CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
DIRETORIA LEGISLATIVA
COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES

A IMPORTÂNCIA DE AÇÕES DE PREVENÇÃO E COMBATE AO CRACK

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo Municipal
Área de Qualificação: Comissões / Sub-Área: Saúde Pública

ESTUDO TÉCNICO
SETEMBRO, 2013

ESTUDO TÉCNICO: "*A IMPORTÂNCIA DE AÇÕES DE PREVENÇÃO E COMBATE AO CRACK*"

Objetivo do documento: O estudo solicitado visa subsidiar do ponto de vista teórico-conceitual e com base em legislação específica, a votação do Projeto de Lei nº 171/2013 de autoria da Vereadora Eron Vasconcelos, pelos membros da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar, Previdência e Seguridade Social. Entretanto, não cabe neste estudo qualquer análise relacionada ao mérito da proposição em questão. Cumpre-nos apenas sistematizar os principais achados técnico-científicos e a legislação relacionada ao tema em questão.

1) USO DO CRACK: MAGNITUDE DO PROBLEMA

O crescimento do consumo e dos problemas relacionados ao uso do *crack* constitui, atualmente, um grande desafio para a implementação de uma política de atenção aos problemas com drogas no Brasil. Este desafio exige respostas eficazes do governo e da sociedade, na construção de um programa de intervenção integrada, que inclua ações relacionadas à promoção da saúde, de conscientização e informação sobre os riscos do uso do *crack*, disponibilização de serviços de atendimento, estudos clínicos sobre tratamento, dentre outros.

O surgimento e o aumento do consumo do *crack* desde a década de noventa incrementam a gravidade destes problemas amplificando e agravando condições de vulnerabilidade especialmente para as parcelas carentes da população. No Brasil, o consumo cresceu, principalmente, entre crianças, adolescentes e adultos que vivem na rua, motivando pressões diversas sobre a população pela necessidade de ações que deem aos usuários de *crack* oportunidades de viverem de forma digna e com saúde.

O crack é uma substância psicoativa produzida a partir da cocaína, bicarbonato de sódio ou amônia e água, gerando um composto, que pode ser fumado ou inalado. O nome "*crack*" vem do barulho que as "pedras" fazem ao serem queimadas durante o uso. São drogas chamadas de psicoativas ou psicotrópicas porque atuam no cérebro, modificando a maneira de sentir, de pensar e/ou de agir de quem as consome.

Quando uma droga é fumada, isto faz com que grande quantidade de moléculas de cocaína atinja o cérebro quase imediatamente produzindo um efeito explosivo, descrito pelas pessoas que usam como uma sensação de prazer intenso. A droga é, então, velozmente eliminada do organismo, produzindo uma súbita interrupção da sensação de bem-estar, seguida, imediatamente, por imenso desprazer e enorme vontade de reutilizar a droga. Esta sequência é vivida pelos usuários com um comportamento compulsivo em que os indivíduos caem, com frequência, numa espiral em que os atos de usar a droga e procurar meios de usar novamente se alternam cada vez mais rapidamente.

O usuário queima a “pedra” em cachimbos improvisados, como latinha de alumínio ou tubos de PVC, e aspira a fumaça. A fumaça tóxica do *crack* atinge o pulmão, vai à corrente sanguínea e chega ao cérebro. É distribuído pelo organismo por meio da circulação sanguínea e, por fim, é eliminado pela urina. Sua ação no cérebro é responsável pela dependência química, que na maioria das vezes é responsável por diversos problemas sociais, tais como tráfico de drogas, assaltos, prostituição, entre outros.

Além de representar riscos à vida das pessoas, o uso de drogas, anualmente, provoca perdas de milhões de dólares na economia de diversos países. Para o mundo do trabalho, representa enormes perdas, inclusive de vidas. Os acidentes do trabalho tornam-se mais prováveis, a produtividade do trabalhador diminui e o desempenho do funcionário tende a se tornar inconstante. O absenteísmo, os acidentes e indenizações prejudicam a sustentabilidade das empresas e aumentam os gastos com saúde e previdência. Não há dúvidas de que o caminho é a prevenção.

Dessa forma, vários países têm desenvolvido estudos, pesquisas, políticas e programas voltados para a prevenção ao uso de drogas em escolas, instituições de saúde, ambientes de trabalho, entre outros. Empresas têm empreendidos esforços, inclusive no Brasil, como parte de sua responsabilidade social, para integrar seus empregados e alertar sobre riscos – e prejuízos – causados pelo consumo de drogas.

Em 2010, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (MS) formou um Grupo de Trabalho com o objetivo de realizar a caracterização dos usuários de crack e avaliação da rede de atenção, bem como propor diretrizes para a Política de Saúde Mental voltada para os mesmos. O grupo constituiu-se por representantes de diversos setores do Ministério da Saúde, Universidades – UNIFESP e UFBA, associações – Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (ABEAD), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), representantes dos Secretários de Saúde (CONASEMS), ONGs, especialistas da área, trabalhadores de saúde, gestores, professores e representantes de usuários e de entidades ligadas ao tema.

O Grupo de Trabalho do MS salientou a imprescindibilidade de abordagens de caráter intersetorial e de serviços de saúde facilitadores da construção do cuidado em rede. O estigma foi identificado como aspecto marcante na definição do acesso ao cuidado de usuários de crack. Há forte tendência a homogeneizar usuários de *crack*, quando a prática clínica denuncia grande e importante heterogeneidade de consumidores, especialmente no tocante à impactante ruptura de laços sociais decorrentes do uso dessa droga. Esta homogeinização, que frequentemente associa a pessoa do usuário de *crack* ao tráfico, violência e risco tende a diminuir o acesso ao cuidado. O grupo identificou ainda a necessidade de:

- ✓ Criação de dispositivos de cuidado intensivo e atenção integral.

- ✓ Utilização de experiências brasileiras e fora do país, de ampliação de dispositivos de cuidado contínuo, de utilização da rede em graus em função da vulnerabilidade, da relação com cuidado e da funcionalidade.
- ✓ Promoção de acolhimento universal e qualificado em qualquer local da rede de saúde.
- ✓ Inserção de saberes fora da área da saúde e não acadêmicos, constituídos de uma abordagem etnográfica junto aos usuários de *crack*, que se aproxime da cena de uso e dos vários fatores que a compõem.
- ✓ Preservação dos vínculos entre o usuário e a equipe de cuidado.

Para a definição da atenção ou política a ser adotada é necessário o conhecimento da distribuição do uso da droga na população. Com esse objetivo, diversos estudos têm sido conduzidos no país. Como exemplos têm-se o I e o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Como principais resultados, percebeu-se que considerando a população como um todo, o uso do *crack* é muito raro. No entanto, quando se enfoca determinadas parcelas específicas da população encontramos consumo cada vez maior. Por exemplo, de acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado nas 108 maiores cidades do país, inclusive Salvador, 0,7% da população adulta relatava já ter feito uso de crack pelo menos uma vez na vida, o que significa um contingente de mais de **380 mil pessoas**. A maior porcentagem de uso de crack na vida foi encontrada entre homens, na faixa etária de 25 a 34 anos, constituindo 3,2% da população adulta ou cerca de 193 mil pessoas. A comparação dos resultados do I Levantamento realizado em 2001 e o II realizado em 2005 mostrou que houve aumento estatisticamente significativo daqueles que relataram uso de crack no mês da pesquisa. Outro importante resultado esteve relacionado à frequência de uso quanto ao sexo e faixa etária. O gênero masculino apresentou maior *uso na vida* e maior *dependência* de álcool do que o gênero feminino, em todas as faixas etárias. Além disso, houve destaque em relação a faixa etária de 18 a 24 anos que apresentou a maior *dependência*, seguida da de 25 a 34 anos.

Os dados apresentados reforçam a necessidade de iniciativas dirigidas para a uma política que contemple amplamente as questões relativas ao consumo de drogas, bem como a prevenção e o tratamento dos problemas relacionados ao uso abusivo. A enorme dimensão desses problemas que sobrecarregam toda a sociedade brasileira exige ações que aperfeiçoem sua abordagem considerando a complexidade da questão, a inserção cultural do uso de substâncias, as diferenças regionais de padrões de consumo e disponibilidade de recursos e a vulnerabilidade de parcelas da população.

A adoção de Campanhas de Saúde Pública com ênfase no esclarecimento da população através de ações educativas individuais e coletivas tem alcançado êxito em várias partes do mundo, visto que, além de dar maior visibilidade ao problema, podem favorecer uma intervenção precoce e a eleição de medidas de prevenção e controle voltadas para a população prioritária - indivíduos mais expostos ao uso ou já dependentes.

2) PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DOENÇAS E AGRAVOS: RESPONSABILIDADES CONSTITUCIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, fruto de exaustivos debates entre diversos atores sociais e políticos, representa no campo da saúde, a garantia de direitos sociais e a universalização de alguns direitos como atributos de cidadania e, simultaneamente, dever do Estado brasileiro. No que diz respeito à saúde, definiu no Título VIII – Da Ordem Social, no seu Capítulo II, Seção II, por meio dos arts. 196 a 200, as bases legais da intervenção da sociedade, da seguinte maneira:

> **Art. 196**. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e, ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Portanto, a partir da nova Constituição, a condição para ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde é simplesmente precisar deles.

Além do princípio que concebe a saúde como direito, a Constituição Brasileira de 1988, qualificou o direito à saúde incluindo-o no conjunto dos Direitos Sociais. Isso significa que para a administração pública, a responsabilidade de elaborar programas operacionais que garantam que a atenção à saúde de toda a população habitante na área de abrangência de sua competência esteja assegurada, conforme suas atribuições constitucionais e legais. Para a população, significa a possibilidade de exigir, individual ou coletivamente, a consecução desse direito junto ao Poder Judiciário e ao Ministério Público, sempre que ele for negado.

Por isso, tratou o constituinte (tanto o originário quanto o derivado) de estabelecer não só os deveres do Estado para com esse fundamental direito social – uma vez que intimamente ligado à garantia da vida e da dignidade humana, sem dúvida direitos prioritários em nossa ordem constitucional –, como também as fontes de custeio, já que a implementação de políticas públicas requerem recursos orçamentários para sua execução.

> **Art. 30.** Compete aos Municípios: [...]
> VII – prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população; [...].
>
> **Art. 198**. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...]
>
> § 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos

Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (*Parágrafo único renumerado para § 1º pela EC n. 29, de 2000*.)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (*Incluído pela EC n. 29, de 2000*.)
II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (*Incluído pela EC n. 29, de 2000*.)
III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. *(§ 2º e incisos I a III acrescentados pela EC n. 29, de 2000*.)

Na Lei n. 8.142/1990:

Art 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: [...]
V – contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento.

A Emenda Constitucional n.29 (EC 29), promulgada em 13 de setembro de 2000, vinculou os recursos orçamentários da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a serem aplicados, obrigatoriamente, em ações e serviços públicos de saúde. Posteriormente, a Resolução n. 322/2003 aprovou diretrizes para a aplicação da Emenda Constitucional n.29 e a Lei Complementar 141/2012 regulamentou a aplicação anual dos valores mínimos em ações e serviços públicos de saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, além de estabelecer uma série de critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo. Segundo a LC 141/2012, os valores mínimos a serem destinados pelos municípios compreendem 15% dos seus recursos próprios provenientes de impostos.

Segundo a Sexta Diretriz da **Resolução n. 322/2003**, para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;
II - vigilância sanitária;
III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
IV - **educação para a saúde**;
V - **saúde do trabalhador**;

VI - **assistência à saúde em todos os níveis de complexidade**;
VII - assistência farmacêutica;
VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;
IX - capacitação de recursos humanos do SUS;
X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.
XIV – atenção especial aos portadores de deficiência.
XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores;

Mais recentemente, o Pacto pela Saúde (2006), fortaleceu o processo de reorganização do financiamento da saúde possibilitando ao gestor programar com maior autonomia os níveis e modalidades de atenção, contando com blocos de recursos financeiros, de acordo com as necessidades das pessoas e da coletividade. Dessa forma, buscou-se estabelecer um financiamento compatível com as necessidades de saúde, por parte dos entes federados, expressos na luta pela regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional.

REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**: coletânea de textos. Brasília: Síntese, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria Nº204/GM de 29 de janeiro de 2007**.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Financiamento da Saúde**: novos desafios. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Manual de Atuação do Ministério Público Federal em defesa do Direito à Saúde.** Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2005.

Brasil. Ministério Público Federal. **Financiamento da saúde** - Grupo de Trabalho "Saúde": Alexandre Amaral Gavronski [et al.] – Brasília : Escola Superior do Ministério Público da União, 2008. Manuais de atuação ESMPU; v. 4. Disponível em http://www.esmpu.gov.br/linha-editorial/manuais-de-atuação

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001**. Supervisão: E.A. Carlini. Coordenação: Jose Carlos Galduroz. Pesquisadores Colaboradores: Ana Regina Noto *et al*.: Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2002.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. Supervisão: E.A. Carlini. Coordenação: Jose Carlos Galduroz. Pesquisadores Colaboradores: Ana Regina Noto *et al*.: Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2005.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Manual de Orientação para Atenção ao crack**.