



# DROGAS

## Eixos de Abordagens

Pacto Pela Vida

Catalogado por Daniele Sousa do Nascimento

D784 Drogas eixos de abordagens: pacto pela vida. Fortaleza:  
INESP, 2010.  
88p.

ISBN:

1. Drogas, prevenção, Ceará. I. Ceará, Assembleia  
Legislativa. II. Título.

CDDdir: 616.863

Permitida a divulgação dos textos contidos neste livro, desde que citados autor e fontes.

EDITORA INESP

Av. Desembargador Moreira, 2807 – Dionísio Torres

Fone: 3277.3701 – Fax (0xx85) 3277.3707

CEP 60170-900 – Fortaleza-Ceará-Brasil

al.ce.gov.br/inesp – inesp@al.ce.gov.br

*Conselho de Altos Estudos da Assembleia Legislativa do Ceará*

# DROGAS

## Eixos de Abordagens

Pacto Pela Vida



Fortaleza  
2010

***Esta publicação faz parte do acervo do Conselho de Altos Estudos e Assuntos Estratégicos da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará (ALCE).***

**Coordenação Geral**

Eudoro Walter Santana

**Equipe Técnica**

Juliana Mara de Freitas Sena - Coordenadora

Carlos Magno F. Campelo (Calila)

Francisco Carlos Bezerra e Silva (Cacá)

Plauto Roberto de Lima Ferreira

Rosana Garjuli

**Colaboradores**

Professor Antonio Nóbrega Filho

Elton Gurgel

Solange Praxedes

Rossana Brasil

**Apoio Administrativo**

Flávia Vasconcelos Diógenes

Francélio Fábio de F. Sena

Paulo Sérgio dos Santos Carlos

Tânia Rodrigues Pinho

**Parcerias**

Associação Cearense de Imprensa

Ivonete Maia

Central Única das Favelas

Preto Zezé

Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

Marcelo Brandt Fialho

Sindicato dos Médicos do Ceará

José Maria Pontes

**Coordenação de Comunicação Social da ALCE**

Silvia Góes

**Jornalista Responsável**

Uyara B. de Sena (MtB 01735JP)

**Projeto Gráfico e Diagramação**

Mario Giffoni

**Revisão**

José Maria Mapurunga Filho

## APRESENTAÇÃO

Sensibilizada pela expansão do consumo de drogas no Ceará, a Assembleia Legislativa do Ceará decidiu articular o “Pacto pela Vida – Drogas, um caminho para um triste fim”. O novo fórum criado pelo Conselho de Altos Estudos da Assembleia Legislativa do Ceará objetiva construir um diagnóstico do uso de drogas e de assistência aos usuários, identificando os grandes desafios de enfrentamento da questão para, por fim, traçar um plano de ações integradas para fazer frente ao problema. O diferencial é que todas as ações previstas devem ser deliberadas pelos integrantes do Pacto, de forma que a responsabilidade é compartilhada. As atividades foram iniciadas em fevereiro de 2010 e já envolvem centenas de instituições, entre órgãos governamentais e entidades da sociedade civil.

O trabalho sustenta-se em quatro eixos: “Prevenção ao uso de drogas”, “Tratamento de dependentes químicos”, “Repressão ao tráfico” e “Reinserção social”. Organizados desta maneira, compreende-se, portanto, que as discussões e as futuras intervenções não podem ser realizadas isoladamente, e sim, de forma integrada. É o Pacto pela Vida ganhando consistência.

Esta publicação, produto das discussões efetuadas pelos integrantes do Pacto, tem o objetivo de colocar ao alcance de quem se interessar, informações sobre os quatro eixos, de modo que as ações de prevenção, tratamento, repressão e reinserção possam ser melhor orientadas e conhecidas. Propõe-se a ser um dos instrumentos da luta contra as drogas, uma vez que repassa informações que permitem a compreensão, tanto global quanto de aspectos específicos da problemática, que envolve tantas peculiaridades do nosso tempo: vazio existencial, desespero, sedução do inferno, violência e iniquidade humana. Expressões tristes de uma realidade, mas que despertam a intenção de fazer algo para mudar essa realidade e de proporcionar histórias mais felizes.



## SUMÁRIO

<b>PREVENÇÃO .....</b>	<b>9</b>
Níveis de Prevenção .....	12
Riscos e Proteção .....	14
Diretrizes (da Política Nacional sobre Drogas, 2005): .....	16
Mídia e Indústria Cultural.....	18
Prevenção no Ceará.....	19
<b>O TRATAMENTO .....</b>	<b>27</b>
Saúde da Família .....	31
Núcleos de Apoio .....	32
Terapia Comunitária.....	32
Grupos de Mútua Ajuda .....	33
CAPS AD .....	34
CAPSi.....	34
CAPS I E CAPS II .....	35
CAPS 24 Horas .....	36
UPAS.....	37
SAMU 192 .....	37
Pontos de Acolhimento.....	38
Consultórios de Rua.....	38
Acolhimento Transitório.....	39
Hospital - Dia Elo de Vida .....	40
Unidade de Desintoxicação .....	40
Leitos de Atenção Integral.....	40
Hospitais Psiquiátricos.....	42
Comunidades Terapêuticas .....	43

## **REPRESSÃO.....45**

As Drogas e o Crime .....	48
Crime Organizado .....	52
Tráfico e Crime Organizado .....	55
Regiões Produtoras .....	58
Rotas.....	59
Das Peculiaridades.....	60
Crack.....	62
Base Legal .....	63
Ação Policial no Ceará .....	64

## **REINSERÇÃO SOCIAL.....69**

A Legislação.....	71
O Conceito .....	74
As Ações .....	76



# PREVENÇÃO

---



**O** Conselho estadual de políticas públicas sobre drogas – CEPOD - propõe planos de atuação, exercendo instrução normativa, além de coordenação geral, controle e fiscalização das atividades relacionadas com a prevenção e o tratamento do uso de drogas no Ceará. Já a Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) define a prevenção do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. Para o SENAD, a prevenção é o planejamento e a realização de múltiplas estratégias para reduzir a vulnerabilidade na população mais exposta ao risco. Isso com o fortalecimento dos fatores de proteção. Necessariamente esse processo deverá contar com a participação das comunidades nas práticas propostas. Será com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis, atuando dentro de suas competências, que processos preventivos poderão ser viabilizados. Segundo a Política Nacional sobre Drogas (2005), as ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e na pluralidade cultural. Devem levar em conta a promoção da saúde física e mental, individual e coletiva (o bem estar). Devem ter em vista a integração socioeconômica e a valorização das relações familiares, considerando seus diferentes modelos.

As ações devem ser planejadas e realizadas em prol do desenvolvimento humano, do incentivo à educação para uma vida saudável, do acesso aos bens culturais, incluindo a prática de esportes, cultura, lazer; da socialização do conhecimento sobre drogas, com embasamento científico; do estímulo ao protagonismo juvenil; da participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação dessas ações preventivas, tendo em vista um sentido coletivo de convivência, baseado na solidariedade, que se contrapõe ao modelo ora reinante, que potencializa frustrações, na medida em que sacraliza o consumo (inacessível a muitos jovens) e enaltece o individualismo.

A educação é uma etapa fundamental nesse processo.

## Níveis de Prevenção

As ações preventivas ao uso indevido de drogas podem acontecer em diferentes níveis, dependendo da população-alvo e do perfil da intervenção. Essa noção de prevenção evoluiu para um modelo pedagógico que leva em conta a interação da pessoa com o lugar onde ela vive e os riscos decorrentes. Dentro desta perspectiva podemos dividir as ações preventivas em três níveis.

**Prevenção Primária** - É o conjunto de ações que procuram evitar a ocorrência de novos casos de uso abusivo de psicotrópicos ou até mesmo um primeiro uso (OMS, 1992). O objetivo é impedir que se produza um consumo problemático antes mesmo do primeiro uso. Incluem-se aqui a educação para a promoção da saúde, a informação e as medidas sociais e legais. Esse tipo de intervenção pode ser realizado dentro de diferentes enfoques, sendo a divulgação de informações o mais conhecido. Dentro dos modelos informativos, destacam-se duas vertentes principais: o modelo baseado no amedrontamento (divulgação dos prejuízos causados pelas drogas); e o modelo baseado na informação científica não tendenciosa (informação geral e isenta sobre as drogas).

**Prevenção Secundária** - É o conjunto de ações que procuram evitar a ocorrência de complicações para as pessoas que fazem uso ocasional de drogas e que apresentam um nível relativamente baixo de problemas (OMS, 1992). Consiste em intervenções para evitar que um estado de dependência se estabeleça. Este tipo de trabalho é definido como uma intervenção especializada endereçada a pessoas que já manifestaram sinais de dificuldade com as substâncias psicoativas, em razão de um uso impróprio ou nocivo. Dirige-se, portanto, a uma população bem definida, àquela que dá sinais de excessos esporádicos ou abuso momentâneo. Aqui se incluem o diagnóstico precoce, a orientação dirigida e a intervenção na crise.

Os serviços específicos de prevenção secundária ainda são muito pouco explorados no Brasil, especialmente em função das inúmeras dificuldades relacionadas à implementação desse tipo de intervenção. Os usuários não dependentes muitas vezes não notam qualquer prejuízo imediato do uso da droga e sentem prazer temporário em usá-las. Dessa forma, eles não tendem a buscar ajuda em serviços especializados, e, dificilmente, são identificados. No caso das drogas ilícitas, o reconhecimento do usuário torna-se ainda mais complicado por tratar-se de um comportamento clandestino e não haver percepção ou preocupação com as conseqüências negativas do tráfico.

Prevenção Terciária - É o conjunto de ações que, a partir de um problema existente, procura evitar prejuízos adicionais e/ou reintegrar na sociedade os indivíduos com problemas sérios. Também busca melhorar a qualidade de vida dos usuários junto à família, ao trabalho e à comunidade de uma forma geral (OMS, 1992). Na prática, essas ações envolvem a identificação e o atendimento aos casos emergenciais (como síndrome de abstinência, *overdose*, tentativas de suicídio etc.) e/ou com pacientes portadores de problemas que necessitam encaminhamento (hepatite, Aids, cirrose, entre outros). Também envolvem a orientação familiar e o auxílio na reabilitação social dos usuários. As ações de prevenção terciária muitas vezes se mesclam ao tratamento daqueles usuários que buscam ajuda para sua recuperação.

Nas prevenções secundárias e terciárias, o Pacto pela Vida deve levar em consideração as diretrizes da Política Nacional Sobre Drogas (2005) e da Política do Ministério da Saúde de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (2004). Estas referendam a Redução de Danos enquanto estratégia de saúde e de evitar doenças (AIDS, hepatites, tuberculose e outras) entre pessoas que não querem ou não conseguem cessar o uso de álcool e outras drogas.

Além desta classificação das ações preventivas, o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) descreve outros tipos de prevenção: A Intervenção Universal – quando os programas são destinados à população geral, supostamente sem qualquer fator associado ao risco e pode ser aplicada na comunidade, em ambiente escolar e nos meios de comunicação. A Intervenção Seletiva – quando as ações são voltadas para populações com um ou mais fatores associados ao risco de uso de substâncias, tal grupos de crianças, filhos de dependentes químicos. Intervenção indicada – são intervenções voltadas para pessoas identificadas como usuárias ou com comportamentos de risco relacionados direta ou indiretamente ao uso de substâncias. Pode ser aplicada em programas que visem diminuir o consumo de álcool e outras drogas, mas também a melhora de aspectos da vida do indivíduo como, por exemplo, o desempenho no trabalho e na escola, e a melhoria das relações na família e na comunidade na qual vive.

## **Riscos e Proteção**

A Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde, define que os fatores de risco para o uso são resultantes das características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social, que contribuem para aumentar a probabilidade da ocorrência deste uso de drogas. Por sua vez, se tal consumo ocorre na comunidade é no âmbito comunitário que terão lugar as práticas preventivas de maior impacto sobre a vulnerabilidade e o risco.

Os fatores de risco e de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas, nas comunidades e em qualquer outro nível de convivência social. Pode-se dizer que a vulnerabilidade é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não

detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas e têm fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente (MS).

No domínio individual, podemos identificar como principais riscos a baixa auto-estima, problemas afetivos, falta de auto-controle e de capacidade de aceitar normas e condutas, comportamento anti-social precoce, doenças pré-existentes e vulnerabilidade psicossocial. Como fatores de proteção, a apresentação de habilidades sociais, flexibilidade, habilidade em resolver problemas, facilidade de cooperar, autonomia, responsabilidade e comunicabilidade são os mais influentes. Esses fatores ganham mais força se há uma vinculação familiar-afetiva ou institucional.

Quanto à família, vemos que o uso de álcool e outras drogas pelos pais é um fator de risco importante. Assim como a ocorrência de isolamento social entre os membros da família. São considerados fatores de proteção: a existência de vinculação familiar, o desenvolvimento de valores e o compartilhamento de tarefas no lar, bem como a troca de informações entre os membros da família sobre as suas rotinas e práticas diárias; o cultivo de valores familiares, regras e rotinas domésticas também devem ser considerados como fator de proteção.

Nas relações interpessoais, um risco são parceiros que usam drogas. Ou ainda aqueles que aprovam e/ou valorizam o uso de drogas. A rejeição sistemática de regras, de práticas ou atividades organizadas também é considerada como sinalizadora de risco. Ao contrário, pares que não usam álcool/drogas e não aprovam ou valorizam o seu uso exercem influência positiva, o mesmo ocorrendo com aqueles envolvidos com atividades de qualquer ordem (recreativa, escolar, profissional, religiosa ou outras) que não envolvam o uso indevido de álcool e outras drogas.

Nos ambientes de formação e aprendizado, ocorre o entrecruzamento de fatores de risco presentes em todos os outros domínios. Em verdade, a escola é o ambiente em que boa parte

(ou a maioria) destes fatores pode ser percebida. De qualquer forma, os maiores fatores de risco apresentados são a falta de habilidade de convivência com grupos e a disponibilidade de álcool e drogas na escola e nas redondezas. Além disso, uma escola que apresente regras e papéis inconsistentes ou ambíguos com relação ao uso de drogas, ou à conduta dos estudantes, também constitui importante fator de risco relativo ao uso de álcool e drogas. A educação e as práticas preventivas devem andar juntas. O conhecimento dos riscos das drogas é, em si, uma proteção. Daí a necessidade imperiosa de capacitar profissionais de educação e de outras áreas, para que multipliquem informações que evitem iniciações e que produzam reflexões nos iniciados. A capacitação dos diversos profissionais deve considerar a forma com que cada um deles intervém na comunidade.

As ações preventivas em geral devem facilitar a promoção da atenção integral aos indivíduos. Devem melhorar o acesso de cada um à rede de atenção à saúde, educação, cultura, esporte e lazer existente em seu território. Devem facilitar o entrosamento comunitário, de modo que cada um assuma o seu papel construtivo na comunidade. Devem, enfim, ajudar a proporcionar ganhos de qualidade de vida para que as pessoas descubram que o prazer não é encontrado apenas nas drogas e no álcool, mas em opções não destrutivas, que proporcionam uma vida alegre e serena. Opções que acenam para um futuro.

### **Diretrizes (da Política Nacional sobre Drogas, 2005):**

- Garantir aos pais e/ou responsáveis, representantes de entidades governamentais e não-governamentais, iniciativa privada, educadores, religiosos, líderes estudantis e comunitários, conselheiros estaduais e municipais e outros atores sociais, capacitação continuada sobre prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, objetivando engajamento no apoio às



atividades preventivas com base na filosofia da responsabilidade compartilhada.

- Dirigir as ações de educação preventiva, de forma continuada, com foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a diminuição do consumo e diminuir os riscos e danos associados ao seu uso indevido.

- Promover, estimular e apoiar a capacitação continuada, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com a participação de todos os atores sociais envolvidos no processo, possibilitando que esses se tornem multiplicadores, com o objetivo de ampliar, articular e fortalecer as redes sociais, visando ao desenvolvimento integrado de programas de promoção geral à saúde e de prevenção.

- Manter, atualizar e divulgar um sistema de informações de prevenção sobre o uso indevido de drogas, integrado, amplo e interligado ao OBID, acessível a toda a sociedade, que favoreça a formulação e implementação de ações de prevenção, incluindo mapeamento e divulgação de “boas práticas” existentes no Brasil e em outros países.

- Incluir processo de avaliação permanente das ações de prevenção realizadas pelos Governos, Federal, Estaduais, Municipais, observando-se as especificidades regionais.

- Fundamentar as campanhas e os programas de prevenção em pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas e suas conseqüências, de acordo com a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero e cultura.

- Propor a inclusão, na educação básica e superior, de conteúdos relativos à prevenção do uso indevido de drogas.

- Priorizar ações interdisciplinares e contínuas, de caráter preventivo e educativo na elaboração de programas de saúde para o trabalhador e seus familiares, com destaque à preven-

ção do uso indevido de drogas no ambiente de trabalho em todos os turnos, visando à melhoria da qualidade de vida, baseada no processo da responsabilidade compartilhada, tanto do empregado como do empregador.

- Recomendar a criação de mecanismos de incentivo para que empresas e instituições desenvolvam ações de caráter preventivo e educativo sobre drogas.

## **Mídia e Indústria Cultural**

O envolvimento da mídia, não somente dos veículos jornalísticos, mas também daquela em que se busca entretenimento, é fundamental para a discussão sobre as drogas no Ceará. Atualmente, deparamo-nos com conteúdos nos produtos da indústria cultural que incitam ao uso de drogas, direta ou subliminarmente. Propagandas expõem atitudes ou status que sugerem aos espectadores sensações de aceitação, inclusão em grupos a partir da prerrogativa do consumo de drogas psicotrópicas ou psicoativas.

Este campo merece debate e atenção já que as propagandas poderiam ser melhor regulamentadas, seja pela definição de horários, ou até mesmo proibidas pelas mensagens que são emitidas, incentivando o consumo cada vez mais precocemente. Geralmente, a prevenção recai sobre as drogas ilícitas, sendo deixadas de lado, portanto, as drogas lícitas que contam com diversas propagandas em que o álcool é associado a valores positivos, seguidas apenas do slogan “Beba com moderação”. Há ainda as propagandas contra o cigarro, limitadas aos consumidores, após um grande período em que as imagens com a droga eram associadas ao prazer e ao charme.

Com o objetivo de agregar as emissoras e os jornais locais, fizemos um contato preliminar que resultou na resposta de apenas dois veículos: TV União e Jornal O Povo. Convidamos ainda as instituições a aderirem ao Pacto pela Vida o que

foi respondido positivamente por ambas. Faz-se necessário o envolvimento de outras emissoras e veículos jornalísticos no Pacto pela Vida, não somente na cobertura dos eventos, mas também na inclusão de atividades em suas programações, bem como a adesão ao Pacto na construção do Plano de Ações Integradas.

Outro campo que precisa ser envolvido são os empresários e grupos culturais que poderiam levar mensagens diferenciadas à sociedade. Atualmente, presenciamos mensagens de incentivo ao uso do álcool, por exemplo, em músicas de forró. Deve haver, portanto, uma sensibilização destes produtores culturais de forma que possam refletir sobre o papel que essas produções têm no cotidiano dos jovens.

## Prevenção no Ceará

Não há suficiência de dados para fazer uma descrição da real situação das ações de prevenção ao uso de drogas no Ceará. O cadastro junto à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas aponta a existência de 57 instituições cearenses que atuam nessa área. Trata-se de um dado ainda incompleto, comparando a listagem das instituições cadastradas nesse órgão com as que já foram identificadas no decorrer das atividades do Pacto pela Vida. A primeira discussão ampliada realizada pelo Pacto pela Vida, por ocasião do Seminário Inicial, apontou alguns aspectos a serem observados com relação às estratégias preventivas:

a. As causas são diversas, o que aponta para a necessidade de muitas maneiras de abordar e intervir. Não deverá se buscar um modelo único, mas reforçar as diversas iniciativas já em desenvolvimento e ampliar políticas de Estado que promovam as ações pretendidas.

b. Experiências preventivas nas quais a juventude assume o protagonismo têm alcançado bons resultados no diálogo entre os jovens.

c. A existência de inúmeras iniciativas da sociedade civil com os mais diferentes métodos tem substituído a ausência de programas oficiais. Tais iniciativas, no entanto acontecem isoladas e são pouco apoiadas pelos orçamentos oficiais.

d. A prevenção deve considerar ainda alternativas para preencher o vazio existencial e a busca pelo prazer. Não se substitui um espaço ocupado pela perspectiva do vazio.

e. Existe uma desarticulação entre as diversas instituições que atuam na área, que dificulta uma potencialização de ações e de recursos.

Por ocasião do Seminário as instituições participantes preencheram um formulário onde descreveram sinteticamente as suas atividades. A grande maioria das respostas apontava como estratégias utilizadas na ação preventiva, as palestras, oficinas, visitas, atividades artísticas e desportivas, produção de material informativo e orientação institucional.

Por sua vez a Secretaria de Educação do Estado do Ceará – SEDUC apresentou a posição institucional diante da questão afirmando que “a concepção” de formação da cidadania dos Referenciais Curriculares Básicos da SEDUC tem como princípio filosófico a crença na pessoa humana, acreditando na capacidade do educador, no seu comprometimento com as questões sociais, com o “olhar reflexivo” da prática educativa, revisando cuidadosamente a sua função em sua essência. Este trabalho não deve ser imposto por leis, decretos ou estatutos. Trata-se de compreensão e decisão política de cada educador. Para realizá-lo requer intencionalidade, competência técnica, política e humana. Requer uma ação planejada, organizada, construída coletivamente, amplamente dialogada, assumida. De acordo com o posicionamento da SEDUC a educação formal deve se voltar para uma nova visão progressista, que

valorize a vida a cima de tudo, construída a partir de novos referenciais da educação.

A educação para a formação da cidadania deve ser voltada para a aquisição de valores e atitudes saudáveis, e para o desenvolvimento do pensamento crítico e científico, estimulando o processo participativo de tomada de decisão. Deve ser contextualizada, mantendo o respeito ao próximo, às diferenças, à diversidade, aos recursos naturais e patrimoniais. Neste sentido, a SEDUC já realizou alguns programas e vem realizando outros:

**Projeto Escola Viva (2000 a 2007)** - Escolas com atividades lúdicas, esportivas, artísticas, culturais e educativas para a convivência social. Oferecia aos alunos espaço de lazer com diversão sadia, pedagogicamente direcionada, o que contribuía para a diminuição da violência e do acesso às drogas. Nesse sentido, o projeto retirava estudantes da ociosidade nos finais de semana (Projeto Escolas Abertas Finais de Semana). Foram envolvidos nesse programa 122 municípios, 320 escolas, 2.634 professores e 166.538 alunos da rede pública de ensino.

**Projeto Amor à Vida (1999 a 2007)** - Este programa visava promover ações de saúde junto a adolescentes e jovens. As ações educativas e preventivas eram relacionadas à sexualidade, saúde reprodutiva, violência, ao uso indevido de drogas, a questões de gênero, integradas aos demais aspectos da vida. Este programa envolveu os 184 municípios do Ceará, as 21 CREDE e 2038 escolas.

**Programa Saúde na Escola – PSE (em andamento)**  
- Instituído por decreto presidencial de 5 de dezembro de 2007, com a proposta de envolver os ministérios da Saúde e Educação. Tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Conta com as seguintes ações: Avaliação clínica e psicossocial, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, promoção de alimentação saudável e

atividade física, educação para a saúde sexual e reprodutiva (Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas), prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas, promoção da cultura de paz e prevenção das violências e acidentes. O PSE é um programa pela superação das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Atualmente envolve 55 municípios. No final de 2010 pode haver novas adesões.

**Programa Mais Educação** - É uma iniciativa do Governo Federal que tem como prioridade contribuir para a formação integral de crianças, adolescentes e jovens, articulando diferentes ações, projetos e programas nos Estados, Distrito Federal e Municípios, em consonância com o projeto pedagógico da escola, ampliando tempo, espaços e oportunidades, através da articulação das políticas setoriais envolvidas e possibilitando a todos o “DIREITO DE APRENDER. O Programa teve início efetivo em 2008, com a participação de 1.409, localizadas em 54 municípios, de 25 Estados e no Distrito Federal. No Ceará participam 646 escolas estaduais e municipais, envolvendo 18 municípios, sendo 151 escolas estaduais e 495 escolas municipais.

Além da SEDUC, outra instituição que vem atuando na prevenção é a Polícia Militar, através do **Proerd**, um programa de prevenção primária, aplicado durante um semestre, como tema transversal, aos estudantes das 5ª ou 6ª séries. As instruções são ministradas, em aulas semanais, por policiais militares criteriosamente selecionados e capacitados. Em foco a construção interna de autodefesa ao uso de drogas e à violência. O programa envolve a escola e os pais dos alunos, que passam a integrar a rede de enfrentamento às drogas. No final do currículo é realizada uma imponente formatura, onde os alunos são encorajados, através de um certificado assinado por várias autoridades, a incorporarem-se como genuínos agentes de combate às drogas e à violência em suas próprias comunidades.

Antes predominava o conceito de que o papel da Polícia Militar devia ser concentrado na redução da oferta de drogas por meio da prevenção tradicional e da repressão imediata. Depois chegou-se à conclusão de que era necessário ir bem mais adiante e implementar uma prevenção inteligente e qualificada, dirigida, em especial, às crianças e adolescentes, potenciais usuários, vítimas de aliciamentos por parte dos senhores do tráfico.

A proposta é que o Proerd seja inserido como ferramenta do Pacto pela Vida, pois já se encontra instalado em 90 municípios do Ceará, tendo formado mais de 117.000 crianças. A estratégia do programa é dar prioridade à prevenção, sem abrir mão da recuperação e da reinserção social dos já dependentes. E sem deixar de dar uma grande atenção ao tráfico, por meio de uma repressão qualificada e inteligentemente monitorada, a fim de intimidar a devastadora corrupção de autoridades revestidas do dever de combatê-lo.

---

Alguns municípios capacitam profissionais de educação e saúde para ações preventivas, profissionais que formam multiplicadores que trabalham com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. Também capacitam lideranças comunitárias e grupos religiosos, que no cotidiano lidam com os riscos e as desgraças consumadas pelo uso de drogas e álcool. Também fazem encaminhamentos para os Alcoólicos Anônimos (AA), e Narcóticos (NA) e para grupos de auto-ajuda de familiares e amigos de dependentes de álcool e drogas. Um esforço para evitar novos aliciamentos e reduzir os danos dos já iniciados.

Há notícias de que em alguns municípios o uso de drogas ilícitas é irrelevante. Os casos de alcoolismo, porém, são numerosos e os Alcoólicos Anônimos (AA) cuidam daqueles que querem parar de beber, além de fazer abordagens nesse sentido. Outros municípios informam que não conseguem acom-

panhar o aumento do número de usuários de drogas, embora sejam contemplados por programas governamentais e a prefeitura realize ações de educação, saúde e cultura. Notícias existem de lugares onde o rádio é usado para informar sobre os riscos das drogas. Há município que se queixa pela falta de um órgão que pesquise a realidade, apresentando dados quantitativos e qualitativos, que permitam a prevenção. Outros reclamam da falta de policiamento para combater o tráfico. Um se orgulha de ter programas municipais de preparação para o trabalho. Existem muitas rodas de conversas, palestras, passeatas, teatro e demais atividades artísticas, muitas siglas e logomarcas de instituições públicas e privadas que integram o esforço contra as drogas. Há vazios imensos. Há um município que, embora ainda não tenha conseguido contabilizar qualquer ação “considera de crucial importância um trabalho em rede social com todos os segmentos: delegacia, justiça, ação social, educação e saúde na detecção, prevenção e tratamento do usuário de drogas, tomando as medidas cabíveis em cada uma das suas etapas”.

Do ponto de vista geral, a prevenção do uso de drogas e álcool no Ceará (conforme os retalhos de informações colhidas em alguns municípios), ocorre de forma desarticulada. São ações isoladas, uma aqui e outra acolá. E o que acontece, o que é mais comum aos municípios, é expresso por um informante do sul do Estado: “Faltam instituições que possam acolher dependentes químicos, não há uma mobilização em rede de órgãos como Polícia, Juizado, Secretaria de Ação Social, que fortifiquem a atuação nesse objetivo. Além disso, a região sofre de uma carência contundente de profissionais capacitados especificamente para lidar com estas questões”.

Daí, deixamos no ar, para a reflexão dos que buscam enfrentar as drogas, algumas perguntas: Onde as experiências apresentadas têm alcançado sucesso? Quais as causas disso? Quais as maiores dificuldades da prevenção? O que é essencial para uma boa estratégia de prevenção? Como a prevenção poderá ser estimulada, ampliada e monitorada no Ceará? Como articular e integrar ações preventivas? Que setores e instituições são essenciais nessas ações? Qual o papel de cada um?



## Referências Bibliográficas

Brasil. RESOLUÇÃO Nº3/GSIPR/CH/CONAD, DE 27 DE OUTUBRO DE 2005. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. **Política Nacional sobre Drogas** [acesso em 30/04/10]. Disponível em:<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Organização Mundial da Saúde. **Reagindo aos problemas das drogas e do álcool na comunidade**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 1992.



# **O TRATAMENTO**

---



**A** explosão do consumo de drogas no mundo atual é um problema complexo, com inúmeras causas e conseqüências. As diferentes formas de abordagem disponíveis ainda não se mostraram suficientes para a construção de um enfrentamento efetivo, seja em nosso país ou na realidade do Ceará. No mundo inteiro, aproximadamente 10% das pessoas que moram em áreas urbanas usam drogas de forma abusiva (Organização Mundial da Saúde, 2001). Esse consumo atinge diferentes idades, sexo, nível de instrução e condição socioeconômica. Em fevereiro deste ano, a Junta Internacional de Fiscalização a Entorpecentes (JIFE) — órgão ligado à Organização das Nações Unidas (ONU) divulgou seu relatório anual sobre o perfil de consumo e tráfico de drogas em 2009. O relatório aponta que o Brasil já ocupa o terceiro lugar no ranking de maior consumidor mundial de cocaína e tem a principal rota de tráfico internacional no Cone Sul. Além disso, também sinalizou quanto à mudança do perfil do consumo no país: há cada vez menos uso de drogas injetáveis e mais da cocaína fumada (crack).

Embora importantes para caracterização da extensão do problema em nosso país, só recentemente têm sido publicadas pesquisas que tratam dessa realidade no contexto brasileiro. Os dados epidemiológicos mais abrangentes acerca da prevalência do uso de álcool e outras drogas na população brasileira são o I e o II Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Substâncias Psicotrópicas, realizadas pelo CEBRID em 107 cidades com mais de 200 mil habitantes nos anos de 2001 e 2005. Os achados mostram que a prevalência do *uso na vida* de drogas, aumentou de 19,4% em 2001 para 22,8% em 2005. O *uso na vida* de crack, por sua vez, praticamente triplicou, passando de 0,2% em 2001 para 0,7% em 2005 (CEBRID, 2001-2005). Apesar desses dados, fica evidente a necessidade de realização de mais pesquisas na área, especialmente para melhor caracte-

terizar a problemática no Ceará, em que a grande maioria dos municípios é muito menor que a amostra estudada.

A complexidade das questões relacionadas às drogas reclama ações coordenadas em vários campos. Exige a atuação conjunta das políticas governamentais de saúde, justiça, segurança pública, educação, cultura, trabalho, comunicação e cidadania, em uma abordagem conjunta. Até porque um setor sozinho não tem competência para assumir integralmente as necessidades da área.

Conforme a Política Nacional sobre Drogas, o Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas), possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não-governamentais e entidades privadas.

A oferta de cuidado precisa, também, ser diversificada. Não se trata apenas de separar o usuário do consumo da droga, ou tratar a intoxicação. Trata-se também de protegê-lo das situações de vulnerabilidade. Faz parte do cuidado, ajudá-lo a reconstruir alternativas que lhe façam pensar e sentir que a vida vale a pena. Abordagens que valorizam somente uma parte do tratamento (cuidado na crise, desintoxicação, ambulatório, oferecer abrigo etc.) são ingênuas e pouco eficazes.

Uma questão importante interfere sobre o acesso ao cuidado. É o preconceito com os usuários de crack. Existe uma tendência a homogeneizar e marginalizar essas pessoas, associando o usuário de crack ao tráfico, à violência e ao risco. Isso alimenta a exclusão social e dificulta, ainda mais, o acesso a tratamento.

## Saúde da Família

É necessário que haja proximidade entre o cidadão (e família) e o setor saúde. Essa proximidade possibilitará o mapeamento e a identificação dos casos que precisam de cuidado. Entre os princípios dessa estratégia destacam-se a noção de território, a organização da atenção à saúde em rede, os vários atores que lidam com a questão das drogas atuando em conjunto, a promoção da cidadania tendo em vista o resgate da auto-estima, a reabilitação da saúde mental e para o convívio social e a construção da autonomia possível aos usuários. É fundamental que o setor saúde assuma a responsabilidade no acolhimento, orientação e encaminhamento, quando for o caso, dos usuários de drogas e de seus familiares aos demais níveis de atenção.

Algumas fragilidades dificultam a ação das equipes, especialmente a falta de capacitação dos trabalhadores para lidar com as questões sociais e mesmo com os problemas clínicos que esses usuários enfrentam: desnutrição, desidratação, lesões de pele, problemas respiratórios, tuberculose, hepatites, doenças sexualmente transmissíveis, para citar os mais frequentes.

Atualmente estão cadastradas 1826 equipes de saúde da família atuando nos 184 municípios do Ceará. Essas equipes precisam articular-se aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de seu município ou região, para que possam desenvolver projetos terapêuticos conjuntos para os usuários. Os municípios de Sobral e Fortaleza já acumulam experiência na integração entre as equipes de CAPS e da ESF, incluindo no planejamento e organização de serviços da saúde da família (inclusive saúde mental), a troca de conhecimentos entre os profissionais que compõem as equipes.

## **Núcleos de Apoio**

São equipes compostas por diferentes profissionais (Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional) e algumas especialidades médicas, que surgiram para fortalecer e qualificar as equipes de saúde da família no cuidado de casos que necessitem um olhar mais especializado. Cada equipe apóia de 03 a 20 equipes de saúde da família, conforme a realidade de cada município. Em articulação com a atenção básica, os Núcleos de Apoio podem realizar consultas, ações de promoção da saúde, ações de educação em saúde junto ao Programa de Saúde na Escola, oficinas, ações de redução de danos, oferta de cuidados básicos em saúde, mobilização de rede institucional de cuidado (CRAS, CREAS), oferta de inserção na rede de atenção.

No Ceará existem 130 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estão alocados em 77 municípios. Essas equipes também precisam ser capacitadas para trabalhar interagindo conhecimentos e práticas com as equipes de saúde da família, para que possam apoiar com eficácia o tratamento dos casos de uso abusivo de álcool e outras drogas.

## **Terapia Comunitária**

É um espaço de encontros das pessoas e da comunidade. Objetiva a valorização das histórias de vida dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da auto-estima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e das possibilidades de resolução destes. Tem como base de sustentação o estímulo à criação de uma rede de solidariedade. A promoção dessa rede social resulta em vínculos de solidariedade que, por sua vez, constituem fator de proteção importante ao uso indevido de drogas. Além disso, contribui na construção



de formas comunitárias de enfrentar o sofrimento associado ao consumo de drogas e suas conseqüências.

O Ministério da Saúde tem apoiado a implantação da Terapia Comunitária como instrumento estratégico de cuidado nas comunidades. Fortaleza e Sobral são municípios com experiência de inclusão dessa forma de cuidado na rede pública de saúde. O Ceará conta com três pólos de formação em terapia comunitária (Movimento de Saúde Mental Comunitária – MISMEC, em Sobral e Fortaleza, e Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim – MSMCBJ, em Fortaleza). Esses três pólos ampliam as possibilidades de capacitação de trabalhadores de saúde para atuarem nessa área.

## Grupos de Mútua Ajuda

Pessoas se reúnem em busca de apoio mútuo para superar dificuldades emocionais e comportamentos compulsivos que as levaram a uma vida destrutiva. E, algumas vezes, a uma vida excluída socialmente. Com ritual de iniciação e rituais de passagens, as irmandades determinam passos a serem dados, partindo do princípio que a caminhada de mil léguas começa com um primeiro passo. À medida que se baseiam num intercâmbio de narrativas da vida emocional de cada um deles, as reuniões das irmandades contribuem para uma interação entre os indivíduos, tornando-os mais responsáveis, mais fortes para superarem suas dificuldades e mais preparados para o exercício da cidadania. Essa interação emocional pode ter também, como efeito, um maior, amadurecimento dos indivíduos, dotando-lhes de maior autonomia diante das compulsões que os escravizam.

A principal matriz dos grupos de mútua ajuda é a Irmandade dos Alcoólicos Anônimos (AA), fundada em 1935, em Akron, Estado de Ohio, nos Estados Unidos. Desde que foi criada a irmandade dos AA é reconhecida como um eficiente

programa de recuperação de bebedores compulsivos. Com o passar dos anos diversos grupos de mútua ajuda, seguindo os caminhos dos AA, foram se estabelecendo, em grande parte, em torno de dificuldades específicas (usuários de droga, jogadores compulsivos, pessoas de comportamento explosivo, entre outras). A irmandade Narcóticos Anônimos (NA) desenvolve um importante programa de recuperação de usuários de drogas.

Existem também grupos de mútua ajuda organizados por familiares de pessoas acometidas pelo problema, especialmente quando há recusa do usuário em buscar ajuda. O AL-Anon desenvolve um programa para familiares e amigos de alcoólicos. O NAR-Anon trabalha com pais, parentes e amigos de dependentes químicos.

Os grupos de mútua ajuda são imprescindíveis na reconstituição de vidas que antes pareciam irremediavelmente destruídas.

## CAPS AD

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas oferecem, em regime ambulatorial, cuidados especializados através de equipes de profissionais de variadas formações. É prevista a disponibilidade de poucos leitos de observação para o cuidado com usuários que estejam intoxicados, em síndrome de abstinência ou necessitando de cuidados clínicos, mas que não necessitem ser hospitalizados. Cada CAPS também tem por responsabilidade a articulação do cuidado de cada usuário, e de sua família, tanto no próprio serviço quanto na rede de saúde e demais serviços que o município oferece. Existem 17 CAPS AD no Ceará: Barbalha, Juazeiro, Camocim, Limoeiro, Caucaia, Maracanaú, Maranguape, Icó, Quixeramobim, Iguatu, Sobral e Fortaleza (SER I, II, III, IV, V e VI).

## CAPSi

São os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, que ofertam cuidado especializado em saúde mental à população de crianças e jovens. No que se refere às questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, dá suporte ao público de até 15 anos de idade. A partir dessa faixa etária os jovens são, preferencialmente, atendidos nos CAPS AD. O Ceará tem 06 CAPS i em funcionamento, nos seguintes municípios: Barbalha, Fortaleza (SER III e IV), Icó, Iguatu e Maranguape.

## CAPS I E CAPS II

Além dos CAPS AD e dos CAPSi, existem mais tipos CAPS diferentes (CAPS I, CAPS II). Estes fazem atendimento diurno e levam em conta o contingente populacional a ser coberto. Os CAPS I atendem cidades de pequeno porte e os CAPS II atendem cidades de médio porte. Em municípios que não dispõem de CAPS AD, os CAPS I e II devem assumir funções ligadas ao tratamento de usuários de álcool e drogas. Exceção para as ações de desintoxicação e tratamento de abstinência leve, que devem ser realizados em articulação com a atenção básica.

Entretanto, o acolhimento a usuários de crack deve sempre ser realizado e os CAPS I e II devem se oferecer como espaço de convívio. Ainda que em períodos específicos e delimitados. Da mesma forma, em articulação com a atenção básica, devem ser realizadas ações de redução de danos. Há 69 CAPS (tipo I e II) no Ceará:

<b>Município</b>		
Acaraú – II	Guaraciaba do Norte – I	Paracuru – I
Acopiara – I	Horizonte – I	Paraipaba – I
Amontada – I	Ibiapina – I	Parambú – I
Aquiraz – I	Icapuí- I	Pedra Branca – I

Aracati – I	Icó – II	Pentecoste – I
Araripe – I	Ipú – I	Quixadá – II
Assaré – I	Ipueiras – I	Quixeramobim – II
Brejo Santo – I	Itaitinga – I	Redenção – I
Camocim – II	Itapipoca – II	Russas – II
Canindé – II	Itarema – II	Santana do Aca- raú – I
Capistrano – I	Jardim – I	Santa Quitéria – I
Cascavel – II	Lavras da Mangabei- ra – I	São Benedito – I
Caucaia – II	Limoeiro – II	Senador Pompeu – I
Cedro – I	Maracanaú – II	Sobral – II
Crateús – I	Maranguape – II	Tamboril – II
Crato – II	Marco – II	Tauá – I
Cruz – II	Mauriti – II	Tianguá – II
Coreaú – I	Monsenhor Tabosa – I	Trairí – I
Eusébio – II	Morada Nova – II	Uruburetama – I
Farias Brito – I	Novo Oriente – I	Várzea Alegre – I
Forquilha – I	Ocara – I	Viçosa do Ceará- I
Fortaleza II – Ser I, II, III, IV, V e VI	Orós – I	

Uma visão dos CAPS I e II, que atuam no Ceará, nos oferece algumas informações nada alentadoras. Observa-se que, na maioria, contam apenas com equipes mínimas e que são poucas as oportunidades de educação permanente para qualificação do trabalho dessas equipes. Observa-se, também, que praticamente nenhum desses serviços dispõe de projetos terapêuticos que incluam propostas de desintoxicação ambulatorial e/ou domiciliar. Também é visível o baixo grau de integração com a rede hospitalar de seus municípios, o que dificulta o fluxo da atenção quando o usuário requer esse nível de cuidado.

## CAPS 24 Horas

Em alguns municípios do país vêm sendo implantados serviços de Centros de Atenção Psicossocial para álcool e drogas funcionando 24 horas por dia nos sete dias da semana, incluindo feriados. Esta modalidade de CAPS vem ao encontro de uma necessidade constatada na rede de atenção contínua e cuidado integral. Esses serviços devem ofertar até 08 leitos de curta permanência (até sete dias consecutivos) e dão suporte aos usuários na prevenção de recaídas, na extrema vulnerabilidade e no tratamento de abstinências leves. Servem de abrigo em caso de *fissuras* intensas.

No Ceará ainda não existem desses serviços especializados. Existem serviços 24 horas nos municípios de Iguatu, Barbalha e Juazeiro, feitos pelo CAPS tipo III (de atendimento a problemas gerais). Deveriam fazer o atendimento dos problemas de álcool e drogas, mas não o fazem por falta de treinamento e capacitação das equipes.

## UPAS

As unidades de pronto atendimento (UPAS) podem servir como apoio aos CAPS AD nos casos de intoxicação e abstinência. O Ceará tem previsão de implantar 32 dessas unidades, que fortalecerão, juntamente com o SAMU 192, a rede de urgência e emergência do estado. Onze delas iniciarão funcionamento até o final deste ano. Será necessário investir na capacitação das equipes que irão trabalhar nessas unidades, a fim de garantir que as urgências relacionadas ao uso de álcool e outras drogas sejam adequadamente atendidas.

## SAMU 192

Serviço que faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências. Ajuda a organizar o atendimento na rede pública e presta socorro à população em casos de emergência. O serviço funciona 24 horas por dia e atende às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obs-tétrica e de saúde mental da população. Em Fortaleza e Sobral já tem alguma experiência no atendimento de usuários de álcool e drogas.

Há consenso, entretanto, de que as equipes precisam ter melhor preparação para atender casos de álcool e drogas. Também é consenso que o serviço do SAMU é mais solicitado do que consegue atender. Além disso, devido à complexidade de alguns casos (agitação, agressividade etc) há necessidade de articulação com serviços públicos de segurança, que também precisam de formação para lidar com tais situações.

## Pontos de Acolhimento

Estão sendo utilizados em alguns municípios do Brasil e em outros países (Alemanha, Inglaterra, Holanda, Canadá). Têm a finalidade de proporcionar um primeiro contato com usuários que não têm qualquer acesso a cuidados relativos a álcool e outras drogas. São espaços abertos, onde estes usuários podem alimentar-se, descansar e onde são realizados programas de promoção da saúde e de redução de danos. São espaços onde alguns setores da administração pública interagem. Têm caráter territorial e, no caso proposto, vinculados ao Programa de Saúde da Família e ao NASF. A possibilidade de implantação dos Pontos de Acolhimento no Ceará está no aguardo da disponibilidade de incentivo financeiro/financiamento para os projetos, conforme liberação de edital pelo Governo Federal.

## **Consultórios de Rua**

São partes integrantes do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD), lançado em 2009. Têm como objetivo principal estender o cuidado a usuários de álcool e outras drogas em situação de grave vulnerabilidade social e com dificuldade em acessar os serviços de saúde. Oferecem a essas pessoas ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua. Tem como eixos o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos, a inclusão social, o enfrentamento do estigma, a estratégia de redução de danos e a intersetorialidade. Fortaleza já tem um consultório de rua em funcionamento desde julho deste ano e prevê a implantação de mais um até o final do ano.

## **Acolhimento Transitório**

Uma das maiores fragilidades na rede de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, além do desenvolvimento de mecanismos eficientes de intervenção nas situações de crise, é a ausência de dispositivos de proteção e suporte social contra a exclusão e o abandono. Experiências de alguns municípios brasileiros apontam para a necessidade de casas que proporcionem o albergamento de usuários que se encontrem em situação de extrema vulnerabilidade e risco, e que necessitem de atenção e de cuidados de modo integral e protegido. Funcionam como albergues 24 horas que potencializam as ações de saúde mental da rede de atenção. Institucionalizam e dão continuidade ao cuidado. A utilização deve estar vinculada a um projeto terapêutico que define o tempo de uso do espaço, aproximadamente 30 a 40 dias. Baseado na experiência, dentre outras, dos Albergues Terapêuticos de Recife, o Ministério da Saúde pretende liberar edital, ainda este ano, disponibilizando

incentivo financeiro para os municípios dispostos a construir projetos para a implantação desses dispositivos.

## **Hospital - Dia Elo de Vida**

Recurso integrado ao Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM). Caracteriza-se por atenção disponível em regime de hospitalidade diurna, em que os usuários passam o dia na instituição e são liberados para suas casas no final da tarde. Conta com 30 vagas e oferta de cuidado através de profissionais de diversas formações, além de oficinas terapêuticas. É critério de admissão ao serviço já estar abstinente.

## **Unidade de Desintoxicação**

Do Hospital de Saúde Mental de Messejana. É o único dispositivo do Ceará especializado para a internação de quadros de intoxicação aguda e/ou síndrome de abstinência em regime de internação integral. Precisa avançar na garantia de suporte clínico (infraestrutura, equipamento, pessoal, exames) intensivo para os quadros de maior gravidade. Conta com 20 leitos, exclusivamente para homens. Com o processo de reforma do hospital, já em andamento, há projeto de abertura de unidade análoga para a população feminina.

## **Leitos de Atenção Integral**

Em Hospital Geral, para as pessoas em intenso sofrimento psíquico, incluindo aquelas com transtornos devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas. É fundamental a articulação com todos os serviços que compõem a rede municipal/regional de saúde. Esses leitos devem ter regulação do acesso, feita atra-



vés de critérios clínicos e de gestão. Sobral conta com a experiência de uma unidade psiquiátrica em hospital geral do município, com 17 leitos de internação integral. Além da unidade especializada, também utiliza leitos da clínica médica desse mesmo hospital para o cuidado dessa população. Os diversos hospitais gerais do Ceará dispõem de 56 leitos para atenção à saúde mental, cadastrados no SUS. Entretanto, excluindo-se honrosas exceções, o acesso a esses leitos é muito difícil. Dentre os argumentos expressos pelos próprios hospitais, a falta de capacitação das equipes para esse tipo de cuidado é recorrente.

<b>Estabelecimento</b>	<b>Município</b>	<b>SUS</b>
<b>Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias</b>	Aracati	1
Hospital Deputado Murilo Aguiar	Camocim	1
Hospital e Maternidade Regional São Francisco	Canindé	4
Hospital Maternidade Nossa Senhora das Graças	Cascavel	1
Hospital de Referência São Lucas	Crateús	2
Hospital Municipal Dona Maria Muniz	Cruz	1
Hospital Geral Dr. Cesar Cals	Fortaleza	1
Hospital Infantil Albert Sabin	Fortaleza	1
Hospital Cura Dars	Fortaleza	1
Hospital da Polícia Militar do Ceará	Fortaleza	2
Hospital Universitário Walter Cantídio	Fortaleza	2
Hospital Regional Ico Dep. Oriel G. Nunes	Icó	2
Hospital Maternidade Otacílio Mota	Ipueiras	1
Hospital Maternidade São Vicente de Paulo	Itapipoca	1
Hospital Municipal Natércia Junior Rios	Itarema	1
Hospital Municipal Dr. Deoclécio Lima Verde	Limoeiro do Norte	1
Santa Casa de Morada Nova	Morada Nova	1
Santa Casa de Paracuru	Paracuru	1
Hospital Municipal São Sebastião	Pedra Branca	2
Hospital Municipal Dr. Eudásio Barroso	Quixadá	3
Hospital Regional Dr. Pontes Neto	Quixeramobim	2

Hospital e Casa de Saúde de Russas	Russas	1
Hospital e Maternidade Divina Providência de Russas	Russas	1
Hospital Dr. Estevam Ponte	Sobral	17
Hospital Municipal Raimunda Timbó Camelo Tamboril	Tamboril	2
Hospital e Maternidade Alberto Feitosa Lima	Taúá	2
<b>Total</b>		<b>56</b>

## Hospitais Psiquiátricos

Unidades de internação integral, com leitos para atenção a quadros psiquiátricos graves e/ou agudos. Criticados, entre outras coisas, por não oferecerem projetos terapêuticos comprometidos com as necessidades específicas dos usuários de álcool e outras drogas e por estarem associados com um modelo de atenção considerado, pela legislação atual, como ultrapassado e não comprometido com os direitos do cidadão. Ainda representam o maior número de leitos de internação integral no campo da saúde mental em nosso estado. O Ceará conta com 953 leitos conveniados com o SUS, distribuídos em 07 estabelecimentos, sendo 01 no Crato e os demais em Fortaleza:

Hospital	Município	Leitos
Casa de Saúde Santa Tereza	Crato	180
Clínica de Saúde Mental Dr Suliano	Fortaleza	103
Hospital de Saúde Mental de Messejana	Fortaleza	160
Hospital Mira Y Lopez	Fortaleza	160
Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo	Fortaleza	120
Instituição Espírita Nosso Lar	Fortaleza	150
Instituto de Psiquiatria do Ceara	Fortaleza	80
<b>Total</b>		<b>953</b>

## Comunidades Terapêuticas

Atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas. O serviço funciona em regime de albergamento ou vínculos de um ou dois turnos. São unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de álcool e drogas. A atenção ocorre durante período estabelecido, de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso.

São lugares onde o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Algumas adotam abordagens de orientação religiosa. Estima-se que o número de comunidades terapêuticas presentes no Ceará seja bem maior do que as seis que estão cadastradas na Secretaria Nacional Antidrogas (SE-NAD). A grande maioria necessita de modificações a fim de respeitar integralmente a Resolução nº 101 da ANVISA, que determina as condições mínimas de funcionamento para esse tipo de estabelecimento. O Governo do Estado, através de seleção pública conveniou 65 leitos com 04 Comunidades Terapêuticas, via Hospital de Saúde Mental de Messejana.

<b>Comunidades Terapêuticas</b>	<b>Vagas Conveniadas</b>
Leão de Judá (Feminina)	15
Desafio Jovem	20
Associação Shalom de Promoção Humana	20
Associação Comunitária Mãe da Divina Providência	10
<b>Total</b>	<b>65</b>

## Referências Bibliográficas

Brasil. PORTARIA Nº 1.190, DE 4 DE JUNHO DE 2009. Ministério da Saúde. **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010)** [acesso em 25/04/10]. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)>

Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**. OMS, Genebra, 2001.

Carlini, E.A.; Galduróz, J.C.; Noto, A.R.; Carlini, C.M.; Oliveira, L.G.; Nappo, S.A.; Moura, Y.G.; Sanchez, Z.V.D.M. - **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005**. São Paulo: Páginas & Letras, 2007. v. 01. 472 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

# **REPRESSÃO**

---



**A** palavra bandido provém do italiano *bandito*, que significa um homem “posto fora da lei”, seja qual for o motivo. O Dicionário do Aurélio classifica bandido como malfeitor, facínora, membro de bando, pessoa sem caráter e de mau sentimento. Com relação aos traficantes de drogas, estamos diante de perigosos bandidos, que poderiam ser classificados em diversas categorias criminais. Infelizmente, algumas pessoas insistem em fazer a associação da imagem do traficante de drogas com a do bandido social, uma espécie de *Robin Hood* contemporâneo. Os argumentos se apóiam na tese de que o traficante ajuda assistencialmente os moradores da comunidade, gera “emprego” e “renda” no local em que ele se estabelece. Porém, a realidade do traficante é outra. E se tornou mais cruel pelos danos causados quando esse bandido especializou seu negócio na venda do crack.

Assim, as estatísticas da segurança pública apontam para um crescimento no número de furtos, roubos e homicídios. A ação social indica um considerável aumento do número de moradores de ruas, prostitutas e menores infratores. A saúde sinaliza para o aumento de casos de tuberculose, abortos e esquizofrenia. A educação vê o crescimento da evasão escolar, queda de notas e violência dentro da escola. O sistema penitenciário não tem mais onde colocar tantos delinquentes, as fugas são recorrentes e o tráfico nas prisões não tem controle. O turismo se sente ameaçado com o medo constante dos seus viajantes serem acometidos por algum tipo de agressão, motivada pela abstinência da droga. Ao sair da esfera governamental e caminhar para dentro dos lares, iremos encontrar famílias completamente destruídas física e emocionalmente. Apenas a fé permanece fortalecida, o que é comum nas grandes catástrofes, talvez reforçada pela impotência das famílias ao verem seus entes queridos escravos das drogas (mais drasticamente o crack).

Há uma diversidade de olhares sobre o uso de drogas. Alguns acreditam que esse tema deveria ser tratado não como uma questão de polícia. Já outra corrente advoga uma ação mais rígida dos órgãos policiais na repressão ao tráfico e consumo de drogas. Nesse sentido, muitos desafios têm sido colocados para a sociedade e para o Estado, no intuito de promover ações e políticas públicas na tentativa de encontrar alternativas para sua compreensão, seu enfrentamento e sua superação.

## As Drogas e o Crime

O Brasil continua a ser usado como um país de trânsito, principalmente para a cocaína enviada para a Europa e os Estados Unidos. Nesse processo, seu mercado interno vem se tornando cada vez mais importante para o consumo de cocaína. O Brasil não produz a folha da coca e tampouco a papoula do ópio. A cocaína, produzida em países vizinhos (Bolívia, Colômbia e Peru), posteriormente chega ao Brasil. Somente a Colômbia participa com 80% do mercado de cocaína consumida no mundo, entre plantação e refino. Porém, os países nos quais a folha de coca e a papoula do ópio são cultivadas não têm a rede de indústrias químicas que o Brasil possui.

O Brasil está entre os 20 países do mundo com o maior índice de apreensão de cocaína e lidera o ranking dos que mais exportam produtos químicos para refinar a droga para a Colômbia. Os dados constam no Relatório Anual da Junta Internacional de Controle às Drogas, órgão ligado à Organização das Nações Unidas (ONU). O documento se baseia em informações oficiais repassadas por secretarias, ligadas ao combate às drogas. O mercado de drogas no Brasil é imenso e causou o crescimento proporcional da rede criminosa que mantém esse mercado abastecido. A maconha é a mais popular droga entorpecente que circula no país, e tem ampla produção brasileira. Até meados de 1998, o Estado de Pernambuco era o maior



produtor de maconha do Brasil. Tem-se notícia do plantio de maconha em Pernambuco desde a década de 70, mais precisamente numa região conhecida por “Polígono da Maconha”. O “Polígono” é uma área de 600 Km<sup>2</sup> que forma um polígono imaginário ligando os municípios de Lagoa Grande, Ouricuri, Serra Talhada e Pedrolândia.

O Governo Federal desenvolveu um programa de erradicação da maconha nas regiões Nordeste e Norte do país. Entre os meses de novembro de 1999 a janeiro de 2000 foi deflagrada a maior operação contra o narcotráfico na região de Pernambuco, que ficou conhecida como “Operação Mandacaru”. Composta por policiais federais e estaduais e pelas forças armadas, uma força tarefa impôs a autoridade estatal na região do “Polígono”, restaurando a segurança. Durante o trabalho foram efetuadas prisões de traficantes e assaltantes, queimados milhares de pés de maconha, mudas e sementeiras da erva, além de apreendidas maconha pronta para consumo, armas e cocaína. Porém, mesmo depois dessa operação, Pernambuco continua a ser o maior produtor da erva (maconha) no Brasil, mas já não é mais o maior fornecedor nacional, sendo que a maior parte da maconha consumida hoje no Brasil vem do Paraguai. Com bases nos dados do levantamento domiciliar de 2002, sobre a prevalência anual, e no mês anterior, do uso de maconha, cocaína e anfetaminas pela população, encomendada pela Secretaria Nacional Sobre Drogas, o Brasil pode ser considerado um país de consumo médio. No caso do ópio e do ecstasy, a prevalência é baixa.

Cada país que defenda seus interesses, mas é conveniente que todos o façam. “Existem bons motivos para preocupação com os narcóticos. Eles movimentam muito dinheiro. Não pagam imposto. E provocam gastos públicos imensos”, avalia o economista francês Michel Schiray, que há dez anos estuda a economia do tráfico. As despesas com o combate às drogas são tantas que expoentes do pensamento conservador, como Milton Friedman, Nobel de Economia, já propuseram sua legalização. O dinheiro poupado seria usado para o tratamento

dos dependentes e ainda sobraría, segundo a tese, que reflete, na verdade, a impotência diante de uma atividade que desafia todos os esforços de repressão.

As leis do mercado encontram sua mais perfeita expressão no negócio das drogas. “Os entorpecentes existem há séculos, mas nunca renderam tanto dinheiro”, explica o jurista espanhol Antonio Escotado. “Na antiga Roma, o imposto sobre o ópio representava 15% da arrecadação imperial. No final do século passado, os Estados Unidos importavam 250 toneladas de ópio por ano. Em qualquer mercado negro, os preços vão lá para cima”, teoriza. No início do século, um quilo de heroína, produzida pela mesma Bayer que fabrica a aspirina, custava o preço de um quilo de toucinho. Hoje, um grama do pó é comprado nas ruas de Nova York por 300 dólares. O preço cresce porque inclui suborno de autoridades, transporte por vias tortuosas e uma margem de lucro gordíssima, para compensar as cargas eventualmente apreendidas.

Organizações internacionais de tráfico têm parceiros na rede brasileira do crime organizado, principalmente para o tráfico de drogas e armas e a lavagem de dinheiro. Drogas ilícitas estão sendo cada vez mais usadas como moeda na compra de armas contrabandeadas. A elevada taxa de homicídios registrada no país deve-se, em grande parte, à fácil disponibilidade de armas contrabandeadas, e ao consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas.

No caso da maconha, o seu crescimento do fluxo de produção e comercialização no Sertão de Pernambuco fez surgir verdadeiras “organizações” criminosas, ainda não caracterizadas como crime organizado na terminologia rígida, mas como grupos articulados e com ramificações externas que apontam para o Sudeste do país, como ligações com o Comando Vermelho, que atua no tráfico de drogas no Rio de Janeiro. Essas organizações pernambucanas se intitulam “comandos caipiras”.

Polícia e autoridades estão familiarizadas com o drama do consumo, mas poucos sabem sobre a lavagem do dinheiro

sujo. Os Estados Unidos estimam que o Brasil lave, por ano, 20 bilhões de dólares do narcotráfico.

Uma das maneiras de encontrar o dinheiro das drogas é seguir os outros esquemas ilegais que existem num país. “Os traficantes sempre se aproveitam de estruturas de corrupção tradicionais, que geralmente contam com a conivência de autoridades”, explica o sociólogo José Luiz Del Roio, do Núcleo de Estudos da Violência da USP. Na Itália, onde o consumo de heroína é um dos mais altos do mundo, a máfia começou a trazer as drogas de carona com o contrabando de ouro. Dois terços das jóias que entravam no país desembarcavam ilegalmente sob a vista grossa do governo, porque o contrabando permitia, aos joalheiros locais, concorrer em preço com os vizinhos suíços. Quando a droga entrou firme de contrapeso, a rede já estava tão forte que não podia mais ser desmantelada.

No Brasil, o combate ao tráfico nas comunidades pobres esbarra nas estreitas relações dos traficantes com os moradores que não têm envolvimento direto com o crime. A base desse relacionamento é uma complexa rede social de ajuda mútua, de caráter paternalista, que envolve sentimentos de medo e proteção. Baseada em códigos próprios de justiça, cuja principal regra é o silêncio, a teia tem o objetivo de dificultar a ação policial no combate ao tráfico e funciona na base da troca de favores: o bandido ajuda os moradores da comunidade, que os protegem da polícia.

Em Fortaleza, observamos o crescimento do micro-tráfico, ou seja, a venda de pequenas quantidades de drogas nos bairros periféricos da cidade. Esse tipo de tráfico foi incrementado devido à preferência do uso de crack pelos dependentes. A sensação de segurança vivida entre os moradores de Fortaleza vem caindo devido aos pequenos delitos praticados, relacionados com o uso/abuso de drogas. Os crimes mais comuns são furto de aparelhos de som dos veículos, roubo de telefones celulares, bolsas e jóias de motoristas. Devido à fissura provocada pela abstinência da droga, eleva-se o grau de violência desses

crimes, podendo assim evoluir de um pequeno delito para crimes como o de latrocínio, o que já vem acontecendo repetidas vezes nos cruzamentos dessa grande metrópole brasileira.

Devido a variações socioeconômicas, o crime não afeta todas as pessoas da mesma maneira. O risco de se tornar uma vítima é influenciada pela idade, pelo gênero, pela renda e pelo local de residência. Por exemplo, em áreas turísticas do Rio de Janeiro (como Copacabana e Ipanema), a taxa de homicídios é de cinco para cada grupo de 100 mil pessoas, semelhante à registrada nas cidades mais seguras da Europa.

A desigualdade social e a falta de oportunidade são as principais causas da violência enfrentada pela sociedade brasileira. Pela primeira vez na história recente do país, as armas de fogo, de pequeno porte, são consideradas as causas principais de mortes violentas, em vez dos acidentes de trânsito. Dos quase 50.000 homicídios registrados a cada ano, correspondendo a uma taxa de 27 em cada 100 mil pessoas, uma grande proporção está ligada ao tráfico de drogas.

## Crime Organizado

É importante ressaltar que não há um texto legal (contido na lei) conceituando crime organizado. Todavia a Lei 9034/95 (Lei do Crime Organizado) nos apresenta características da tal modalidade delituosa que nos conduz a uma conceituação. Desta forma temos condições de apresentar alguns conceitos que devem ser entendidos como meramente doutrinários. Entre eles podemos citar: *Considera-se crime organizado as associações criminosas, definidas no Código Penal e na legislação especial, dotada de estrutura empresarial dissimulada ou própria para a ocultação de atividades ilícitas, que utilizam meios materiais sofisticados, tecnologias e métodos avançados, além do eventual emprego de integrantes com nível de formação especializada.*

Para fins deste estudo apresentaremos as principais características do crime organizado, catalogados durante um determinado período pelo serviço de inteligência das polícias, que o diferenciam da chamada criminalidade dita comum.

**Planejamento empresarial.** Como em qualquer negócio lícito, as organizações criminosas fazem seus planejamentos para minimizar custos e riscos, e principalmente maximizar os lucros.

**Cadeia de comando.** Existe uma forte hierarquia e disciplina, muitas vezes endossadas pelo argumento da violência. As decisões são centralizadas no mais alto nível, numa projeção vertical e compartimentada.

**Pluralidade de agentes.** Esta é uma característica indispensável, sendo o crime organizado, segundo Lei brasileira, aquele praticado com o quorum qualificado de pelo menos quatro pessoas (Lei 9.034/95, art. 1º e CPB, art. 288).

**Antijuridicidade.** Certamente a associação de pessoas deve ter por objetivo a prática de atividades ilegais, portanto antijurídicas.

**Compartimentação.** Esta característica faz com que as atividades das diversas etapas ou níveis da organização não sejam conhecidas por outros setores. Presta-se como fator de segurança, protegendo a organização contra as ações de controle das agências oficiais.

**Estabilidade.** Trata-se de exigência legal, confirmada na jurisprudência, a estabilidade e a permanência da associação criminosa.

**Códigos de honra.** A disciplina, a lealdade e a satisfação de regras são impostas por códigos próprios. Por exemplo, a lei do silêncio, difundida pela máfia italiana. Outro exemplo é a precisão de pagamentos dos prêmios do jogo do “bicho” onde se proclama que “vale o que está escrito”.

**Diversificação de áreas.** Esta é uma tendência, verificada em diversas organizações, para garantir retorno financeiro em várias atividades, quer lícitas ou ilícitas, até como uma maneira de proteger o capital aplicado.

**Controle territorial.** Diz respeito ao controle de atividades criminosas em determinadas regiões ou áreas, respeitando os limites estabelecidos para cada organização.

**Fins lucrativos.** O fim lucrativo é o suporte básico motivacional, o combustível, a mola propulsora de toda organização criminosa, daí a competição ou a disputa violenta entre as organizações na busca do controle de mercados.

Tão somente para fins didáticos, vamos estabelecer alguns pontos de interesse observados nas organizações criminosas, que de certo modo se confundem com as características, mas que se apresentam menos marcantes que aquelas.

**Inimigo Comum.** Praticamente todas as organizações criminosas têm nas Agências de Controle o seu inimigo comum, que se empenham em combater, ou pelo menos neutralizar, por meio da infiltração sórdida, pela corrupção ou pela pura e simples ameaça.

**Segurança.** É questão de sobrevivência da própria organização. Deve ser proporcionada para os negócios e para os seus integrantes, sendo de essencial importância para a preservação da incolumidade, para o planejamento e proteção das rotas de fuga.

**Influência Política.** A organização criminosa tenta estabelecer suas bancadas parlamentares, patrocinando financeiramente os segmentos políticos que lhes possam ser úteis. Outras vezes, os próprios integrantes são eleitos, movidos pelo propósito de arregimentar facilidades, e de se protegerem através de imunidade parlamentar.

**Alianças.** É uma tendência, particularmente para o tráfico de drogas, o estabelecimento de alianças estratégicas, para racionalizar custos e diminuir os riscos operacionais. Nas alianças é que se corporificam e se sustentam os consórcios criminosos.

**Benemerência.** Busca de apoio, através da prática de benemerência, geralmente entre a população carente, o que muitas vezes é facilitado pela ausência do Estado. No Brasil temos assistido, em áreas de influência do crime organizado, manifestações de solidariedade até mesmo de maneira violenta, quando determinados bandidos são presos ou mortos.

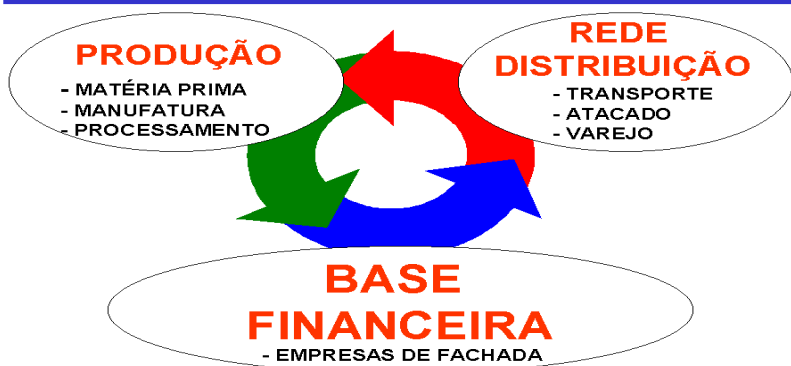
**Intimidação.** Traço forte do crime organizado. Se não conquista com a benemerência ou pela corrupção, busca o domínio pelo poder da ameaça. Como se frisou antes é característica principal da organização do tipo mafiosa, que se sustenta no poder de intimidação e na condição de sujeição, proporcionados pelo vínculo associativo.

Contrabando	Tráfico De Drogas	Assalto
Pistolagem	Crime Organizado: Modalidades	Lenocínio
Colarinho Branco		Extorsão Proteção
Seqüestro	Roubo De Cargas	Sonegação Fiscal

## Tráfico e Crime Organizado

Pontuando o *ranking* apresenta-se o tráfico de drogas, como a mais grave, mais complexa, mais lesiva e mais preocupante, dentre todas as modalidades ou manifestações do crime organizado. O gráfico seguinte demonstra as principais fases ou etapas percorridas pelo tráfico de drogas, que merecerão os devidos comentários e que comportam seguinte resumo:

## ETAPAS DO TRÁFICO DE DROGAS



**Produção.** Envolve a coleta de matéria prima, aí incluídos os cultivos de plantas psicotrópicas; os processos de manufatura e processamento das diferentes espécies de substâncias.

**Distribuição.** Dominando a maior parte do processo, compreende atividades de agenciamento, financiamentos, fechamento de negócios e principalmente a implementação de uma rede de transporte que utiliza todos os meios possíveis, inclusive o emprego de “aviões” ou “mulas”. A fase de distribuição tem seu desfecho com a colocação da droga no grande mercado, em nível de atacado, inclusive utilizando a rede mundial de computadores (Internet), e daí se segue a sua comercialização no varejo (utilizando também a Internet), quando se verifica a entrega da droga a consumo.

**Base Financeira.** Importante destacar que todo esse percurso tem como suporte fundamental de sustentação uma base financeira, no mais das vezes assentada em empresas de fachada, de aparência legal, mas constituídas exclusivamente para esse fim.



Na síntese que se extrai do Relatório Mundial do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP -1997), da produção ao consumo, o tráfico ilícito de drogas percorre distintas etapas e atividades. Também utiliza uma intrincada rede de distribuição, envolvendo o transporte e a venda, no atacado e no varejo. Na fase da produção de drogas sintéticas é necessária ainda a obtenção de matéria prima, o que importa em outro tipo de tráfico. Além disso, o processo de manufatura exige o emprego de especialistas.

No caso das drogas originárias de plantas psicoativas, o produto passa por vários estágios de processamentos e manufatura, que podem ocorrer na área do cultivo ou imediações. Na produção de drogas semi-sintéticas, ou seja, aquelas que são obtidas a partir da síntese, em laboratório, das propriedades naturais das plantas, a produção depende de equipamentos e de substâncias químicas. O valor comercial da droga encarece a cada etapa do processo, principalmente na fase de distribuição e consumo final, sendo fatores determinantes a relação oferta/demanda e o grau de risco da atividade.

Quanto à organização das atividades, observa-se a tendência do “controle administrativo” rigorosamente centralizado nos altos escalões do tráfico. A partir daí, aplica-se a compartimentação e a especialização de tarefas para os níveis mais baixos da organização. Nos níveis mais baixos da organização, nas esferas de apoio e distribuição de rua, onde os riscos são maiores, é grande a rotatividade dos quadros. No mencionado relatório das Nações Unidas afirma-se que o interminável fluxo de recrutas dispostos a efetuar as tarefas mais servis, representa um elemento chave para o crescimento da atividade, que é a mão de obra barata.

No caso das organizações dedicadas ao tráfico de cocaína, outra característica é a integração vertical, ou seja, o controle pela mesma rede, de todos ou alguns dos estágios, desde a produção ou origem até chegar ao consumidor. Na prática, observa-se a tendência de que pequenas organizações prefe-

rem vincular-se a redes de distribuição de maior porte, melhor estruturadas e consolidadas.

Aponta ainda o relatório da ONU que os lucros são tamanhos que mesmo as grandes apreensões de drogas não afetam o processo. Daí acreditar-se que a indústria do tráfico continuou a se expandir, apesar da interceptação de um terço da cocaína traficada na década de 90.

## Regiões Produtoras

A produção de maconha no Brasil predomina na região Nordeste. É grande a incidência no vale do rio São Francisco, onde a maconha é cultivada em terras devolutas e nas ilhas do grande rio. No sul do estado do Pernambuco encontra-se o denominado polígono da maconha, compreendendo as cidades de Cabrobó, Orocó, Belém do São Francisco e Salgueiro. A Polícia Rodoviária Federal possui um posto de fiscalização em uma localidade denominada Trevo do Ibó. A produção é geralmente autônoma e outras vezes destinada à organização que custeia o cultivo. O transporte rodoviário se verifica em grande quantidade (toneladas). Atualmente, em virtude da repressão constante do governo visando à erradicação do plantio da maconha na Bahia e em Pernambuco, as estatísticas demonstram que esse plantio intensificado foi transferido para outras áreas da região. Assim o Maranhão passou a ser o principal produtor do país. Isso não quer dizer que o plantio tenha sido erradicado no “polígono da maconha”. A queda na produção se deu na colheita e não no plantio, que continua ativo.

A produção nacional de maconha não é exportada. No entanto, existe importação do produto, que vem do Paraguai, que hoje é considerado o maior produtor e exportador de maconha da América do Sul. Muitos fatores acabam por facilitar o plantio dessa droga no país vizinho, que se tornou de interesse para as redes brasileiras de distribuição da droga. Além

de distribuir a maconha por lá produzida, as redes acabam se dedicando ao plantio em território Paraguaio.

Referindo-se a outras drogas ilícitas, o Brasil não é considerado produtor de cocaína. É mercado consumidor e rota no tráfico internacional. São países produtores de cocaína, na América do Sul, Bolívia, Colômbia e Peru. Este último é considerado o maior produtor da folha de coca. Já os laboratórios de refino do cloridrato de cocaína e a comercialização são manejados, predominantemente, por organizações colombianas. Uma observação importante: Já foram identificados e destruídos laboratórios de refino da pasta de cocaína, oriundos da Colômbia, na Amazônia Brasileira. Alguns desses laboratórios estariam na região de Manaus e Belém, mais uma vez fugindo da repressão conjunta dos governos americano e colombiano à produção da cocaína.

## Rotas

O território nacional, avizinhado de países produtores de cocaína, se presta como um grande corredor ou rota para o escoamento da droga exportada do continente Sul Americano para os mercados consumidores da Europa e Estados Unidos. Neste estágio de transporte da cocaína pelo corredor brasileiro, operam as organizações nacionais associadas aos cartéis dos países produtores.

Há duas rotas principais no Brasil. A primeira vai para o consumo interno nas grandes cidades do centro-sul, em geral cocaína de baixa qualidade e maconha, vem principalmente da Bolívia e do Paraguai respectivamente, via Acre, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Paraná. Uma parte da cocaína que vai para Europa e Estados Unidos também passa por essa rota, saindo pelos principais portos do país, como Santos, Rio de Janeiro Paranaguá e outros. E também pelos aeroportos incluindo os clandestinos. A outra rota, pelo norte da Amazô-

nia, abastece principalmente a Europa, e também parte dos Estados Unidos. A droga é transportada por rios até Manaus, e segue em pequenas aeronaves. Uma das conexões importantes utilizadas pelos cartéis colombianos utiliza o território do estado de Roraima até o Suriname (ex-colônia holandesa), de onde a droga segue até Roterdã na Holanda.

## Das Peculiaridades

É importante salientarmos que existem diferenças marcantes nas áreas atingidas pelo tráfico de drogas ilícitas. Cada região acaba apresentando suas peculiaridades em conformidade com a realidade local. Após troca de informações com policiais de várias partes do país, foi possível chegar à conclusão de que nas regiões produtoras e destinatárias do tráfico de entorpecentes, a violência em torno da atividade é muito grande. Devido a esse fato, essas regiões exigem uma atenção ainda maior por parte dos policiais na repressão desse delito. Em regiões produtoras como o “polígono da maconha” e destinatárias como nos estados do sul é maior a probabilidade de uma reação armada por parte dos traficantes. Tal entendimento se funda no argumento de que a repressão na região produtora e consumidora gera uma necessidade maior do traficante em eliminar essa barreira acima de qualquer custo, devido o enfrentamento ocorrer na área de atuação e domínio dos marginais.

Já nas áreas que figuram mais como “rota”, como no Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Rondônia, encontramos ali um tráfico mais disfarçado, mais sofisticado, pois a “mercadoria” tem de passar sem levantar suspeitas. Daí as apreensões de grandes carregamentos (19 toneladas) sem um único disparo de arma de fogo sequer, seja por parte de policiais seja por parte de traficantes. Essa peculiaridade, porém, não justifica em hipótese alguma relaxamento na segurança no trabalho

dos policiais, pois a qualquer momento podem ser surpreendidos com reações imprevisíveis.

No Brasil existem peculiaridades notáveis no tráfico. Com relação ao tráfico e à produção da erva maconha, no Brasil, cabe observar as seguintes particularidades: a produção predomina na Região Nordeste; destina-se ao mercado interno, não existindo registro de casos de exportação; por variáveis razões, quando a produção é do próprio agricultor existe a possibilidade de estoque de safra, às vezes por esquivar às ações repressivas; o preço da maconha pago ao plantador representa de 5% a 10% do preço de distribuição no varejo; há concorrência da maconha produzida no Brasil com a maconha de procedência paraguaia, de melhor aceitação em razão da qualidade, disponibilidade, apresentação e, algumas vezes, do menor preço; o transporte rodoviário da droga se verifica em grandes quantidades (toneladas).

Não sendo o Brasil considerado produtor de Cocaína, o tráfico dessa espécie de droga é praticado por redes clandestinas ou organizações criminosas, de nível competitivo. A experiência vivenciada na atividade repressiva permite apontar algumas características sobre o tráfico de cocaína no Brasil: Ausência de monopólio exercido por grandes organizações ou redes de distribuição; não se registram grandes importações ou aquisições; inexistência de grandes quantidades de cocaína em depósito, para fins de especulação; intenso tráfico “formiga”, de pequenas quantidades (até 20 kg), verificado nas fronteiras da região Centro Oeste e Norte do País.

Outras peculiaridades não verificadas: A cocaína de procedência boliviana é considerada de má qualidade e muitas vezes rejeitada por mercados mais exigentes; as apreensões de grande porte, ocorridas em território brasileiro (mais de 150 kg), em geral se destinavam ao mercado internacional; a utilização do transporte marítimo para o escoamento de grandes quantidades de cocaína tem em vista o mercado externo; também é para o mercado externo a utilização de transporte

aéreo, para as quantidades menores, através de “mulas” ou correios humanos; existem organizações brasileiras dedicadas ao transporte da droga por via aérea, dos países produtores para entrepostos vizinhos (Guiana e Suriname).

## Crack

No Brasil, a primeira apreensão de crack foi registrada em 1991, em São Paulo. Como nesse ano o país estava envolvido em deter o avanço do vírus HIV, o crack se apresentou como uma droga segura, sem apresentar riscos de contágio da AIDS. No início não existia a pedra. O próprio traficante fabricava o crack, chamado de crack casca. Além de fabricar, o traficante também ensinou como usar esse novo produto da economia bandida. Depois de 1993 o crack já era vendido pronto, para facilitar a vida do usuário. Foi também nesse ano que se iniciou a estratégia da venda casada do crack com a maconha. O número de usuários cresceu substancialmente e o crack se estabeleceu em São Paulo por exigência dos traficantes, devido ao grande lucro, pois o dependente de crack era um cliente que sempre retornava, ou seja, um cliente fiel.

Dez anos após a sua introdução no mercado, o crack sofreu sua primeira mudança devido ao aumento da expectativa de vida do usuário, que chegava a apenas um ano, algo que não era bom para o negócio. Essa mudança aconteceu quando os traficantes passaram a contar com mulheres entre os seus fregueses. Sabe-se que os comportamentos violentos são muito mais frequentes nos homens que nas mulheres. Isso é confirmado pelos distúrbios do comportamento listados pelos dois mais importantes manuais para a diagnose psiquiátrica, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, redigido pela Associação dos Psiquiatras Americanos (DSM-IV/APA) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, publicado pela Organização Mundial da Saúde (CID-10/OMS). Para esses estudos, entre crianças e

jovens os comportamentos violentos são quatro ou cinco vezes mais freqüentes nos homens que nas mulheres.

Naturalmente, as competências comunicativas desempenham o mesmo papel nos homens e nas mulheres, mas há amplas demonstrações de que os níveis mais baixos de comunicação interferem no desenvolvimento de uma boa competência social, que normalmente inibe os impulsos agressivos. Ao desenvolvimento maior das competências comunicativas das mulheres é atribuído o mecanismo de proteção em relação à impulsividade agressiva. Esse desenvolvimento leva as mulheres a terem melhor socialização. E uma boa socialização exerce um papel importante no autocontrole de comportamentos violentos. Esse novo perfil de cliente (mulheres consumidoras da crack) apresentou-se como “bom pagador”, e não morria com tanta facilidade como os homens, por não se envolver com a mesma intensidade em atos violentos, sendo esta a maior causa de morte nos usuários da droga.

Quase vinte anos depois da primeira apreensão, o acesso dos usuários de crack ficou muito mais fácil. Novas estratégias de vendas foram introduzidas no comércio da oferta. Existe até entrega em domicílio (*delivery*) para aqueles clientes que não querem se expor. Esse novo serviço revela que, mais pessoas da classe média e da classe alta estão consumindo crack.

Outra mudança percebida no crack foi o aumento na concentração de cocaína na fabricação da droga, sem, contudo, alterar o preço do produto, uma vez que hoje a droga é vendida em farelo (pequenos pedaços da pedra). O farelo é uma nova modalidade de venda que populariza mais o crack. E aumenta ainda mais a violência relacionada a ele.

## **Base Legal**

A Lei que trata sobre drogas no Brasil é a Lei 11.343/2006, que foi publicada no dia 24.08.2006 e entrou em vigor no dia

08.10.2006. Os eixos centrais desse novo diploma legal passam pelos seguintes pontos:

- a. Pretensão de se introduzir no Brasil uma sólida política de prevenção ao uso de drogas, de assistência e de reinserção social do usuário;
- b. Eliminação da pena de prisão do usuário;
- c. Rigor punitivo contra o traficante e financiador do tráfico;
- d. Clara distinção entre o traficante “profissional” e ocasional;
- e. Louvável clareza na configuração do rito procedimental;
- f. Inequívoco intuito de que sejam apreendidos, arrecadados e, quando o caso, leiloados os bens e vantagens obtidos com os delitos de drogas.

Com relação ao traficante, a nova Lei segue a linha *punitivista* internacional: a pena mínima de três anos foi aumentada para cinco. E se proíbe, nesse caso, praticamente tudo: fiança, indulto, *sursis*, anistia, liberdade provisória, penas substitutivas e direito de apelar em liberdade. Apesar desse caráter *punitivista*, o novo diploma legal não deixou de contemplar uma sensível diminuição da pena para o traficante ocasional (primário e de bons antecedentes, que não se dedica à atividade criminosa).

## Ação Policial no Ceará

A repressão policial na esfera estadual é executada pela Polícia Militar e Polícia Civil. A primeira é responsável pelo policiamento preventivo e ostensivo e a segunda atua como polícia judiciária e investigativa. Já na esfera federal teremos a Polícia Federal, que lida com a parte investigativa e repressiva de âmbito internacional. E a Polícia Rodoviária Federal, que



cuida da fiscalização das rodovias federais e trabalha como polícia ostensiva e preventiva no combate ao tráfico de drogas. Todas estas instituições podem trabalhar separadamente ou em operações integradas.

No Ceará, particularmente no ano de 2009, tivemos uma grande quantidade de drogas apreendidas. Foram deflagradas duas grandes operações pela Delegacia de Narcóticos (DENARC): “Tentáculos” I e II, que mapeou 100 pontos de comercialização de drogas (77 já fechados); e “Alvo Certeiro”, que identificou quadrilhas poderosas que estavam em plena atuação no território cearense (17 foram desarticuladas). Essas duas operações propiciaram as prisões de 410 traficantes, de todos os portes, desde o de “ponta de rua” até o grande distribuidor. Cinco laboratórios de produção de crack (03 em Fortaleza, 01 no Eusébio e 01 em Maracanaú) foram descobertos e fechados. Três apreensões recordes de drogas foram efetuadas, duas de crack somando 90 kgs, e uma de cocaína pura, 15 kgs. Cem veículos, entre carros e motos foram confiscados das mãos dos traficantes. Setenta e nove armas (fuzis, metralhadoras, pistolas, revólveres e escopetas) foram apreendidas.

As apreensões de drogas cresceram em ritmo geométrico, senão vejamos:

<b>Ano</b>	<b>Maconha</b>	<b>Crack</b>	<b>Cocaína</b>
2005	98.340	9.744	11.369
2006	43.566	11.954	246
2007	135.010	8.856	1.166
2008	171.708	64.357	18.522
2009	230.572	91.414	6.830

Quantidades expressas em gramas - 2009 até 27/08

FONTE: DENARC

São registradas também apreensões da Polícia Federal em portos e aeroportos do estado, conforme mostra a tabela:

<b>Ano</b>	<b>Cocaína (G)</b>	<b>Maconha (G)</b>
2005	1.482.298	737.655
2006	394.844	324.526
2007	576.308	804.007
2008	676.779	73.666
2009	545.541	113.513

FONTE: Delegacia de Repressão de Entorpecentes PF/Ce.

Percebe-se claramente pelos números apresentados acima que o tráfico de drogas vem se ampliando de uma maneira avassaladora em nosso estado. Podemos dizer que é hoje o maior fator indutor da criminalidade urbana, fomentando as mais diversas modalidades delitivas, quer seja nos crimes contra a vida (homicídios - latrocínios e execuções, lesões corporais), ou nos crimes contra o patrimônio (furtos e roubos). Expande-se também rapidamente para o interior, estando presente em todos os municípios, trazendo insegurança pública. Associa-se intimamente ao tráfico de arma, onde juntos financiam seqüestros, roubos a bancos, crimes financeiros e execuções.

## Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, G.L de. **Aspectos da história do narcotráfico na Colômbia**. Recife: IPAD, 2004.

ALVES, Léo da Silva. **Manual básico de capacitação** Vol. I e II – VI Curso de prevenção e repressão a entorpecente. SENASP/MJ – ANP/DPF

FERREIRA, Plauto R. de L; BARROSO, Maria de F. Vale. **Segurança e drogadição**. Fortaleza: Icthus, 2006.

GOMES, Luiz C. **Lei de drogas comentada**. 3ª.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

HOBBSAWM, Eric J. **Bandidos**. 4ª. ed. São Paulo:Paz e Terra, 2010.

KALILA, Eduardo ET AL. **Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEITE, Marcos da Costa; Andrade, Arthur G. **Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

SOUZA, Percival de. **PCC e outros grupos**. São Paulo: Ediouro, 2006.



# REINserÇÃO SOCIAL

---



**A**s transformações da sociedade e as necessidades contemporâneas ocasionam a elaboração de políticas públicas e leis que levem em consideração a participação popular, o controle social e especialmente a atuação da sociedade como parte do processo em curso. A reinserção social prevê ações sintonizadas com a legislação atual. Essa legislação visa *“o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias;”* (lei 11.343/06:art. 19 inc. IV). Propõe, também, a ampla divulgação, como também a otimização da rede de serviços disponíveis.

A reinserção social para egressos de tratamento da dependência química, apesar de estar presente em todas as ações, pode ser vista como a última etapa do tratamento e é determinante na recuperação integral, pressupondo a recuperação das perdas e a criação e/ou fortalecimento de uma rede de apoio.

## A Legislação

A legislação brasileira sobre drogas foi atualizada com a Lei 11.343, publicada em agosto de 2006, que substituiu as leis anteriores. Trouxe aspectos essenciais e inovadores. A eliminação da pena de prisão ao usuário; o rigor punitivo contra o traficante e financiador do tráfico, fazendo uma clara distinção entre o traficante “profissional” e o ocasional; a apreensão dos bens obtidos com os delitos de drogas direcionando a arrecadação para a execução de serviços necessários ao enfrentamento do quadro epidêmico que assola o país. Os eixos centrais de

maior destaque estão na pretensão de se introduzir no Brasil uma política de prevenção ao uso de drogas, de atenção e de reinserção social do usuário. Na nova lei destacam-se duas finalidades, uma vinculada à prevenção, atenção e reinserção social, que se dirige diretamente ao consumidor, e outra à repressão, que se dirige ao traficante. Ambas com o mesmo grau de importância.

O artigo 22 do II capítulo dessa nova lei refere-se às atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares. Observa os seguintes princípios e diretrizes:

- Respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

- a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que consideram as suas peculiaridades socio-culturais;

- definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

- atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;

- observância das orientações e normas emanadas do CONAD;

- o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social e de políticas setoriais específicas.

A mencionada lei está em consonância com a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) de 2005, ambas atentas às políticas de prevenção, tratamento e de reinserção social do usuário e do dependente. Priorizam, em um dos objetivos, a importância de “educar, informar, capacitar e formar pesso-



as em todos os segmentos sociais para ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem-sucedidas, adequadas à nossa realidade”.

A Política Nacional sobre Drogas no capítulo sobre tratamento, recuperação e reinserção social apresenta algumas diretrizes que orientam as ações conjuntas entre os diversos setores do serviço público. Prevê articulação que promova o tratamento para posterior etapa da reinserção social: “Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição, descentralizada e fiscalizada, de recursos técnicos e financeiros.” Ainda de acordo com a política nacional ficou definido que, “o Estado deve estimular e garantir ações para que a sociedade possa assumir, com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e reinserção social, apoiada técnica e financeiramente”. Essas ações poderão ser feitas nos três níveis de gestão (municipal, estadual e federal) e executadas por entidades privadas e organizações não governamentais.

A reinserção social assume importância igual a qualquer atividade estabelecida na legislação. É prevista para quem desse serviço necessitar, independentemente da camada social que pertence. No entanto, para que a reinserção social aconteça é fundamental a participação ativa do indivíduo, pois é um processo longo, gradativo e dinâmico, que implica numa revisão de estigmas sociais estabelecidos, no resgate da cidadania e na retomada do “gosto” pela vida.

## O Conceito

A reinserção, segundo Paulina Vieira Duarte, “assume caráter de reconstrução das perdas e seu objetivo é a capacitação da pessoa para exercer, em plenitude, o seu direito à cidadania. O exercício da cidadania para o indivíduo em recuperação significa o estabelecimento ou regaste de uma rede social inexistente ou comprometida pelo período de abuso de droga.” Essa rede social é compreendida dentro dos aspectos sociais, familiares, escolares, de trabalho e de relacionamento interpessoal. Quando fragilizada ou destruída, sinaliza o grau de dependência química do usuário.

Com o uso de drogas sem controle, a pessoa dependente passa a viver guiada pelas emoções, com falta de cuidado consigo mesmo, muitas vezes com comportamento de isolamento, interrompendo assim, algumas situações do ciclo natural da vida do ser humano, no âmbito familiar e social. O usuário dependente de droga pára no tempo, além de levar muitas pessoas do seu relacionamento social ao sofrimento. Não raramente eles estão com suas relações sócio-familiares prejudicadas, quando não destruídas, e com seu projeto educativo e profissional interrompidos. Na verdade, a pessoa na condição de dependência muitas vezes experimenta um processo de exclusão social decorrente do consumo de álcool ou de outras drogas. Isso ocorre independentemente de uma situação de pobreza.

Com frequência é percebida uma junção entre problemas de abuso de drogas e problemas familiares. Em tais situações, tanto o dependente químico em recuperação, quanto o núcleo familiar podem e devem aprender novas maneiras de viver, revendo suas ações e maneira de agir frente às diferentes situações. Os grupos de apoio trabalham as famílias e as fortalecem para compreenderem os aspectos da dependência química e conseguirem ajudar os familiares dependentes. É na relação familiar, mesmo que não seja na família de origem, que acontece a socialização do ser humano e onde hábitos e comportamentos são apreendidos. É importante o abandono

de comportamentos negativos. A família deve assumir comportamentos positivos, que fortaleçam vínculos. Deve aceitar o processo de recuperação lento e gradativo. Deve construir limites e regras de disciplina na relação de diálogo e acolhimento.

Maurício Landre adverte que “a reinserção social é um processo gradativo e progressivo do indivíduo em seu retorno à sociedade de origem”. Diz ainda, que o objetivo fundamental da reinserção social é o progressivo retorno a um ambiente que reforça, no usuário de drogas, a capacidade de ser autônomo, de assumir riscos e de ter responsabilidades. De se afirmar inspirado por metas atingidas e de lutar. De identificar os próprios limites e os dos demais. De superar medos e frustrações e buscar a felicidade através do conhecimento do novo caminho, de novas idéias e de ideais claros e possíveis.

A reinserção social deve ser compreendida dentro de todo o período do tratamento e torna-se evidente, quando se constata que o dependente químico em recuperação passou a agregar novos valores e características em sua vida, através do seu aprendizado e crescimento pessoal. Requer um programa que atue internamente e externamente durante todo o processo do tratamento. Deve preparar e incentivar o dependente químico a aprender e executar tarefas profissionalizantes, bem como atividades do cotidiano, levando-o a assumir responsabilidades pelas mesmas. Essas atividades podem ser dadas através de cursos técnicos e palestras. Os usuários do programa podem exercer funções administrativas, de cozinha, de música, de informática etc, dependendo das aptidões específicas. Devem aprender enquanto mudam hábitos e estilo de vida.

Ainda segundo Landre, a reinserção social é de fundamental importância para que o dependente químico reflita sobre suas atitudes e comportamentos. E diante das situações que o cercam no trabalho, no relacionamento com o grupo, nos sentimentos e emoções gerados pelas diversas relações de conflito e aproximação. Também, deve distinguir entre planos e projetos, esperanças, expectativas e sonhos imaturos, aprendendo sobre deveres para consigo mesmo, com o grupo e com

a sociedade como um todo. O processo de reinserção social envolve múltiplos agentes: a família, o grupo social, ambiente de escola/trabalho, relação afetiva, espiritualidade, lazer e cultura. A presença da família permeia todo o processo de tratamento. O retorno ao meio familiar e a forma como ele é recebido e como as relações se restabelecem (entre ele e seus familiares) é de fundamental importância para a sua segurança emocional e social, propiciando-lhe condições para manter-se abastênio.

Para uma melhor condução do processo de reinserção social, Paulina Vieira Duarte aconselha que “os assuntos individuais e sociais de maior relevância, no contexto do dependente químico, devem ser discutidos abertamente com o objetivo de estimular uma consciência social e humana mais participativa”. Daí, a elaboração de um projeto de vida, o qual deve levar em consideração expectativas e possibilidades reais do indivíduo.

Deve haver uma relação dos variados aspectos que fazem parte da vida do ser humano. Partindo de uma avaliação social que faça a identificação de aspectos pessoais e familiares, da vida funcional relacionada aos aspectos profissionais, da vida espiritual e da saúde e de aspectos psicológicos, todos assumindo a mesma importância. Outra necessidade para a reinserção social do usuário ou dependente de drogas são ações direcionadas para sua integração em redes sociais, representadas pelo conjunto de relações interpessoais concretas que o vinculam com outros indivíduos. São redes que privilegiam atitudes e comportamentos que valorizem a vida, estimulando o exercício da solidariedade e da cidadania.

## As Ações

Nesse ciclo de reinserção, novas relações sociais serão estabelecidas, relações que facilitam o rompimento com as relações presentes no ciclo do tráfico e da utilização de drogas e de

álcool. Em decorrência, o egresso do tratamento se vê diante dos desafios para a efetivação de novo convívio sócio-familiar e comunitário. Isso exige que a reinserção seja trabalhada, enfrentada e assumida não apenas por ele, egresso, mas por por todos os envolvidos nesse processo, como os profissionais e os familiares.

Percebemos que, ao implementarem novo curso às suas vidas, pós-tratamento, essas pessoas voltam-se basicamente para a dimensão familiar, econômica, educacional, social e espiritual, uma vez que nesse processo de reinserção se interagem todas essas dimensões. A pessoa em abstinência necessita de suporte além do familiar para evitar recaídas. Precisa de acompanhamento sistemático que poderá ser no poder público, em seguimento privado ou nos grupos de ajuda mútua e de igrejas. Precisa de inclusão em Políticas de Assistência Social e de geração de emprego e renda, o que exige ações de escolarização e qualificação profissional. Essas coisas são importantes para o desenvolvimento humano dos egressos. Quanto aos motivos que dificultam a colocação profissional têm-se como fator agravante a falta ou baixa escolarização e a não qualificação técnica profissional. No entanto, estes fatores não podem ser impedimento da inclusão. A educação básica é uma ação indispensável ao processo de reinserção e pode ser utilizada a qualquer tempo na vida de cada pessoa.

Não é possível viabilizar a reinserção social, sem que haja investimento em modelos de políticas públicas que valorizem a autonomia e não a tutela dos dependentes químicos. Sociedade e Estado unem-se nesta função dividindo responsabilidades, propondo-se a desenvolver um trabalho de reinserção social com os egressos do tratamento de dependência química, favorecendo ações que possibilitem a melhoria na qualidade de vida. São atividades ocupacionais nos âmbitos da educação e do trabalho, além da promoção de lazer, cultura e por fim, de desenvolvimento humano.

Na esfera municipal os CAPS-ad buscam operacionalizar ações conjuntas com outros agentes públicos como a Se-

cretaria dos Direitos Humanos - SDH e Secretaria Municipal da Assistência Social (SEMAS) voltadas à inclusão social dos usuários de seus serviços.

As ações do Estado do Ceará na área da reinserção social prioritariamente se desenvolvem através da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social- STDS, Secretaria de Estado responsável pela coordenação e execução das Políticas do Trabalho, Assistência Social e Segurança Alimentar voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população, sobretudo dos grupos socialmente mais vulneráveis, incluindo os usuários dependentes de álcool e outras drogas. Em suas atribuições atua em medidas essenciais à qualidade de vida do cidadão, promovendo capacitação e inserção no mercado de trabalho, com ações atingindo todos os municípios do Estado.

A política do Trabalho tem como prioridade o desenvolvimento de ações que promovam eficiência e eficácia quanto à geração de emprego, trabalho e renda, inclusive tendo como meta a reinserção social de egressos do tratamento de álcool e drogas. Desenvolve os seguintes programas:

**Projeto de Volta para Casa.** Ação de inclusão direcionada a crianças e adolescentes que vivem na rua, que estão com vínculos familiares rompidos, que usam drogas ou não. São serviços que fornecem atividades culturais, esportivas e capacitação.

**Trabalho competitivo alcançando a empregabilidade.** Busca a inserção de trabalhadores no mercado de trabalho, através de um processo de formação social e profissional, com ações de qualificação.

**Desenvolvimento e Gestão de Políticas Públicas de Juventude.** Este segmento, considerado uma das prioridades da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social, busca inserir os jovens cearenses no mercado de trabalho, através de capacitação social e profissional, promovendo a sua inserção nas empresas e fortalecendo as oportunidades para o primeiro emprego.

**Programa do Desenvolvimento do Empreendedorismo e Artesanato.** Desenvolve ações específicas para micro e pequenas empresas, artesãos, economia solidária.

Vale ressaltar que a ação de reinserção social se dá ainda através do Sistema Nacional de Emprego - SINE-CE, que se constitui a rede de atendimento do Instituto do Desenvolvimento do Trabalho – IDT, em parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego – TEM. São ações do seguro-desemprego, intermediação da mão-de-obra e apoio ao Programa de Geração de Emprego e Renda.

O SINE-CE realiza o cadastro e encaminhamentos para emissão de Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, incluindo também usuários de drogas em processo de reinserção social.

A STDS tem programas direcionados à juventude. São projetos de prevenção vinculados ao trabalho: Projetos Juventude Empreendedora e Juventude Cidadã, que qualifica e insere no mercado de trabalho, jovens da rede pública de ensino. Projeto Primeiro Passo, que tem o foco em jovens em situação de vulnerabilidade e risco social. Projeto Escola de Vida Sabor e Arte, para jovens aprendizes em educação culinária. Projeto Transformando Vidas, que trabalha diretamente a reinserção social de jovens egressos de medidas socioeducativas e egressos da Comunidade Terapêutica São Padre Pio.

A reinserção social também está prevista no **Programa de Apoio ao Adicto Jurisdicionado**, executado pelo Poder Judiciário, através da Vara de Execução de Penas Alternativas e Habeas Corpus de Fortaleza. Refere-se aos delitos e penas descritas no Art. 28 da Lei 11.343/06 “Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal”. O Programa está voltado para a pessoa que comete infração de acordo com o artigo citado. Também para aquele apenado por qualquer outro delito, que apresente dificuldades decorrentes do consumo de drogas lícitas ou não.

São ações que se realizam através de parcerias com instituições diversas como: AA, NA, NARANON, AL-ANON, CAPS-ad, Centros de Educação de Jovens e Adultos, Movimento de Saúde Mental do Bom Jardim, Comunidades Terapêuticas e Universidades de Fortaleza. Estas parcerias possibilitam aos usuários o encaminhamento a projetos de escolarização, tratamento de saúde e qualificação profissional.



## Referências Bibliográficas

COSTA, Selma Frossard. **O Processo de Reinserção Social do Dependente Químico Após Completar o Ciclo de Tratamento em uma Comunidade Terapêutica.** Serviço Social em Revista. Volume 3-Número 2 – jan/jun/2001

DUARTE, Paulina Vieira. **Reinserção Social.** In: Tratamento das Dependências Químicas: Aspectos básicos. Curso à Distância. – SENAD e USP, Brasília, 2002.

LOURENÇO, R. A. **A Recaída.** In Manual do Curso de Dirigentes e Técnicos de Comunidades Terapêuticas da FEBRACT, 2006.

LANDRE, Maurício. **Reinserção Social.** In Serrat, Saulo Monte (org). Drogas e Álcool – Prevenção e Tratamento. Campinas: Ed Komedi, 2001.

Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social – STDS. **Doc Força que faz crescer.** Governo do Estado do Ceará.





## **Mesa Diretora 2009 – 2010**

Dep. Domingos Filho  
Presidente

Dep. Gony Arruda  
1º Vice - Presidente

Dep. Francisco Caminha  
2º Vice - Presidente

Dep. José Albuquerque  
1º Secretário

Dep. Fernando Hugo  
2º Secretário

Dep. Hermínio Resende  
3º Secretário

Dep. Osmar Baquit  
4º Secretário



## POR UMA CULTURA DE PAZ E NÃO VIOLÊNCIA <sup>1</sup>

Reconhecendo a parte de responsabilidade ante o futuro da humanidade, especialmente com as crianças de hoje e de amanhã, **EU ME COMPROMETO** – em minha vida cotidiana, na minha família, no meu trabalho, na minha comunidade, no meu país e na minha região a:

- 1 RESPEITAR A VIDA.** Respeitar a vida e a dignidade de cada pessoa, sem discriminar nem prejudicar;
- 2 REJEITAR A VIOLÊNCIA.** Praticar a não-violência ativa, repelindo a violência em todas suas formas: física, sexual, psicológica, econômica e social, em particular ante os mais fracos e vulneráveis, como as crianças e os adolescentes;
- 3 SER GENEROSO.** Compartilhar o meu tempo e meus recursos materiais, cultivando a generosidade, a fim de terminar com a exclusão, a injustiça e a opressão política e econômica;
- 4 OUVIR PARA COMPREENDER.** Defender a liberdade de expressão e a diversidade cultural, privilegiando sempre a escuta e o diálogo, sem ceder ao fanatismo, nem à maledicência e o rechaço ao próximo;
- 5 PRESERVAR O PLANETA.** Promover um consumo responsável e um modelo de desenvolvimento que tenha em conta a importância de todas as formas de vida e o equilíbrio dos recursos naturais do planeta;
- 6 REDESCOBRIR A SOLIDARIEDADE.** Contribuir para o desenvolvimento de minha comunidade, propiciando a plena participação das mulheres e o respeito dos princípios democráticos, com o fim de criar novas formas de solidariedade.

---

<sup>1</sup> Manifesto redigido por defensores da Paz como Dalai Lama, Mikail Gorbachev, Shimon Peres e Nelson Mandela, no sentido de sensibilizar a cada um de nós na responsabilidade que temos em praticar valores, atitudes e comportamentos para a promoção da não violência. Lançado em 2000 pela UNESCO, contou com a adesão da Assembleia Legislativa ao “Manifesto 2000” com a coleta de mais de 500 mil assinaturas em nosso Estado.

# METAS DO MILÊNIO

## 8 JEITOS DE MUDAR O MUNDO

NÓS  
PODEMOS

1



ACABAR COM A FOME E A MISÉRIA

2



EDUCAÇÃO BÁSICA DE QUALIDADE PARA TODOS

3



IGUALDADE ENTRE SEXOS E VALORIZAÇÃO DA MULHER

4



REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL

5



MELHORAR A SAÚDE DAS GESTANTES

6



COMBATER A AIDS, A MALARIA E OUTRAS DOENÇAS

7



QUALIDADE DE VIDA E RESPEITO AO MEIO AMBIENTE

8



TODO MUNDO TRABALHANDO PELO DESENVOLVIMENTO

Em 2000, as “8 Metas do Milênio” foram aprovadas por 191 países da ONU, em Novo Iorque, na maior reunião de dirigentes mundiais de todos os tempos. Estiveram presentes 124 Chefes de Estado e de Governo. Os países, inclusive o Brasil, se comprometeram a cumprir os 8 objetivos, especificados, até 2015.

# HINO NACIONAL BRASILEIRO

Música de Francisco Manoel da Silva  
Letra de Joaquim Osório Duque Estrada

Ouviram do Ipiranga as margens plácidas  
De um povo heróico o brado retumbante,  
E o sol da Liberdade, em raios fúlgidos,  
Brillhou no céu da Pátria nesse instante.

Se o penhor dessa igualdade  
Conseguimos conquistar com braço forte,  
Em teu seio, ó Liberdade,  
Desafia o nosso peito a própria morte!

Ó Pátria amada,  
Idolatrada,  
Salve! Salve!

Brasil, um sonho intenso, um raio vívido  
De amor e de esperança à terra desce,  
Se em teu formoso céu, risonho e límpido,  
A imagem do Cruzeiro resplandece.

Gigante pela própria natureza,  
És belo, és forte, impávido colosso,  
E o teu futuro espelha essa grandeza

Terra adorada,  
Entre outras mil,  
És tu, Brasil,  
Ó Pátria amada!

Dos filhos deste solo és mãe gentil,  
Pátria amada,  
Brasil!

Deitado eternamente em berço esplêndido,  
Ao som do mar e à luz do céu profundo,  
Fulguras, ó Brasil, florão da América,  
Iluminado ao sol do Novo Mundo!

Do que a terra mais garrida  
Teus risonhos, lindos campos têm mais flores;  
“Nossos bosques têm mais vida”,  
“Nossa vida” no teu seio “mais amores”.

Ó Pátria amada,  
Idolatrada,  
Salve! Salve!

Brasil, de amor eterno seja símbolo  
O lábaro que ostentas estrelado,  
E diga o verde-louro desta flâmula  
— Paz no futuro e glória no passado.

Mas, se ergues da justiça a clava forte,  
Verás que um filho teu não foge à luta,  
Nem teme, quem te adora, a própria morte.

Terra adorada  
Entre outras mil,  
És tu, Brasil,  
Ó Pátria amada!

Dos filhos deste solo és mãe gentil,  
Pátria amada,  
Brasil!

# HINO DO ESTADO DO CEARÁ

Música de Alberto Nepomuceno

Letra de Tomás Lopes

Terra do sol, do amor, terra da luz!  
Soa o clarim que tua glória conta!  
Terra, o teu nome e a fama aos céus remonta  
Em clarão que seduz!  
Nome que brilha – esplêndido luzeiro  
Nos fulvos braços de ouro do cruzeiro!

Mudem-se em flor as pedras dos caminhos!  
Chuvas de prata rolem das estrelas...  
E despertando, deslumbrada, ao vê-.las  
Ressoa a voz dos ninhos...  
Há de florar nas rosas e nos cravos  
Rubros o sangue ardente dos escravos.

Seja teu verbo a voz do coração,  
verbo de paz e amor do Sul ao Norte!  
Ruja teu peito em luta contra a morte,  
Acordando a amplidão.  
Peito que deu alívio a quem sofria  
e foi o sol iluminando o dia!

Tua jangada afoita enfune o pano!  
Vento feliz conduza a vela ousada!  
Que importa que no seu barco seja um nada  
Na vastidão do oceano,  
Se à proa vão heróis e marinheiros  
E vão no peito corações guerreiros!

Sim, nós te amamos, em aventuras e mágoas!  
Porque esse chão que embebe a água dos rios  
Há de florar em meses, nos estios  
E bosques, pelas águas!  
selvas e rios, serras e florestas  
Brotem no solo em rumorosas festas!

Abra-se ao vento o teu pendão natal  
sobre as revoltas águas dos teus mares!  
E desfraldado diga aos céus e aos mares  
A vitória imortal!  
Que foi de sangue, em guerras leais e francas,  
E foi na paz da cor das hóstias brancas!

## Gráfica do INESP

### Equipe Gráfica

Ernandes do Carmo

Francisco de Moura

Hadson Barros

João Alfredo

Alberto Siqueira

Tiago Casal

Aureni Lopes

### Diagramação

Mário Giffoni



Home page: [www.al.ce.gov.br](http://www.al.ce.gov.br)

E-mail: [epovo@al.ce.gov.br](mailto:epovo@al.ce.gov.br)



Instituto de Estudos e Pesquisas  
para o Desenvolvimento  
do Estado do Ceará

Home page: [www.al.ce.gov.br/inesp](http://www.al.ce.gov.br/inesp)

E-mail: [inesp@al.ce.gov.br](mailto:inesp@al.ce.gov.br)

Av. Desembargador Moreira 2807

Dionísio Torres Fortaleza Ceará.

E-mail: [inesp@al.ce.gov.br](mailto:inesp@al.ce.gov.br)

Fone: 3277-3705

Fax: (0xx85) 3277-3707