus', os 'inimigos', os 'perigosos', contrapostos aos que se veem como 'cidadão de bem'. Este estigma, que acaba por ser

assimilado pelos próprios indivíduos que o recebem, naturalmente conduz ao isolamento social e à marginalização (2003, p.56).

O acréscimo da discussão sobre a condição de uso de drogas à problemática das pessoas que vivem nas ruas apresenta-se aqui para ampliar o debate sobre o não acesso (ou acesso restrito) a direitos sociais destas pessoas, maximizado pelo duplo estigma: rua e droga. Demandas sociais não equacionadas no passado, imersas em um processo econômico-social contraditório, acrescidas dos impasses do presente, diante de novas determinações da crise do capitalismo em escala internacional, têm-se agravado e exigido, para velhos problemas, novas reflexões.

A questão das drogas forma um todo complexo e contraditório, seja do ponto de vista da substância, da licitude, dos distintos tipos de usuários (experimentador, social, problemático ou dependente), da comercialização, das legislações que regulam desde a criminalização ao cuidado com a saúde dos usuários ou, ainda, das políticas públicas existentes para o trato das problemáticas decorrentes do uso das substâncias psicoativas.

No caso brasileiro, a trajetória da política de saúde e, inevitavelmente, a de saúde mental e de álcool e outras drogas, bem como as políticas de assistência social para população em situação de rua, não passaram ao largo das transformações ocorridas (e suas consequências diretas) no Estado. Estas políticas sociais surgem em diferentes momentos e com formas distintas na abordagem aos usuários, particularmente das drogas consideradas ilegais. É disso que trata o capítulo seguinte.

3 POLÍTICAS SOCIAIS E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: ENTRE O CUIDADO E A GUERRA ÀS DROGAS

Desde a defesa da ideia apresentada por Keynes¹¹, no final do século XIX e início do século XX, que o incremento de políticas sociais é apontado como útil ao Estado em seu papel de restabelecer o equilíbrio econômico. Para Behring (2006, p.34): “[...] tratava-se do retorno do [Estado] mediador civilizador”, que seria questionado, na sequência, pelas elites político-econômicas, a quem coube a defesa – ao final dos anos de 1970 e 1980 – do Estado de orientação Neoliberal. E esta conjuntura não escapa ao caso brasileiro.

Pode-se dizer que, no Brasil, a configuração das políticas sociais e, conseqüentemente, dos dispositivos legais voltados à concepção da seguridade social, estão intimamente ligados às heranças históricas e às escolhas políticas feitas por esse país, amplamente condicionadas pelos ditames capitalistas. E, neste sentido, revelou divergente relação quanto ao entendimento do direito de acesso a bens e serviços segundo mérito ou segundo necessidade e riscos; como também contradições na valorização destas políticas com vistas aos direitos sociais (Campos *et al*, 2013), especialmente nos anos subsequentes aos de 1980.

Para Silva (2009, p. 30):

O Estado penetra ainda mais fortemente em alguns aspectos da vida político-econômica, tornando-se mais intervencionista do que antes, tendo mudado apenas as áreas e/ou formas de intervenção. Portanto, a reestruturação produtiva e as mudanças no mundo do trabalho não podem ser vistas de forma dissociada da reorientação do papel do Estado, cujas diretrizes imbricaram-se no propósito de atender aos interesses de expansão do capital.

Em que pese a nossa discussão, coloca-se que o legado da política social de saúde fundada nos marcos da década de 1980, a exemplo da Reforma Psiquiátrica, ainda desafia a instância pública quanto à operacionalização na melhoria das condições de saúde da população que, aqui, centra-se na Pop-AOD. Como bem coloca Behring, no tocante às demais políticas sociais:

¹¹ Refiro-me aqui às proposições Keynesianas, com ampliação das funções do Estado e sob a hegemonia do capital, de sustentação pública de um conjunto de medidas anticrisis ou anticíclicas, para a regulação econômica e social; dentre estas medidas, uma das estratégias é a política social (BEHRING, 2006).

Apesar do ascenso das lutas democráticas e dos movimentos sociais, que apontavam condições políticas e uma base de legitimidade forte para a realização de reformas efetivas, muitas contratendências se interpuseram a essa possibilidade. Os anos 1990 até os dias de hoje têm sido de contra-reforma do Estado e de obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988 (2007, p.147).

Some-se a isso, na década seguinte, nas palavras desta mesma autora (2003) a *contrarreforma do Estado*, conservadora e regressiva, ou ainda, a chamada *penalidade neoliberal*, nos termos de Wacquant (1999). Registra-se nos anos sequenciais aos 1990, ênfase na transferência das responsabilidades do Estado à sociedade civil, além da reedição do Estado repressor, com forte intervenção do aparelho policial e judiciário.

A abordagem encontrada em Wacquant, sobre a passagem do Estado-providência ao Estado-penitência, traz elementos fundamentais para o entendimento de como a reatualização deste processo disciplinador da população pobre pelo Estado, vem reconfigurando as políticas públicas de saúde, ampliando a lógica da guerra contra as drogas no Estado brasileiro e as consequentes contradições entre o sistema penal decorrente das políticas proibicionistas e a alegada proteção à saúde pública e proteção social à população em situação de rua.

Seja pela pactuação do controle da vida da maioria da população por determinada instituição soberana seja pela transferência das responsabilidades estatais à sociedade civil, ainda que sob a regência do Estado sobre esta, é sabido que o controle social da vida comungará com os anseios das classes dominantes, ou seja:

O controle social e a difusão da ideologia dominante constituem recursos essenciais, complementando outras maneiras de pressão social com base na violência, para a obtenção de consenso social [...], em outros termos: a difusão e reprodução da ideologia é uma das formas de exercício do controle social (IAMAMOTO, 1982, p.113).

Os fenômenos aqui pesquisados têm posto à prova, especialmente, as políticas públicas, pois descortinam estágios de precarização das condições de vida em graus de destituição crescentes. Diante disto, apontaremos as relações entre as continuidades e as mudanças recentes nas políticas sociais de saúde e de assistência social, com ênfase nos primeiros anos do segundo milênio, justificado pelo fato de que é possível observar neste intervalo de tempo - entre 2000 e 2013 - que tais políticas tiveram seu curso acelerado no

Brasil e, concomitantemente, tanto o uso de drogas quanto o uso das ruas ganharam maior visibilidade no País.

3.1 "Suavizando" a guerra: construção das políticas sociais voltadas à população usuária de drogas em situação de rua

Prosseguindo na discussão sobre os determinantes sócio-históricos da população aqui pesquisada, cabe, a partir deste ponto, elucidar a trajetória da política de saúde mental e de álcool e outras drogas no Brasil, bem como da política de assistência social destinada à população em situação de rua. Para tanto, coloca-se o que bem sinaliza Carvalho (2008, p.260), a propósito deste debate:

É na complexa e contraditória relação entre Estado, sociedade e mercado que se situa o consumo, a comercialização e um vasto elenco de regulamentações que abarcam tanto as legislações quanto as políticas sobre álcool e outras drogas, lícitas e ilícitas.

No caso da população em situação de rua, apesar de ser considerada um ‘problema’ ou ‘situação-limite’, no Brasil, desde a década de 1990¹², é apenas no ano de 2009, que este grupo populacional passa a ser elencado na agenda governamental, através do decreto N° 7.053 de 23 de dezembro, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Ou seja, esta atenção, como política pública, deu-se quase 20 anos após os primeiros indicativos de um problema quanto à condição dos que viviam nas ruas.

As demandas negligenciadas dos usuários de álcool e outras drogas, em especial os que se encontram em situação de rua, revelam-se como uma expressão da questão social, isto é, como parte constitutiva das relações próprias à sociabilidade capitalista, apreendida como demonstração ampliada das desigualdades sociais; a qual nos cobra indispensável recorrência à historicidade.

As primeiras pesquisas nacionais, datam do período entre 1995 e 2005, nas cidades de Porto Alegre (1995; 1999), Belo Horizonte (1998; 2005), São Paulo (2000; 2003) e Recife (2004; 2005). Estas, apesar de não terem seguido rigorosamente a mesma

¹² Segundo Albuquerque (2009), é possível afirmar que é nesta década que em nosso país, ao mesmo tempo que se consolidava um avanço social em relação às políticas de saúde, a “crise ética” do capital trouxe consigo um aumento considerável dos processos de exclusão social, aumentando a camada da população vivendo em condições de miséria e vulnerabilidade social; fato este que fez com que os históricos “moradores de rua” passassem a ser mais “facilmente” percebidos.

metodologia, trouxeram elementos que permitiram generalizações quanto ao perfil contemporâneo da população em situação de rua: prevalência do sexo masculino; idade entre 25 e 55 anos; sabiam ler (apesar de se encontrarem, predominantemente, no Ensino Fundamental); a maioria destas pessoas tinha experiência de trabalho antes; e era frequente o uso de álcool e outras drogas pelas pessoas em situação de rua (SILVA, 2009).

Posteriormente, pesquisa análoga, realizada em 2007, com população igual ou superior a 300.000 habitantes, em 23 capitais e 48 municípios brasileiros (excetuando as capitais citadas acima, em razão da realização de pesquisa recente de mesma finalidade), revelou que cerca de 70% das pessoas em situação de rua, encontravam-se nesta situação em razão do desemprego, problemas familiares ou do uso abusivo de álcool e/ou outras drogas (BRASIL, 2008). Porém, como acrescenta Albuquerque (2009, p.41): “[...] o desemprego e o uso abusivo de drogas ou álcool podem ser encarados como causas de desavenças nas famílias, as quais acabam por culminar na expulsão de um de seus membros para as ruas”.

A pesquisa realizada em Recife (2005) identificou cinco arranjos distintos para a condição de permanência na rua: famílias inteiras nas ruas; grupo de crianças e adolescentes; grupo de homens adultos alcoolistas; pessoas que ficam na rua circunstancialmente, mas que dormem em suas casas; e pessoas em sofrimento psíquico.

A propósito do exposto até o momento, sabe-se que seja qual for este grau de inserção, é fato que, no dizer de Yazbek (2004a, p.34):

Pobreza, exclusão, subalternidade [são também] uma forma de inserção na vida social, de uma condição de classe e de outras condições reiteradoras da desigualdade [...] definindo um lugar para os pobres nessa sociedade [...] Este lugar tem contornos ligados à própria trama social que gera a desigualdade.

Em se tratando de política pública de saúde, importante referenciar que a hegemonia política na sequência a 1988 não foi a que se esperava para a plena implantação do conjunto de direitos conquistados na Carta Magna. Somem-se a esta, a contribuição de Wacquant (1999, p.6), ao colocar que:

A despeito do retorno à democracia constitucional, o Brasil nem sempre construiu um Estado de direito digno do nome. As duas décadas de

ditadura militar continuam a pesar bastante tanto sobre o funcionamento do Estado como sobre as mentalidades coletivas, o que faz com que o conjunto das classes sociais tendam a identificar a defesa dos direitos do homem com a tolerância à *bandidagem*.

No trâmite do panorama das políticas públicas brasileiras orientadas a partir da configuração da Constituição Federal de 1988, figuraram as Reformas Sanitária¹³ e Psiquiátrica. Esta última, propôs a mudança de paradigma na atenção e cuidado à saúde das pessoas com transtorno mental ao considerar, para além da intervenção psiquiátrica, os direitos e liberdades destas, sem recorrência a tratamentos isolados e desvinculados dos ambientes familiar e comunitário (AMARANTE, 1995 apud RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2013). No entanto:

É sabido por aqueles que atuam no campo das drogas que a Reforma Psiquiátrica brasileira demorou a incorporar em seu discurso o cuidado e a atenção às pessoas que sofrem de transtornos decorrentes do uso de drogas e ainda que o próprio Ministério da Saúde não compreendia o fenômeno consumo de drogas como algo de sua responsabilidade (IDEM, 2013, p.6).

Rodrigues (2002) também formula uma crítica à Reforma Psiquiátrica, embora concorde que este movimento agregou às discussões sobre a prestação de serviços, importantes denúncias de violências nas instituições manicomiais e propôs a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, solidárias, inclusivas e libertárias, inspirada na estratégia de desinstitucionalização da Psiquiatria Democrática italiana, formulada por Franco Basaglia, nos anos de 1970.

Esta autora demonstra que, no Brasil, traços pós-modernos fundamentam o ideário desta reforma (psiquiátrica). Para Rodrigues, ao contrário da experiência italiana, não encontramos no cerne da Reforma Psiquiátrica brasileira uma preocupação com a materialidade da vida dos usuários dos serviços de Saúde Mental, nem há o estabelecimento de alianças capazes de assegurar uma perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica conduzida fora da lógica do mercado, quer dizer, dos interesses da iniciativa privada.

¹³ Movimento cujos aspectos principais foram: a politização da questão, ao expandir o debate da saúde para outros fóruns; a alteração da norma constitucional, ou seja, a incorporação do tema saúde na Constituição Federal/1988, como direito social e dever do Estado; e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais, cujas medidas visaram o fortalecimento do setor público, a universalização do atendimento, a redução do papel do setor privado na prestação de serviços de saúde, a descentralização política e administrativa, e a territorialização na execução dos serviços (BRAVO, 2006).

Para a política de saúde mental e de álcool e outras drogas, no fim da década de 1990, começa um processo de construção ideal de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas. Entretanto, não descolado do processo de contrarreforma estatal¹⁴, permanece a priorização da repressão ao tráfico de drogas em detrimento das ações de prevenção, destinando a maior parte dos recursos financeiros para a redução da oferta; e persiste o tratamento dos dependentes químicos baseado no modelo de atenção hospitalar, pelo o qual se dava nos moldes da internação em hospitais psiquiátricos, mantendo a lógica mercadológica no trato das políticas sociais.

Ainda assim, pode-se dizer que, no Brasil, os anos 2000 foram o divisor de águas para as políticas públicas de atenção às demandas destes usuários, haja vista que tanto a Política Nacional sobre Drogas¹⁵ quanto a Política Nacional para a População em Situação de Rua¹⁶, apontam princípios e objetivos que versam sobre a garantia e promoção de direitos quanto ao tratamento adequado a todas as pessoas com problemas decorrentes do uso indevido de drogas, bem como dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais; responsabilidade compartilhada nos três níveis de governo, a fim de tornar efetivos os resultados das ações propostas; e, de modo mais abrangente sobre o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda (BRASIL, 2009).

Contraditoriamente, pode-se afirmar também que, no mesmo período, paralelo aos principais avanços, em âmbito estatal, referentes ao cuidado à saúde integral dos usuários de álcool e outras drogas e ao cuidado das pessoas em situação de rua (usuárias ou não de drogas) constata-se um modelo de contrarreforma destas políticas públicas, que elucidaremos mais à frente.

Em 2001, foi aprovada a Política Nacional Antidrogas – PNAD; embora a nomenclatura remeta à influência estadunidense de 'combate às drogas', no Brasil, esta política – longe de atender aos anseios de um grupo seletivo, como na experiência dos EUA –

¹⁴ Por extrapolar a proposta nesta pesquisa, recomenda-se para estudo mais detalhado sobre a contrarreforma estatal brasileira, o trabalho de Elaine Rosseti Behring - **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

¹⁵ Aprovada pela Resolução nº 03/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005 (BRASIL, 2005a).

¹⁶ Aprovada pelo Decreto nº 7.053/DOU, de 23 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009).

foi resultado de um processo participativo que recebeu contribuições e propostas de vários segmentos da sociedade brasileira, levantadas anteriormente, em novembro de 1998, durante o I Fórum Nacional Antidrogas (BRASIL, 2001). Também em 2001, foi sancionada a Lei Federal nº10.216, cujo texto dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Além disso, esta lei é um marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificando de forma histórica as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde – SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde – MS, fortemente influenciado pelos movimentos sociais de defesa dos usuários de drogas (exp. Associação Brasileira de Redução de Danos – ABORDA, Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos – REDUC), adotou a “Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”, que incorporou diretrizes consoantes aos princípios da política de saúde mental vigente (Lei Federal nº10.216/2001) e os pressupostos da Organização Mundial da Saúde – OMS para a área de saúde mental¹⁷. Além dessa política, o MS já havia publicado anteriormente diversas portarias, respondendo às deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Mental e normatizando a atenção a usuários de álcool e outras drogas.

No ano seguinte, em 2004, a então Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD desencadeou um amplo processo descentralizado e democrático de realinhamento da Política Nacional Antidrogas vigente desde 2001. Seis fóruns regionais (Florianópolis, São Paulo, Salvador, São Luís, Manaus e Campo Grande) e um nacional (Brasília) foram realizados com a participação de mais de 3.500 pessoas representando os governos federal, estaduais e municipais, comunidade científica, organizações não-governamentais, profissionais da área de saúde, assistência social, segurança pública e justiça, religiosos, voluntários e educadores, que debateram temas relativos à redução da oferta, da demanda e de danos das drogas. Finalmente, no ano de 2005, o Conselho Nacional Antidrogas –

¹⁷ A OMS publicou o relatório intitulado “Saúde Mental: Nova Concepção”, que traz recomendações básicas para as ações na área de saúde mental/álcool e outras drogas (OMS, 2001).

CONAD, através da Resolução nº 03, de 27 de outubro de 2005, aprovou sem ressalvas a Política Nacional sobre Drogas¹⁸ (MORAES *et al*, 2011).

Também nos anos de 2004 e 2005 foram aprovados respectivamente, no Brasil, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e o Sistema Único da Assistência Social (SUAS¹⁹), que representaram a consolidação de pressupostos da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) de 1993, por meio de definições, de princípios e de diretrizes que norteiam sua implementação, através das proteções aprofundadas²⁰: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade. Já sinalizado, como um dos segmentos específicos desta política, as pessoas em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004a).

Em 2006, o Governo Brasileiro revogou as Leis nº 6.368/1976 e 10.049/2002, e sancionou a Lei nº 11.343, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD (BRASIL, 2006). Um dos principais avanços desta Lei é a distinção entre usuários / dependentes de drogas e traficantes. A Lei mantém a criminalização da produção e do comércio (tráfico) de drogas, mas não mais aplica pena privativa de liberdade aos usuários e dependentes de drogas.

Apesar de vários avanços no que se refere aos cuidados com os usuários de drogas, a nova Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005a) manteve sem alteração o primeiro pressuposto da I PNAD: “Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (BRASIL, 2005a, p.10).

Mais recentemente, no cenário de uso de drogas ilícitas, o crack passou a ser consumido em quase todo o território brasileiro. O agravamento da problemática desta droga no país, a despeito dos planos de enfrentamento em diferentes níveis de governo,

¹⁸ Agora, com a nomenclatura "sobre Drogas" e não mais "Antidrogas", como anteriormente, apontando para o amadurecimento conceitual e ideológico desta política.

¹⁹ Criado a partir das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em 2003, e previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), o SUAS teve suas bases de implantação consolidadas em 2005, por meio de uma Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS), que apresenta claramente as competências de cada órgão federado e os eixos de implementação e consolidação da iniciativa (BRASIL, 2005b).

²⁰ Proteção Social Básica - que tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da Proteção Social Especial, de Média e Alta Complexidade, cuja modalidade de atendimento assistencial é destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, **uso de substâncias psicoativas**, cumprimento de medidas socioeducativas, **situação de rua**, situação de trabalho infantil, entre outras (BRASIL, 2004a. Grifo nosso).

trouxe para o centro do debate – em grande parte pautado no senso comum – a droga como ampla ameaça. Assim, o tema passa a ser tratado com paixão e com abordagens fundamentalistas (salvação *versus* condenação), como as da campanha “Crack, nem pensar²¹” que trazem, por exemplo, mensagens em que os usuários de crack são os únicos responsáveis pela sua vida ou sua morte.

Cabe neste momento afirmar que a configuração do Estado brasileiro, dos anos de 1990 aos nossos dias, beneficiou-se com as Reformas Sanitárias e Psiquiátricas. As reformas ocorreram em governos de cariz neoliberal – Fernando Collor, Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Roussef; porém, o que distingue estes dois últimos governos dos demais é que a preservação dos interesses do capital nacional divide cena com (um tipo de) compromisso com os mais pobres.

Os marcos políticos e legais produzidos no país ao longo do século passado e os atualmente em vigência expressaram e expressam as diversas compreensões e propostas sobre a problemática das drogas na sociedade brasileira. Daí que, a própria Lei 10.216/01, já foi alvo de equivocada interpretação – no tocante aos tipos de internação²²; como também a Lei 11.343/06 – no seu artigo 28, que versa sobre a possibilidade de tratamento voluntário ao acusado –, oportunizando o apelo à Justiça Terapêutica como mecanismo de internação compulsória em massa (BOITEUX, 2009).

Sendo expressivo, no governo da atual Presidente do Brasil, Dilma Roussef, o ajustamento social da classe trabalhadora ao modelo de país que se prega (no caso em destaque, sem pessoas nas ruas usando drogas), com o discurso de remover qualquer obstáculos a um (suposto) novo crescimento econômico, no atual estágio do Estado brasileiro – de orientação neoliberal/neodesenvolvimentista²³ nacionalista que, no tocante às intervenções das políticas públicas de álcool e outras drogas, autoriza a designação de “suave” guerra às drogas, utilizada neste estudo.

²¹ Disponível em www.cracknempensar.com.br

²² O equívoco se dá ao compreender que todo e qualquer usuário de drogas deve ser internado, desconsiderando a lógica de tipos diferentes (experimentador, social, problemático, dependente) de usuários e a relação estabelecida com a droga, que nem sempre demanda tal internação, por exemplo.

²³ Deitando raízes no chamado nacional-desenvolvimentismo, que orientou a economia dos países subdesenvolvidos, sob a orientação da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL); embora, na atualidade, com característica distintas, a proposta neodesenvolvimentista vem ocorrendo em alguns países da América Latina, inclusive no Brasil (MOTA *et al.*, 2010).

Embora dividindo opinião entre estudiosos do tema, há quem afirme que a ação desta presidente, já em seus primeiros meses de mandato, em transferir a SENAD do gabinete institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, afastando-a ainda mais do Ministério da Saúde, evidenciou posição favorável a práticas judicializantes e repressivas do uso de drogas. Fato é que, simultaneamente ao apoio às comunidades terapêuticas (religiosas em sua maioria), existe o desapoio – especialmente por parte dos representantes da bancada legislativa que defendem interesses religiosos e de apoio à iniciativa privada na psiquiatria – à política nacional de tratamento do uso abusivo de drogas pautado na lógica da redução de danos, do tratamento em comunidade (territorial e comunitário), Consultório de rua²⁴ e ampliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas - CAPSad (ELIA, 2011).

Em se tratando dos usuários de drogas em situação de rua, evidencia-se um agravante: ações higienistas têm sido recorrentemente atualizadas. Ou seja, as pessoas que incomodam visualmente a sociedade, pelas várias situações de miserabilidade (dentre elas pobreza e drogas), são ícones de *ações minifascistas* (MERHY, 2012) amplamente legitimadas, melhor explicitadas a seguir.

3.2 Nem rua nem drogas: (re)construção da guerra aos indesejáveis

Como dispositivo importante à ordem internacional, os 42 anos de existência de uma “Guerra às Drogas” (lançada em 1962, nos EUA) vem se consagrando como um mecanismo de controle social de determinado segmento da população²⁵, na verdade, parece mais pertinente chamá-la de 'guerra contra as pessoas que consomem drogas', especialmente, populações pobres. De acordo com Carneiro (2013), esta guerra:

²⁴ Dispositivo clínico-comunitário, geralmente vinculado a um CAPSad, composto por agentes e técnicos redutores de danos, que funciona como uma estratégia de ampliação de acolhimento e acesso, aos usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social, prioritariamente em situação de rua. Em Recife, a primeira Equipe de Consultório de Rua foi formada no ano de 2010, compondo a rede do Programa Mais Vida – Redução de Danos, da Secretaria de Saúde.

²⁵ Pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (USP) ilustra a violação a direitos fundamentais, a criminalização da pobreza e o racismo, características marcantes das nocivas, violentas e dolorosas políticas antidrogas: 88% dos presos em decorrência dos flagrantes pesquisados permaneceram encarcerados durante o processo; 59% dos presos foram classificados como pardos (46%) ou negros (13%); o nível de escolaridade de 80% dos presos não superava o primeiro grau (LEAP, 2013).

É um mecanismo de, em primeiro lugar, controle social das populações pobres, pois permitem à polícia devassar a privacidade dos indivíduos em qualquer circunstância, sob o pretexto de busca de drogas. Em segundo, permite um controle de matérias-primas que são fundamentais na indústria farmacêutica, garantindo a hegemonia dos remédios desta indústria contra o uso de plantas tradicionais.

Em outros termos, a guerra não está sendo contra as drogas, “[...] mas o extermínio de crianças, jovens e adultos/as que tem suas trajetórias de vida marcadas pelo abandono, pela desproteção social e pela miséria, (re)produzidas por uma sociabilidade fundada na exploração e na mercantilização de todas as dimensões da vida social” (CFESS, 2012). São reflexões como esta que nos autoriza afirmar que a guerra tem um público alvo, selecionado para além da substância psicoativa.

Desde as décadas de 1920 e de 1930, as medidas oficiais do Estado brasileiro se concentraram no enfoque jurídico; clara adoção do modelo com referência na política proibicionista dos Estados Unidos, que segue um discurso político-jurídico de combate às drogas, sem distinção entre os diferentes tipos de usuários e o tráfico organizado (VELOSO, 2004).

A transposição indiscriminada das chamadas *drug courts* estadunidenses, pelo Brasil, aqui sob a denominação de "justiça terapêutica", uma discutível aliança entre o direito penal e a psiquiatria, não raro vem ampliando os males já sofridos pela sociedade brasileira:

A adoção das medidas norte-americanas de limpeza policial das ruas e de aprisionamento maciço dos pobres, dos inúteis e dos insubmissos à ditadura do mercado desregulamentado só irá agravar os males de que já sofre a sociedade brasileira em seu difícil caminho rumo ao estabelecimento de uma democracia que não seja de fachada [...] o **periclitamento do setor social** do Estado e o desdobramento de seu **braço penal** (WACQUANT, 1999,p.8,13. Grifo nosso).

Pode-se afirmar que a conjuntura atual aponta para a combinação “[...] recuperação moral e repressão do Estado” (IDEM, 1999,p.66) ou, ainda, uma contrarreforma na política de saúde mental de álcool e outras drogas, com forte penalização da população em situação de rua. Para Merhy (2012, p.15):

De modo hipócrita essa mesma sociedade controladora constrói mecanismos para que o uso das drogas seja crime a priori, empurrando os usuários de drogas para um ‘lugar de não humano’, nas margens dos espaços societários autorizados.

Ou, nas palavras de Wacquant:

A penalidade neoliberal apresenta o seguinte paradoxo: pretende remediar com um 'mais Estado' policial e penitenciário o 'menos Estado' econômico e social que é a *própria causa* da escala generalizada de insegurança objetiva e subjetiva em todos os países, tanto do Primeiro como do Segundo Mundo. Ela afirma a onipotência do Leviatã no domínio restrito da manutenção da ordem pública. (1999, p.4. Grifo original.).

Pela argumentação até o momento, ratificamos que o que orienta esta pesquisa são as mudanças e permanências das políticas públicas voltadas à Pop-AOD (com destaque para as de saúde e assistência social), entendendo que estas não escapam às transformações no mundo do trabalho e o contexto social e político macro, inaugurado no final dos anos 90, marcado por políticas neoliberais e o conseqüente recrudescimento do quadro de pobreza.

Assim, entendemos que as medidas interventivas propostas pelo Estado, através das denominadas políticas sociais, são limitadas a auxiliar na preservação da causalidade da questão social, restringindo-se apenas aos seus efeitos imediatos (PIMENTEL, 2012). No entender de Yazbek:

[temos um] precário sistema de proteção social público no país no contexto da crise mais global com que se defrontam as políticas públicas, particularmente as políticas sociais, na sociedade contemporânea. Crise que por sua vez explica nos marcos mais globais de redefinição do capitalismo [...] um processo de ‘mudança social regressiva’ que se expressa de diferentes formas [...] construindo uma trama social na qual ‘rompem-se as regulações que bem ou mal, ordenavam a desigualdade’ constitutiva do capitalismo [...] setores mais vulnerabilizados da sociedade que vêem seus apoios, suas conquistas e direitos ameaçados (2004a,p.33).

A “suave” guerra às drogas, na contemporaneidade, configura-se como um novo campo de tensionamentos que difere do modelo já experimentado de guerra às drogas que antecedeu os anos 2000, exatamente porque apela, sob a perspectiva salvífica da humanidade, para a legitimação da violação de direitos humanos, financiado pelo próprio Governo Federal, como, por exemplo, a remoção forçada da população vulnerável e em

situação de rua para instituições fechadas, incluindo comunidades terapêuticas privadas, em grande parte baseadas em práticas religiosas; além da contradição aos princípios laicos do Estado, não é incomum a ausência de profissionais qualificados, presença de trabalho involuntário, registro de tortura e cárcere privado.

Pela presente discussão, não cabe uma abordagem simplista sobre drogas, pautada meramente na tríade – judicializante, pecaminosa e medicocentrada – ainda presentes em nosso século. Apontam-se como importantes, a despeito de estarmos imersos numa sociedade capitalista que restringe direitos, reveladora da insuficiência das políticas sociais, a expansão do debate e a luta pela ampliação da cobertura destas políticas e acesso equânime pela população que delas necessitar; como também, gerar processos de discussão coletiva e socialização política que provoquem, inclusive, disputa pelo fundo público das políticas sociais, tornando tais políticas não só conhecidas como entendidas pelos cidadãos.

Observados ainda os anos 2000 é possível afirmar oscilações na legitimidade da política de “guerra às drogas”, o que oportuniza ora avanços ora retrocessos dos direitos conquistados pela população usuária de álcool e outras drogas. A criação de serviços de atenção psicossocial (Centros de Atenção Psicossocial — CAPS) em substituição à instituição total do manicômio, a partir da Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei Federal nº10.216/2001), apontou significativo exemplo de avanço.

Modelos de gestão da Saúde Mental, no início dos anos 2000, como os observados nos municípios de São Bernardo do Campo/SP e Recife/PE – que assumiram os investimentos na rede pública, a fim de prescindir dos equipamentos conservadores como *locus* de tratamento – comprovam que é possível um novo paradigma no Sistema Único de Saúde (SUS): com profissionais da Assistência Social que investem no trabalho em rede, que envolvem equipamentos diversos, como o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad), os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializado da Assistência Social para população em situação de rua (Centro POP) e que recorrem a projetos de redução de danos, além de acionarem a escola e o Programa Estratégia Saúde da Família (PSF), entre outros, no próprio território em que circula o indivíduo (SILVEIRA, 2011).

No entanto, sem fazer coro com os alarmistas (representantes da mídia sensacionalista, políticos conservadores, empresários do mercado hospitalar privado, dentre outros), é possível afirmar que o que vem ocorrendo com advento do crack, no Brasil, faz acender o sinal de alerta para o enfrentamento de mais uma edição, uma modalidade de “guerra às drogas” – se não nos mesmos moldes da proposta pelo presidente dos EUA, Richard Nixon – mas, de semelhante uso de controle coercitivo pelo Estado e de (não nova) convocação de profissionais do âmbito social, ao exemplo de assistentes sociais, como agentes estratégicos, requisitados junto à força policial.

Para respaldo da nossa discussão, ainda cabem dois comentários:

A luta antimanicomial trouxe à luz as condições desumanas aplicadas aos doentes mentais. Em vez da hospitalização em unidades de internação em hospital geral, prevalecia um sistema carcerário em que os maus tratos a pacientes eram a regra. Curiosamente, esse modelo obsoleto tende agora a ser preconizado para dependentes químicos (IDEM, 2011).

Importante lembrar que em 2006 foi aprovada uma nova lei de drogas no Brasil (Lei 11. 343/06), que teve por principal inovação a revogação da pena de reclusão para usuáries e usuáries de drogas. Pois é muito curioso que apenas cinco anos depois, em 2011, estejamos vendo a emergência de uma série de políticas e discursos orientados pela defesa de **medidas de reclusão para usuáries e usuáries de crack, não mais pela via criminal, mas por políticas assistenciais** [...] É como se o **mandato social de reclusão** para usuáries e usuáries de drogas precisasse ser assumido por alguém (PETUCO, 2012, p. 25. Grifo nosso).

Herdeiro direto da política proibicionista estadunidense de guerra às drogas dos anos 1960, o Brasil, como já referenciamos, revive na atualidade, paralelo a algumas conquistas sociais uma (re)edição dessa estratégia de intervenção pública, pela via da limpeza social dos indesejáveis, no caso, a Pop-AOD. Destarte, parece emblemático o Projeto de Lei 7.663/10, de autoria do deputado Osmar Terra (PMDB-RS), que propõe algumas alterações substanciais na política de drogas no Brasil (Lei 11.343/06), como: a internação involuntária de dependentes, que pode ser solicitada por um parente (fato que contraria princípios da estratégia de redução de danos no reconhecimento dos direitos dos usuáries); mudança no Sistema Nacional de Política de Drogas - SISNAD, incluindo as comunidades terapêuticas religiosas como participantes desse sistema (houve um veto completo a essa inclusão, quando a Lei 11.343/06 foi aprovada); e aumenta a pena mínima

do traficante de cinco para oito anos de cadeia (sem, no entanto, estabelecer critérios para diferenciar usuários de traficantes) (MEL, 2013).

Luciana Boiteux, professora de direito penal da Universidade do Rio de Janeiro, alerta para o fato de que:

A política de internação contra a vontade do usuário é autoritária e, do ponto de vista econômico, gera mais danos e gastos do que resultados [...] retrocede no sentido de assemelhar as internações ao tratamento dado aos dependentes químicos antes da Lei Antimanicomial de 2001 (AGÊNCIA BRASIL, 2013).

Seguindo o movimento nacional de contrarreforma psiquiátrica²⁶, em Recife, no início do ano de 2013, começou a tramitar na Câmara de Vereadores o projeto de lei nº17/2013 que sugeria o internamento compulsório de usuários de drogas, como principal estratégia de cuidado ao usuário de álcool, crack e outras drogas. O projeto de autoria do vereador Luiz Eustáquio, vem provocando ampla discussão entre os segmentos²⁷ profissional, acadêmico e militante da Reforma Psiquiátrica nesta cidade, que se posicionam radicalmente contrários, por entender: “[...] que o cuidado da saúde do/a usuário/a de álcool e outras drogas não se faz com segregação/higienização e criminalização através de iniciativas antidemocráticas, estas pelo contrário aumentam a discriminação e o afastamento das pessoas à rede de atendimento tanto do SUS quanto do SUAS” (RECIFE, 2013c).

Logo, projetos como o do vereador citado anteriormente, revelam que o contemporâneo momento da saúde mental de álcool e outras drogas, em especial, de atenção à população em situação de rua, parecem apontar para o recrudescimento da disputa de projetos antagônicos: de segregação dos usuários, por interesses econômico-

²⁶ Episódios como ações de violência e a arbitrariedade das forças de repressão do Estado – seja nas chamadas “cracolândias” ou implantação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP), nos municípios de São Paulo (SP) e do Rio de Janeiro (RJ) – são exemplares revelações do caráter conservador e autoritário da atuação do Estado (CFESS, 2012).

²⁷ Trabalhadores/as da Secretaria de Saúde, do Instituto de Assistência Social e Cidadania, da Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos do Recife; os Conselhos Regionais de Serviço Social e Psicologia; Trabalhadores do Programa Estadual de atenção aos usuários de álcool, crack e outras drogas: “ATITUDE”; representantes políticos e de ONG e associações diversas de defesa dos direitos dos usuários de álcool e outras drogas e dos usuários em situação de rua.

políticos²⁸ e de resistência, marcado pela luta para manutenção dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

No entanto, é preciso reconhecer que a crítica que se faz à Reforma Sanitária no Brasil (BRAVO, 2006) é comparável à crítica realizada aqui em Recife, das quais podemos apontar como algumas possíveis razões: a reorganização dos setores conservadores contrários à Reforma Psiquiátrica; elementos como a ineficácia do setor público diante do contínuo aumento da demanda em razão de novas drogas e/ou formas de uso (ao exemplo do crack); a redução do apoio popular – diante da ausência de resultados concretos na saúde da população, como a não cobertura dos serviços de saúde mental de álcool e outras drogas na região metropolitana; e, por vezes, o sucateamento dos serviços já existentes.

Ratifica a afirmação acima o fato de que na 9ª Conferência Municipal da Assistência Social, realizada entre os dias 23 e 25 de julho de 2013, a maior parte das reivindicações foram relacionadas à melhoria, qualificação e ampliação dos serviços e do número de trabalhadores da assistência social, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centros POP). E, como proposta inédita – de acordo com a avaliação da gestão em curso – o pleito pela atenção especial aos usuários de crack e outras drogas (RECIFE, 2013d).

Particularmente exemplar para nossa discussão sobre a Pop-AOD, foi o episódio de expulsão das pessoas em situação de rua que ocupavam a Praça Maciel Pinheiro, localizada na região central do Recife, evidenciado na mídia local, a partir de março de 2012: pessoas em situação de rua, comumente, fazem uso da praça como espaço de 'moradia' e da água do chafariz existente nesta praça, como apoio para banho e cozimento de alimentos. É possível observar uso frequente de drogas e presença de profissionais do sexo neste mesmo espaço.

Nada incomum como 'ponto de apoio' deste grupo populacional nas grandes metrópoles; fato é que, a despeito de inúmeras considerações e ponderações que podem ser feitas a este episódio, foram acionadas ações e intervenções que corroboram para a

²⁸ De acordo com Bravo (2006), apesar dos avanços do texto constitucional de 1988, há um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes. Para esta autora, permanecem em disputa o projeto de reforma sanitária e o projeto de saúde articulado ao mercado/privatista, sendo este último hegemônico nos nossos dias.

hipótese, anteriormente apontada, de que há uma disputa de projetos sociais (conservadores *versus* reformadores) para esta população, ou ainda, uma reedição de guerra às drogas em nossa cidade (a exemplo de outras metrópoles brasileiras). São significativas para nossa argumentação as matérias que circularam na imprensa pernambucana, à época:

[Matéria intitulada “**Faxina na praça**”] Pela manhã, 23 pessoas foram retiradas do local e encaminhadas à assistência social do município. À noite, funcionários da Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana (Emlurb) também começaram a isolar a praça com tapumes [...] O **policciamento** também foi reforçado [...] A secretária de Assistência Social do Recife, Niedja Queiroz, contou que, com exceção de duas crianças, todos os **indigentes** que buscavam abrigo na Maciel Pinheiro são dependentes de álcool, crack ou cola. Ela contou que todas as 23 pessoas retiradas do local foram encaminhadas para almoçar no Centro de Referência de População de Rua, na Avenida Norte. Mas oito delas **desistiram da ajuda** logo após a refeição (CAVALCANTI, 2012. Grifo nosso).

Esta segunda, de teor sensacionalista:

[Sobre internação compulsória e involuntária, Jota Ferreira, radialista da Rádio Folha, comenta] seja lá como for, Edvaldo, acredito que essa seja a **medida correta a ser aplicada** para tentar ajudar essas pessoas – **escravos do vício**, principalmente do crack. Aqui na região metropolitana do Recife é grande o número de adolescentes e adultos (jovens e velhos) dependentes dessa **desgraça que se chama “crack”** – o “**cachimbo do satanás**” (FERREIRA, 2013. Grifo nosso).

Diante do supracitado, salienta-se que material produzido pelo Ministério da Saúde, em 2005, sobre mídia e droga, revela que: “[...] a principal tendência na cobertura, conforme temos visto, ainda está em focalizar a relação da droga com a violência e reforçar a repressão como forma correta de enfrentar o fenômeno” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.29).

Na contramão do ideário conservador, foi criado em 2012, o movimento nacional denominado Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos (FNDDH). Este vem reunindo entidades e movimentos sociais que lutam por políticas públicas de drogas baseadas nos direitos humanos, posicionadas contra a atual política de drogas e assumindo os princípios da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos no acolhimento e no tratamento de usuários abusivos de drogas, no respeito aos princípios do SUS e aos princípios da lei 10.216/01, seguindo as diretrizes da IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial e da XIV

Conferência de Saúde, além do que preconiza o Decreto 7.053/09 que trata da política nacional da população em situação de rua (FNDDH, 2013).

Alinhada à FNDDH, em Pernambuco foi formada a Frente Pernambucana Drogas e Direitos Humanos (FPEDDH), lançada em 26 de setembro de 2013, composta por diversos segmentos e organizações, públicas e privadas, da sociedade²⁹. Semelhante à nacional, esta frente representa o movimento local com vistas à construção de uma nova política de drogas em Pernambuco, para resistir aos avanços de forças conservadoras e proibicionistas que também há muito se estabelecem em nível local.

Somando forças ao debate, profissionais assistentes sociais, que partilham da perspectiva crítica, assumiram, através do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, o seguinte posicionamento político:

A perspectiva crítica do Projeto Profissional do Serviço Social brasileiro e o caráter radicalmente democrático do trabalho profissional – comprometido, entre outros princípios, com a ampliação e a consolidação da cidadania, a defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e do autoritarismo – impõem aos/as assistentes sociais posicionamentos de valor e respostas que ultrapassem o imediatismo, a fragmentação e o senso comum que crivam o cotidiano da atuação profissional [...] No caso específico do trabalho profissional, que se vincula direta ou indiretamente com a efetivação de direitos dos/as usuários/as de drogas e seus/suas familiares, das pessoas vivendo em situação de rua ou dos/as moradores/as de comunidades que convivem com o tráfico de drogas, tais exigências são prementes (CFESS, 2012).

Não partilhamos da ideia de que é irreversível a tendência de uma política de atenção à Pop-AOD, tal qual a influenciada pelos pânicos morais que vêm minando os rumos das políticas estatais. Todavia, é sabido que “[...] a hostilidade e o medo despertado facilitam a intensificação do controle social, a ampliação do poder do Estado de punir e o simultâneo enfraquecimento do Estado Democrático de direito” (KARAM, 2003, p.64).

É preciso ter claro que os avanços e retrocessos das orientações políticas e os mecanismos legais são historicamente determinados e estão em permanente disputa. Entretanto, fenômenos tão complexos, quanto o das drogas e população em situação de rua,

²⁹ Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades, Conselho Regional de Psicologia (CRP/PE), ONG Libertas Comunidade, Conselho Regional de Serviço Social (CRESS/PE), Coletivo Formigueiro e a Marcha da Maconha de Recife.

requerem intervenções igualmente complexas. As respostas dadas pelo poder público devem sempre responder às necessidades dos seus cidadãos, sejam eles usuários/dependentes de drogas ou não; e devem estar baseadas em evidências, sobretudo, quando se presencia a particularidade dos sujeitos, como a condição de situação de rua, que requer modalidades de cuidado adaptadas aos consumidores e aos contextos onde são consumidas.

Quando o assunto versa sobre as drogas não cabem certezas ou simplificações. De acordo com Castilho (2012, p.36) “[...] não há dúvidas de que o crack é um problema grave, mas igualmente não há certeza de que a segregação do usuário seja a solução”. Os fenômenos os quais discutimos, seja a droga ou o uso da rua pela população pobre, cobram-nos ultrapassar os modelos obsoletos do passado insistentemente usados para responder aos problemas contemporâneos, no âmbito da sociabilidade humana.

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC, na sigla em inglês, 2010) defende o tratamento voluntário, atendimento especializado, interação com escola, família e religião, atenção integral e respeito aos direitos humanos. Para este órgão, é fundamental colocar a saúde no centro da política de drogas. Apesar desta orientação, no tocante à população usuária de álcool e outras drogas, que se encontra em situação de rua, Lancetti (2012) chama a atenção para o fato de que:

Agora, no Brasil, [retorna-se] a épocas medievais em que se pretende enfrentar o problema convertendo os ímpios em crentes por meio de reclusão em locais purificadores [...] quase todos os moradores de rua que consomem crack já foram internados em clínicas que, mancomunadas com a ação higienista não possuem qualquer projeto terapêutico [...] Foi ferida seriamente a cidadania da população miserável, **foi novamente penalizada a pobreza** como nos tempos mais obscuros da história mundial (p. 29-31. Grifo nosso).

Desta forma, o presente contexto reclama um Estado cujo papel localiza-se para além da leitura simplista do fenômeno das drogas: foco na doença ou na criminalização dos usuários. Partilho da compreensão de Bravo (2006), ao afirmar que é dever do Estado atuar em função da sociedade, como um Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, portanto, pela política de saúde e de assistência social. Com indispensável atenção aos princípios contidos na legislação mais recente sobre drogas,

quais sejam: respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, sua autonomia e sua liberdade; respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes (Lei 11.343/06, art. 4º, incisos I e II) (BRASIL, 2006).

É sabido que nas condições históricas de hegemonia ideológica do capital, sempre haverá o estabelecimento de meios de tutela e normatização da vida do trabalhador (IAMAMOTO, 1982), sendo a questão da Pop-AOD apenas mais uma instância de controle do Estado.

Logo, o que buscamos neste trabalho foi pesquisar os elementos da expansão conjugada entre a reatualização da “guerra às drogas” e os obstáculos enfrentados pela população em situação de rua, no acesso às políticas sociais. Para tanto, a investigação teve como sujeitos da pesquisa os usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, além dos profissionais que com estes atuam, na região central da cidade do Recife, conforme será visto adiante.

4 POPULAÇÃO USUÁRIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DO RECIFE: ENTRE A DEMANDA E O ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS

O desenho da institucionalidade, via políticas públicas, de atenção às demandas e ao acesso aos direitos sociais dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua (Pop-AOD), aponta para construção de respostas alternativas às limitações objetivas gestadas pela sociabilidade burguesa. Nossa hipótese orientadora é a de que está em curso uma contemporânea guerra às drogas, para a legitimação de uma reedição higienista de limpeza dos indesejáveis, contraditoriamente pautada num suposto cuidado destes usuários, na medida em que se ampliam serviços públicos, porém, restringem-se o acesso a estes.

Destarte, buscaremos evidenciar os determinantes econômicos, sociais e culturais para a construção e reprodução ideo-política dos aspectos conservadores, com ênfase no controle punitivo e segregador em contraposição aos avanços e concepções emancipadoras, presentes nas políticas sociais de saúde e assistência social, voltadas à Pop-AOD em Recife.

4.1. O caminho da pesquisa

Como afirmamos na introdução, a pesquisa aqui empreendida foi essencialmente qualitativa e quanto ao tipo de estudo, conforme Soriano (2004), podemos classificá-lo como exploratório-explicativo, por buscar explicar e interpretar fatos e processos sociais fundamentando-os com as teorias sociais pertinentes. Salientamos que, embora todas as fases anteriores também componham o caminho da pesquisa, a intenção desta seção é de tornar mais didática a exposição das fases referentes ao percurso metodológico utilizado para a escolha do lócus da pesquisa, levantamento e coleta dos dados, pesquisa de campo e análise dos resultados.

De acordo com o último Censo demográfico (2010) realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, possui uma população de 1.537.704 habitantes, distribuídos em um território de 218,50 km². Desde a publicação da Lei Municipal nº 16.293/1997, a cidade, que possui

94 bairros, passou a ser dividida em seis Regiões Político-Administrativas (RPA): RPA 1 – Centro, RPA 2 – Norte, RPA 3 – Nordeste, RPA 4 – Oeste, RPA 5 – Sudoeste e RPA 6 – Sul (ver Mapa 1). Esta divisão visa otimizar a formulação, execução e avaliação permanente das políticas e do planejamento governamentais (RECIFE, 2013a).

Mapa 1 - Divisão das Regiões Político-Administrativas na cidade de Recife

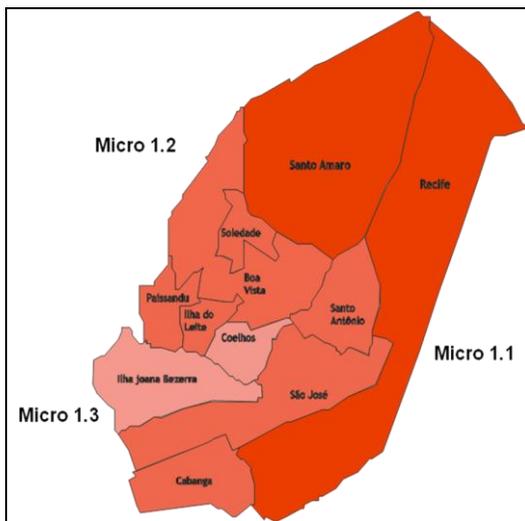


Fonte: Produção da autora a partir de arquivos da GVS/SDSDH, 2008.

O presente estudo foi realizado na Região Político-Administrativa 01 (RPA 01), com população residente³⁰ de 65.549 habitantes, por ser a área central da cidade, haja vista que as maiores concentrações da população em situação de rua encontram-se nos centros urbanos (SILVA, 2009). Esta região é subdividida em três microrregiões, composta pelos bairros: Recife, Santo Amaro, Boa Vista, Cabanga, Ilha do Leite, Paissandu, Santo Antônio, São José, Coelhos, Soledade e Ilha Joana Bezerra, conforme visto no mapa a seguir:

³⁰ A população residente constituiu-se pelos moradores em domicílios na data de referência do Censo/2010 (IBGE, 2010).

Mapa 2 - Divisão por bairros da Região Político-Administrativa 01



Fonte: Produção da autora a partir de arquivos da GVS/SDSDH, 2008.

No processo de apreensão do objeto de estudo, como subsídio à pesquisa documental, foi realizada uma revisão bibliográfica e criteriosa das fontes disponíveis no marco legal do conjunto das instituições responsáveis pela implementação da política brasileira de álcool e drogas, bem como, da política para a população em situação de rua – e seus desdobramentos em nível local (Pernambuco e Recife), como: Ministério da Saúde; Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)/Ministério da Justiça, Conselhos Nacional e estaduais de Entorpecentes/Antidrogas. Além dos relatórios da gestão municipal, planos (incluindo os estaduais, como o Pacto Pela Vida e Programa ATITUDE) e anais das Conferências de Saúde Mental e Assistência Social em Recife.

Para o trabalho de campo, elegemos em nível local o aparato institucional, organizado com serviços tanto do Sistema Único de Saúde (SUS) voltados aos usuários de drogas quanto os serviços que compõem o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) direcionados à população em situação de rua, a saber os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSad) e os Centros de Referência para População em Situação de Rua (Centro POP) respectivamente. Estes equipamentos significaram importantes respostas às demandas elencadas em décadas anteriores pelos movimentos sociais.

Em Recife, existem seis CAPSad (um para cada Região Político-Administrativa) e dois Centros POP: Centro POP Neuza Gomes (região norte da cidade) e o Centro POP Glória (região central). Pela localização central o CAPSad Prof. Luiz Cerqueira (bairro de Santo Amaro) e o Centro POP Glória (bairro da Boa Vista) foram os equipamentos escolhidos; além da proximidade geográfica (conforme Quadro 1), a indispensável articulação entre estes dois espaços institucionais na região central, área de maior concentração urbana da cidade, no cuidado à Pop-AOD foi o que nos levou a escolhê-los como universo empírico do estudo realizado.

Quadro 1 - Distribuição dos CAPSad e Centros POP por RPA

EQUIPAMENTO PÚBLICO	RPA	PÚBLICO ATENDIDO*
CAPSad Prof. Luiz Cerqueira	RPA 1	Adolescentes e adultos/as (ambos os sexos)
Centro POP Glória		Homens e Mulheres Adultos/as
CAPSad Estação Vicente Araújo	RPA 2	Homens e Mulheres Adultos/as
Centro POP Neuza Gomes		Homens e Mulheres Adultos/as
CAPSad CPTRA (Centro de Prevenção e Reabilitação de Alcoolismo).	RPA 3	Homens e Mulheres Adultos/as
CAPSad Eulâmpio Cordeiro	RPA 4	Homens e Mulheres Adultos/as
CAPSad Prof. René Ribeiro	RPA 5	Adolescentes e adultos/as (ambos os sexos)
CAPSad Prof. José Lucena	RPA 6	Homens e Mulheres Adultos/as

Fonte: Produção da autora a partir dos arquivos do Programa Mais Vida/SS e Centros POP/SDSDH.

*Este perfil corresponde ao período de jun/12 a jun/13.

Estes equipamentos sociais, apesar de terem finalidades distintas na prestação de seus serviços, têm em comum as características necessárias para o objeto de nossa pesquisa: preconizam ações intersetoriais, envolvendo práticas educativas e interface com outros setores da administração pública, através do acolhimento, da prevenção de agravos e vulnerabilidades, promoção da qualidade de vida, observação das singularidades e –

quando necessário – tratamento de saúde (RECIFE, 2004). Além de possuírem funcionamento administrativo semelhante: atendem no horário de 8h as 17h, à população adulta, de ambos os sexos, referenciada na Região Político-Administrativa 01 (RPA 01), região central do Recife.

Iniciamos o trabalho de campo realizando contatos com a Gerência de Proteção Social de Alta Complexidade da Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos e com a Gerência de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Secretaria de Saúde, ambas em Recife, para autorização do uso de dados (prontuários e base de dados) e realização da pesquisa, através de Cartas de Anuência (ver Anexos B e C). De posse das cartas de anuência, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da UFPE, autorizado sob protocolo nº 521.879 (ver Anexo A e F).

Assim, procedemos ao trabalho de levantamento dos dados secundários pertinentes à inclusão de usuários nos serviços de atenção e/ou programas das políticas sociais em tela. Considerando que em 2005 a população em situação de rua no Recife era de 1.390 pessoas, pode-se afirmar que o registro³¹ encontrado foi pouco expressivo, seja em cadastros sociais – como o CadÚnico (de 587.061 registros, apenas 41 eram de pessoas em situação de rua, em Recife) – seja nos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Outras Drogas – CAPSad (dos 1.650 registros, apenas 87 eram Pop-AOD). Ressalta-se que, a partir do relatório de monitoramento da Gerência de Vigilância Socioassistencial/SDSDH, também foi possível identificar que não se tratava apenas de subnotificação nos registros, mas, do pouco acesso destes usuários.

Embora tendo como fonte os dados referentes aos anos anteriores, corroborou para identificação do baixo registro do acesso da população em situação de rua, a pesquisa realizada pelo Grupo de Estudos sobre Álcool e Outras Drogas – GEAD³², com financiamento da FACEPE. A amostra consistiu de 1.957 prontuários de todos os usuários

³¹ Informações coletadas a partir da Ficha de Informação do Usuário/a dos CAPSad - FIU (Jun/2012 – Jun/2013) e do Tabulador de Informações do CadÚnico (TABCAD), Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação – SAGI/MDS (até junho de 2013). Disponível em: http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/cecad/tabulador_tabcad.php?p_forma=2&p_frequencia=1#tabela_link

³² “Entre pedras e tiros: perfil dos usuários, estratégias de consumo e impacto social do uso do crack”. Projeto de pesquisa submetido ao Edital FACEPE 13/2010. Estudos e Pesquisas para Políticas Públicas Estaduais Segurança Pública (FACEPE/SEPLAG) (UCHÔA, 2011).

que procuraram tratamento nos CAPSad da cidade do Recife, no período de julho/2010 a junho/2011. Nesta pesquisa, a amostra referente à população em situação de rua não foi sequer relevante para análise.

Para levantamento dos dados nos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Outras Drogas – CAPSad recorremos à base de dados informatizada denominada *Ficha de Informação do Usuário/a dos CAPSad – FIU*, hospedada no Datasus/FormSUS/Ministério da Saúde. Nesta, a identificação dos usuários “em situação de rua” foi extraída a partir das seguintes questões: Com quem mora, Endereço ou Tipo de Moradia/Domicílio (pois não há rigor quanto ao local de registro desta informação). Assim, chegamos ao quantitativo de 87 pessoas usuárias de drogas em situação de rua.

Posteriormente, foram confrontados os dados do livro de registro dos usuários (arquivo físico) do Centro Pop Glória com os prontuários/FIU dos CAPSad³³, a fim de identificar quantos destes, no período de junho de 2012 a junho de 2013, demandaram encaminhamentos aos serviços de atenção à problemática de uso de drogas e, mais especificamente, quantos destes foram encaminhados e acolhidos/admitidos³⁴ nos CAPSad. Este procedimento visou responder, em parte, ao objetivo de *investigar as contradições presentes na trajetória de acesso aos serviços sociais demandados por estes usuários, no centro da cidade do Recife, para garantia de seus direitos*. Desta forma, foi possível mapear que 144 usuários procuraram o Centro POP Glória e foram encaminhados para algum serviço³⁵ de atenção ao uso problemático e/ou dependência de drogas; destes, 136 foram encaminhados ao CAPSad Prof. Luiz Cerqueira, sendo que nenhum destes foi acolhido/admitido neste equipamento (territorialmente mais próximo do Centro POP Glória) e, apenas, 04 foram acolhidos/admitidos em CAPSad de outras RPA.

³³ Embora a intenção inicial fosse trabalhar apenas com os dois equipamentos (um da saúde e outro da assistência social) do centro da cidade, o reconhecimento da mobilidade da Pop-AOD em todos os bairros da cidade e o número ínfimo de registros desta parcela da população no CAPSad Prof. Luiz Cerqueira, fez-nos redesenhar a estratégia metodológica e assim, fazer o levantamento em todos os CAPSad.

³⁴ Acolhimento "é o tipo de demanda para o grupo de chegada ao CAPSad, indispensável para o processo admissional, por ter objetivo preparatório, de criação de vínculo e sensibilização para o tratamento; onde também é avaliada a modalidade (Intensivo, Semi Intensivo ou Não Intensivo) [...] Admissão "é o tipo de demanda que, por razões excepcionais, permite o ingresso do(a) usuário(a) imediatamente para alguma modalidade de tratamento, sem a participação deste(a) no Grupo Acolhimento" (MORAES, 2011).

³⁵ Programa ATITUDE e entidade beneficente, como o Lar Franciscano, além dos CAPSad.

Em relação às fontes primárias, utilizamos junto aos usuários do Centro POP Glória, a técnica de grupo focal – técnica de levantamento de dados que se produz pela dinâmica interacional de um grupo entre 06 e 10 pessoas, com presença de uma facilitadora e uma relatora, com duração máxima de 02 (duas) horas. A opção pela técnica do grupo focal se justifica pela possibilidade de, mediante interações intragrupais desenvolvidas com certo grau de liberdade e gerando uma cultura grupal, obter-se compreensões mais aprofundadas sobre determinado tipo de problema (GATTI, 2005, p.38). Julgamos esta técnica importante para *apreender o perfil e as particularidades dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua*.

A escolha pelo Centro POP Glória, localizado no bairro da Boa Vista, foi em razão de ser um espaço de fácil reconhecimento por esta população; por ser um serviço que realiza atividades diárias com este grupo populacional (porém, com nível de exigência menor que o encontrado nos CAPSad para participação nestas); e por ser um local em que estes usuários já estabeleceram vínculo de confiança.

Foram convidados, para participação no grupo focal, 10 (dez) usuários – a fim de assegurar, diante de possíveis desistências ou recusas, o número mínimo de participantes. Como critério de inclusão para participação neste grupo elencamos: perfil de uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, em situação de rua, adultos, de ambos o sexos, com histórico de atendimento em serviços públicos de atenção às problemáticas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (por exemplo CAPSad, Casa do Meio do Caminho/Albergue Terapêutico, Unidade de desintoxicação, Consultório de Rua ou similares) ou histórico de demanda para estes serviços. O critério de exclusão foi: não ter diagnóstico de transtorno mental e/ou estar sob efeito de substância psicoativa (no caso de uma destas condições desfavorecerem a participação no grupo).

Na realização do Grupo Focal, para otimização da técnica, somado ao registro das falas, optamos pelo registro gravado, com prévia concordância dos usuários, sob argumentação do sigilo e responsabilização da guarda destes registros pela pesquisadora (Apêndice C). A organização da sessão incluiu a autorização verbal para uso de sala no Centro POP Glória, a definição de uma relatora e uma moderadora, convidadas pela

pesquisadora. Assegurados local e a data (dentro da rotina de atividades oferecidas pelo serviço) e considerando a rotatividade dos usuários neste centro, foi elaborado um convite simplificado, entregue no dia anterior, ressaltando o objetivo do encontro e a condição de participação voluntária.

Das 10 pessoas convidadas quatro compareceram. Fator que não impediu a realização do grupo, visto que a depender da finalidade: "[...] em termos de um número mínimo, é perfeitamente possível fazer um grupo focal com três ou quatro participantes" (BARBOUR, 2009, p.89). Para cada participante, atribuímos em momento posterior, um codinome relacionado às especiarias³⁶, visando à garantia do anonimato. O grupo foi composto por 01 mulher e 03 homens, com o perfil descrito na tabela abaixo:

TABELA 1 - PERFIL DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS

Codinome	Sexo	Idade	Raça/cor	Tempo de Rua	Tipo de droga	Escolaridade	Curso técnico/ profissionalizante
<i>Noz-Moscada</i>	Feminino	29	Branca	Desde a infância	Cola de sapateiro; Crack	Ensino fundamental II incompleto	Não
<i>Açafrão</i>	Masculino	50	Branca	Desde a infância	Maconha; Crack	Ensino fundamental II incompleto	Turismo; pintor (Pronatec); doces e salgados.
<i>Canela</i>	Masculino	34	Parda	2 anos e 3 meses	Álcool	Ensino Médio Completo	Vigilante; Serralharia; Solda naval; Eletricista
<i>Pimenta</i>	Masculino	36	Negra	18 anos	Crack	Ensino Médio Completo	Mecânica de automóveis.

A escolha por estes sujeitos Pop-AOD se deu pelo fato de serem eles, fundamentalmente, o público-alvo dos objetivos, táticas e estratégias que orientam as legislações específicas, planos e projetos das políticas elencadas neste estudo, ou seja, por serem informantes privilegiados da sua própria história. Salientamos que, apesar de serem escolhidos sujeitos que, de certa forma, já tinham acessado algum equipamento social público (Centro POP e/ou CAPSad), anterior à realização da pesquisa, a observação da realidade já demonstrava que ainda assim, não raras vezes, estes eram cerceados quanto ao

³⁶ A opção pelas especiarias se deu em razão de serem estas substâncias as primeiras com efeito exótico e (imaginado) poder transcendente que se tem registro na história (SCHIVELBUSCH, 1993); posteriormente usadas apenas como temperos para o preparo de diversos alimentos, sem qualquer efeito "mágico". Nosso propósito com esta analogia foi demonstrar, à luz dos relatos, que tudo é passível de transformação, sejam as substâncias sejam as histórias de vida destes usuários.

acesso a direitos e serviços sociais básicos, em razão da situação de rua, agravada pelo uso abusivo e/ou dependência de drogas.

As questões norteadoras colocadas no grupo foram "Como vocês chegaram/conheceram estes serviços (CAPSad e Centro Pop)? Por que vocês vêm aqui? e o que vocês consideram como direitos?" (Apêndice A). Observou-se que, na maioria do tempo, as falas ocorreram democraticamente, com intensa participação das pessoas convidadas; ocasionalmente foi necessária a intervenção da moderadora.

Foram evidenciados nas falas elementos como: cronicidade da situação de rua e a pouca efetividade das políticas públicas para emancipação desta condição; violência policial e/ou abuso de poder; o reconhecimento do trabalho realizado pelos profissionais com intervenção direta com a Pop-AOD; os recursos imediatos (alimentação e higiene) oferecidos pela política de assistência social como principal estratégia de sobrevivência; a ausência de uma política de trabalho. A análise destes apontamentos contribuiu significativamente para os resultados que apresentaremos adiante.

Ao final do grupo, agradecemos a colaboração de todos e esclarecemos que haverá a devolutiva da pesquisa, após o cumprimento dos trâmites acadêmicos. Na sequência, a pesquisadora reuniu-se com a relatora e a moderadora para discutir as impressões e observações quanto à dinâmica e ao desenvolvimento do trabalho.

Para o segundo grupo escolhido (profissionais Agentes Redutores de Danos e Educadores Sociais), preferimos a técnica de entrevista semiestruturada para o levantamento dos dados primários, principalmente pelo fato desta oferecer perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação, como também, descrição dos fenômenos sociais, como sua explicação e a compreensão de sua totalidade (TRIVIÑOS, 1987). A realização da entrevista semiestruturada foi oportuna para captar, sob a ótica das pessoas entrevistadas, informações relativas às *determinações sócio-históricas, políticas e econômicas na formulação da Política Municipal de Atenção aos usuários de Álcool e Drogas e da Política Municipal para a População em Situação de Rua do Recife* (roteiro da entrevista no apêndice B).

Foram convidados 03 (três) Agentes Redutores de Danos do CAPSad Prof. Luiz Cerqueira e 03 (três) Educadores Sociais do Centro POP Glória. Aqui, o critério de inclusão

se deu pela atuação na região central do Recife e vinculação profissional a estes equipamentos por no mínimo 06 meses. Inicialmente propomos serem de ambos os sexos, porém, em atenção aos critérios anteriores, só foram entrevistados trabalhadores do sexo masculino. Os profissionais que não atenderam à composição requisitada foram excluídos do processo.

Realizamos as 06 (seis) entrevistas semiestruturadas, individuais, com duração média de 40 minutos cada. As entrevistas realizadas com os profissionais Agentes Redutores de Danos aconteceram em um único dia, na sala da Gerência de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, após o horário de expediente dos demais profissionais que compartilham este espaço e em horário próximo à saída dos ARD para o campo (trabalho noturno na rua), a fim de não prejudicar as atividades. Com os Educadores Sociais, foram necessários 03 (três) dias, pois um dos entrevistados não compareceu em 02 dos encontros. Em vista disto, do convite inicial à realização da entrevista, apenas uma das pessoas precisou ser substituída, em razão das desmarcações; fato que gerou atraso na conclusão desta etapa.

A flexibilidade possível na técnica de entrevistas permitiu, inclusive, que fossem pautados temas afins (qualificação das equipes, solidariedade, por exemplo), não previstos no roteiro de entrevista, mas que se revelaram imprescindíveis à discussão do problema de pesquisa.

Tal qual ocorrido na realização do grupo focal, foi solicitada autorização dos entrevistados para que pudéssemos gravar as falas e também ratificado o compromisso com o sigilo (Apêndice D). Também foram adotados codinomes, desta vez relacionados aos chamados "alimentos-drogas"³⁷, visando à garantia do anonimato. Desta forma, foram entrevistados profissionais com as seguintes características:

³⁷ Nomenclatura utilizada por Mintz (1986) que, para a analogia aqui realizada teve o propósito de, tal qual o trabalho destes profissionais em campo, provocar a discussão sobre outros danos, para além do uso de drogas ilícitas.

TABELA 2 - PERFIL DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

Codiname	Sexo	Idade	Raça/cor	Tempo de trabalho com a população em situação de rua	Política Social a que seu trabalho atual se vincula
<i>Chocolate</i>	Masculino	37	Negra	20 anos	Saúde
<i>Café</i>	Masculino	24	Negra	4 anos	Saúde
<i>Açúcar</i>	Masculino	26	Parda	6 anos	Saúde
<i>Chá</i>	Masculino	26	Branca	3 anos	Assistência Social
<i>Sorvete</i>	Masculino	25	Branca	4 anos	Assistência Social
<i>Refrigerante</i>	Masculino	41	Parda	4 anos	Assistência Social

Julgamos pertinente o levantamento de dados junto a estes profissionais, pois, a partir da experiência destes, seria possível enriquecer a investigação sobre as (prováveis) razões para a perpetuação de uma postura institucional restritiva à atenção integral da população em situação de rua, especialmente, dos que fazem uso abusivo/dependente de álcool e outras drogas.

Foram recorrentemente evidenciados nas falas dos profissionais aspectos como: burocratização dos processos (de encaminhamento, atendimento, cuidado etc.); comprometimento da qualidade do trabalho pela pouca infraestrutura (especialmente para o turno noite); sobreposição de equipes no território; ausência de planejamento para o efetivo trabalho com a população em situação de rua e a dificuldade de trabalhar a singularidade desta população junto aos demais profissionais de serviços tradicionais. Estas falas compuseram a análise da dinâmica institucional e prático-operativa das políticas de assistência social e saúde, presente nesta pesquisa.

Tanto no grupo focal quanto nas entrevistas a amostra foi intencional (onde se recorre, necessariamente, a critérios) e de conveniência, sem a finalidade de produzir generalizações ou dado probabilístico.

Para entender e compor os dados partimos do pressuposto de que: "[...] uma boa análise considera que existe uma relação inseparável entre a ação do ser humano enquanto sujeito histórico e as determinações que o condicionam" (MINAYO, 2010, p.26). Neste sentido, realizamos uma análise crítica da realidade, triangulando a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e a pesquisa de campo, esta última com usuários e profissionais, a partir da perspectiva dialética de desvendamento (IDEM, 2004), sob o olhar e as referências

deles próprios, ao mesmo tempo situando-os na dinâmica sócio-histórica das políticas de saúde e assistência social, em nível nacional e local.

O corpus teórico foi composto por todo material produzido no grupo focal e nas entrevistas semiestruturadas, assim os roteiros constituíram instrumentos de trabalho de campo, visando à mediação entre o marco teórico e a realidade empírica (MINAYO, 2010). Pode-se dizer que, para as entrevistas semiestruturadas, buscou-se tópicos que guiassem uma conversa com finalidade, com a preocupação de articular em cada questão os objetivos específicos sem, no entanto, engessar a comunicação.

Em relação à análise dos dados advindos das técnicas aplicadas (entrevistas semiestruturadas e grupo focal), consideramos o momento da transcrição importante fase constitutiva na verificação do objeto. Conforme argumenta Manzini (2008),

Apesar de o objetivo da transcrição ser transpor as informações orais em informações escritas, nesse processo, ocorre um segundo momento de escuta, no qual podem permear impressões e hipóteses que afloram intuitivamente durante o ato de escutar e transcrever [...] Esses apontamentos, na maioria das vezes, são muito válidos para a interpretação dos dados (p.4).

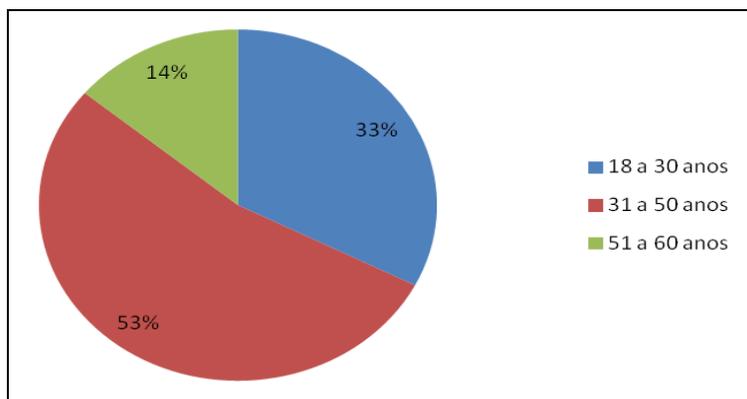
Em ambas as técnicas, nosso interesse foi o de proporcionar elementos que fizessem emergir os mais diversos posicionamentos, visões de mundo, juízos valorativos e outras reflexões acerca do nosso objeto de pesquisa, advindos dos entrevistados. Salientamos, apenas, que no momento de transcrição, em razão da possível apresentação pública das falas, foram feitos pequenos ajustes na grafia, pois, de acordo com especialista, é conveniente proceder assim para não constranger os sujeitos pesquisados quando tiverem acesso à publicação.

4.2 Perfil da população usuária de álcool e outras drogas em situação de rua no Recife

Para elaboração do perfil geral dos usuários de álcool e outras droga em situação de rua – Pop-AOD, recorreremos aos prontuários informatizados dos CAPSad, tendo em vista que apresentavam registros mais detalhados que os encontrados no Centros POP Glória.

Do total de 1.650 usuários triados nos CAPSad, 87 referiram estar em situação de rua; destes, 74 eram do sexo masculino e 13 feminino; a idade média foi de 37 anos, com a maioria entre 31 e 50 anos, seguido da população entre 18 e 30 anos; ou seja, um percentual expressivo da população em idade produtiva:

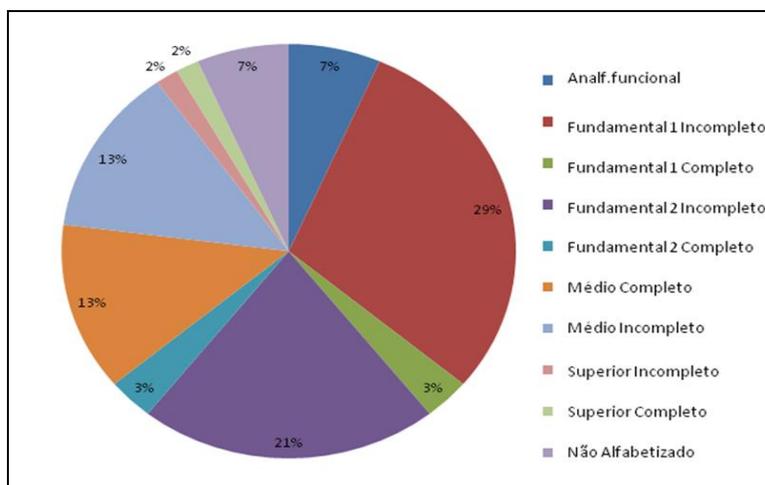
Gráfico 1 - Idade em Intervalos



Fonte: Produção da autora a partir dos prontuários informatizados dos CAPSad- jun.12/jun.13.

Quanto ao nível de escolaridade, afóra a proporção daqueles que não informaram (26 usuários) ou não foi uma questão valorizada no momento do preenchimento do prontuário, é possível afirmar que predominava o Ensino Fundamental 1 Incompleto (29%), acompanhado pelo de Ensino Fundamental 2 também Incompleto (21%), conforme visto no gráfico:

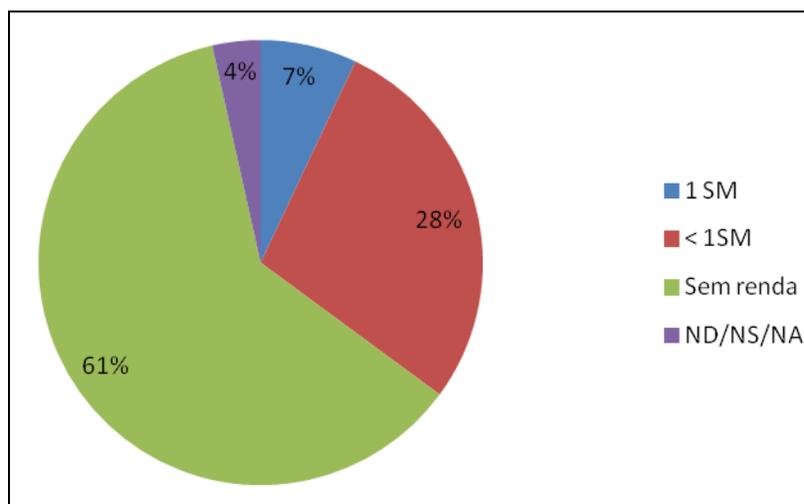
Gráfico 2 - Nível de Escolaridade



Fonte: Produção da autora a partir dos prontuários informatizados dos CAPSad- jun.12/jun.13.

No quesito renda individual, 35 pessoas referiram não ter renda alguma; 16 informaram que esta era menor que 1 salário mínimo; 4 afirmaram ter renda igual a 1 salário mínimo; e 2 pessoas não souberam/não declararam/não se aplicava (NS/ND/NA) responder a pergunta (Gráfico 3). Em 30 prontuários, as respostas a este quesito estavam em branco.

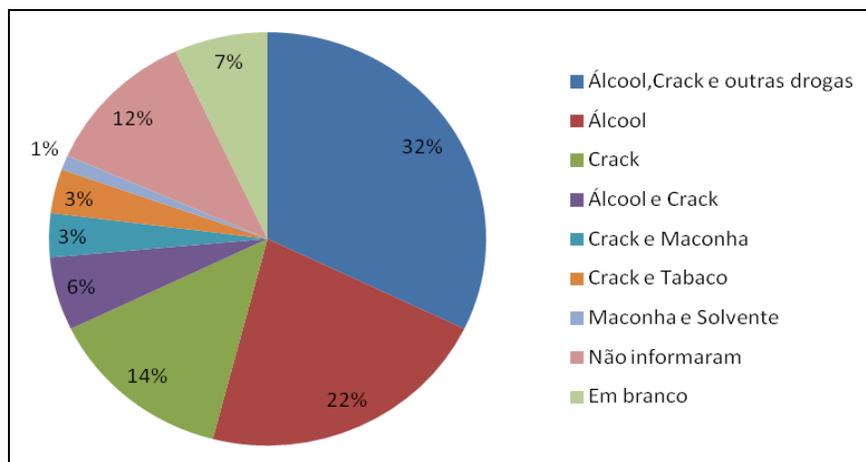
Gráfico 3 - Renda Individual



Fonte: Produção da autora a partir dos prontuários informatizados dos CAPSad- jun.12/jun.13.

Quando perguntado sobre a droga que motivou o tratamento a maioria (32%) era poliusuário, ou seja, declarou uso problemático de mais de uma droga; 22% referiu exclusivamente álcool; 14% exclusivamente crack, como razão da procura de tratamento em CAPSad. O gráfico 4 apresentado abaixo chama a nossa atenção para o fato de ser o álcool (exclusivamente ou associada à outra substância psicoativa) a droga de eleição para uso mais presente dentre a população estudada, percentualmente:

Gráfico 4 - Droga que motivou o tratamento em CAPSad



Fonte: Produção da autora a partir dos prontuários informatizados dos CAPSad- jun.12/jun.13.

O perfil encontrado nos CAPSad corrobora com outros estudos sobre a população em situação de rua: prevalência do sexo masculino, em idade produtiva para o mercado de trabalho, com predomínio do Ensino Fundamental quanto à escolaridade.

Acrescenta-se a este perfil, sem qualquer intenção de generalizar, o exposto nas entrevistas com profissionais, que afirmam ser comum entre a população atendida a relação de uso de droga e prostituição:

A gente tem o Parque 13 de Maio [parque central do Recife], que é um parque que tem muito a questão da prostituição e também da droga [...] Você vai pra área da MKB [boate localizada no centro da cidade], que é uma área de tráfico, de prostituição e de uso (informação verbal)³⁸; [...] as duas eram mulher, situação de rua, usuária de droga e profissional do sexo (informação verbal)³⁹.

Quanto à concentração do uso de droga nos bairros da RPA-01 e faixa etária dos usuários, a pesquisa revelou que esta variava de acordo com os pontos de apoio da cidade (viadutos, praças e parques) sem, no entanto, ser a condição de situação rua, necessariamente, a motivação para tal uso:

Ali na área do Cabanga, por exemplo que é uma área mais afastada do centro, já no limite da RPA 01 com a 02, os usuários, que ali estão em situação de rua em viadutos contam pra gente que **usam apenas álcool**;

³⁸ Fala de Chocolate obtida no momento da entrevista.

³⁹ Fala de Café obtida no momento da entrevista.

são pessoas mais velhas e tem esse perfil. Ali, na Praça Sérgio Loreto, a gente também vai ter pessoas que **usam mais álcool** e, justamente, a gente observa que **são as pessoas mais velhas, quase idosos, que permanecem no uso forte do álcool**. Quando a gente fala de pessoas **mais jovens**, aí é que a gente vai ver o **uso, sobretudo, do crack**, que é muito forte. **Agora eu, particularmente, não consigo visualizar essa "associação clássica" que as pessoas fazem: está nas ruas porque está nas drogas ou está nas drogas porque está na rua. Eu acho que tem diversos fatores; já tive caso de uma pessoa que estava em situação de rua, um usuário, porque flagrou a mulher o traindo com o irmão, no Rio de Janeiro! (informação verbal)**⁴⁰.

Ou a maioria das vezes **ele não é nem usuário de droga e tá na rua por outras vulnerabilidades** e outras situações que procuram o *consultório* [Consultório de Rua] também (informação verbal)⁴¹.

As principais demandas apresentadas pelos usuários às equipes foram em relação à moradia, alimentação, emprego/trabalho, tratamento de saúde e providência de documentação. Respondidas no limite das políticas sociais com ações tímidas.

Estas demandas foram ratificadas por todos os participantes do grupo focal, quando perguntada a razão deles procurarem estas equipes e/ou serviços:

Aí os meninos me deram um toque dizendo que aqui no Centro POP atendia, né, em termo de dar um café ou um almoço e ordem pra tirar documento de graça (informação verbal)⁴².

Bem, eu, eu fui albergado no Cordeiro, né, dormia na rua, e eu procurei o CRAUD [Centro de Referência de Acolhimento ao Usuário de Drogas] - que hoje é o ATITUDE - e frequentei o CAPS lá do Cordeiro e dormi na rua até esperar uma vaga e depois me encaminharam ao albergue no Cordeiro também, onde passei seis meses, fiz três cursos, estudei. Depois de seis meses, me botaram no auxílio moradia lá no Cordeiro, depois o prédio que eu morava foi embargado pela Prefeitura, estava pra cair e aí eles me trouxeram para aqui, pra Casa de Passagem que era no Recife Antigo e, depois de uma semana, eles me encaminharam aqui pro Centro POP. Quando eu cheguei aqui, o Centro POP já tinha arrumado um quarto pra mim na Rua da Glória, onde eu estou até hoje (informação verbal)⁴³.

E, o educador mesmo disse pra mim que tinha o Centro POP, que tirava documento, encaminhava a gente pra tirar documento, tinha um café, tinha um almoço, tinha um banho também... Aqui já foi um abrigo, já passei por aqui, no dormitório, no abrigo, me encaminharam também pra

⁴⁰ Fala de Chá obtida no momento da entrevista.

⁴¹ Fala de Chocolate obtida no momento da entrevista.

⁴² Fala de Pimenta obtida no momento do Grupo Focal.

⁴³ Fala de Açafreão obtida no momento do Grupo Focal.

o aluguel social, aí me entreguei - na época - porque eu estava nas drogas, no crack, aí me entreguei (informação verbal)⁴⁴.

O que mais ajuda, assim, a gente que tá na rua... o próprio morador de rua rouba morador de rua; aí, às vezes ele rouba o cara, leva os documentos da pessoa só pra complicar mais ainda a vida da pessoa. Aí aqui [Centro POP], eles ajudam que a gente possa tirar os documentos de novo (informação verbal)⁴⁵.

Colocando a questão em termos mais concretos, é interessante notar que as demandas apresentadas são de caráter imediato, com vistas a suprir necessidades mínimas de sobrevivência, não implicando na afirmação de direitos. O que se revela é a demanda aparente, não a real que aponta para uma política de trabalho, inexistente em nossa sociedade, porém, uma exigência da sociedade capitalista para o reconhecimento da cidadania, conferida apenas aos que podem consumir, ou nas palavras de Mota (2006), separando o cidadão consumidor do cidadão pobre, este último cliente da política de assistência social.

Veremos a seguir as principais formulações e rebatimentos das políticas de saúde e assistência social, em Recife, na construção da atenção integrada à Pop-AOD.

4.3 Política da Assistência Social em Recife: atenção à população em situação de rua

Historicamente a Assistência Social brasileira foi forjada no seio de iniciativas benemerentes e filantrópicas. De acordo com Yazbek (2004b, p. 17):

A Assistência Social brasileira se desenvolveu mediada por entidades do setor filantrópico, bem como acompanhada dessas formas filantrópicas, caritativas e benemerentes de socorrer os pobres, que se constituíram em *mediações* fundamentais para o exercício da Assistência Social (não apenas no Brasil) (Grifo original).

Até o início dos anos 2000 a Assistência Social brasileira tinha o perfil focalizado, despolitizado, privatizado, refilantropizado, centrado no modelo patrimonial da primeira dama. Em nível nacional tínhamos como representação deste arquétipo a Legião Brasileira

⁴⁴ Fala de Noz-moscada obtida no momento do Grupo Focal.

⁴⁵ Fala de Canela obtida no momento do Grupo Focal.

de Assistência - LBA (1942 - 1994) substituída posteriormente pelo Programa Comunidade Solidária (1995 - 2002) (SPOSATI, 2006) e, no estado de Pernambuco, a Cruzada de Ação Social (1963 - 2003). Em Recife a história da assistência social não fugiu a este perfil. Fundada em agosto de 1979, a Legião Assistencial do Recife - LAR, sociedade civil de fins filantrópicos, foi ao longo de quase 30 anos "a principal gestora e executora do assistencialismo conservador" (RECIFE, 2001, p.8).

Este modelo de assistência social amparado por iniciativas voluntárias de ajuda aos necessitados como dever moral, tendo à frente a gestão de uma primeira dama, com franca negação da Política de Assistência Social como uma política de seguridade, pautada no direito e promoção de cidadania, começou a ter novo curso, em Recife, a partir de 2001. Conforme pesquisa de Carvalho (2012):

Assim, na trajetória recente da assistência social neste município, ocorreu um processo de redirecionamento da Política Municipal de Assistência Social, quando em 19 de junho de 2001 foi criada a Secretaria da Política de Assistência Social (SPAS). Como consequência, em 2003, houve a extinção da Legião Assistencial do Recife (LAR), após três décadas de funcionamento, surgindo em seu lugar o Instituto de Assistência Social e Cidadania (IASC) [...] autarquia municipal criada pela Lei nº 16.845/2003, vinculada à [posteriormente denominada] SAS [Secretaria de Assistência Social] que tem como objetivo desenvolver ações e prestar serviços de assistência social, direcionados ao resgate de direitos (p.67).

Não obstante a trajetória acima apresentada, pode-se dizer que a política de Assistência Social em Recife, decorrente do novo modelo de gestão⁴⁶, mostrou-se pioneira à Política Nacional de Assistência Social - PNAS de 2004. Em 2003, já existia nesta cidade uma definição análoga ao proposto nacionalmente, no que diz respeito à reorganização dos serviços por nível de proteção e territorialização das ações para oferta de serviços socioassistenciais, aqui realizados através da Diretoria de Proteção Social Básica (DPSB), Diretoria de Proteção Social Especial (DPSE) e Diretoria de Proteção Social Especial do IASC - Instituto de Assistência Social e Cidadania (RECIFE, 2008), chamadas de proteções afiançadas⁴⁷.

⁴⁶ Gestão *Recife Cidade Saudável* (2001 - 2008), tendo como prefeito João Paulo de Lima e Silva (CARVALHO & ESPÍNDOLA, 2011).

⁴⁷ Idem nota de rodapé 20.

Particularmente, no tocante à população aqui estudada, é possível afirmar que a lógica de cuidado em Recife foi anterior a do estado de Pernambuco, visto que o amadurecimento da temática "rua e risco" ganhou contornos no ano de 2003, quando foi implantado o *Programa Travessia* – para promoção da inclusão social e superação de desigualdades entre crianças, adolescentes, adultos e idosos em situações de rua e risco no Recife. O desenvolvimento do trabalho com este grupo populacional avançou no ano de 2005, com a realização do *Censo e análise qualitativa da População em Situação de Rua na Cidade do Recife*, realizado pelo Instituto de Assistência Social e Cidadania – IASC, autarquia vinculada à prefeitura desta cidade (RECIFE, 2003).

Esta pesquisa demonstrou o seguinte perfil da população em situação de rua no Recife: população de 1.390 pessoas, sendo que em casas de acolhida e/ou abrigos foram 185 e nas ruas da cidade foram 1.205 pessoas; do total geral, nas ruas, 940 eram homens (67,4%) e 450 mulheres (32,6%); 502 pessoas entre 0 e 18 anos de idade (criança/adolescente), 428 entre 19 e 35 anos, 168 entre 36 e 45 anos, 188 entre 46 e 60 anos (adultos) e 98 acima de 60 anos (idosos); e 6 não responderam (RECIFE, 2005). Importante destacar que a maior concentração encontrava-se na faixa de 22 a 45 anos, correspondendo a 35,61% da população (SILVA, 2009).

Nos anos seguintes, a rede municipal de atenção à população em situação de rua avançou na consolidação da instância de Proteção Social de Média Complexidade, quando realizou processos de transição e/ou redefinição de alguns serviços a partir da aprovação da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais - TNS⁴⁸, a saber: a aprovação do decreto 24.944/2009⁴⁹, a estruturação de 03 Centros de Referência Especializados em Assistência Social - CREAS, entre os anos de 2009 e 2013, e com a estruturação de 02 Centros Especializados para População em Situação de Rua - Centro POP⁵⁰, nos anos de 2011 e 2012.

⁴⁸ Resolução do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, nº 109 de 11/11/2009 (BRASIL, 2009b).

⁴⁹ Este decreto autoriza a concessão de benefício eventual às pessoas em vulnerabilidade social, com o objetivo de superação das desigualdades e iniquidades das que se encontra em situação de rua e risco (RECIFE, 2009b).

⁵⁰ Unidade de referência da Proteção Social de Média Complexidade que deve ofertar, obrigatoriamente - a jovens, adultos, idosos e famílias (crianças e adolescentes, apenas, se acompanhados de adulto) -, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, podendo também ofertar o Serviço de Abordagem Social (responsável pela busca ativa). Composto por equipe interdisciplinar, com funcionamento diário e capacidade para acompanhar 80 casos (famílias/indivíduos)/mês. Este espaço oferece, por exemplo: inserção desta população no Cadastro Único para Programas Sociais; espaço para alimentação, higiene pessoal, guarda de pertences; Oficinas e atividades coletivas; orientação jurídico-social; encaminhamento para acolhida institucional, dentre outros (BRASIL, 2011).

A TNS define que no Centro POP, além do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, também pode ser ofertado o Serviço Especializado de Abordagem Social - SEAS, com equipe distinta, responsável pela busca ativa dos usuários. Esta foi a opção da gestão local, ao realocar os profissionais Educadores Sociais⁵¹ do SEAS (anteriormente denominado Serviço de Educação Social de Rua - SESR), lotados inicialmente nos CREAS, para os dois Centros POP existentes.

Reunir em um único equipamento social as equipes do Centro POP e as equipes do SEAS visou, além de atender aos parâmetros da TNS, à integralidade e continuidade dos atendimentos aos usuários em situação de rua (seja por demanda espontânea ao centro seja por busca ativa destes, no território).

A experiência estadual em garantir, na agenda pública, atenção às demandas da população em situações de rua e risco só foi observada quatro anos depois da municipal, a partir do *Programa Vida Nova – Pernambuco Acolhendo a População em Situação de Rua* de 2007, que em 2013 foi renomeado para *Pernambuco Acolhendo a População em Situação de Risco e Rua*, de interface com a Política do Pacto pela Vida e com o Programa Governo Presente de Ações Integradas para a Cidadania; nestes, são previstas ampliações quanto às ações e intervenções especializadas de proteção social especial de média e alta complexidade voltadas à população em situação de rua (PERNAMBUCO, 2007a).

Ainda no âmbito estadual, com o objetivo de reduzir o contingente de pessoas que vivem em situação de risco pessoal e/ou social, o Serviço Especializado em População de Rua (SEPOPRUA), atende e cadastra os usuários para inserção nas Unidades de Atendimento do Programa Vida Nova da Região Metropolitana do Recife, cujas modalidades são configuradas a partir dos seguintes equipamentos sociais: Centro de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes (de 07 a 17 anos) em situação de risco e rua - CCA; Centro de Juventude Adolescente (de 14 a 17 anos) - CJ e Centro de Juventude Jovem e Adulto (de 18 a 30 anos) - CJ; este último também preconiza a qualificação social e profissional para inserção no mercado de trabalho; Casa

⁵¹ Servidores advindos do concurso público para nível médio, em 2010, substituindo os educadores terceirizados, remanescentes da LAR (CARVALHO, 2012).

de Passagem e República, assegurando atendimento especializado para apoio, orientação, acompanhamento psicossocial e pedagógico, além do acolhimento institucional (IDEM, 2014).

Em relação à problemática do uso de álcool e outras drogas, para que entendamos a atual direção da política municipal, precisamos recorrer ao breve histórico desta temática em Pernambuco. Durante a gestão do então governador Eduardo Campos (2007 - 2014), coube à Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos - SEDSDH (responsável pela gestão da política de Assistência Social no estado) a direção da política sobre drogas, à qual também se vincula o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CEPAD. Assim, em 2011, foi implementado o Programa ATITUDE (Atenção Integral aos Usuários De Drogas e seus familiares), em consonância ao Decreto Estadual nº 35.065/2010, que criou a Rede Estadual de Enfrentamento ao Crack e dispôs sobre ações integradas de enfrentamento às drogas, conforme está preconizada na PNAS/2004 e no Sistema Único de Assistência Social – SUAS (PERNAMBUCO, 2013).

Com o objetivo de realizar o atendimento assistencial destinado a indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social em decorrência do uso de crack e/ou outras drogas, assim como seus familiares, por meio do Decreto nº 39.201/13, este programa foi oficialmente instituído no âmbito do Estado de Pernambuco, sendo inserido na Proteção Social Especial de Alta Complexidade da Assistência Social, vinculado ao Plano Estadual de Segurança Pública - Pacto Pela Vida (PPV), como estratégia de prevenção e assistência prevista na Política Estadual sobre Drogas, instituída pela Lei nº 14.561/2011. O Programa ATITUDE propõe as modalidades de: Acolhimento e Apoio (Casa de Passagem), Acolhimento Intensivo (Unidade de Acolhimento Institucional) e Aproximação de rua (Serviço de Abordagem Social) (PERNAMBUCO, 2013).

De acordo com nossa observação da realidade, realizada a partir de um lugar privilegiado de interlocução, podemos inferir que o planejamento e execução das ações voltadas aos usuários de álcool e outras drogas, prioritariamente, centradas sob o comando

da pasta da assistência social aponta para o barateamento⁵² desta política, pelo fato de (do ponto de vista legal) não caber à política de assistência o tratamento clínico (que demanda maiores investimentos com recursos humanos, insumos e infraestrutura).

Ou seja, o problema não reside no fato da temática das drogas ser abordada por mais de uma pasta política, pelo contrário, a integralidade de todas as políticas sociais para respondê-la é o anseio. O que se constata na atual direção estadual, no entanto, é que se ampliam os equipamentos sociais voltados aos riscos sociais (de competência da política de assistência social), porém, o investimento na rede de saúde, quando existe, fica aquém do necessário. A consequência disto é a superlotação dos já sucateados serviços de saúde voltados à população usuária de drogas.

Outro aspecto revelador da inflexão dos rumos da política sobre drogas no estado é a franca adoção da doutrina de "tolerância zero", idealizada pelo governo de Nova Iorque, na elaboração do Plano Estadual de Segurança Pública (PESP-PE, 2007), executado a partir do programa Pacto Pela Vida em Pernambuco, no qual esta inserido o Programa ATITUDE. As principais características do PPV são o acompanhamento por um Comitê Gestor dos indicadores de homicídio; premiação para policiais que conseguirem bater as metas de redução das taxas de homicídio e o estabelecimento de focos prioritários de investimento e atuação. Nas palavras do seu idealizador:

A propósito de tais políticas, no plano internacional os casos mais conhecidos de redução de homicídios são os de Nova York e de algumas cidades colombianas. A despeito da enorme controvérsia sobre as causas, em Nova York, o declínio no mercado do crack, a adoção de novas formas de gestão policial territorializadas somadas ao investimento social em áreas vulneráveis parece ter produzido resultados relevantes (CERDÁ, MESSNER *et al.*, 2010 *apud* RATTON *et al.*, 2013, p. 3).

A propósito de tal modelo, é Wacquant quem nos recorda que:

De Nova York a doutrina da "tolerância zero", instrumento de legitimação da gestão policial e judiciária da pobreza que incomoda [...] propagou-se através do globo a uma velocidade alucinante. E com ela a retórica militar da "guerra" ao crime e da "reconquista" do espaço público, que assimila os delinquentes (reais ou imaginários), sem-teto, mendigos e outros

⁵² Subsidiaria esta afirmação a discussão encontrada no trabalho de Alejandra Pastorini (1997), intitulado: Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria "concessão-conquista".

marginais a invasores estrangeiros - o que facilita o amálgama com a imigração, sempre rendoso eleitoralmente [...] esse tema proporciona aos políticos de cada um dos países importadores a oportunidade de dar ares de "modernidade" à paradoxal pirueta retórica que lhes permite reafirmar com pouco prejuízo a determinação do Estado em punir os "distúrbios" e, ao mesmo tempo, isentar esse mesmo Estado de suas responsabilidades na gênese social e econômica da insegurança para chamar à responsabilidade individual os habitantes das zonas "incivilizadas", a quem incumbiria doravante exercer por si mesmos um controle social próximo (1999 , p.19).

A salvo os êxitos apresentados pelo já referido Programa ATITUDE, em nosso entendimento, o atrelamento das ações deste ao Pacto Pela Vida cumpre o propósito de promover a garantia da ordem e limpeza da cidade com repressão às drogas suplantando o cuidado à saúde e a minimização dos riscos sociais da Pop-AOD. Assim, retornamos à lógica político-jurídico de combate às drogas inauguradas no Brasil nos anos de 1920 e de 1930, demonstrada no capítulo 2 deste estudo. Corrobora para esta afirmação os relatos expostos pelos usuários participantes do grupo focal, tanto no que diz respeito à política higienista quanto à violência policial:

Aí é que tá, a sociedade nos rejeita e o governo também! Porque o governo só vem até a gente quando é tempo de eleição, ele vem e procura a gente, mas depois que passar, acabou-se! O que eles estão querendo fazer agora? Tirar todo mundo da rua, porque vem a Copa, vem os "estrangeiros", os "gringos" pra cá! Aí, ele quer tirar todo mundo da rua pra dizer que o Recife, Pernambuco é uma cidade excelente, que não tem o morador de rua, "mendigo" (no caso, como eles dizem), que num tem mendigo, que num tem usuário de droga aqui, que a cidade "é uma maravilha". Mas, não! solta todo mundo dentro de um abrigo, entendeu, pra depois jogar todo mundo na rua!

Como eu também já fui vítima [da violência] por causa de uma cola! Por causa de uma cola, o policial pegou uma pistola e botou na minha cara, me botou ajoelhada na cabine e disse na minha cara que só não me matava, naquela hora, porque tinha muita gente na rua... E de me agrediu com palavrões, dizendo (desculpa, com licença da palavra) que eu só ia sair dali se eu fizesse, tipo, um "boquete" (como se diz a história) [sexo oral],entendeu? Eu fui agredida, por causa de uma cola, e aí, aonde é que a gente vai parar com isso?! (informação verbal)⁵³.

Pronto, tem aqueles policiais, ali mesmo, da Maciel Pinheiro (ela tá ligada, que ela frequenta a Maciel), o negócio deles é querer bater em

⁵³ Fala de Noz-moscada obtida no momento do Grupo Focal.

morador de rua, por qualquer besteira eles querem "sentar o pau" na gente! (informação verbal)⁵⁴.

No âmbito municipal, dos anos de 2003 a 2012, a política sobre drogas foi essencialmente estruturada estrategicamente a partir da política de saúde; sendo a responsável também pela convocação do Conselho Municipal sobre Drogas - COMPAD, instituído em 2007⁵⁵. No entanto, no ano de 2013, a nova gestão municipal - do prefeito eleito Geraldo Júlio de Melo Filho - decidiu pelo alinhamento com a gestão estadual da citada lógica político-jurídico de combate às drogas, repassando à Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos - SDSDH/IASC a gerência da política sobre drogas, também vinculada ao Pacto Pela Vida em Recife (PPVR). De modo análogo ao estadual, não foram investidos, de fato, recursos para a ampliação da rede de saúde mental de álcool e outras drogas, quando muito, tem-se a requalificação dos serviços já existentes.

Sob o signo de um (questionável) ineditismo, a gestão municipal atual realizou o (re)lançamento⁵⁶, no dia 06 de novembro de 2013, do *Plano Municipal de Atenção Integrada ao Crack, Álcool e Outras Drogas*, legitimado através do Decreto Municipal nº 27.541, de 25 de Novembro de 2013, também previsto pelo Programa Nacional *Crack, é Possível Vencer* e com objetivos similares ao plano municipal lançado no ano de 2011: o atendimento integral das pessoas em situação de vulnerabilidade e riscos sociais em razão do uso, abuso e/ou dependência de drogas, especialmente o crack.

O que de fato surge como inédito é a adoção do Programa ATITUDE, em âmbito municipal, com implantação de unidades para o público infante-juvenil e feminino, até então inexistentes no estado (RECIFE, 2013e). Considerando que estas unidades ainda não

⁵⁴ Fala de Canela obtida no momento do Grupo Focal.

⁵⁵ Lei Nº 17.392 /2007, que dispõe sobre o Conselho Municipal de Política Sobre Álcool e outras Drogas (CÂMARA MUNICIPAL DO RECIFE, 2007).

⁵⁶ Lançado em dezembro de 2011, o programa *Crack, é Possível Vencer* é um conjunto de ações do governo federal para enfrentar o crack e as outras drogas. Com investimento de R\$ 4 bilhões da união e articulação com estados, Distrito Federal e municípios, a iniciativa tem o objetivo de aumentar a oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários de álcool e outras drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar atividades de prevenção. O estado de Pernambuco e sua capital aderiram a este programa no dia 14/03/12; assim, o à época prefeito do Recife – João da Costa – lançou, como ação local, o Plano de Ação Integrada de Atenção ao Crack e Outras Drogas, já no ano de 2012 (PERNAMBUCO, 2014).

foram implantadas até o momento, qualquer avaliação sobre o êxito ou insucesso seria imprudente.

4.4 Política de Saúde Mental em Recife: atenção à população usuária de drogas

Para a exposição da construção histórica da política de saúde mental em Recife, faremos inicialmente alusão ao percurso nacional e estadual da política de saúde mental brasileira, com foco na política de drogas.

Estudiosos (DELGADO, 2005; MORAES, 2005) apontam que, embora a política de saúde mental brasileira tenha sido consequência do processo da Reforma Psiquiátrica, em um primeiro momento, negligenciou a questão dos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A secundarização da discussão com foco no transtorno mental decorrente do uso de álcool e outras drogas pôde ser facilmente observada pela ausência desta pauta nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental; referida apenas a partir do ano de 2001, na III Conferência Nacional de Saúde Mental (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

Considerando este cenário, em diversos estados do país, alguns grupos interessados na temática de álcool e drogas (profissionais e usuários) passaram a organizar iniciativas paralelas. Sendo esta também a experiência em Pernambuco e Recife.

Aqui no estado, as primeiras intervenções via serviços públicos datam de 1985, a partir do processo desencadeado pela Comissão Estadual de Entorpecentes que culminou, em maio de 1986, na criação do Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana – CECRH, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde. Em 1991, foi criado o segundo equipamento público do estado para o tratamento de drogas: o Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo – CPTRA, nesta mesma secretaria. É deste ano também a criação do serviço chamado *SOS Drogas*, sediado no CECRH (VASCONCELOS, 2005). Em 1994, no que concerne à legislação sobre a rede de atenção integral à saúde mental de álcool e outras drogas, com a Lei 11.064⁵⁷ é possível afirmar que

⁵⁷ Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994. Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências (BRASIL, 2004b).

o estado de Pernambuco foi um dos estados pioneiros, antecipando-se, inclusive, à Lei Federal 10.216/01.

Entretanto, de acordo com a pesquisa de Rameh-de-Albuquerque, afora a iniciativa privada e/ou beneficente, com serviços de orientação laica ou religiosa (Instituto RAID, Centro de Prevenção às Dependências, Desafio Jovem, Sarah Vida, Fazenda Esperança⁵⁸, dentre outros), pode-se dizer que por quase uma década: “[...] nada se fez na área de AD em termos de política pública voltada para a questão do álcool e outras drogas”; apenas em 2000, surge uma experiência no âmbito da universidade, com o Núcleo Especializado em Dependência Química – NEDEQ⁵⁹, do Hospital das Clínicas de Pernambuco (2008, p. 51).

Em Recife, até 2002, a exemplo da configuração da política em nível nacional, apesar da definição da Coordenação de Saúde Mental, as questões relativas ao álcool e outras drogas não configuraram prioridade; todos os esforços estavam voltados para as pessoas que sofriam de outros transtornos psíquicos não decorrentes de álcool e drogas.

Este direcionamento só veio a ser alterado no ano de 2003, quando foi implantada a estratégia pública de saúde de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, baseada no paradigma da Redução de Danos, com nome fantasia de *Programa Mais Vida*. Em 2004, ratificando a opção por uma agenda governamental prioritária para a temática das drogas, a Prefeitura do Recife, por meio da Secretaria de Saúde, realizou o investimento financeiro para composição de serviços não tradicionais (Centros de Atenção Psisossociais de Álcool e outras Drogas - CAPSad e Casas do Meio do Caminho/Albergues Terapêuticos) e iniciou o processo de municipalização dos espaços históricos de referência estadual: Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo – CPTRA e o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana – CECRH (RECIFE, 2004).

Foi somada à agenda de governo a decisão de regulamentar o cargo de agentes de redução de danos - ARD, por meio da Lei Municipal 17.400/2007 e, no ano seguinte,

⁵⁸ Anteriormente chamado de Instituto Recife de Atenção Integral às Dependências, hoje apenas denominado Instituto RAID, é uma Organização Não Governamental (ONG) criada em 1993, para tratamento da dependência química; o Centro de Prevenção às Dependências (CPD), criado em 1998 também possui inscrição de ONG e desenvolve diversos projetos na área de álcool e outras drogas em Pernambuco. As instituições religiosas Desafio Jovem, Sarah Vida e Fazenda Esperança realizam atividades, não clínicas, na área de álcool e outras drogas pautadas na perspectiva de abordagem através do testemunho e do exemplo de vida (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

⁵⁹ O Núcleo Especializado em Dependência Química (Nedeq) funcionava na Unidade de Saúde Mental do Hospital das Clínicas da UFPE com a proposta de prestar assistência aos dependentes de drogas e seus familiares, através de um trabalho multiprofissional.

através de concurso público, os ARD aprovados incrementaram as equipes profissionais da Atenção Básica em Saúde, reforçando as atividades de promoção de saúde e de redução de danos relacionados ao uso de álcool, fumo e outras drogas no território, orientando os usuários, familiares e a comunidade no que se refere aos serviços de saúde (de atenção básica, de média ou alta complexidade municipal) disponíveis para o atendimento das necessidades demandadas (LINS *et al*, 2010).

Nos anos de 2009 a 2012, foi adotado pela gestão da Secretaria de Saúde do Recife o modelo *Recife em defesa da vida* que, dentre outras propostas, comprometia-se com "[...] a qualificação do trabalho em equipe, a co-gestão como os trabalhadores e a valorização dos espaços coletivos" (RECIFE, 2010); neste sentido, especialmente no ano de 2010, importantes parcerias foram firmadas entre o Programa Mais Vida e a Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, culminando em várias atividades de extensão, das quais destacamos o *Curso de Políticas Públicas sobre Drogas* e a *Escola de Redutores de Danos do SUS*, estas voltadas para formação e qualificação profissional dos técnicos e agentes redutores de danos dos CAPSad e Casas do Meio do Caminho/Albergues Terapêuticos (LINS *et al*, 2010).

Em dezembro de 2010, outra importante iniciativa foi realizada com o lançamento oficial do *Consultório de Rua – Reduzindo danos e resgatando a cidadania* (CR). Este programa foi idealizado no sentido de ampliar o atendimento a dependentes de álcool e drogas, especialmente aos usuários de substâncias psicoativas que se encontram em situação de rua (IDEM, 2010).

De 2003 a 2012, a gestão da política de saúde mental de álcool e outras drogas de Recife foi realizada pela coordenação do Programa Mais Vida, executada com autonomia em relação à coordenação de saúde mental. Entretanto, com o processo de reordenação administrativa instalado a partir da atual gestão municipal – do prefeito Geraldo Júlio de Melo Filho – estas coordenações foram agrupadas numa só unidade gestora, a Gerência de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Secretaria de Saúde, com a recomendação de não mais relacionar as ações de atenção aos usuários de drogas ao Programa Mais Vida, um programa local e nacionalmente reconhecido.

Sabido por meio da nossa prática cotidiana, numa relação singular com o real expressa nas diferentes situações com as quais trabalhamos, foi possível observar que, ao

invés de garantir a integralidade das ações, esta junção serviu apenas para, mais uma vez, colocar a discussão sobre drogas em segundo plano, especialmente por desconstruir a referência deste cuidado via Programa Mais Vida e, conforme visto na seção anterior, reorientar a política sobre drogas prioritariamente para o âmbito da assistência social.

Outra ação da atual gestão da Secretaria de Saúde foi a implantação do programa Consultório na Rua - CnaR⁶⁰ do Ministério da Saúde, que visa assistir à população em situação de rua e faz parte do Plano Municipal de Atenção Integrada ao Crack e outras Drogas. De acordo com a gestora do programa no município - Brenda Leite - este difere do programa Consultório de Rua - CR, pois neste último a atenção especial é para os usuários de drogas em situação de rua e, no CnaR, para atenção integral da saúde da população em situação de rua, usuária ou não de substâncias psicoativas (RECIFE, 2014).

Salientamos que a diferenciação acima é discutível, haja vista ser preconizado - no modelo recifense de Consultório de Rua - tanto a promoção de saúde (em sua integralidade) quanto a redução de danos relacionados ao uso de drogas, no trabalho realizado junto a este grupo populacional, conforme visto anteriormente. Confirma esta observação o fato das equipes do CnaR (compostas por um psicólogo, um assistente social e dois técnicos sociais) executar o trabalho de igual forma ao das equipes do CR já descrita nesta seção: "[...] Sempre que necessário, as equipes compartilham o cuidado com as Unidades de Saúde da Família, com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de urgência e emergência e outros pontos de atenção da rede municipal" (IDEM, 2014).

Destarte, é possível afirmar que em Recife, particularmente na região central (RPA 01), existem 06 equipes profissionais com sobreposição de trabalhos junto à população usuária de drogas em situação de rua: SEPOPRUA/Programa Vida Nova da Região Metropolitana do Recife, equipes do Centro POP/SDSDH, equipes do SEAS/SDSDH, Aproximação de rua/Programa ATITUDE estadual, Consultório de Rua - CR, Consultório na Rua - CnaR. Os resultados da pesquisa, demonstrados a seguir, revelam que embora haja a pulverização de ações, além da evidente falta de planejamento destas, o acesso deste

⁶⁰ O programa vai atender, inicialmente, as pessoas em vulnerabilidade dos Distritos Sanitários 01/RPA 01 (Recife, Santo Amaro, Boa Vista, Cabanga, Ilha do Leite, Paissandu, Santo Antônio, São José, Coelhos, Soledade e Ilha Joana Bezerra) e Distritos Sanitários 06/RPA 06 (Pina, Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep, Jordão, Ibura, Cohab) (RECIFE, 2014).

grupo populacional aos direitos sociais ainda ocorrem, em muitos casos, de forma enviesada.

4.5 As concepções dos profissionais e usuários sobre o acesso e a garantia dos direitos da pop-AOD

Pensando que tanto profissionais quanto usuários são a outra frente de *batalha* nesta *guerra às drogas* fizemos, por opção metodológica, para discussão dos dados de pesquisa levantados junto ao público entrevistado e para a análise dos resultados, a comparação com os serviços do exército (Infantaria, Artilharia, Engenharia, Comunicações e Intendência)⁶¹, aproximando cada tópico das características base desses serviços (conquista de território; garantia de precisão e rapidez na ação; eliminação de obstáculos; apoio na base; facilidade da comunicação; aperfeiçoamentos da atividade) prosseguindo, assim, na analogia dos elementos de guerra. Podemos dizer que nos orientamos, então, pela concepção ideológica de guerra à *guerra às drogas*.

4.5.1 Infantaria: A conquista do território com acolhimento, busca ativa e sensibilização da comunidade

Dentre as questões abordadas na entrevista, indagamos sobre a proposta de acolhimento das equipes junto aos usuários, bem como quais as estratégias para realização da busca ativa no território e sensibilização das pessoas no entorno das comunidades atendidas. Importava-nos o entendimento de como esse trabalho contribui tanto com acesso

⁶¹ **Infantaria:** tem como característica essencial a aptidão para combater a pé, em todos os tipos de terreno. Uma de suas missões é conquistar e manter o terreno, aproveitando a capacidade do infante de progredir em pequenas frações, difíceis de serem detectadas em todos os tipos de terreno; **Artilharia:** Tem por missão apoiar a arma-base pelo fogo, destruindo ou neutralizando os alvos que ameacem o êxito da operação. Suas características são a precisão e a rapidez, para destruir ou neutralizar as instalações, os equipamentos e as tropas inimigas localizadas em profundidade no campo de batalha; **Engenharia:** este apoia as armas-base, facilitando o deslocamento das tropas amigas, reparando estradas, pontes e eliminando os obstáculos à progressão e, ainda, dificultando o movimento do inimigo; **Comunicações:** proporcionam as ligações necessárias aos escalões mais altos que exercerão a coordenação e o controle de seus elementos subordinados antes, durante e após as operações. Além disso, atua para impedir ou dificultar as comunicações do inimigo, facilitar as próprias comunicações e obter informações; precisa ser operado em tempo compatível que assegure a oportunidade na tomada de decisão; **Intendência:** O Serviço de Intendência é a parte da logística voltada para as atividades de suprimento. A satisfação da tropa apoiada é o seu maior objetivo. Por isso mesmo, é respeitada e admirada pela sua capacidade de trabalho. A evolução do material de Intendência é essencialmente dinâmica. Estudos são realizados permanentemente, com o objetivo de aperfeiçoá-lo (Disponível em: <http://www.eb.mil.br/armas-quadros-e-servicos>).

da Pop-AOD aos serviços públicos quanto na desconstrução de uma visão estigmatizada por parte do senso comum para este público.

Pelo apresentado, todas as equipes tem por atribuição primária a atividade de busca ativa e é prerrogativa desta o acolhimento, ou seja, a escuta inicial para identificação das demandas:

No momento da abordagem você começa a fazer o encaminhamento... Tem o encaminhamento que você faz para o CAPS, tem o encaminhamento que você faz para o Centro POP, tem o encaminhamento que você faz para a rede como um todo, policlínica, unidade básica de saúde, mas, muitas vezes o atendimento se dá ali. Então, existe um acolhimento, eu acredito que se faz um acolhimento desse usuário, pra se dar o segundo acolhimento que é na unidade que ele vai; mas, **muitas vezes esse acolhimento fica só no acolhimento de atender ele na rua** (informação verbal)⁶².

Tipo, praças aonde tinha a maior concentração da população, isso na ação noturna. Então, a gente vai para lá e faz a atuação, faz a ação; vai na escuta com o usuário, conversa com ele, quando a gente conhece. Quando a gente não conhece, vai logo nesse primeiro contato. Quando a gente já conhece e já tem algum prontuário, algumas informações, aí a gente já vai diretamente ao ponto, ao retorno dele, à necessidade dele (informação verbal)⁶³.

Em algumas situações, especialmente para as equipes da política de assistência social, a busca ativa também é demandada por munícipes preocupados (ou incomodados) com a situação de rua ou órgãos públicos, através das chamadas “denúncias”:

Acho que é o único serviço [na SDSDH] que faz a busca ativa, a gente da abordagem [SEAS]. A gente recebe tanto solicitações através de "denúncias" - que são muito comuns - vindas do MP [Ministério Público], de outros serviços da Prefeitura, ou mesmo da comunidade, quando se deparam... Porque choca, né, ver uma pessoa em situação de rua que se instala num local público? [falou com ironia] (informação verbal)⁶⁴.

Às vezes, por ‘denúncia’, seja pela população seja pelo "Disk 100" como um todo, às vezes pelo Ministério Público, às vezes por instituição de acolhida, Conselho Tutelar (informação verbal)⁶⁵.

Cabe aqui a reflexão acerca deste cuidado que é feito na rua e, como exposto na fala do profissional, na rua mesmo se esgota; não, necessariamente, pela resolutividade da demanda, mas pela fragilidade dos demais serviços da rede pública para o atendimento

⁶² Fala de Chocolate obtida no momento da entrevista.

⁶³ Fala de Açúcar obtida no momento da entrevista.

⁶⁴ Fala de Chá obtida no momento da entrevista.

⁶⁵ Fala de Sorvete obtida no momento da entrevista.

contínuo à pessoa que está em situação de rua. A linha de cuidado⁶⁶ só se estabelece quando a vida destas pessoas alcança os níveis mais degradantes de sofrimento ou quando o incômodo (sentido por parte de outros munícipes) acontece numa escala de maior repercussão que as comuns denúncias realizadas:

Se for de emergência e emergência do tipo que o usuário esteja mesmo precisando a gente convoca, faz um "mutirão de convocação", e aí é aquela coisa de você "falar com o chefe" [Secretário de Saúde], né?! (informação verbal)⁶⁷.

Até consegue, quando são casos que estão "chamando a atenção" da imprensa, ou quando é perto de um local como um banco, ou um outro espaço comercial visível. Mas, outros casos que a gente visualiza que são muito críticos, a gente nem avança. Casos que chamam a atenção da sociedade, ganham mais espaço. Esses do Cabanga mesmo, a gente nunca conseguiu inserir nenhum dos usuários! E eu visualizo como muito sério, porque eles são muito dependentes de álcool (informação verbal)⁶⁸.

A despeito da crítica que se faça à política pública local, é legítimo afirmar que a particularidade destas equipes em se aproximar dos usuários onde quer que eles se encontrem – espaços não referenciados institucionalmente, insalubres ou negligenciados por outras razões – na atenção de suas demandas, proporciona uma sólida inserção no território, com franco reconhecimento pela população, além do estabelecimento de vínculos de confiança:

E quem me indicou aqui o Centro Pop, que era do IASC na época, foram os educadores mesmo, de rua, essa turma do Consultório de Rua tal e me deram a ideia, me deram a dica que aqui se tirava documento, se dava um auxílio à pessoa que está em situação de rua e estou aqui até hoje e já faz parte da minha família, essa galera (informação verbal)⁶⁹.

Eu tenho muitos casos do usuário chegar e levar você até aquele outro usuário e [dizer] 'olha, meu irmão, eu não uso não (e ele usando!), mas, aquele cara ali tá muito mal, dá uma força a ele ali, chega junto'. Mas, já

⁶⁶ Terminologia inicialmente utilizada na política de saúde, Linha do Cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. É diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. Ela difere pois não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita (FRANCO, 2003).

⁶⁷ Fala de Açúcar obtida no momento da entrevista.

⁶⁸ Fala de Chá obtida no momento da entrevista.

⁶⁹ Fala de Canela obtida no momento do Grupo Focal.

reconhece, já conhece também pela identificação, pela cor verde, pela maneira de chegar, pelo diferencial da equipe (informação verbal)⁷⁰.

Também foi possível verificar, entre os usuários, que há o reconhecimento do empenho das equipes profissionais, embora realizassem críticas à gestão da política:

Do meu conhecimento, a Dilma [presidenta] ela, em relação ao combate ao crack no Brasil (que está muito avançado), mandou 4 bilhões a ser distribuídos nas maiores capitais, onde o uso de crack é muito grande. É do meu conhecimento que em Pernambuco veio 36 milhões! Então, se o governante, ele tivesse vergonha mesmo, de querer combater o crack... E não com serviços assim... Que não é culpa dos técnicos nem dos funcionários, mas da própria política do governo que eles retiram as pessoas da rua, dá albergue, dá um alimento, dá vale-transporte... Mas, tem uma coisa principal que ele não dá: que é o emprego! [...] Os funcionários, os servidores de toda a rede, tanto municipal quanto estadual, que eu faço parte (eu sou atendido tanto pelo estado quanto pelo município), os servidores tem feito as coisas 90%, 70% faz com amor, faz com carinho, faz com o maior amor pra que aquela pessoa volte "a ser gente"! (informação verbal)⁷¹.

O trabalho com a comunidade em geral (que não se encontra em situação de rua), contudo, ainda é esporádico, pontual:

Então, às vezes você precisa articular com a comunidade, né, então, porque no começo, antes de você poder chegar na área – seja ela uma área de cena de uso, seja área dentro da comunidade – você faz uma ponte com a comunidade. Então, você procura a escola, o líder comunitário ou o cara que a maioria das vezes é o traficante, o que manda lá num todo; você procura D. Sônia que é a pipoqueira, que conhece a comunidade e que te leva na comunidade (informação verbal)⁷².

Já teve episódios de ter algum evento, como no evento que teve (acho que 2012...) foi pra questão do O.P. [Orçamento Participativo da População em Situação de Rua] [...] Estava aberto à comunidade, não foi um evento exclusivo para a população em situação de rua [...] Exatamente para conhecer o perfil do Centro POP [...] que estava tendo um orçamento participativo voltado para a eleição dos delegados da população em situação de rua, porque eles também tem suas necessidades, eles tem seus pleitos, eles tem uma demanda de vulnerabilidade que às vezes foge do conhecimento de boa parte das pessoas que tem uma visão já pré-construída, já pré-concebida sobre aquele usuário que está lá em situação de rua. Que ele é um ‘drogado’, que ele está ali ‘porque quer’, que o

⁷⁰ Fala de Chocolate obtida no momento da entrevista.

⁷¹ Fala de Açafração obtida no momento do Grupo Focal.

⁷² Fala de Chocolate obtida no momento da entrevista.

peçoal tenta ajudar, mas, ele está acomodado' com aquilo ali... (informação verbal)⁷³.

É possível apreender que o trabalho diretamente com o usuário, no sentido da construção dos vínculos e a identificação dos profissionais, pela população Pop-AOD, como agentes públicos capazes de articular os serviços de saúde e assistência social está bem sedimentado. O que nossa pesquisa aponta como ainda necessário é firmar, com os demais munícipes, especialmente os residentes próximos aos pontos de apoio da Pop-AOD, uma agenda permanente de diálogo sobre este grupo populacional, a fim de avançar no reconhecimento destes como igualmente cidadãos e desconstruir paulatinamente o discurso do senso comum que reproduz afirmações preconceituosas, criminalizatórias e contrárias à garantia dos direitos sociais destas pessoas.

4.5.2 Artilharia: Quando a não integralidade entre as políticas sociais ameaça o êxito das ações

Embora executando ações semelhantes através das equipes do SEAS e CR, as políticas de saúde e assistência social no município de Recife, ainda carecem de uma lógica de gestão destes serviços que assegurem uma linha de cuidado à Pop-AOD.

Um caso exemplar para esta afirmação foi o apresentado no Relatório da Proteção Social de Média Complexidade, do Instituto de Assistência Social e Cidadania – IASC, em 2009, ao qual tivemos acesso. Este demonstrou que a população em situação de rua, atendida pelo (à época) Serviço de Educação Social de Rua – SESR (hoje SEAS), era de 2.936 pessoas e, na RPA 01, 945 pessoas. Esta RPA apresentou o maior número de atendimentos realizados no ano (32%), comparada às demais RPA, proporcionalmente; seguindo tendência de anos anteriores (RECIFE, 2009).

Em relação ao número de encaminhamentos para serviços a partir do SESR, 34% corresponderam ao fornecimento de cestas básicas, seguido de providência documental em cartórios (20%). Os encaminhamentos para inserção em programas de emprego/geração de renda não perfizeram 1%, mais da metade (54%) foi para o programa social de

⁷³ Fala de Sorvete obtida no momento da entrevista.

transferência de renda denominado *Centro da Juventude*, seguidos daqueles para o Benefício de Prestação Continuada - BPC (22% para pessoa com deficiência e 1% para pessoa idosa). Não houve registro de encaminhamentos para serviços de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas, como o CAPSad ou unidades de desintoxicação - UD; o que pode ter uma dupla interpretação: a inexistência de demanda significativa (que justificasse registro diferente do realizado na categoria “outros”) ou a subnotificação no registro, não esclarecido neste relatório (IDEM, 2009).

Diante da rede de serviços voltados para população em situação de rua, descrita em seções anteriores, chama-nos atenção a inexistência de encaminhamentos da rede de assistência social para a rede de saúde (CAPSad ou UD), fato que parece ser explicado pela comum recusa dos profissionais dos serviços de saúde para o cuidado deste grupo populacional, pautado no mito de que todas as pessoas em situação de rua são violentas; além da valorização do discurso de negação para o atendimento pela falta de higiene (que, por razões óbvias, compõe o aspecto deste grupo). Não raro esta recusa - ainda presente entre profissionais que intervêm a partir destas políticas - compromete a assistência à saúde dos usuários de drogas, agravada pela situação de rua.

É preciso dizer que esta não é uma particularidade das políticas sociais em Recife. De acordo com Carvalho & Espíndola (2011), na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida no ano de 2010, o então coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde - Paulo Delgado - pautou a dificuldade de articulação entre os serviços de saúde e de assistência social. Em sua dissertação de mestrado, a este propósito, Carvalho coloca o seguinte:

Em nossa análise, uma das contradições identificadas na relação CAPSad e Casa de Acolhida é que esses serviços por vezes atendem o mesmo adolescente, mas de forma pouco articulada, por exemplo, a saúde se propõe a trabalhar seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a assistência, seu Plano Individual de Atendimento (PIA). Ou seja, sem uma interface mais próxima entre as duas instituições, temos então o mesmo sujeito “cindido” para construir um caminho alternativo de vida quando um planejamento conjunto poderia melhor contribuir nesta perspectiva (2010, p.98).

Sobre a falta de um planejamento conjunto entre as políticas apontadas e outras políticas sociais, é revelador o relato de um dos Educadores Sociais entrevistados:

Para você ter uma ideia, hoje mesmo...A gente acompanha uma situação no Cais de Santa Rita (desde a "vida toda") e aquela área é uma área que a gente já vinha falando há muito tempo que estava tendo um intenso consumo de drogas, envolvendo sobretudo adultos e mulheres, inclusive associado à prostituição, e a gente já vinha falando isso há muito tempo, há muito tempo e pedindo uma articulação com outros atores, como o Grande Recife Consórcio de Transporte [consórcio no setor de transporte de passageiros da região metropolitana], que é quem administra aquilo ali, e nada acontece. De repente, quando a gente chega no território hoje, tinha uma ação do Vida Nova com o Grande Recife informando àquelas pessoas que estavam ali que ali ia virar um estacionamento e que elas iam ser retiradas dali! Sem articulação! Então, quando a gente chegou, fomos bombardeados pelas pessoas apreensivas, porque ali tem famílias que são acompanhadas pela gente há muito tempo, mas, que não tiveram nenhuma resolutividade, até por uma limitação do próprio serviço mesmo que as parcerias com o Conselho tutelar são fragilizadas, enfim... Veja como é, a gente trabalhando ali todos os dias, semanalmente pelo menos, e não fomos informados dessa ação,né?! (informação verbal)⁷⁴.

Ou, como observou um dos Agentes Redutores de Danos entrevistado:

Se você não faz integrado, se você começa a criar programas e projetos e políticas na educação, na assistência, na saúde, no movimento LGBT e você tem 10 equipes na rua, e todo mundo atende o mesmo usuário, você não consegue resolver, você não consegue dar resolução aos casos, não adianta! Então, se você consegue fazer uma política pública integrada, uma política pública única, com todos esses serviços pra essa população, você tem resultados... (informação verbal)⁷⁵.

A sinalização da quase inexistência de integralidade destas políticas também emergiu na fala de um dos usuários participante do grupo focal:

Essa política do governo [de atenção aos usuários de drogas e/ou em situação de rua] é uma política 'transparente', ela faz o arrodeio, mas não chega a lugar nenhum! Porque não é uma política definitiva pra dizer assim: eu vou mudar sua vida, você vai ser alguém amanhã...Aí, num tem essa política! (informação verbal)⁷⁶.

Diante do exposto, registra-se que no atual estágio da acumulação capitalista, a ausência de condições objetivas para a resolutividade das demandas apresentadas - daí o sentido de "transparente" referido acima - ou mesmo a falta de integralidade entre as políticas sociais não é uma particularidade de Recife, é antes condição *sine qua non* deste modelo de sociedade em que a defesa dos direitos, e acesso a estes, só se dá por meio de lutas sociais e negociações com o bloco do poder para o seu reconhecimento legal

⁷⁴ Fala de Chá obtida no momento da entrevista.

⁷⁵ Fala de Chocolate obtida no momento da entrevista.

⁷⁶ Fala de Açafração obtida no momento do Grupo Focal.

(IAMAMOTO, 2004). Tipo de mobilização social que, ao nosso ver, ainda não encontra ecos expressivos neste grupo populacional, em relação ao enfrentamento do *status quo*.

Além das questões já postas, o trabalho efetuado na rua, principalmente à noite, em muito é penalizado pela falta de apoio, estruturação dos demais serviços só disponíveis em horário comercial. Limitando, inclusive, os encaminhamentos:

Num caso de urgência a gente sente essa dificuldade... A gente poderia, num caso de urgência, ter autonomia pra já abrigar essas pessoas [Educador Social exclusivo do turno da noite, horário em que não há equipe disponível para autorizar a acolhida dos usuários nas Unidades de Acolhimento] (informação verbal)⁷⁷.

Queixa também presente nas falas dos ARD:

À noite você não consegue ter todas as resoluções do caso, porque os equipamentos estão fechados, inclusive equipamentos de rua! (informação verbal)⁷⁸.

Ainda tem uma falha enorme, né?! Porque às vezes o usuário precisa de emergência e essa emergência é pra "amanhã de manhã". Então, que emergência é essa?[...] Já durante o dia, a gente faz, aí sim, mais sistemático com outro serviço, né, do posto de saúde, com as unidades dos PACS, aí já é outra forma [...] Porque a gente tem uma coisa que é os serviços de saúde funcionam no horário comercial. O que eu digo é na questão [da Atenção] básica [de Saúde] (informação verbal)⁷⁹.

O que se revela na execução das políticas de assistência social e saúde, em muitos casos, é a permanência do imprevisto que, somada à ausência de planejamento e à operacionalização em redes obsoletas e/ou deterioradas, contribuem para ampliar a fratura entre as necessidades dos usuários e a universalização do acesso a serviços sociais derivados destas políticas públicas.

Afora os 'gargalos' mencionados, a pesquisa de campo, aliada ao acesso a fontes privilegiadas de informação, permitiu-nos inferir que tanto a junção das equipes do Centro POP e as equipes do SEAS (relatadas em tópico anterior) quanto à reorientação da política de drogas no município, vem gerando sobreposição de intervenções e este fato é um outro

⁷⁷ Fala de Refrigerante no momento da entrevista.

⁷⁸ Fala de Chocolate obtida no momento da entrevista.

⁷⁹ Fala de Açúcar obtida no momento da entrevista.

elemento comprometedor, dentre outras questões objetivas, da qualidade do serviço prestado.

4.5.3 Engenharia: Acesso tutelado visando à eliminação de obstáculos

Apesar dos avanços observados nas políticas de assistência social e saúde, no cuidado à Pop-AOD, nos já referidos anos 2000, bem como os investimentos da gestão municipal, especialmente nos anos de 2009 e 2010, pode-se afirmar que o número de equipamentos sociais ainda precisam ser ampliados, ao menos, para referenciar todas as seis RPA. É exemplar para esta afirmação o fato de só existirem dois Centros POP, como também a inexistência de outro CAPSad na RPA 06, reconhecidamente⁸⁰ como a mais populosa de Recife. Especificamente em relação aos CAPSad, não há desde 2004 a requalificação dos equipamentos existentes; salvo intervenções estruturais de emergência por ocasião de riscos iminentes aos imóveis.

A existência oficial destes serviços não implica garantia de acesso universal e para alguns casos, o acesso tem que ser "filtrado", parafraseando a separação "dentre os pobres, os miseráveis", dizemos "dentre os que sofrem com os riscos e danos por uso de drogas, os mais severamente sequelados". Quanto aos usuários de drogas é adicionado o risco social por estar em situação de rua, na maioria dos casos o acesso aos serviços só se efetivam pelo que denominamos aqui de "acesso tutelado"; ou seja, o acesso que só é realizado mediante o acompanhamento pessoal de algum profissional que exerce trabalho junto à Pop-AOD. Embora não específica para esta temática, vale para nossa discussão a reflexão de Yazbek (2004, p.37): "[...] Décadas de clientelismo consolidaram uma cultura tuteladora que não tem favorecido o protagonismo nem a emancipação dessas classes em nossa sociedade.

Não foram poucas as referências a esse tipo de estratégia, a fim de garantir o primeiro acesso ou continuidade de algum cuidado (de saúde e/ou assistência social) em equipamentos sociais diversos:

Quando ele chega acompanhado do Redutor [há um olhar preferencial], porque quando ele chega encaminhado ele ainda tem dificuldade, porque a

⁸⁰ De acordo com o Censo Demográfico de 2010 a densidade demográfica desta região é de 98,32 (hab/ha), ficando acima da média geral (70,38 hab/ha) quando somadas as demais regiões.

rede tem uma dificuldade de trabalhar com a população em situação de rua e com a população em situação de rua usuário [de drogas]! (informação verbal)⁸¹

Quando a gente encaminha o usuário, geralmente, **a gente vai com ele**. Porque, inicialmente, a gente dava o encaminhamento que a gente preenchia e tal; só que muitas queixas dos usuários era que eles não eram bem recebidos nos espaços ou, quando chegavam lá, não tinha a vaga para eles, enfim. Cada caso é um caso, mas, geralmente a gente vai diretamente com o usuário (informação verbal)⁸².

Ainda sobre o acesso tutelado é evidente, como bem coloca Escorel (2006, p.229) que: "[...] a rede assistencial é, sem dúvida, parte crucial da 'mágica' da sobrevivência dos moradores de rua", porém a subalternidade remete à ausência de protagonismo, além de reforçar os estereótipos sociais associados à Pop-AOD. O desafio posto é o de realizar uma política pública, de fato para todo e qualquer público.

4.5.4 Comunicações: A fragilidade da gestão da informação

Relativo à política de assistência social, é possível afirmar que é após a consolidação da PNAS, através do monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas ao nível das proteções afiançadas que a gestão da informação ganha centralidade na agenda estratégica da Secretaria Nacional de Assistência Social e do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MORAES *et al*, 2010).

Em Recife, há um incipiente desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação a partir do ano 2001, dado o já referido processo de redirecionamento da Política Municipal de Assistência Social, iniciado na gestão do então prefeito de Recife, João Paulo de Lima e Silva. Porém, a forma de registro das volumosas operações dos serviços socioassistenciais eram manuais, em sua maioria, com resultados pouco confiáveis ou mesmo incongruentes com os objetivos de uma política pública. Apesar do empenho da Gerência de Vigilância Socioassistencial, nos anos de 2005 a 2007, pouco se avançou na qualificação das informações prestadas. Visando à minimização deste hiato, no ano de 2008, a GVS desenvolveu novos instrumentos e técnicas para o gerenciamento das

⁸¹ Fala de Chocolate obtida no momento da entrevista.

⁸² Fala de Chá obtida no momento da entrevista.

informações, monitoramento e avaliação, através do Projeto Gerenciamento das Informações, Monitoramento e Avaliação (PGI) (IDEM, 2010).

Experiência análoga, em nível municipal, ocorreu junto aos serviços de atenção à problemática do uso de álcool e drogas, geridos pelo Programa Mais Vida. Pautado em dois grandes eixos de atuação da Secretaria de Saúde à época: reformulação dos mecanismos de gestão e organização do processo de trabalho e reformulação do modelo de atenção e prestação de serviços de saúde à população e, na perspectiva de corroborar com o modelo de atenção adotado (Recife em Defesa da Vida), foram iniciadas, em agosto de 2010, ações a fim de aprimorar o processo de coleta, transferência e análise das informações relacionadas aos CAPSad, o qual foi nomeado Projeto de Gerenciamento da Informação nos CAPSad – PGIC. O projeto, baseado em novos instrumentos e técnicas para o gerenciamento das informações no que dizia respeito ao planejamento, monitoramento e avaliação, visava à racionalização do processo de coleta, transferência e análise destas, bem como, determinar o grau de impacto a ser alcançado pela rede de promoção, proteção e assistência relacionadas à saúde mental (MORAES, 2010).

A despeito do mencionado acima, os relatos obtidos pelos entrevistados, revelaram que estes projetos não lograram o êxito esperado, pois, ainda são expressivas as falhas na circulação da informação, precários registros nos prontuários (a exemplo das subnotificações), frágil comunicação entre as equipes (inclusive no mesmo equipamento social), exígua socialização dos dados (existentes) entre os agentes públicos que realizam semelhantes atividades de inserção no território. Além da inexistência, no município, de um sistema de informações que possibilite a otimização dos atendimentos/encaminhamentos entre as políticas sociais:

Não há uma comunicação fluída entre as equipes do SEAS do dia e da noite, inclusive os registros ficam a critério de cada profissional (informação verbal)⁸³.

O município não dispõe de uma rede informatizada de armazenamento de dados. Não temos um sistema, não temos (sei lá) um HD que condensa todas as informações e isso é uma pena, porque a gente às vezes tem os mais diversos dados presos a determinado educador, determinada equipe, determinado gerente de território, educador de referência no caso. A

⁸³ Fala de Refrigerante obtida no momento da entrevista.

abordagem compartilha essas informações com o Centro POP e o Centro POP também tem acesso a informações de determinados usuários. Porque nem sempre o usuário que é acompanhado pela Abordagem é acompanhado pelo Centro POP e nem sempre o usuário que é acompanhado pelo Centro POP é acompanhado pela Abordagem! E, por vezes, a Abordagem acompanha aquele usuário no território, o Centro POP também acompanha o usuário por demanda espontânea do serviço, e às vezes essa informação se perde porque (sei lá) tem coisas que a Abordagem sabe, tem coisas que o Centro POP sabe e um não sabe deste pequeno pedaço do "quebra-cabeças". Às vezes existem encaminhamentos sobrepostos dentro do próprio serviço (informação verbal)⁸⁴.

Contudo, não pretendemos realizar aqui uma avaliação culpabilizadora dos profissionais, mas apontar a falta de prioridade da gestão para a qualificação do trabalho destes profissionais, visto que, apesar de referida à necessidade de, por exemplo, um sistema informativo que pudesse favorecer o registro da circulação dos usuários, na rede de atenção, e assim subsidiar as tomadas de decisões referentes às políticas sociais em Recife, não foram apontados por nenhum dos entrevistados outras iniciativas (ou retomada dos antigos projetos) visando ao gerenciamento da informação pelo atual governo municipal.

4.5.5 Intendência: Avaliação dos aspectos necessários ao aperfeiçoamento das políticas sociais voltadas à Pop-AOD

Tanto ao final das entrevistas semiestruturadas quanto ao final da sessão do grupo focal, foi lançada a pergunta sobre que aspectos cada um deles julgaria necessários ao aperfeiçoamento das políticas sociais existentes para responder às demandas da população usuária de álcool e outras drogas em situação de rua.

Assim, do ponto de vista dos profissionais foram apontadas a eliminação das "burocracias" que tornam mais demorado o processo de inclusão dos usuários aos programas, projetos, serviços e benefícios. Também foi criticada a recusa (por medo ou nojo) de parte dos servidores públicos em prestar serviço para este grupo populacional. Somadas à urgência de qualificação de toda rede pública para o atendimento humanizado destes usuários e a prerrogativa da experiência com trabalho no território, quando da

⁸⁴ Fala de Sorvete obtida no momento da entrevista.

realização de seleções públicas e/ou concursos, a fim de garantir um perfil qualificado para as atividades desenvolvidas. Haja vista o relato do ARD:

Quando você chega no PSF, você escuta: 'Ah, é droga? Eu como agente comunitário não vou!' [...] E se tem morador de rua, pior ainda, né, morador de rua pode estar naquela área [referenciada pelo PSF] e ele não é atendido! [...] Eu dou muito o exemplo do caso da Ponte Limoeiro, conhecido como “chupa-chupa”. O Santo Amaro 2 [Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde localizada no bairro de Santo Amaro] cobre aquela área e nem a enfermeira e nem a médica vai. Porque diz que é insalubre, é perigoso, que tem muita gente em situação de vulnerabilidade [...] mas não está dentro da minha área? Não é área que eu estou cobrindo? Por que eu não vou dar esse atendimento? Não acontece. Aí, quem faz o atendimento é o Consultório de rua, o Consultório na rua, o Programa ATITUDE [...] São equipamentos de rua, que vão pra dentro de uma comunidade atender uma população que o PSF devia está cobrindo e não cobre (informação verbal)⁸⁵.

Em suma, são pessoas vitimadas por ausências de direitos, uma realidade caracterizada pelo lugar que ocupam na trama de relações sociais, onde são estigmatizados por sua procedência de classe, como nos confirmam as sentenças anteriores e outras com as quais nos deparamos no desenvolvimento da pesquisa.

A desqualificação por clichês, situação que se repete rotineiramente, mostra que as pessoas em situação de vulnerabilidade social, que agora ganham visibilidade, ainda são considerados, pelos discursos sensacionalistas, mais como algozes que vítimas, singularmente quando se trata de usuários de drogas, dada a construção ideológica destes como inimigo social. É nítida a distinção de classe na atribuição do status de pessoa marginal sem, no entanto, considerar que esta população é parte do fluxo de expulsão do mercado de trabalho, numa sociedade cujo princípio de organização social está constituído pelos vínculos com a esfera ocupacional.

Sendo exatamente sob a ótica da ausência de uma política de trabalho, a reflexão realizada pelos usuários, como a principal falha identificada. Especialmente referida pelos que tem um histórico de cronicidade quanto à situação de rua:

Eu estou quase dois anos dependendo da prefeitura, mas eu não quero isso, eu quero um emprego! [...] Então, a prefeitura ela tinha a capacidade de empregar o usuário. Como? Tem a parte de terceirização

⁸⁵ Fala de Chocolate obtida no momento da entrevista.

que ela bota, então deveria ter uma meta de colocar 5% pra ser vigia, pra fazer banco de colégio, né, faxina. Porque ela pega o usuário, faz tudo isso, mas não dá um emprego. Termina o usuário voltando pra droga novamente! [...] A prefeitura podia pegar o usuário - vendo que ele está em abstinência, que ele está estudando, que ele fez curso, que ele faz tratamento no CAPS, ele está em abstinência - e pegar essa pessoa e dar uma oportunidade de emprego, para que a pessoa possa recomeçar sua vida! (informação verbal)⁸⁶.

Como eu já falei aqui pra ela, já passei por vários projetos; dez, onze anos não são dez dias, não são dez semanas, são dez anos fazendo curso! Já corri atrás pra um emprego, porque eu já disse, **eu não vou viver toda vida na 'aba' do Centro POP e do Centro da Juventude...** Eu estou com quase 30 [anos], vai chegar um certo tempo que eu não vou poder mais exercer o Centro da Juventude (informação verbal)⁸⁷.

Os relatos acima coadunam com o exposto por Escorel, ao afirmar que:

Mesmo em se tratando de uma sociedade em que não há pleno emprego [...] o cidadão e o trabalhador são duas categorias que se confundem no imaginário social. O trabalho é o critério para determinar a legitimidade e a dignidade da existência do cidadão (2006, p.196).

Embora a maioria dos entrevistados possuíssem cursos técnicos e/ou profissionalizantes, a perspectiva teórica adotada nesta pesquisa nos leva a entender que a desvinculação da dimensão do trabalho e consequente condição de pessoa em situação de rua não estão descoladas das transformações contemporâneas, tanto na esfera produtiva quanto nos mecanismos de acumulação capitalista que, ainda nas palavras da autora acima, gera os desnecessários ao mundo do trabalho.

Quando o usuário coloca que: "[...] Porque nós, na realidade, não somos gente; a gente não vive, a gente vegeta [...] Mas, essa é a política do próprio governo!", ao meu ver nada mais temos que uma atualização do exposto por Marx:

O pauperismo oficial é composto pela 'parte da classe trabalhadora que perdeu a condição de sua existência, a venda da força de trabalho, e **vegeta na base da caridade pública** (MARX, 1980 apud ESCOREL, 2006, p.208. Grifo nosso).

Pelo que se apresenta, não podemos dizer que não houve avanços nas políticas de atenção à população em situação de rua usuária de álcool e outras drogas, como também

⁸⁶ Fala de Açafraão obtida no momento do Grupo Focal.

⁸⁷ Fala de Noz-moscada obtida no momento do Grupo Focal.

seria uma inverdade negar que: "[...] no Brasil, 'a guerra contra as drogas' é o carro-chefe da criminalização da pobreza, através dos discursos de lei e ordem disseminados pelo pânico" (FILHO, 2008, p.115 apud ROCHA, 2013, p.575).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar a garantia de direitos sociais dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua (Pop-AOD) em Recife foi o principal objetivo da pesquisa realizada. O percurso investigativo que a conduziu possibilitou as indicações, expostas nesta seção destinada às considerações finais, que confirmam a nossa hipótese norteadora.

Partindo das aproximações conceituais sobre a função do Estado, drogas e pessoas em situação de rua, seguido da análise sobre os determinantes econômicos, sociais e culturais, buscou-se compreender a construção e reprodução ideo-política dos aspectos conservadores presentes, ao longo da História, nas políticas sociais de saúde e assistência social brasileiras, voltadas à Pop-AOD e que alcançam os nossos dias, com ações de ênfase no controle punitivo e segregador, contraditoriamente convivendo com os avanços e concepções emancipadoras, especialmente após os anos 2000.

Conforme já afirmamos, o uso de drogas e a condição de rua não são fenômenos recentes, no entanto, reformulam-se e se redefinem, visto que a realidade social é dinâmica. Numa formação econômico social por natureza excludente como a sociedade capitalista, ambos os fenômenos configuram síntese de múltiplas determinações, inerente a esta sociedade; haja vista que na construção de uma cultura e uma sociabilidade compatíveis com os seus interesses, como parte da ofensiva do capital, os contingentes populacionais imprestáveis à lógica do capitalismo são frontalmente penalizados na sua materialidade e subjetividade, particularmente afetados pelas condições do mercado de trabalho. Segundo a expressão de Yazbek:

A pobreza é uma face do descarte de mão de obra barata, que faz parte da expansão capitalista. Expansão que cria uma população sobrando, gente que se tornou não empregável, parcelas crescentes de trabalhadores que não encontram um lugar reconhecido na sociedade (2004, p.35).

Neste sentido, podemos afirmar ainda que as transformações operadas no interior da produção capitalista, desde os finais dos anos 1970, implicaram mudanças, em todo o mundo, nas condições de trabalho e, conseqüente, redução ou privação dos meios de subsistência indispensáveis à sobrevivência. Neste cenário incluem-se os países periféricos e, dentre esses, o Brasil. A tais condições de pobreza se soma o exaurimento pelo uso de

drogas, realizado pelas pessoas em situação de rua, a face mais subalternizada neste processo e mais vulnerável ante a estratégia de guerra pela sujeição dos desviantes e ameaçadores da ordem.

A primeira indicação que temos a partir de nosso estudo é a de que o uso de drogas realizado pelos pobres sofre sanções nem sempre (ou quase nunca) impostas às pessoas das classes dominantes, ainda que seja o uso da mesma substância psicoativa ou o mesmo quadro de dependência. A particularidade do uso de drogas pelas classes subalternas e a penalização para este uso responde aos interesses de âmbito político e ideológico, materializado na luta de classes, para o controle social. De acordo com os achados nas pesquisas bibliográficas e documental, inferimos que a guerra às pessoas pobres que fazem uso de drogas é uma resultante histórica do Estado moderno, em que a criminalização do uso de determinadas substâncias não se dá pelo agravo à saúde, mas, o quanto pode ser danosa às relações econômicas e/ou o quanto servem de instrumento legitimador para a perseguição desta parcela da população.

Outra indicação versa sobre como as transformações ocorridas em escala mundial incidiram diferentemente, segundo cada contexto social, no tocante à formulação tanto da Política de Atenção aos usuários de Álcool e Drogas quanto da política voltada à População em Situação de Rua. No caso brasileiro, inaugura-se um cuidado à saúde das pessoas usuárias de drogas marcadamente herdeira da política proibicionista autoritária e segregadora formulada pelos EUA, adicionando-se a esta o elemento de (um tipo de) indenização da culpa via ações de filantropia salvífica que por anos foi a tônica das intervenções tidas como sociais. Embora não se possa negar os progressos do ponto de vista legal, bem como, no que diz respeito a estruturação de serviços voltados à Pop-AOD, é sabido que este é um campo de contínuo tensionamento entre avanços e retrocessos, onde, vez por outra, ressurgem ou intensificam-se os aspectos mais retrógrados já observados na história desse país; como os observados nos relatos dos usuários participantes do grupo focal: naturalização da vinculação do tema droga com o crime, o delito e ao mau caráter, segregação pela aparência, violência policial, hostilidade por parte dos órgãos públicos, acesso tutelado, direitos transformados em favor, dentre outros.

Ao investigar acerca das contradições presentes na trajetória de acesso aos serviços sociais demandados pelos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, no centro da cidade do Recife, para garantia de seus direitos, um aspecto que chamou a atenção - mesmo não correspondendo ao núcleo central da pesquisa - foi a recorrente demanda por trabalho. Os dados obtidos a partir do grupo focal permitiram, no mínimo, duas inferências: a cronicidade da situação de rua não estava atrelada ao uso de drogas, mas, principalmente pelo fato da exclusão do mercado de trabalho; embora ainda não fortalecidos numa luta coletiva local, estes usuários apresentaram coerentes análises conjunturais, articulando a ausência de seus direitos à condição de reduzida cidadania a que estão submetidos.

Ao concluir essas considerações finais, confirmamos nossa hipótese norteadora, qual seja: de que está em curso uma contemporânea guerra às drogas, para a legitimação de uma reedição higienista de limpeza dos indesejáveis, contraditoriamente pautada num suposto cuidado destes usuários, na medida em que se ampliam serviços públicos, porém, restringem-se o acesso a estes.

Por fim, asseveramos que as políticas sociais contemporâneas voltadas a este grupo populacional apontam para cenários distintos aos da época dos 'desafortunados' do século XIV, ou mesmo revelam-se mais maduras que nos anos anteriores aos 2000, porém, a "guerra" contra as pessoas que usam droga, diariamente renovada e eficaz contra pobres ameaçadores, sobretudo em situação de rua, ainda que "suavizada" por tais políticas permanece nos desafiando para uma postura crítica, política e vigilante quanto à defesa dos direitos sociais destes.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, Gilberta. O proibicionismo em questão - alternativas. In: **Geopolítica das Drogas. Textos Acadêmicos**. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011. p. 29-49.

AGÊNCIA BRASIL. **Congresso Internacional sobre Drogas condena nova Lei Antidrogas**. Disponível em: <http://ultimainstancia.uol.com.br/conteudo/noticias/62643/congresso+internacional+sobre+drogas+condena+nova+lei+antidrogas.shtml>. Acesso em: junho, 2013.

ALBUQUERQUE, Cíntia Maria da Cunha. **Loucos nas ruas: um estudo sobre o atendimento à população de rua adulta em sofrimento psíquico na cidade do Recife**. Recife, PE. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, 2009.

AS TRANSFORMAÇÕES das políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas. **Revista Diálogos**, Brasília: Conselho Federal de Psicologia, Ano 6, n. 6, novembro, 2009, p.11-13.

BARBOUR, Rosaline. Amostragem. In: FLICKUWE (Coord.). **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009. (Coleção Pesquisa Qualitativa).

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, A.E. [*et al*] (orgs.). **Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 13-39.

_____ & BOSCHETTI, Ivanete. Política social no Brasil contemporâneo: entre a inovação e o conservadorismo. In: BEHRING, e. & BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2007. p. 147- 191.

BOITEUX, Luciana. Tratamento ou violação de direitos? **Revista Diálogos**, Brasília: Conselho Federal de Psicologia, Ano 6, n. 6, novembro, 2009, p. 19-22.

BONNIE; WITHEBREAD; ESCOHATO; VARGAS. in: **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008.

BRASIL. **Política Nacional Antidrogas**, Brasília, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001.

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

_____. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**, Brasília, Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2005a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/Suas)**. Brasília: 2005b.

_____. **Lei Federal nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006, Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

_____. **Sumário Executivo**. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008.

_____. **Decreto nº 7.053/DOU**, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, 2009a.

_____. MDS. **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais**. Resolução nº 109 de 11 de novembro de 2009b, publicada no Diário Oficial da União em 25.11.09. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaoespecial/altacomplexidade>>. Acesso em: abril, 2013.

_____. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop**. SUAS e População em Situação de Rua. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. [et al] (orgs.). **Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 88-110.

BUCHER, Richard (org.) **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Brasília: Editora Universitária de Brasília, 1989.

CÂMARA MUNICIPAL DO RECIFE. **Lei nº 17.392/DOM**, publicada no Diário Oficial do Município em 13.12.07, que dispõe sobre o Conselho Municipal de Política Sobre Álcool e outras Drogas. Recife, 2007.

CAMPORESI, Piero. **Bread of Dreams**. Chicago: University of Chicago Press, 1996.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza [et al]. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013. p.2797 - 2805.

CARNEIRO, Henrique. **É o capitalismo que vicia e proíbe as drogas**. Disponível online em: <http://www.pstu.org.br/nacional_materia.asp?id=13004&ida=0>. Acesso em: janeiro, 2013.

CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. Política pública de redução de danos e uso de drogas no Brasil: contradições do processo de construção de uma política nacional. In: BOSCHETTI, I. [et al] (orgs.). **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 260-280.

CARVALHO, Fernanda & ESPÍNDOLA, Luciana. SUS E SUAS: desafios na atenção integral aos usuários de crack e outras drogas na cidade do Recife. In: Dossiê sobre drogas. **Estudos Universitários, revista de cultura 28**. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, n. 09, dezembro, 2011. p.197-219.

CARVALHO, Fernanda. **A proteção integral e as contradições do acolhimento institucional para adolescentes em situação de rua no município do Recife**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Recife: UFPE, 2012.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Tradução: Iraci D. Poleti. Petrópolis: Vozes, 1998. (Coleção Zero à Esquerda).

CASTILHO, Ela Wiecko V. de. A eficácia invertida da internação involuntária. **Drogas e cidadania em debate**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2012. p. 35 – 37.

CAVALCANTI, Jorge. **Operação põe ordem na Maciel Pinheiro. Faxina na praça.** Disponível online em: <<http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/cidades>>. Acesso em: março, 2012.

CFESS. **Violência e autoritarismo do Estado não resolvem! CFESS Manifesta – Dia internacional de combate às drogas.** Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, junho, 2012.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica e inclusão pelo trabalho. In: _____. **Saúde mental e economia solidária.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ELIA, Luciano. **O crescimento do ovo da serpente ou S.O.S. saúde mental brasileira.** Disponível online em: <<http://rafaelmarmo.blogspot.com/2011/07/o-crescimento-do-ovo-da-serpente-ou-sos.html>>. Acesso em: setembro, 2011.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** Tradução: José Silveira Paes. Coleção Bases/ São Paulo: Global, 1984.

ESCOREL, Sarah. Vivendo de Teimosos: moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro. In: BURSZTYN, Marcel (org). **No meio da rua - nômades, excluídos e viradores.** Rio de Janeiro: Garamond, 2000, p. 139-171.

_____. **Vidas ao Léu: trajetórias de exclusão social.** 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

ESCORSIM NETTO, Leila. Pensamento Conservador, Ciências Sociais e Serviço Social. In: **O Conservadorismo Clássico. Elementos de caracterização e crítica.** São Paulo: Cortez, 2011.

FERREIRA, J. **Internação Compulsória e Involuntária.** Disponível online em: <<http://www.folhape.com.br/cms/opencms/radiofolha/pt/programas/arquivos/0002.html>>. Acesso em: setembro, 2013.

FRANCO, T.B & Magalhães Jr., H. A Integralidade e as Linhas de Cuidado. In: Merhy, E.E. [et al]. **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano.** Hucitec, São Paulo, 2003.

FRENTE NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS - FNDDH. **Carta de Apresentação da Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos.** Disponível online em: <<http://drogasedireitoshumanos.org/2012/06/25/carta-de-apresentacao-da-frente-nacional-drogas-e-direitos-humanos>>. Acesso em: setembro, 2013.

GATTI, Bernadete. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. v.10. Brasília: Liber livro, 2005.

GOMES JÚNIOR, Nelson. **Recolher não é Acolher**. Disponível online em: <<http://forumsus.blogspot.com.br/2011/10/recolher-nao-e-acolher.html>>. Acesso em: março, 2013.

GUARINELLO, Norberto Luiz. O vinho: uma droga mediterrânea. In: LABATE, Beatriz Caiuby [*et al*] (orgs.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008. p. 189-197.

GWYNNE, Kristen. **4 Things You Probably Didn't Know About Crack, America's Most Vilified Drug**. Disponível online em: <<http://www.alternet.org/drugs/4-things-you-probably-didnt-know-about-crack-americas-most-vilified-drug?page=0%2C1>>. Acesso em: junho, 2013.

IAMAMOTO, Marilda Villela. & Carvalho, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1982.

_____. A Questão Social no Capitalismo. **Temporalis**, Brasília: ABEPSS, Gráfica Odisséia, n. 3, 2ª Ed, 2004, p. 09 - 32.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010.

JOVCHELOVITCH, Sandra e BAUER, Martin W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, W. Martin e GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: vozes, 2008.

KARAM, Maria Lúcia. Redução de Danos, Ética e Lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. In: SAMPAIO, Christiane M. Alves & CAMPOS, Marcelo Araújo (orgs.), **Drogas, dignidade & inclusão social: a Lei e a Prática de Redução de Danos**. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003.

LANCETTI, Antônio. Desmistificação da existência de epidemia de álcool e outras drogas e medidas higienistas. **Drogas e cidadania em debate**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2012. p. 29 – 33.

LAW ENFORCEMENT AGAINST PROHIBITION – LEAP. **“Guerra às drogas”, violação a direitos fundamentais, criminalização da pobreza e racismo: constatações de pesquisa realizada em São Paulo**. Disponível em: <<http://www.leapbrasil.com.br/noticias/informes?ano=2012&i=58&mes=1>>. Acesso em: janeiro, 2013.

LINS, Juliana; PIMENTEL, Pollyanna & UCHÔA, Roberta (orgs.), **Sobre Drogas e, Redução de Danos: o cotidiano dos profissionais do Programa Mais Vida**. Recife, 2010.

MACHADO, Lia Osório. Espaços Transversos: Tráfico de Drogas Ilícitas e a Geopolítica da Segurança. In: **Geopolítica das Drogas. Textos Acadêmicos**. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011. p. 97-117.

MANZINI, Eduardo Jose. **A entrevista na pesquisa em Educação e Educação Especial: uso e processo de análise**. (Tese em Educação), 2008.

MARX, Karl. **O Capital**. Tradução: Reginaldo Sant'anna. 12 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. livro 1, v.2

MEL, Talula. Coordenador da Marcha da Maconha critica projeto da nova Lei Antidrogas. Disponível online em: <[http:// http://ultimainstancia.uol.com.br/conteudo/noticias/63715/](http://http://ultimainstancia.uol.com.br/conteudo/noticias/63715/)>. Acesso em: junho, 2013.

MERHY, Emerson. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. **Drogas e cidadania em debate**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2012, p. 09 – 18.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **De ferro e flexíveis: marcas do Estado empresário e da privatização na subjetividade operária**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mídia & Drogas: o perfil do uso e do usuário na imprensa brasileira**, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINTZ, Sidney W. **Sweetness and power: the place of sugar in modern history**. New York: Vinkin Penguin, 1986.

MORAES, Maristela. **O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

MORAES, Paula. Secretaria de Saúde. Gerência do Programa Mais Vida. **Projeto de Gerenciamento da Informação nos CAPSad – PGIC**. Recife: Prefeitura do Recife, 2010 (documento digitado).

_____. Secretaria de Saúde. Gerência do Programa Mais Vida. **Guia de Orientações para o Preenchimento da Ficha de Informação do(a) Usuário(a) – FIU/2011**. Recife: Prefeitura do Recife, 2011 (documento digitado).

MORAES, Paula [et al], Drogas e Políticas Públicas: uma análise dos planos de enfrentamento à problemática do crack no Brasil. In: Dossiê sobre drogas. **Estudos Universitários, revista de cultura 28**. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, n. 09, dezembro, 2011, p.175-196.

MOTA, Ana Elizabete (Org.). **O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

_____. **Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico-político ao serviço social brasileiro**. In: MOTA, ANA ELIZABETE (org.). As ideologias da contrarreforma e o serviço social. Recife: Editora Universitária, 2010.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, Douglas C. [et al]. Os jovens usuários de crack e a rede de cuidados: problematizações a partir de uma experiência. **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Rio Grande do Sul: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRPRS), 2010. p. 27 – 42.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Concepção**. Genebra: OMS, 2001.

PASTORINI, Alejandra. Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria “concessão-conquista”. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n.53, março, 1997, p. 80-101.

PERNAMBUCO. **Decreto Estadual nº 30.874**, de 10 de outubro de 2007. Institui o Programa Vida Nova – Pernambuco Acolhendo a População em Situação de Rua. Pernambuco, 2007a. Disponível em: <http://www.portais.pe.gov.br/web/sedsdh/vida-nova1>. Acesso em: junho, 2014.

_____. **Pacto pela Vida: Plano Estadual de Segurança Pública (PESP-PE)**, 2007b. Disponível em: <http://www.pactopelavida.pe.gov.br/material-institucional/>. Acesso em: junho, 2014.

_____. Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos. **NOTA INFORMATIVA**. Plano Crack, é Possível Vencer. Pernambuco, 2013 (documento digitado).

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. A produção social do usuário de crack: desconstruindo o monstro. **Drogas e cidadania em debate**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2012. p. 19 – 27.

PIMENTEL, Edlene. **Uma “nova questão social”? Raízes materiais e humano-sociais do pauperismo de ontem e de hoje**. São Paulo: Instituto Luckács, 2012.

RAMEH-DE- ALBUQUERQUE, Rossana. **Casas do meio do caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral dos usuários de álcool, fumo e outras drogas**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Recife: FIOCRUZ, 2008.

_____. A construção de uma rede intersetorial no enfrentamento às problemáticas decorrentes do uso abusivo de crack e outras drogas e estratégia de redução de danos: limites e possibilidades. In: Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos. **Plano de Atenção Integrada ao Crack e Outras Drogas. Pacto Pela Vida Recife**. Recife: SDSDH – Prefeitura, 2013.

RATTON, José Luiz [*et al*]. **Avaliação de Política Pública para Redução da Violência: o Caso do Programa Pacto pela Vida do Estado de Pernambuco**. Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia - ANPEC, 2013.

RECIFE. Prefeitura do Recife. **Proposta Gestão Cidade Saudável: para a reformulação da Política e Reestruturação da Rede Governamental de Assistência Social**. Recife: Prefeitura, 2001.

_____. Instituto de Assistência Social e Cidadania – IASC. **Travessia: Programa de acolhida e atenção integral às crianças, adolescentes e adultos em situação de rua e risco**. Recife: IASC – Prefeitura, 2003 (documento digitado).

_____. Secretaria de Saúde. **Programa Mais Vida:** de Redução de Danos e atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Recife: SS – Prefeitura, 2004 (documento digitado)

_____. Secretaria de Assistência Social. Gerência de Vigilância Social – GVS. **Projeto de Gerenciamento da Informação – PGI.** Recife: GVS – Prefeitura, 2008 (documento digitado).

_____. Secretaria de Assistência Social/Instituto de Assistência Social e Cidadania – IASC. **Relatório de Gestão da Proteção Social de Média Complexidade.** Recife: IASC – Prefeitura, 2009a (documento digitado).

_____. **Decreto n.24.944,** de 07 de dezembro de 2009. Autoriza a concessão de benefício eventual às pessoas em vulnerabilidade social, com o objetivo de superação das desigualdades e iniquidades, que se encontram em situação de rua e risco. Recife, 2009b.

_____. Secretaria de Saúde. Recife. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/prefeitura-do-recife-lanca-programa-consultorio-de-rua-174640>. Acesso em: setembro, 2010.

_____. Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos. Instituto de Assistência Social e Cidadania. Dados estatísticos e Indicadores demográficos/2010. Recife. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/dados-estatisticos-e-indicadores-demograficos2010>. Acesso em: setembro, 2013a.

_____. Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos. Instituto de Assistência Social e Cidadania. **População em situação de rua na cidade de Recife:** censo e análise qualitativa. Recife: IASC, [2005]. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsocial/populacaorua.php>>. Acesso em: setembro, 2013b.

_____. Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos /Instituto de Assistência Social e Cidadania – IASC. **NOTA PÚBLICA.** Trabalhadores e trabalhadoras do SUS e SUAS que desenvolvem trabalho voltado à população em situação de Rua na cidade do Recife. Recife, 2013c (documento digitado).

_____. Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos. **9ª Conferência Municipal de Assistência Social**. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/conferencia-municipal-da-assistencia-social.php>>. Acesso em: agosto, 2013d.

_____. Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos. **Plano de Atenção Integrada ao Crack e Outras Drogas. Pacto Pela Vida Recife**. Recife: SDSDH – Prefeitura, 2013e.

_____. Secretaria de Saúde. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/prefeitura-da-inicio-a-requalificacao-do-centro-de-saude-albert-sabin.php>>. Acesso em: junho. 2014.

ROCHA, Andréa Pires. Proibicionismo e a criminalização de adolescentes pobres por tráfico de drogas. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n.115, julho/setembro, 2013, p. 561-580.

RODRIGUES, Mavi Pacheco. Serviço Social e Reforma Psiquiátrica em tempos pós-modernos. **Revista Praia Vermelha**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, n.6, primeiro semestre, 2002, p.92-121.

RODRIGUES, Thiago. Tráfico, Guerra, Proibição. In: LABATE, Beatriz Caiuby [*et al*] (orgs.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008. p. 91-103.

ROSA, Cleisa Moreno Maffei. **Vidas de Rua**. São Paulo: Editora Hucitec: Associação Rede de Rua, 2005.

SCHIVELBUSCH, Wolfgang. **Tastes of paradises**. New York: Vintage Books, 1993.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICA SOBRE DROGAS - SENAD, Prevenção ao uso indevido de drogas: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais. Brasília, SENAD, 2006.

_____. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil**, Brasília, SENAD, 2008.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVEIRA, Dartiu Xavier. **Deve ser permitida a internação compulsória de viciados em crack?** Disponível em:

<<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaio/fz2506201107.htm>>. Acesso em: fevereiro, 2013.

SIMÕES, Júlio Assis. Prefácio. In: LABATE, Beatriz Caiuby [*et al*] (orgs.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008. p.13-21.

SNOW, David & ANDERSON, Leon. **Desafortunados. Um estudo sobre o povo da rua**. Petrópolis: Vozes, 1998.

SORIANO, Raúl Rojas. **Manual de pesquisa social**. Trad. de Ricardo Rosenbusch. Petrópolis: Vozes, 2004.

SOUZA, Jamerson Murillo Anuniação de. Estado e sociedade civil no pensamento de Marx. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n.101, janeiro/março, 2010, p. 25-39.

SPOSATI, Aldaíza. O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n.87, especial, 2006, p. 96-122.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987

UCHÔA, Roberta Salazar [*et al*] (supervisão). **Entre pedras e tiros: perfil dos usuários, estratégias de consumo e impacto social do uso do crack**. Recife: Universidade Federal de Pernambuco. FACEPE, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODC. **Promoting health, security and justice**. Viena: UNODC, 2010.

VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, Beatriz Caiuby [*et al*] (orgs.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008. p. 41-63.

VASCONCELOS, M. C. M. S.O.S Drogas: realizando a mediação entre indivíduo e rede de saúde. In: SILVA, G. L. (Org.). **Coação ou co-ação : diálogo entre justiça e saúde no contato com usuários de drogas**. Recife: Bagaço, 2005.

VELHO, Gilberto. O consumo de psicoativos como campo de pesquisa e de intervenção política. In: LABATE, Beatriz Caiuby [*et al*] (orgs.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008. p. 123-139.

VELOSO, Laís [*et al*]. Redução de danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas, in: BRAVO, M.I.S. (org), **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

VIEIRA, Maria Antonieta da Costa; BEZERRA, Eneida Maria Ramos & ROSA, Cleisa Moreno Maffei. **População de Rua: quem é, como vive, como é vista**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

WACQUANT, Loic. **As prisões da miséria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Pobreza e exclusão social: expressões da Questão Social no Brasil**. Temporalis, Brasília: ABEPSS, Gráfica Odisséia, n. 3, 2ª Ed, 2004a, p.33-40.

_____. As ambiguidades da Assistência Social brasileira após dez anos de LOAS. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n.77, março, 2004b, p.11-29.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Questões norteadoras para a sessão de grupo focal

Como vocês chegaram/conheceram estes serviços (CAPSad e Centro POP)?

Por que vocês vêm aqui?

O que vocês consideram como direitos?

APÊNDICE B: Instrumento de coleta de dados roteiro de entrevista semiestruturada

Nome:

Idade:

Sexo:

Serviço/Unidade:

Função:

data da entrevista: / /

ID do entrevistado:

1 – Todos os usuários que procuram o serviço são acolhidos?
2 – É realizada busca ativa dos usuários no território?
3 – Existe agenda permanente de encontro com as comunidades da área de abrangência deste serviço?
4 – Existe, neste serviço, o mapeamento da rede pública socioassistencial?
5 – Qual a frequência de usuário em situação de rua e uso abusivo/dependente de drogas que procura por este serviço?
6 – Quais as principais demandas dos usuários em situação de rua e uso abusivo/dependente de drogas atendidos por este serviço?
7- Todos os casos são encaminhados de acordo com sua demanda?
8 – Existem dificuldades para encaminhamento dos usuários em situação de rua e uso abusivo/dependente de drogas ao acesso dos direitos sociais, por este serviço?

9 – Quais as principais estratégias diante das (possíveis) dificuldades encontradas para encaminhamento destes usuários?

10 - Todos os usuários acompanhados possuem registro no PIA, PTS ou em instrumental semelhante?

11 – Que atividades de reinserção são desenvolvidas para os usuários em situação de rua e uso abusivo/dependente de drogas?

12- A equipe deste serviço realiza reunião técnica semanal?

13- Existe grupo de estudos no serviço?

14 – Existe agenda permanente de discussão de caso com equipes do Centro POP/ CAPSad?

15 – Que aspectos você julga necessários para pautar numa Política Municipal voltada para População em Situação de Rua?

APÊNDICE C: Termo de consentimento livre e esclarecido (usuários)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Eu, Paula Regina Lima de Moraes Pergentino, mestranda do curso de pós-graduação em Serviço Social da UFPE, convido você a participar da pesquisa de nome “**‘Suave’ Guerra às drogas: usuários em situação de rua**”, sob minha responsabilidade e a orientação da Profª Drª Ana Cristina Vieira, cujo objetivo geral é analisar a garantia de direitos sociais dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no Recife.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos ou palavras que você não entenda. Caso haja alguma dúvida, a qualquer momento pode perguntar a mim, para que eu tenha a certeza de que você está bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, peço que você confirme assinando (ou imprimindo a sua digital) ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é minha, como pesquisadora responsável.

Sua participação é voluntária, não envolvendo remuneração, e se dará através de uma sessão de grupo focal. Nesta, você poderá expor ideias, sentimentos e impressões relacionadas às questões que envolvem os direitos sociais dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, de maneira a gerar possíveis contribuições sobre o atendimento a este segmento da população no campo das políticas sociais públicas.

Para garantir maior fidelidade no registro das falas, utilizaremos gravação eletrônica em MP4, durante a sessão de grupo focal, bem como contaremos com a colaboração de mais uma pesquisadora como relatora. Esta sessão ocorrerá no espaço do Centro de Referência para a População em Situação de Rua - Centro POP Glória, localizado no bairro da Boa Vista, por ser o espaço que você conhece e já estabeleceu vínculo de confiança e, também, por ser este um espaço que permite o sigilo e a confidencialidade das suas informações. Você poderá recusar o convite ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso cause qualquer tipo de penalidade para você ou para mim, como pesquisadora.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos como seminários, congressos ou publicações científicas (impressas ou *on line*), não havendo identificação dos(as) voluntários(as), a não ser entre as pessoas responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (as gravações) serão arquivados e ficarão sob minha total responsabilidade quanto à guarda e confidencialidade, armazenados em pastas de arquivo do meu computador pessoal, em minha residência, pelo período de 05 (cinco) anos.

Você não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas de transporte e alimentação no dia e horário da sessão do grupo focal, para a sua participação, serão assumidas por mim, como pesquisadora responsável.

Em relação aos possíveis **benefícios**, os resultados desta pesquisa poderão contribuir na área da proteção social destinada à população em situação de rua, trazendo reflexões sobre a relevância de se desenvolver outros estudos relacionados à garantia de acesso aos direitos sociais das pessoas nesta condição social, bem como fomentar as políticas sociais públicas locais.

Como **benefícios diretos** você poderá refletir e discutir sobre a troca de conhecimentos junto aos participantes, além de acender o exercício da cidadania e do controle social, a partir da trajetória de acesso aos direitos sociais, pelas pessoas em situação de rua, especialmente as que fazem uso de drogas. Após a

conclusão do estudo, os resultados serão apresentados aos participantes em um seminário temático, uma cópia da dissertação será entregue à Gerência de Proteção Social de Média Complexidade da Secretaria de Defesa Social e Direitos Humanos e outra cópia à Gerência de Atenção à Saúde Mental de Álcool e Outras Drogas da Secretaria de Saúde, ambas da Prefeitura do Recife.

Em relação aos **possíveis riscos**, estes são mínimos, podendo por vezes ocorrer situações que gerem algum tipo de desconforto ou constrangimento, no momento do grupo focal, em razão de determinada fala relacionada a assuntos de ordem pessoal, por temer quebra de sigilo. Caso ocorra, procurarei minimizá-los através da escuta e suporte necessário.

Para esclarecimento em qualquer fase da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética da UFPE, através dos endereços e contatos disponibilizados no presente termo.

Endereço da pesquisadora: Rua Imperial, 203 - 3º Andar. São José, Recife/PE
CEP: 50090-000. Telefones: (81) 3355 2961/ 3355 2979.

Também participa desta pesquisa: Fernanda Carla de Leitão Carvalho (Psicóloga).
Telefones: (3355 8574/ 3355 8802).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600. Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepcs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo “Suave” Guerra às drogas: usuários em situação de rua, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____



Impressão digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE D: Termo de consentimento livre e esclarecido (profissionais)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Eu, Paula Regina Lima de Moraes Pergentino, mestranda do curso de pós-graduação em Serviço Social da UFPE, convido você a participar da pesquisa de nome “**Suave’ Guerra às drogas: usuários em situação de rua**”, sob minha responsabilidade e a orientação da Profª Drª Ana Cristina Vieira, cujo objetivo geral é analisar a garantia de direitos sociais dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no Recife.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos ou palavras que você não entenda. Caso haja alguma dúvida, a qualquer momento pode perguntar a mim, para que eu tenha a certeza de que você está bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, peço que você confirme assinando (ou imprimindo a sua digital) ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é minha, como pesquisadora responsável.

Sua participação é voluntária, não envolvendo remuneração, e se dará através de uma entrevista semiestruturada. Nesta, você poderá expor ideias, sentimentos e impressões relacionadas às questões que envolvem os direitos sociais dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, de maneira a gerar possíveis contribuições sobre o atendimento a este segmento da população no campo das políticas sociais públicas.

Para garantir maior fidelidade no registro das falas, utilizaremos gravação eletrônica em MP4, durante a entrevista semiestruturada. Esta entrevista ocorrerá em espaço previamente acordado, de acordo com a conveniência da pesquisadora e do(a) entrevistado(a), desde que seja um espaço que permita o sigilo e a confidencialidade das suas informações. Você poderá recusar o convite ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso cause qualquer tipo de penalidade para você ou para mim, como pesquisadora.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos como seminários, congressos ou publicações científicas (impressas ou *on line*), não havendo identificação dos(as) voluntários(as), a não ser entre as pessoas responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas e as gravações) serão arquivados e ficarão sob minha total responsabilidade quanto à guarda e confidencialidade, armazenados em pastas de arquivo do meu computador pessoal, em minha residência, pelo período de 05 (cinco) anos.

Você não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, a despesa com transporte, no dia e horário da entrevista semiestruturada, para a sua participação, será assumida por mim.

Em relação aos possíveis **benefícios**, os resultados desta pesquisa poderão contribuir na área da proteção social destinada à população em situação de rua, trazendo reflexões sobre a relevância de se desenvolver outros estudos relacionados à garantia de acesso aos direitos sociais das pessoas nesta condição social, bem como fomentar as políticas sociais públicas locais.

Como **benefícios diretos** você poderá refletir e discutir sobre o fenômeno da população em situação de rua e como o acesso aos direitos sociais, por este segmento, provoca o confronto dessa realidade com a formulação e execução das políticas públicas para este segmento populacional, ampliando e aprofundado seu conhecimento. Após a conclusão do estudo, os resultados serão apresentados aos participantes em um seminário temático, uma cópia da dissertação será entregue à Gerência de Proteção Social de Média

Complexidade da Secretaria de Defesa Social e Direitos Humanos e outra cópia à Gerência de Atenção à Saúde Mental de Álcool e Outras Drogas da Secretaria de Saúde, ambas da Prefeitura do Recife.

Em relação aos **possíveis riscos**, estes são mínimos, podendo por vezes ocorrer situações que gerem algum tipo de desconforto ou constrangimento, no momento da entrevista semiestruturada. Caso ocorra, procurarei minimizá-los através da escuta e suporte necessário.

Para esclarecimento em qualquer fase da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética da UFPE, através dos endereços e contatos disponibilizados no presente termo.

Endereço da pesquisadora: Rua Imperial, 203 - 3º Andar. São José, Recife/PE
CEP: 50090-000. Telefones: (81) 3355 2961/ 3355 2979. E-mail: aspaulamoraes@yahoo.com.br

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600. Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo “Suave” Guerra às drogas: usuários em situação de rua, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

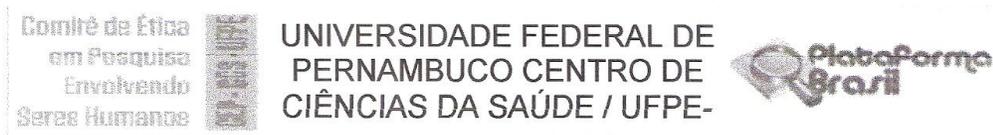
Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXOS

ANEXO A - Parecer consubstanciado CEP - UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Suave Guerra às drogas: usuários em situação de rua

Pesquisador: PAULA REGINA LIMA DE MORAES PERGENTINO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25484613.1.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 521.879

Data da Relatoria: 05/02/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa para dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a garantia de direitos sociais dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua em Recife.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

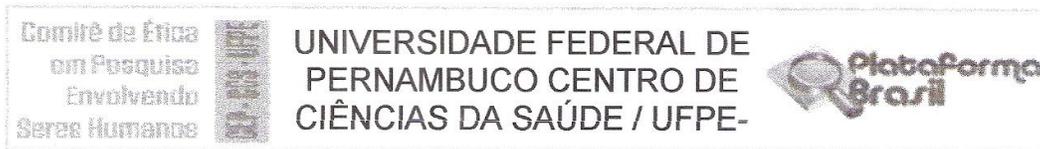
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de natureza qualitativa, fundamentada no método materialista histórico-dialético

O presente estudo será realizado na cidade de Recife, na Região Político-Administrativa 01.

Como os equipamentos sociais públicos das políticas de Saúde e Assistência Social e Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad) e o Centro de Referência para a População em Situação de Rua (usuária ou não de drogas), localizam-se nos bairros de Santo Amaro e Boa Vista; serão estes equipamentos os loci para discussão com os sujeitos da pesquisa sobre os limites e possibilidades destas políticas sociais, para a garantia de direitos sociais.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 521.879

Na pesquisa de campo serão convidados, para aplicação de grupo focal, 10 (dez) usuários com perfil de uso abusivo e/ou dependentes de álcool e outras drogas em situação de rua, adultos, de ambos os sexos, sem diagnóstico de transtorno mental e/ou efeito de droga que impliquem comprometimento para participação no grupo, com histórico de atendimento em serviços públicos de atenção às problemáticas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (por exemplo, CAPSad, Casa do Meio do Caminho/Albergue Terapêutico, Unidade de desintoxicação, Consultório de Rua ou similares) ou histórico de demanda para estes serviços. razão da situação de rua.

Para aplicação da entrevista semiestruturada, serão convidados 03 (três) profissionais Redutores de Danos do Consultório de Rua vinculados ao CAPSad Prof. Luiz Cerqueira e 03 (três) Educadores Sociais vinculados ao Centro POP Glória, de ambos os sexos, que atuam na região central do Recife e que estejam vinculados profissionalmente a estes programa/equipamentos por no mínimo 6 meses.

Estes profissionais irão participar porque, a partir da experiência deles, as pesquisadoras poderão enriquecer a investigação sobre as (possíveis) razões para a perpetuação de uma cultura institucional restritiva à atenção integral da população em situação de rua, especialmente, dos que fazem uso abusivo/dependente de álcool e outras drogas.

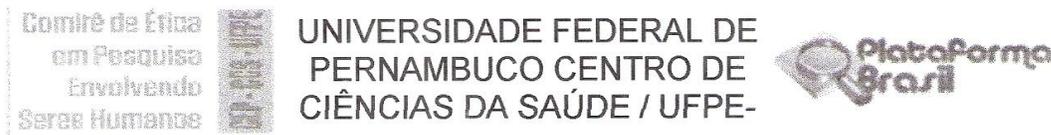
Instrumento de coleta de dados

Inicialmente, serão acessados prontuários dos usuários (arquivos físicos e/ou base de dados informatizadas) atendidos no Centro Pop Glória e/ou CAPSad Prof. Luiz Cerqueira, a fim de confrontar os dados registrados e, assim, fazer o levantamento dos serviços demandados e os encaminhamentos realizados, no período de junho de 2012 a junho de 2013, especificamente, para a Pop-AOD.

Com os usuários de drogas será utilizada a técnica de grupo focal e técnica de levantamento de dados que se produz pela dinâmica interacional de um grupo entre 06 e 10 pessoas, com presença de uma facilitadora e uma relatora, com duração máxima de 02 (duas) horas.

Para o segundo grupo escolhido 6 profissionais Redutores de Danos e Educadores Sociais será

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 521.879

realizada a entrevista semiestruturada

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.

RECIFE, 05 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
 (Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO B - Carta de anuência da Secretaria de Saúde de Recife



**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Paula Regina Lima de Moraes Pergentino** mestranda em serviço social da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa no Consultório de Rua da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **““Suave” guerra às drogas: usuários em situação de rua”**.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 19 de novembro de 2013.

Atenciosamente,

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Juliana Siqueira Santos
Gerente Geral de Formação e Avaliação
de Desempenho / SEGES/SS/PCR
Matricula nº 87.655-5

ANEXO C - Carta de anuência da Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos de Recife



Prefeitura do Recife
Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos
Proteção Social Especial de Média Complexidade
Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Paula Regina Lima de Moraes Pergentino**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa sob título: **“Suave” Guerra às drogas: usuários em situação de rua**, que está sob a coordenação/orientação da Prof^a Dr^a Ana Cristina Vieira, cujo objetivo é analisar a garantia de direitos sociais dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua em Recife, nesta Unidade.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Recife, em 25 / 10 / 13.

VALÉRIA MONTEIRO CORREIA

Secretaria de Des. Social e Direitos Humanos

Valéria Monteiro
Gerente de Proteção Social de Média Complexidade
Mat. 97.425-4

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição

ANEXO D: Autorização de uso de dados da Secretaria de Saúde**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE****AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS**

Declaramos para os devidos fins, que cederemos a pesquisadora **Paula Regina Lima de Moraes Pergentino**, o acesso às informações da base de dados dos usuários/Ficha de Informação do Usuário do CAPSad, para serem utilizados na pesquisa: **“Suave” Guerra às drogas: usuários em situação de rua**, que está sob a coordenação/orientação da Profª Drª Ana Cristina Vieira.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 item III.2-i e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Recife, 19 de novembro de 2013.

Atenciosamente,

Juliana Siqueira

Juliana Siqueira

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Juliana Siqueira Santos
Gerente Geral de Formação e Avaliação
de Desempenho / SEGTES/SS/PCR
Matricula nº 87.655-5

ANEXO E: Autorização de uso de dados da Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos de Recife



Prefeitura do Recife
Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos
Proteção Social Especial de Média Complexidade
Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que cederemos a pesquisadora **Paula Regina Lima de Moraes Pergentino**, o acesso aos dados da base de dados dos usuários/Prontuário social, para serem utilizados na pesquisa: **“Suave” Guerra às drogas: usuários em situação de rua**, que está sob a coordenação/orientação da Prof^a Dr^a Ana Cristina Vieira.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 item III.2-i e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Recife, em 25 / 10 / 13.

VALÉRIA MONTEIRO CORREIA

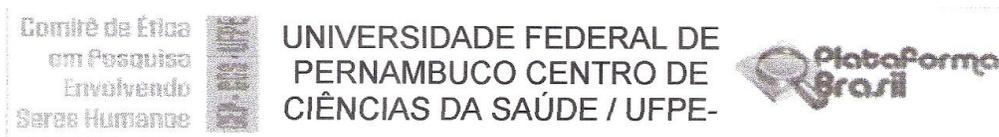
Secretaria de Des. Social e Direitos Humanos

Valéria Monteiro

Gerente de Proteção Social de Média Complexidade
Mat. 97.425-4

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela instituição

ANEXO F - Carta de Aprovação Definitiva do Comitê de Ética da UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Suave Guerra às drogas: usuários em situação de rua

Pesquisador: PAULA REGINA LIMA DE MORAES PERGENTINO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25484613.1.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: Envio do Relatório Final

Data do Envio: 16/10/2014

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 844.450

Data da Relatoria: 30/10/2014

Apresentação da Notificação:

A notificação foi apresentada para avaliação do relatório final da pesquisa

Objetivo da Notificação:

O pesquisador solicita a aprovação do relatório final da pesquisa.

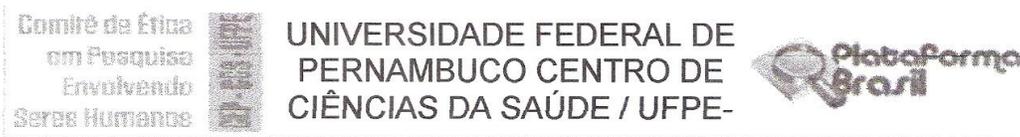
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador indicou a utilização do TCLE e informando os Riscos e Benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A notificação foi apresentada com o relatório final e o mesmo está adequado, com a indicação dos

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 844.450

resultados e conclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram considerados adequados.

Recomendações:

s/recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer da notificação do relatório final da pesquisa, tendo o mesmo sido avaliado e o protocolo aprovado de forma definitiva

RECIFE, 24 de Outubro de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
 (Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br