ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

CHRISTIANO DE OLIVEIRA ALMEIDA

ESTUDO DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO CRACK DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES

CHRISTIANO DE OLIVEIRA ALMEIDA

ESTUDO DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO CRACK DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pósgraduação em Políticas Públicas e desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento local.

Orientadora: Profa Dra Soraya Gama de Ataide

VITÓRIA 2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP) (Biblioteca da EMESCAM,Espírito Santo, ES, Brasil)

Almeida, Christiano de Oliveira, 1970-

A447e

Estudo da política de enfrentamento ao Crack do município de Vitória/ES / Christiano de Oliveira Almeida. – 2014.

122f. il.

Orientadora: Soraya Gama de Ataíde.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misercórdia de Vitória, EMESCAM.

Políticas públicas.
 Usuários de Crack.
 Serviços socioassistenciais.
 Ataíde, Soraya Gama de. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misercórdia de Vitória. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

CHRISTIANO DE OLIVEIRA ALMEIDA

ESTUDO DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO CRACK DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento local.

Aprovada em	de	2014.
BANCA EXAMINAL	OORA	
Prof.ª Drª. Soraya (Escola Superior de Misericórdia de Vito Orientadora	Ciências da Santa	a Casa de
Prof. Dr ^a . Silvia Mo Escola Superior de Misericórdia de Vito	Ciências da Santa	a Casa de
Prof ^a Dr ^a . Gilsa Hel Universidade Fede		to - UFFS

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a agradeço a **Deus** por minha vida e de meus familiares.

Á minha esposa **Priscila** a quem amo muito e, que agradeço, pois esteve sempre me apoiando na conclusão deste estudo. Muito Obrigado.

Ao meu filho **Christian**, uma das razões do meu viver, a quem procuro deixar um legado de caráter, perseverança, honestidade, humildade.

Ao meu irmão **Marcio**, pela amizade e por sempre ter me apoiado e incentivado a estudar, e ao exemplo que nos passa de sempre ir além das nossas limitações. Obrigado por tudo.

Ao meu irmão **Roger, e a minha cunhada Shirley**, pela amizade e companheirismo que sempre nos proporcionam nos momentos mais difíceis de nossas vidas. Muito Obrigado.

Ao **Professor Doutor César Albenes,** pela simplicidade e competência em compartilhar seus conhecimentos, fazendo-me ampliar meus horizontes acadêmicos. Muito Obrigado.

As **Professoras Doutoras Gilsa Helena Barcellos** e **Silvia Moreira Trugilho**, por terem contribuído de forma significativa na conclusão deste estudo, fazendo importantes considerações. Muito Obrigado.

À minha orientadora **Professora Doutora Soraya Gama de Ataide,** pelo afinco e dedicação que proporcionou auxiliando-me na elaboração de todas as etapas deste estudo e, encorajando-me a desafiar meus limites. Obrigado por tudo.

À **Prefeitura Municipal de Vitória**, em especial, aos secretários, subsecretários, gerentes, aos servidores que responderam aos questionários e aos funcionários (gerente, psicólogo(a)s, assistentes sociais, terapeutas, enfermeiras, atendentes, todos) do CAPS AD, por terem contribuído direta ou indiretamente no êxito deste trabalho. A todos, meu muito obrigado.



RESUMO

Esta pesquisa surgiu da necessidade de aprofundar os estudos sobre os serviços socioassistenciais e saúde mental no enfrentamento ao crack pelo município de Vitória/ES, bem como de enfrentamento ao tráfico e o conjunto integrado de ações entre as secretarias. Esta pesquisa de campo foi realizada entre 2013 e 2014, a qual teve como objetivo geral descrever a política de Enfrentamento ao crack do município de Vitória/ES, e objetivos específicos, (a) Identificar as ações de prevenção, cuidado/tratamento, reinserção social e autoridade, que estão sendo executadas de enfrentamento ao crack pelo município de Vitória/ES; (b) Identificar a implementação das ações para a abordagem do tema de forma intersetorial; (c) Identificar o perfil socioeconômico e de características de consumo dos pacientes usuários de crack internados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III - 24 horas); (d) Identificar as dificuldades encontradas no processo de planejamento e/ou implantação das ações relacionadas ao enfrentamento do uso e abuso de crack. Tratase de um estudo qualitativo, de caráter descritivo, de pesquisa bibliográfica, e análise documental de prontuários existentes no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps ad). A pesquisa de campo divide-se em duas etapas de coleta de dados: a primeira consistiu em descrevermos os questionários aplicados sobre as ações de enfrentamento ao crack do município de Vitoria junto aos representantes das Secretarias Municipais de Gestão Estratégia, Assistência Social, Segurança e Saúde, que fazem parte do tripé do enfrentamento ao crack do programa "Crack é possível vencer". Constatou-se um conjunto integrado de ações, através da criação do Comitê Gestor de Enfrentamento ao Crack, no qual privilegia espaços de debate e de decisão, e de forma intersetorial com diversas secretarias da prefeitura municipal de Vitória. A segunda, foram obtidos resultados que identificaram serviços socioassistenciais, de saúde mental e segurança, disponibilizados à população do município de Vitória/ES, que direta ou indiretamente atingem os usuários de crack e outras drogas. Na área de Saúde Mental, destaca-se o CAPS AD III (24hs), onde buscou-se identificar o perfil sociodemográfico e características de consumo de 22 (vinte) pacientes usuários de crack internados no CAPS ADIII (24hs) do município de Vitória/ES, onde constatou-se

um predomínio de usuários do sexo masculino, adultos jovens de 31(trinta e um) a 40(quarenta anos) anos, de cor parda (autodeclarada), separado ou divorciado, no ensino fundamental incompleto (4ª a 8ª) e a baixa prevalência no ensino médio, sem ocupação regular, moram na rua, possuem 2 (dois) filhos. As drogas mais referidas como substâncias usadas antes do crack foram: nicotina/álcool/maconha e cocaína. Iniciaram sua vida no crack dos 12(doze) aos 21 (vinte) anos de idade.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Serviços Socioassistenciais. Saúde Mental. Usuários de Crack.

ABSTRACT

This research arose from the need for further studies on the social assistance services and mental health in dealing with crack by Vitória / ES, as well as confronting trafficking and integrated set of actions between departments. This field research was conducted between 2013 and 2014, which had as main objective to describe the policy of Combat crack Vitória / ES, and specific objectives, (a) Identify the prevention, care / treatment, social reintegration and authority, which are being implemented in confronting crack at Vitória / ES; (b) Identify the implementation of actions to address the issue of intersectoral manner; (c) Identify the socioeconomic characteristics and consumption of crack cocaine users admitted to the Drug and Alcohol Psychosocial Care (CAPS AD III - 24 hours) profile; (d) identify the difficulties encountered in the planning and / or implementation of actions related to both the use and abuse of crack process. This is a qualitative study, descriptive in nature, literature search, and document analysis of existing records in Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs (ad Caps). The field is divided into two phases of data collection: the first was to describe the applied questionnaires about the actions against the crack of the municipality of Vitoria along with representatives of Municipal Strategy Management, Social Work, Health and Safety that part of the confrontation tripod to crack the program "crack is possible to win." It found an integrated set of actions through the creation of the Steering Committee to Combat Crack, which favors spaces for debate and decision, and intersectoral way with various departments of the municipal government of Victoria. The second, results that identified social assistance services, mental health and safety, available to the municipality of Vitória / ES population was obtained, which directly or indirectly affect users of crack and other drugs. In the area of Mental Health, highlights the CAPS AD III (24h), which sought to identify the sociodemographic characteristics and consumption of 22 (twenty) patients admitted crack users in CAPS ADIII (24h) of Vitória / ES, which found a predominance of male users, young adults of 31 (thirty-one) to 40 (forty years) years, mulatto (self-reported), separated or divorced, the incomplete elementary school (4th to 8th) and the low prevalence in high school, not regularly employed, living on the street, have two (2) children. The more such drugs as substances used before the crack were: nicotine / alcohol / marijuana and cocaine. They began their life in the crack of twelve (12) to 21 (twenty) years of age.

Keywords: Public Policy. social assistance services. Mental Health. Crack users.

LISTA DE FÍGURAS

Figura 01 – Três eixos do programa "crack é possível vencer"	30
Figura 02 – Diretrizes do programa "crack é possível vencer"	
Figura 03 – Estrutura da PNAS 2004: níveis da proteção social	40
Figura 04 – Regiões administrativas de Vitória/ES	49
Figura 05 – Localização do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24h	
(CAPS AD III)	73
Figura 06 – Mapa da regionalização de saúde em Vitória/ES	

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico (01 - Sexo dos usuários de crack do CAPS AD III de Vitória/ES	.77
Gráfico (02 - Sexo dos usuários de crack do Brasil	.78
Gráfico (03 - Faixa etária dos usuários de crack do CAPS AD III de Vitória/ES	78
Gráfico (04 - Faixa etária dos usuários de crack do Brasil	.79
Gráfico (05 - Raça/Cor (autodeclarada) dos usuários de crack do CAPS AD III de	
	Vitória/ES	.80
Gráfico (06 – Raça/Cor (autodeclarada) dos usuários de crack do Brasil	81
Gráfico (07 - Estado civil dos usuários de crack do CAPS AD III de Vitória/ES	81
Gráfico (08 – Situação conjugal dos usuários de crack do Brasil	.82
Gráfico (09 - Escolaridade dos usuários de crack do CAPS AD III de Vitória/ES	83
Gráfico '	10 - Escolaridade dos usuários de crack do Brasil	.84
Gráfico '	11 - Local de moradia dos usuários de crack do CAPS AD III de	
	Vitória/ES	.84
Gráfico '	12 - Local de moradia dos usuários de crack do Brasil	.85
Gráfico '	13 – Ocupação dos usuários de crack do CAPS AD III de Vitória/ES	.86
Gráfico '	14 – Número de filhos de usuários de crack do CAPS AD III de	
	Vitória/ES	.87
Gráfico '	15 – Idade do início do uso de crack dos usuários do CAPS AD III de	
	Vitória/ES	.89
Gráfico '	16 - Substâncias anteriores ao uso de crack pelos usuários do	
	CAPS AD III de Vitória/ES	.90
Gráfico '	17 - Aspectos jurídico-criminais dos usuários de crack do	
	CAPS AD III de Vitória/ES	.91
Gráfico '	18 - Encaminhamentos para internação no CAPS AD III de Vitória/ES	92

LISTA DE ORGANOGRAMAS

Organograma 01 – Secretaria Municipal de Gestão Estratégica (SEGES)	56
Organograma 02 - Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS)	64
Organograma 03 – Secretaria Municipal de Segurança Urbana (SEMSU)	67
Organograma 04 - Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS)	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Modelo assistencial em saúde mental, em relação ao CAPS AD III	74
Quadro 02 - Fonte de renda dos usuários de crack do Brasil	87
Quadro 03 - Número de vezes que as mulheres usuárias de crack/similares	
engravidaram desde o inicio do consumo	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Atividade econômica por regional e setor econômico 2012	50
Tabela 02 – Evolução do índice de desenvolvimento humano em	
Vitória (ES), 1991, 2000 e 2010	51
Tabela 03 – Endereços dos Centros de Referência de Assistência Social	
(CRAS)	52
Tabela 04 - Endereços do projeto Caminhando Juntos (Cajun)	
Tabela 05 – Endereços dos Centros de Referência Especializados de	
Assistência Social (CREAS)	54
Tabela 06 – Lista e quantidade de especialidades profissionais existentes no	
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24h (CAPS ADIII)	
Da prefeitura municipal de Vitória	71

LISTA DE SIGLAS

CAJUN Caminhando Juntos

CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CENTRO POP Centro Especializado para População em Situação de Rua

CIODES Centro Integrado de Operações e de Defesa Social CIOM Central Integrada de Operações e Monitoramento

CNAS Conselho Nacional de Assistência Social

CONAD Conselho Nacional Antidrogas

CONFEN Conselho Nacional de Entorpecentes

CPTT Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

CREAS Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRJ Centro de Referência da Juventude

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOAS Lei Orgânica da Assistência Social

OBID Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

PAEFI Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PAIF Proteção e Atendimento Integral à Família
PETI Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PNAD Política Nacional antidrogas

PROJOVEM Programa Nacional de Inclusão de Jovens

PSE Proteção Social Especial

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

SCFV Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SENAD Secretaria Nacional Antidrogas

SISNAD Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SNAS Secretaria Nacional de Assistência Social SUAS Sistema Único de Assistência Social

SUS Sistema Único de Saúde Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22 6 0
DE DROGAS	
3.2 Política de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Brasil	<u>33</u>
3.3 Política de Assistência Social no Brasil e a Prevenção ao uso do crack e outra	as
drogas	<u>36</u>
3.4 Política de Segurança e sua Ação na Área do Enfrentamento do Crack	<u>45</u>
3.5 Município de Vitória/ES: Serviços Socioassistênciais, Saúde Mental e Segurano	ça
46	
4 PESQUISA DE CAMPO	56
4.1 ENFRENTAMENTO AO CRACK: Secretaria Municipais de Gestão Estratégic	ca,
Assistência Social; Segurança e Saúde	56
4.1.2 Ações da Secretaria Municipal de Gestão Estratégica	64 66
5.1 Perfil Sociodemográfico e características de consumo	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	
REFERÊNCIAS1 APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido1	
APÊNDICE B – Roteiro do Questionário1	
ANEXO A – Aprovação no Comitê de Ética1	11
ANEXO B - Carta de Anuência da Prefeitura Municipal de Vitória1	
ANEXO C – Carta de Apresentação para Coleta de Dados no CAPS ADIII1	
ANEXO D – Relação dos CRAS e UIP em Vitória (ES)1 ANEXO E – Unidade de Atendimento – Secretaria de Assistência Social	16
(SEMAS)1	17
ANEXO F – Unidades de Atendimento - SEMAS (média complexidade)1	
ANEXO G – Unidade de Atendimento – SEMAS (alta complexidade)1	
ANEXO H – Unidades Administrativas – SEMAS (alta complexidade)1	22

1 INTRODUÇÃO

O crack têm imposto desafios cada vez maiores, exigindo respostas eficazes do governo e da sociedade a partir da convergência de esforços dos mais diferentes segmentos na construção de alternativas que extrapolem as ações repressivas e considerem os diversos componentes associados à busca de soluções concretas, capazes de reverter os desafios e efeitos perversos que os problemas associados ao crack vêm impondo a todo o país e no mundo. Alguns aspectos relativos ao fenômeno do uso, abuso e dependência dessa substância apontam para a importância da dimensão preventiva das ações, da atenção aos usuários e, combate ao tráfico.

O consumo de crack e os problemas relacionados ao seu uso vêm aumentando de forma assustadora nas últimas décadas, é uma droga poderosa, capaz de mudar o comportamento do indivíduo. O crack sobrecarregou um sistema de saúde que já se encontrava combalido, desprovido de ambientes de tratamento específicos e de redes de atendimento integradas. E a associação da cultura do consumo dessa droga com a violência e o aumento da mortalidade é evidente.

Iniciamos este trabalho apresentando dados sobre nossa trajetória acadêmica e profissional que converge para o estudo dessa temática referente ao enfrentamento ao crack. No final do ano 2000 ao concluirmos a graduação em Serviço Social na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), ingressamos na Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), através de Concurso Público, no cargo de Analista Municipal de Trânsito. Devido nossa formação ser na área social, no desempenho dessa função, procurou-se sempre ter um olhar mais humano sobre o trânsito e suas vicissitudes. Em 2008, fomos convidados a assumir um cargo de confiança na Secretaria de Segurança Urbana/PMV, na qual fomos designados por esta a participação na coordenação de um projeto do Governo Federal, no âmbito municipal, tendo em vista que este projeto tinha atuação nos municípios da região metropolitana. Para atuarmos como técnicos neste projeto foi preciso fazer duas capacitações em segurança pública, sendo a grade curricular orientada pelo Governo Federal. Estas capacitações tinham como norte sensibilizar gestores e técnicos para temática da violência entre os jovens. A

participação nestes era condição obrigatória para os profissionais que iriam atuar no projeto social intitulado *Sou Pela Vida*. Em Vitória o local escolhido para realização deste projeto, foi o bairro São Pedro, na época este bairro despontava com altos índices de violência. O projeto visava a orientação sócio/familiar e comunitário, e como condição objetiva capacitar 500 jovens em vulnerabilidade social de 15 a 24 anos para o mercado de trabalho através de cursos de capacitação profissional.

Na convivência com os jovens que participavam do projeto *Sou Pela Vida*, nos sensibilizamos com a situação de alguns jovens, que queriam superar as adversidades que a vida os impôs, mas o envolvimento com drogas tiravam aos poucos suas esperanças de superação. Mesmo após o término do projeto continuamos nos capacitando sobre a temática das drogas, pois de alguma forma queríamos continuar estudando sobre o tema. Em 2011 fizemos mais duas capacitações voltadas para temática das drogas, uma foi ofertada pelo Ministério da Justiça, através da Universidade de Santa Catarina: Prevenção ao uso indevido de droga, capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Outra ofertada pelo Governo do Estado, através da Secretaria de Justiça: Codependência em Drogas e outras adições. No ano 2012, fizemos outro curso também ofertado pelo Ministério da Justiça, através da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social.

Paralelo a estes cursos, a discussão sobre o uso, abuso e dependência do Crack tem se tornando mais frequente nos meios de comunicação atuais. Seja por meio da mídia, seja na observação do cotidiano das cidades, é possível ver cenas que provocam perplexidade à população e demandam respostas dos poderes públicos e da sociedade civil em geral.

O consumo de crack por adolescentes é um grave e crescente problema de saúde pública no Brasil. Provoca graves danos à saúde do indivíduo, podendo impedir o pleno desenvolvimento do jovem e atingindo a família e a sociedade pelas complicações associadas a esse consumo, como baixa escolaridade, doenças clínicas e

psiquiátricas, prostituição, associação com prática de sexo sem proteção, envolvimento direto ou indireto com o tráfico de drogas e sua ampla rede de crimes e de violência.

O fenômeno do crack é um enorme desafio que diz respeito a toda sociedade, pois afeta todos os cidadãos, seja familiares, educadores, líderes comunitários, religiosos, profissionais, etc. A observância à legislação vigente, aliada às orientações da Política Nacional sobre Drogas, da Política Nacional sobre Álcool e do Programa de enfrentamento ao crack e outras drogas, contribui para o fortalecimento de uma rede de atenção às questões relativas ao uso de crack e outras drogas numa perspectiva inclusiva, de respeito às diferenças, humanista, de acolhimento e não estigmatizante do usuário e seus familiares.

A dimensão e a complexidade do problema demandam do poder público e da sociedade em geral respostas mais abrangentes, que combinem ações nas esferas da segurança pública, da saúde, da assistência social, da educação, dentre outras, em um plano nacionalmente articulado de enfrentamento ao consumo de drogas,

De acordo o II Levantamento Nacional de Alcool e Drogas (Lenad), feito pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e pelo Inpad (Instituto Nacional de Ciências e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas). O Brasil é o segundo maior consumidor de cocaína e derivados (crack, oxi, merla), atrás apenas dos Estados Unidos. O estudo mostra que o país responde hoje por 20% do mercado mundial da droga (D'ALAMA, 2012).

Segundo um estudo feito pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ligada ao Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), do Ministério da Justiça, revela que cerca de 370 mil brasileiros de todas as idades usaram regularmente crack e similares (merla e óxi) nas capitais ao longo de pelo menos seis meses em 2012. Destes 14% do total são crianças e adolescentes, o que equivale a mais de 50 mil usuários. Ainda de acordo com a pesquisa feita pela Fiocruz, no Brasil, o Nordeste lidera o uso regular de crack e similares, com 40% do total, seguido do Sudeste, do Centro-Oeste, do Sul e do Norte. Além disso, cerca de 80% dos usuários dessas substâncias fazem isso em lugares públicos e de grande

circulação, como as ruas (D'ALAMA; CÉO; FORMIGA, 2013).

Considerando tais questões presentes na atualidade, é que este trabalho propõe descrever sobre a política de enfrentamento ao crack do município de Vitória. Sendo assim, este trabalho esta dividido em capítulos e subitens teóricos e pesquisa de campo.

O capítulo 3 que trata sobre o Crack no município de Vitória/ES, apresenta uma breve discussão das Políticas Públicas que compõe o tripé de enfrentamento nacional ao uso de drogas, conforme prevê o programa *crack é possível ven*cer, a saber: prevenção/cuidado e autoridade. Subdividimos este em cinco subitens. O item 3.1 "Crack: surgimento e Política de Enfrentamento no Brasil consistiram em um breve resgate histórico do surgimento do crack, legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil, abordamos os efeitos desta droga, sua história no Brasil, a política do governo federal através da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça, criando legislações específicas sobre drogas.

O item 3.2 Política de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Brasil, consistiu em um breve estudo sobre a história da política de saúde brasileira a partir de 1988, a criação do SUS, e respectivamente em relação a reforma psiquiátrica a criação de uma rede de atenção aos usuários de modelo extra-hospitalar chamados Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para substituir de forma organizada e gradual o modelo hospitalocêntrico anterior, que estão inseridos nas comunidades, de caráter interdisciplinar, que evitam a cronificação dos pacientes e seu o isolamento social.

O item 3.3 Política de Assistência Social no Brasil e a prevenção ao uso de crack e outras drogas, consistiu em um breve estudo sobre a história da Política de Assistência Social a partir de 1988, a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a tipificação dos serviços socioassistenciais por níveis de complexidade: proteção social básica e proteção social especial de média e alta complexidade, onde esses serviços atuam na prevenção e na reinserção social aos usuários de crack e outras drogas.

O item 3.4 Política de Segurança e sua Ação na Área do Enfrentamento do Crack, trata da lei que institui a lei nº 11.343/2006 (lei drogas) que institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), que posteriormente, em 2010, se desdobrou no Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack, tendo, à partir de 2011 sua operacionalização através do programa *crack é possível vence*r. Este programa aponta a segurança pública enquanto um dos importantes eixos para redução da oferta de drogas ilícitas no Brasil.

O item 3.5 Município de Vitória/ES: Serviços Socioassistênciais e de Saúde Mental, consistiu em um breve estudo sobre o contexto histórico, perfil socioeconômico e demográfico, serviços socioassistências e suas localizações que a Prefeitura Municipal de Vitória disponibiliza. Na área de assistência social, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), entre outros. E na área da saúde, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

Como resultado da pesquisa de campo, o capítulo 4 apresenta dados resultantes do preenchimento dos questionários pelos integrantes das secretarias de saúde, assistência social, gestão estratégica e segurança urbana. Tais informações serviram de subsídios para compreensão e descrição das políticas públicas quem tem interface no enfrentamento ao crack.

O capítulo 5 propõe apresentar o perfil sociodemográfico e características de consumo dos vinte e dois pacientes atendidos pelo centro de atenção psicossocial álcool e drogas (caps ad III), em regime de internação (24h) pelo período de quinze dias, no município de Vitória. Observam-se correlações destes, com o perfil nacional de usuários de crack e o perfil dos usuários de crack atendidos no Caps dos municípios de Igrejinha e Taquara (Caps i) e Novo Hamburgo (CAPS AD), na Região Metropolitana de Porto Alegra, no Rio Grande do Sul.

Em suma, nas considerações finais, discorrem-se a respeito da problemática do crack no contexto da sociedade atual, os dilemas existentes para seu enfrentamento, uma vez que esta se caracteriza enquanto resultado das desigualdades sociais de um sistema capitalista excludente. Destacam-se, também, algumas pontuações e proposições sobre a política de enfrentamento ao crack do município de Vitória, tendo em vista contribuir para um amadurecimento das políticas públicas voltadas para esta temática.

2 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

O objetivo geral desta pesquisa é descrever a política de enfrentamento ao crack do município de Vitória/ES. Como objetivos específicos, buscamos: Identificar as ações de prevenção, cuidado/tratamento e autoridade que estão sendo executadas de enfrentamento ao crack pelo município de Vitória/ES; Identificar a implementação das ações para a abordagem do tema de forma intersetorial; Identificar o perfil socioeconômico e de características de consumo dos pacientes usuários de crack internados no Caps ad III (24 horas); Identificar as dificuldades encontradas no processo de planejamento e/ou implantação das ações relacionadas ao enfrentamento do uso e abuso de crack.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória Emescam através do parecer nº 454.211/2013 (ANEXO A). Após esta aprovação entramos em contato com os representantes da Prefeitura Municipal de Vitória¹ para orientá-los sobre a finalidade desta pesquisa e sobre a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (APÊNDICE A). Estando eles de acordo, passaram a responder o questionário (APÊNDICE B).

Esta pesquisa é um estudo qualitativo, pois segundo Minayo (2012) o ser humano se distingue por agir, pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida. E tem caráter descritivo, onde segundo Gil (2012, p. 28):

[...] tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. [...] uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. [...] salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, precedência, nível de escolaridade, etc.

Este trabalho foi constituído por momentos diferenciados que se complementam e articulam entre si. No primeiro momento realizou-se pesquisa bibliográfica e

¹ A pesquisa de campo foi devidamente autorizada pela Prefeitura Municipal de Vitória, através Secretaria Municipal de Gestão Estratégica, que é responsável pelo Comitê Gestor do Crack, concedendo uma carta de anuência e da Secretaria Municipal de Saúde através da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde -ETSUS.

documental, que fundamenta o presente estudo, construindo aproximações com o tema, através de livros e autores clássicos no âmbito da política da assistência social, da política de saúde e política de drogas. E consultas aos artigos relacionados a temática do crack nos banco de dados Scielo e revistas eletrônicas que discutem o tema, como também Leis, Decretos, Resoluções, Portarias entre outros materiais disponíveis em sites governamentais.

Outro momento foi a pesquisa de campo que se constituiu em duas etapas: na primeira foram aplicados questionários (Apêndice B) com perguntas abertas a um integrante de cada Secretaria, indicados pela Coordenação do Comitê de Enfrentamento ao Crack da Prefeitura Municipal de Vitória.

A primeira etapa da pesquisa de campo, consistiu na aplicação dos questionários sobre as ações de enfrentamento ao crack do município de Vitoria em relação a prevenção, tratamento/cuidado, reinserção social aos usuários de crack e segurança, aplicados junto aos representantes das Secretarias Municipais de Gestão Estratégia, Assistência Social, Segurança e Saúde, que fazem parte do tripé do enfrentamento ao crack do programa *Crack é possível vencer*.

Dessa forma, responderam o instrumento de coleta de dados: uma integrante da Secretaria de Gestão Estratégica, em que a Coordenação deste Comitê está vinculada, uma da Assistência Social, uma da Secretaria Municipal de Saúde e um da Secretaria de Segurança Urbana. Os quatro sujeitos que responderam o questionário são servidores municipais, sendo 3 (três) do sexo feminino, e um do sexo masculino, com idade entre 28 a 43 anos, todos com curso superior completo e, dois com pósgraduação (lato sensu) e, um com mestrado (stricto sensu). Esses técnicos possuem formações acadêmicas diversificadas, como: Fisioterapia, Arquitetura e Urbanismo, Serviço Social e Direito. Os sujeitos selecionados ocupam cargos de Assessoria Técnica da Secretaria de Gestão Estratégica (SEGES); Coordenação da Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS); Coordenação do Serviço Especializado em Abordagem Social da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) e Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Segurança da Secretaria

Municipal de Segurança Urbana (SEMSU) os dados foram coletados entre os meses de fevereiro a março de 2014. Vale ressaltar que os profissionais supramencionados foram indicados pelo Comitê Gestor de Enfrentamento ao Crack, por serem considerados referências em suas respectivas secretarias.

A segunda etapa da pesquisa de campo consistiu em analisarmos 22 (vinte e dois) prontuários de pacientes usuários de crack internados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III - 24 horas) do municio de Vitória/ES, no intuito de identificarmos nos usuários de crack o Perfil sociodemográfico e características de consumo.

A análise dos prontuários foi baseada em uma lista com o nome de 52 (cinquenta e dois) pacientes usuários de vários tipos drogas como álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, que estão em tratamento participando regularmente dos serviços ofertados pelo centro. Desses 52 (cinquenta e dois) pacientes, 22 (vinte e dois) estavam internados no período de 25/03/2014 à 14/04/2014, para tratamento do uso do crack. Os dados foram coletados pelo autor deste estudo, no período noturno de 07/04/2014 ao dia 22/04/2014. A análise de 22 (vinte e dois) prontuários de usuários internados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD III (24 horas), perfazendo 42% do universo de sujeitos internados que são dependentes do uso do crack. Os outros 58% são usuários de outras drogas e que estão sendo atendidos no serviço ambulatorial de atenção diária com diversos profissionais, e que não tem a necessidade de internação. Os vinte e dois prontuários foram adquiridos através do programa de computador chamado *Rede Bem Estar*, que é conectado com toda rede de saúde. E para os dados referentes aos prontuários dos pacientes elaboraram-se tabelas e gráficos para ilustrar os resultados encontrados.

Para tratamento dos dados coletados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo que segundo Bardin (1977) refere-se a um método de analise de dados, cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um texto; compreendendo um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando à descrição do conteúdo das mensagens.

Nesse sentido os capítulos que seguem tratam da questão do objeto de estudo

levantado, ou seja, a política de enfrentamento ao crack do município de Vitória e sua inter-relação com os conteúdos estudados.

3 O CRACK NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES: BREVE DISCUSSÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE COMPÕE O TRIPÉ DE ENFRENTAMENTO NACIONAL AO USO DE DROGAS

O crack é uma substância derivada da cocaína para ser fumada ou inalada com o propósito de produzir efeitos mais rápidos e intensos. Seu modo de comercialização barato e sua rápida expansão entre os grupos socialmente excluídos e ou minorias étnicas chamaram a atenção das autoridades sanitárias de diversos países. A relação entre a via de administração pulmonar e modos mais graves de consumo, dependência e complicações sociais tornou-se igualmente relevante em pouco tempo. (RIBEIRO et al., 2012).

3.1 CRACK: SURGIMENTO E POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO NO BRASIL

Nos primórdios da aparição do crack, era considerada uma droga restrita à população socialmente marginalizada, tanto no Brasil como em países como Estados Unidos. Era definido, portanto, como droga de guetos, ou seja, de populações minoritárias e separadas do resto da sociedade no sentido da pobreza, do desemprego e da ausência de vínculos familiares (RIBEIRO; NAPPO; SANCHEZ, 2012)

O crack apareceu nos Estados Unidos na primeira metade dos anos 1980 e chegou no Brasil e à Europa no início de 1990, atingindo seus países em diferentes momentos - atualmente Inglaterra e Espanha são os detentores dos maiores índices europeus de prevalência de consumo. [...] O crack pode ser obtido tanto por meio de cocaína refinada (cloridrato de cocaína) quanto da pasta de coca e da pasta base. No primeiro caso, há adição de água quente e amônia ou bicarbonato de sódio, com remoção da de diluentes no final do processo, originando um produto mais limpo. No segundo, a pasta básica é aquecida diretamente com bicarbonato de sódio, sem a remoção final dos diluentes, resultando em uma droga menos concentrada e mais suja. A popularização do nome crack provém do ruído de crepitação que os cristais produzem quando aquecidos. O crack é fumado em cachimbos improvisados ou misturado à maconha (RIBEIRO et al., 2012, p. 124).

O crack é uma forma distinta de levar a molécula de cocaína ao cérebro. A cocaína é uma substância encontrada em um arbusto chamado *Erythroxylum coca*, originado de regiões dos Andes, sendo a Bolívia, o Peru, e a Colômbia seus principais produtores.

Os nativos desta região mascam as folhas da coca desde antes da chegada dos conquistadores espanhóis no século XVI. No século XIX, a planta foi levada para Europa onde se identificou qual era a substância que provocava seu efeito. Esta foi, então, chamada de cocaína. A partir daí, processos químicos passaram a ser utilizados para separar a cocaína da folha da coca, gerando um pó branco, o cloridrato de cocaína (RIBEIRO et al., 2012).

Segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, os sintomas psíquicos do crack são: aceleração do pensamento, inquietação psicomotora aumento do estado de alerta, inibição do apetite, labilidade do humor, variando da euforia ao mal estar; e em relação aos sintomas físicos: aumento de frequência cardíaca, aumento da temperatura corporal, aumento da frequência respiratória, aumento da transpiração, tremor leve de extremidades, contrações musculares involuntárias (especialmente língua e mandíbula), tiques, dilatação da pupila (midríase) (BRASIL, 2012).

O surgimento do uso do crack no Brasil foi detectado pela equipe de redução de danos que trabalhavam com usuários de drogas injetáveis no início da década de 1990. A dependência é uma complicação que pode ocorrer entre usuários de cocaína e crack. A dependência se caracteriza pela perda de controle do uso e por prejuízos decorrentes dele nas diversas esferas da vida: pessoal, familiar, trabalho, lazer, judicial, etc. (BRASIL, 2011a).

A partir de 1998, o Brasil deu início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas. Depois da realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, na qual se discutiu os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à então, Casa Militar da Presidência da República. Com a missão de coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD mobilizar os diversos

atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira (BRASIL, 2012).

Por meio do Decreto Presidencial nº. 4.345, de 26 de agosto de 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Em 2003, foi apontada a necessidade de construção de uma nova Agência Nacional para a redução da demanda e da oferta de drogas no país, que viesse a contemplar três pontos principais (BRASIL, 2002a):

- Integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas,
 visando ampliar o alcance das ações;
- descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município;
- estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica;

Levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando, em 2004, foi efetuado o processo de realinhamento e atualização e a política passou a chamar-se "Política Nacional Sobre Drogas" (PNAD), como resultado, o prefixo *anti* foi substituído pelo termo *sobre*. Tal modificação se encontra pautada numa questão política e ideológica. Neste aspecto é possível conceber que o prefixo *anti* representa uma forma de atenção e enfrentamento ao uso de drogas centrado na repressão e na abstinência (redução da oferta, pela via da ação de segurança direcionada ao combate ao tráfico e de redução de demanda, ou consumo, por meio da internação hospitalar). E, ainda, o prefixo *sobre* pressupõe uma atenção mais ampliada, centrada numa perspectiva que implica uma ação de visão social e decisão política no enfrentamento do uso e abuso de drogas.

Cumpre aqui também ressaltar a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas de 2003. Nesta política são estabelecidas diretrizes tendo como preocupação a perspectiva transversalizadora e de valorização da intersetorialidade, que permite a apreensão do fenômeno contemporâneo do uso abusivo/dependência em álcool e outras drogas de modo integrado e diversificado em ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras de saúde,

para além de uma perspectiva de abordagem repressiva.

Nesta abordagem, ampliou-se a antiga visão de que a única forma viável para a problemática seria abstinência, culminando para a perspectiva de redução de danos. Constituindo-se aí a lógica da transversalização.

Em 2006, a SENAD coordenou um grupo de trabalho do governo que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei nº. 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que passou a adotar medidas preventivas do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, suplantando os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: as Leis 6.368/1976 e 10.409/2002, que se mostravam obsoletas e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais (BRASIL, 2006a).

O Decreto nº. 5.912/2006, que regulamenta o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, tem os seguintes objetivos (BRASIL, 2006b):

- contribuir para inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados;
- promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
- promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- reprimir a produção não autorizada e o tráfico de ilícito de drogas;
- promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

Foi lançado em 20 de maio de 2010, por meio do Decreto nº. 7.179, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que indicou implementação das ações para a abordagem do tema de forma intersetorial. O objetivo desse Plano é desenvolver um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como enfrentar o tráfico em parceria

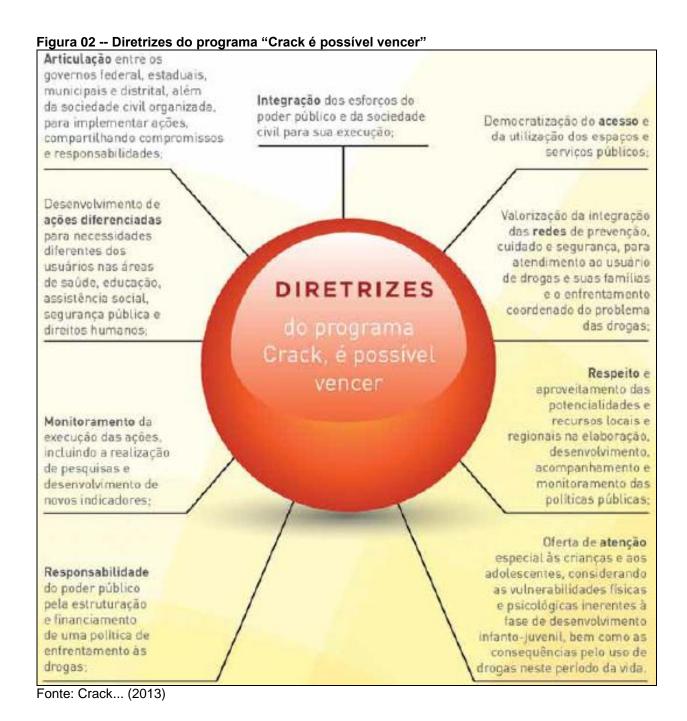
com estados, distrito federal, municípios e sociedade civil, tendo em vista a redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias junto à população.

Em dezembro de 2011, foi lançado o Programa *Crack, é possível vencer!*, que visa a ampliação e fortalecimento do Plano, propondo ações em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade (CRACK..., 2013).



Figura 01 - Três eixos do programa "Crack é possível vencer"

Fonte: Crack... (2013)



Segundo Brasil (2012) os objetivos do programa são:

No eixo prevenção: ampliar as atividades, por meio da educação, disseminação de informações e capacitação dos diferentes segmentos sociais que, de forma direta ou indireta, desenvolvem ações relacionadas ao tema, como educadores, profissionais de

saúde, de assistência social, segurança pública, conselheiros municipais, entre outros.

Segundo o Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas (OBID) o programa, considera-se como prevenção tudo aquilo que possa evitar, impedir, retardar, reduzir ou minimizar o uso abusivo de drogas e os prejuízos relacionados ao consumo. Na política de assistência social, dentre os equipamento que atua na prevenção ao uso de crack e outras drogas são os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) (CRACK ..., 2013).

No eixo cuidado: aumentar a oferta de ações de atenção aos usuários de crack e outras drogas e seus familiares, por meio da ampliação dos serviços especializados de saúde e assistência social, como os Consultórios de Rua, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD e ADIII – 24 horas), as Unidades de acolhimento adulto e infanto juvenil, Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), entre outros.

No eixo autoridade: enfrentar o tráfico de drogas e as organizações criminosas através de ações de inteligência entre a Polícia Federal e as policiais estaduais. E intervenções de segurança pública com foco na polícia de proximidade em áreas de maior vulnerabilidade para o consumo, que contarão com bases móveis e vídeomonitoramento para auxiliar no controle das ações.

A Prefeitura Municipal de Vitória do Espírito Santo aderiu ao Programa do Governo Federal *Crack é possível vencer*, as diretrizes preconizadas pela Política Nacional sobre Drogas. Através do decreto municipal nº 15.433 de 6 de julho de 2012, e cria o Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, sendo coordenado pela Secretaria Municipal de Assistência Social (VITÓRIA (ES), 2012b).

Em 14 de março de 2013, a Prefeitura Municipal de Vitória altera dispositivos do Decreto nº 15.433/2012 (VITÓRIA (ES), 2013b), criando o Decreto nº 15.648 onde diz que a Secretaria responsável pelo Comitê Gestor será a Secretaria Municipal de Gestão Estratégica (VITÓRIA (ES), 2013r).

3.2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Constituição Federal Brasileira de 1988, através do artigo 194, define um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, incluindo a Saúde como parte integrante do sistema de Seguridade Social, juntamente com a Assistência e Previdência Social.

Conforme o art. 196 da Constituição de 1988, a Saúde é direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Segundo Brasil (2011a), a política de saúde brasileira foi formulada a fim de viabilizar a garantia normativa máxima do direito à saúde. A operacionalização deste princípio constitucional ocorreu por meio da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem o seu funcionamento organizado pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. Com o SUS, a saúde passa a ser pensada como uma obrigatoriedade do Estado, por meio da responsabilidade das esferas de governo federal, estaduais e municipais. Isto inclui não só na gestão do sistema de saúde, mas também a participação destas esferas no financiamento e oferta de serviços. O SUS foi concebido a partir dos seguintes princípios doutrinários:

- Universalidade: assegura o direito à saúde a todos os cidadãos, independente de condição de saúde, gênero, idade, região condições financeiras, etc.
- Integralidade: considera as diversas dimensões do processo saúde-doença que afetam o indivíduo e a coletividade, atuando, portanto, na promoção, prevenção e tratamento de agravos.
- Equidade: direito à assistência de acordo com o nível de complexidade.

No que tange à Saúde Mental, importante ressaltar que um marco para a mudança na visão quanto à abordagem foi a Reforma Psiquiátrica. Esta propõe desconstruir o

modelo assistencial anterior, baseado no atendimento biomédico dos transtornos mentais e, construir um novo estatuto social para o portador de sofrimentos psíquicos, incluindo-o como ator de sua própria inserção cívica na sociedade.

De acordo com Tenório (2002), a história das políticas de saúde mental no Brasil é marcada por embates e disputa de diferentes interesses, o que levou a uma mobilização de diversos setores da sociedade para que houvesse um cuidado mais digno e humanizado aos portadores de sofrimento mental. Este movimento ficou conhecido como a Luta Antimanicomial e propôs as mudanças para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, que, de uma forma geral, defendia a inversão do sistema manicômios fechados para o tratamento de portadores de sofrimento mental, os quais na maioria das vezes eram excludentes e desumanizados, para serviços de base comunitária, extra-hospitalares.

Segundo Brasil (2004), a política de saúde mental brasileira está voltada para realizar um cuidado integral, objetivando promover a atenção aos usuários e principalmente com uma ação de base comunitária ou território. De acordo com a Reforma Psiquiátrica, a rede assistencial proposta por esta política é baseada na criação de uma rede de atenção aos usuários de modelo extra-hospitalar, inserido na comunidade, de caráter interdisciplinar e que evita a cronificação dos pacientes e o isolamento social. Assim, o aparato organizativo pensado para promover a Reforma Psiquiátrica no Brasil foi por meio da criação e disseminação do modelo extra-hospitalar de saúde, chamados Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para substituir de forma organizada e gradual o modelo hospitalocêntrico.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p. 9).

A Portaria nº 336/GM/MS/2002 regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); e coloca que os CAPS são pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada. No art. 1º estabelece os

CAPS em modalidades de serviços: CAPS I, II, III, CAPS i e CAPS AD, definidos por porte populacional e complexidade. E os mesmos deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, dentro da lógica do território (BRASIL, 2012b).

Ainda segundo a Portaria nº336/2002, os CAPS funcionam, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana (segunda a sexta-feira). O horário e funcionamento nos fins de semana dependem do tipo de Centro. Os CAPS estão assim estruturados (BRASIL, 2002b):

CAPS I: municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira.

CAPS II:municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas.

CAPS III: municípios com população acima de 200.000 habitantes – funcionam 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.

CAPS i: Atendimento de crianças e adolescentes – municípios com população superior a 200.000 habitantes – funciona das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

Segundo Brasil (2004), os usuários que permanecem um turno de quatro horas nos CAPS devem receber uma refeição diária. Os CAPS III funcionam 24 horas e oferecem leitos de atendimento à crise. Ao contrário dos hospitais psiquiátricos são leitos em salas abertas, com bastante possibilidade de acompanhamento das pessoas por todo o período em que estiverem internadas.

Os CAPS procuram dispor de diversos profissionais de diversas categorias, muitas inclusive consideradas externas à área da saúde, tais como: músicos, artistas plásticos, artesãos, dentre outras, a depender da possibilidade de cada serviço.

O Ministério da Saúde através da Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011,

instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS e, tem como diretriz o desenvolvimento da lógica do cuidado aos usuários, garantindo acesso dos serviços e ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional e interdisciplinar. E tendo como objetivo garantir integração da rede de atenção de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e da atenção às urgências e, ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com instituições públicas e sociedade civil. No disposto nos artigos 14 e 15 especialmente versam a respeito da competência da União, por meio do Ministério da Saúde, de apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo o território nacional (BRASIL, 2011b);

A Portaria nº 122 de 2011 do Ministério da Saúde, define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (eCR). As eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica. As eCR são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua (BRASIL, 2011c).

Ainda segundo a Portaria nº 122 de 2011 do Ministério da Saúde, as atividades das eCR incluirão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. E desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2011c).

3.3 POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL E A ATENÇÃO AO USO DO CRACK E OUTRAS DROGAS

Conforme já foi citado no item 3.2, a Constituição Federal Brasileira de 1988, através

do artigo 194, define um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, incluindo a Assistência Social como parte integrante do sistema de Seguridade Social, juntamente com a Saúde e Previdência social.

[...] dirigindo-se para uma população antes excluída do atendimento da ótica dos direitos. Sua definição impõe compreender o campo assistencial como o da provisão necessária para enfrentar as dificuldades que podem ser impostas a qualquer cidadão e que devem ser cobertas pelo Estado (COUTO, 2004, p. 170)

A partir da constituição de 1988, que o Brasil passou a ter a perspectiva de construção de um padrão público universal de proteção social, colocando-se um quadro de grande complexidade, aridez e hostilidade, pois as tradições, político-econômicas e socioculturas delineada anteriormente dificultavam a implementação dos direitos sociais, conforme estabelecido no artigo 6º da Constituição Federal, que institui como direitos a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Os artigos Constitucionais 203 e 204 tratam da Assistência Social como direito à seguridade social, dizendo que será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e que as ações governamentais na área da assistência serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social.

A Lei nº 8.212 de 24 julho de 1991, no Título V, artº 9, que define a organização da Seguridade Social, determina que as áreas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social são objetos de leis específicas, que regulamentarão sua organização e funcionamento.

Após um longo período de negociação e embates, no dia 07 de dezembro de 1993 foi promulgada a Lei nº 8.742, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), no governo do presidente Itamar Franco, cumprindo esse cargo específico em relação à assistência

social, assegurando assim a assistência à população, como um direito da cidadania.

O art. 1º da LOAS diz:

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (SPOSATI, 2005, p. 63).

A LOAS, sistematizou e institucionalizou os serviços assistenciais às pessoas em vulnerabilidade social, e representou a maioridade jurídica da assistência social, colocando no seu estatuto como política pública de Estado, integrada à seguridade social, e instituindo o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e os conselhos no âmbito estadual e municipal. No âmbito municipal prevê composição paritária, como instâncias deliberativas, com competências para formulação das políticas de atendimento e fixação de prioridades orçamentárias, inovando o princípio de democrático da carta magna de 1988 de participação direta da população, nas decisões do Poder Executivo.

O artigo 4º da LOAS, define que a assistência social, é regida pelos princípios da universalidade dos direitos sociais, respeito a dignidade do cidadão, igualdade dos direitos no acesso ao atendimento, entre outros. Nesta perspectiva, define os assistidos como cidadãos, destinatários da norma, titulares de direitos e sujeitos do processo jurídico-político.

Segundo Simões (2011), os artigos 1º, 5º, 6º, a LOAS refere-se sistematicamente às ações, como medidas de iniciativa do Poder Público, por meio de programas e projetos; e aos serviços, como seu resultado, a serem usufruídos pelos usuários.

O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) resolve aprovar em reunião plenária, nos dias 15 e 16 de dezembro de 1998, por unanimidade a Política nacional de Assistência Social (PNAS), e a Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB2.

Segundo Simões (2011) a Política Nacional de Assistência Social, promove sobretudo,

a defesa e atenção dos interesses e necessidades sociais, particularmente das famílias, seus membros e indivíduos mais empobrecidos e socialmente excluídos. Cabem, por isso, à assistência social, segundo essa política, as ações de prevenção, proteção, promoção e inserção; bem como o provimento de um conjunto de garantias ou seguranças que cubram, reduzam ou previnam a vulnerabilidade, o risco social e eventos; assim como atendam às necessidades emergentes ou permanentes, decorrentes de problemas pessoais ou sociais de seus usuários e beneficiários.

Em 2004, após amplos debates em todos Estados e no Distrito Federal, a partir de uma proposta da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), e participação intensa do CNAS, seguindo os encaminhamentos da IV Conferência Nacional de Assistência Social de 2003. A Política de Assistência Social estabelece princípios e diretrizes para implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Modelo de gestão para todo território nacional, que integra os três entes federativos e objetiva consolidar um sistema descentralizado e participativo (BRASIL, 2004).

Segundo Brasil (2012) o SUAS tem como característica, noção de território; centralidade no atendimento à família; garantia de atenção diferenciada por níveis de proteção social (básica e especial); gestão compartilhada das ações entre Estado e sociedade civil, sob coordenação e primazia na atribuição de competências técnicas e políticas; o planejamento, monitoramento e a avaliação por meio de sistemas de informações; controle social exercido pelos Conselhos de Assistência Social.

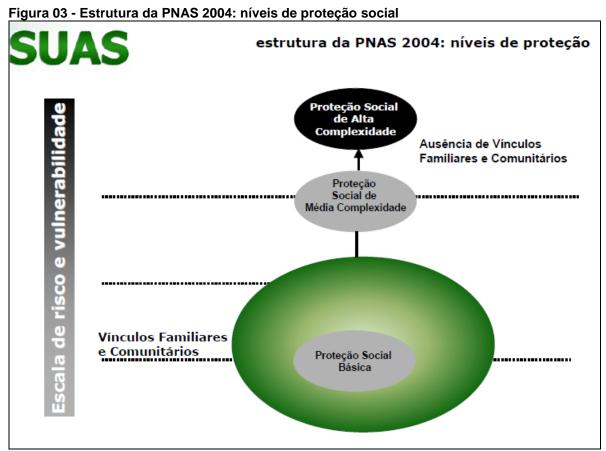
Segundo a NOB/SUAS (BRASIL, 2005) a Assistência Social, assim como a Saúde, é direito do cidadão, independente de sua contribuição prévia e deve ser provida pela contribuição de toda sociedade. Ocupa-se de provê a vida, reduzir danos, monitorar populações em riscos e prevenir a incidência de agravos à vida em face das situações de vulnerabilidade.

Segundo Simões (2011), situação de risco social configura-se como indivíduos em maior risco de violação de direitos, decorrentes de violência, abandono, exploração comercial ou sexual, situação de rua, dependência de uso ou tráfico de substâncias psicoativas, desagregação familiar, maus tratos.

Segundo BRASIL (2005), a proteção social de assistência social se ocupa das vitimizações, fragilidades, vulnerabilidades e riscos que o cidadão, a cidadã e suas famílias enfrentam na trajetória de seu ciclo de vida, por decorrência de imposições sociais, econômicas e de ofensas à dignidade humana.

[...] proteção social entende a atenção às populações excluídas e vulneráveis socialmente, operacionalizada por meio de ações de redistribuição de renda direta e indireta e pelos serviços, que integram a rede de *proteção social básica* e especial; nessas populações incluídas as que estão em situação de risco pessoal ou social e de eventos (SIMÕES, 2008, p. 300).

Conforme a Resolução CNAS nº109 (2009), da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, em seu art. 1º, organiza o SUAS por níveis de complexidade: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade.



Fonte: BRASIL (2005)

Assim, os Serviços de Proteção Social Básica, organiza-se:

- I Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);
- II Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV);

IIII – Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

Com a construção de redes de proteção social básica ou especial, os programas, projetos, prevenção social, proteção social, promoção social e inserção social, efetivam-se pela construção integrada por órgãos governamentais e não governamentais, com a finalidade de inclusão social e de atendimento às necessidades da população em situação de risco.

O que diz a Política Nacional de Assistência Social, sobre a proteção social básica e especial:

A proteção de social de Assistência Social é hierarquizada em básica e especial e, ainda, tem níveis de complexidade do processo de proteção, por decorrência do impacto desses riscos no indivíduo e em sua família. A rede socioassistencial, com base no território, constitui um dos caminhos para superar a fragmentação na prática dessa política, o que supõe constituir ou redirecionar essa rede, na perspectiva de sua diversidade, complexidade, cobertura, financiamento e do número potencial de usuários que dela possam necessitar (BRASIL, 2005, p. 92).

No tocante a proteção social básica, esta tem caráter essencialmente preventivo, incide atendimento à criança, família, pessoas idosas e jovens, seus membros e indivíduos, cujos direitos não foram violados, embora em situação de vulnerabilidade social. Destaca-se aqui a criação dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), cujas equipes de referência são responsáveis pela oferta de serviços socioassistenciais, pela atuação nos territórios, de forma a prevenir a ocorrência de riscos e enfrentar vulnerabilidades, e garantir a participação da comunidade e a convivência familiar.

O CRAS destaca-se por serviços continuados de caráter preventivo voltado ao território, ou seja, referência local de assistência social, ofertando e coordenando, em rede, as ações que previnam situações de risco social, por meio de atividades que

desenvolvam potencialidades e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Configuram-se espaços de convivência, gerando momentos prazerosos e identidade de grupo, especialmente para crianças e adolescentes em vulnerabilidades, no intuito de evitar que estes consumam ou comercializem drogas.

O CRAS, também denominado de Casa das Famílias, é um equipamento estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social, com a finalidade de organizar, coordenar e executar os serviços de proteção social básica da política assistencial da Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF (SIMÕES, 2012, p. 333).

De acordo com Simões (2012) o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) subdivide a Proteção Social Especial (PSE), em média complexidade, quando os referidos direitos já foram violados, mas os vínculos familiares ainda estão mantidos; e alta complexidade, quando, além da violação dos direitos, os referidos vínculos foram rompidos, exigindo a retirada do assistido da vida familiar.

De acordo com a Resolução CNAS nº 109 (2009), que trata da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, em seu art. 1º, define os serviços de Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade da seguinte forma (BRASIL, 2009):

Os Serviços de Proteção Social de Média Complexidade organiza-se em: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; Serviço Especializado para pessoas em Situação de Rua.

Os Serviços de Proteção Social de Alta Complexidade organiza-se em: I - Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: a) abrigo institucional; b) Casa-Lar; c) Casa de Passagem; d) Residência Inclusiva; II - Serviço de Acolhimento em República; III - Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; IV - Serviço de

Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Segundo dados oficiais do governo, disponíveis em Brasil (2012) a centralidade na família, respeito à diversidade e não discriminação, especialização e qualificação do atendimento, o acesso a direitos socioassistenciais, fortalecimento da capacidade de proteção das famílias, trabalho em rede, mobilização e participação social, são as diretrizes que devem nortear o atendimento da PSE de Média Complexidade.

[...] a Média Complexidade é prestada por Centros de Referência Especializados de Assistência Social. [...] O CREAS é um equipamento estatal, que presta serviços de proteção social especial, junto às famílias, seus membros e indivíduos, em seu contexto comunitário, tendo como finalidade a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário, em atendimento especificamente provocado pela violação de direitos (SIMÕES, 2011, p. 335).

De acordo com a Resolução nº 109/2009 que trata da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, os Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, devem ofertar: a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI, que tem como objetivo o trabalho social especializado com famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos; b) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade – MSE; c) Serviço Especializado em Abordagem Social, tendo como público alvo: crianças, adolescentes, jovens, idosos, famílias que utilizam os espaços públicos como forma de moradia e ou sobrevivência. Este serviço também pode ser ofertado no Centro POP (BRASIL, 2009).

Outro Centro de Referência é o Centro Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO POP), tendo como público alvo: jovens, idosos e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e ou sobrevivência. Dependendo da realidade local, a unidade poderá ofertar também o Serviço Especializado em Abordagem Social.

Segundo Simões (2011), a PSE de Alta Complexidade são os serviços que garantem a proteção integral para famílias, seus membros ou indivíduos que se encontram com

seus direitos violados, necessitando ser retirados de sua vida familiar. Nesta situação extrema, os serviços não são prestados por centro de referência, mas diretamente pelo poder público.

Ainda de acordo com Brasil (2012), a PSE também oferta o Programa de Erradicação do Trabalho infantil (PETI), que articula ações de forma integrada e complementares de caráter intersetorial. Integra a Política Nacional de Assistência Social, o programa compreende a transferência de renda, fortalecimento de vínculos para crianças e adolescentes que se encontrem em situação de trabalho.

No tocante à política de enfrentamento ao crack e outras drogas, neste item fica evidente a importância da oferta dos serviços de Proteção Social Básica e Especial, através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que são unidades públicas descentralizadas da política de Assistência Social, em áreas de vulnerabilidade e risco social e gestão territorial, ofertando serviços destinados aos indivíduos e famílias, no campo da prevenção, atenção especializada, individualizada e de acompanhamento sistemático.

Encerra-se este item reforçando a idéia de que a Assistência Social depende da articulação intersetorial, com outras políticas como a saúde, educação, segurança, etc, no sentido de trabalharem juntos, em especial nos territórios de vulnerabilidades e com presença de tráfico de drogas. Esse conjunto de forças fomenta espaços de discussão e ações integradas de prevenção ao crack e outras drogas.

Neste item optamos por fazer uma apresentação geral dos serviços disponíveis na política de assistência social, que são reconhecidos como os equipamentos da assistência e o fizemos como uma descrição dos mesmos para que o leitor possa ter uma visão geral de todos os serviços compreendidos nesta política pública. Embora tais serviços e ações não tenham sido criados com o firme propósito de servir de meio direto no enfrentamento ao crack e outras drogas, são fundamentais para a articulação de ações de integralidade e de intersetorialidade com as demais políticas públicas.

Por exemplo, o CRAS e o Centro Pop, que se constituem como serviços socioassistenciais de prevenção e atenção, atuando nos territórios atendendo demandas também relacionadas a questões cujo consumo do crack se faz presente.

3.4 POLÍTICA DE SEGURANÇA E SUA AÇÃO NA ÁREA DO ENFRENTAMENTO DO CRACK

A Lei nº 11.343/2006 (lei de drogas) que institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD) estabelece medidas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção de usuários e dependentes de drogas é o marco legal da mudança de paradigma e de procedimentos no Brasil. A lei contempla a perspectiva da intervenção integrada, incluindo ações de promoção a saúde, e de conscientização sobre os riscos do uso de crack, álcool e outras drogas, de disponibilização de serviços de atendimento e enfrentamento ao tráfico de drogas (CRACK..., 2013).

Como já foi colocado no item 3.1 sobre as políticas públicas de enfrentamento ao crack e outras drogas, o programa Crack, é possível vencer, visa a ampliação e fortalecimento ao Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack, propondo um tripé de ações em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade (CRACK..., 2013).

Neste contexto, a segurança pública está referenciada no programa Crack é possível vencer no eixo autoridade, que tem como objetivo a redução da oferta de drogas ilícitas no Brasil. Integrando operações das forças de segurança pública nos três níveis de governo equipados para o combate ao tráfico de drogas, repressão aos traficantes e crime organizado. No âmbito local, fomenta a estratégica da polícia da proximidade como forma de criar espaços comunitários seguros para comunidade (CRACK..., 2013).

De acordo com o programa *Crack é possível vencer* desenvolvido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), as ações do eixo autoridade são desenvolvidas em duas frentes. A primeira reúne ações de policiamento ostensivo e proximidade (comunitário) nas áreas de concentração de uso de drogas, articuladas

com a saúde e assistência social. A segunda organiza ações para diminuição da presença do crack na sociedade, buscando a desconstrução da rede de narcotráfico, com atuação integrada das Polícias Federal, Rodoviário Federal, Civil e Militar com combate ao tráfico e repressão aos traficantes (CRACK..., 2013).

Em relação ao policiamento ostensivo e de proximidade (comunitária), o programa prevê, nos pontos de maior uso de drogas, a instalação de equipamentos como: videomonitoramento nos pontos fixos como forma de possibilitar maior segurança a população, preservando as intervenções urbanas a serem feitas nestas localidades e melhorando a atuação policial.

De acordo com dados de Brasil (2012), o eixo autoridade tem como objetivo, enfrentar o tráfico de drogas e as organizações criminosas através de ações de inteligência entre a Polícia Federal e as policiais estaduais. E intervenções de segurança pública com foco na polícia de proximidade em áreas de maior vulnerabilidade para o consumo, que contarão com bases móveis e vídeomonitoramento para auxiliar no controle das ações.

3.5 MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES: SERVIÇOS SOCIOASSISTÊNCIAIS, SAÚDE MENTAL

A fundação de Vitória e do Espírito Santo, começa 34 anos depois de o Brasil ter sido descoberto, em 1500. O então Rei de Portugal, D. João III, dividiu as terras do Brasil em capitanias hereditárias, cabendo a capitania do Espírito Santo ao fidalgo Vasco Fernandes Coutinho, que tomou posse em 23 de maio de 1535, instalando-se no sopé do morro da Penha, em Vila Velha. Explorando a região, os portugueses buscaram um local mais seguro para se guardarem dos ataques dos índios e de estrangeiros (holandeses e franceses). Eles seguiram, então, pela baía de Vitória e, contornando a ilha, aportaram em Santo Antônio. Nos 300 anos iniciais de sua história, Vitória foi uma vila-porto, tendo enfrentado franceses e ingleses atrás de açúcar e de pau-brasil. É uma das três capitais mais antigas do Brasil, atrás apenas de Recife e Salvador. Em 8 de setembro de 1551, os portugueses venceram acirrada batalha contra os índios

Goitacazes e, entusiasmados pela vitória, passaram a chamar o local de Ilha de Vitória (VITÓRIA (ES), 2013a).

A data de emancipação política do município é 24 de fevereiro de 1823, quando um Decreto-Lei Imperial concedeu Fórum de Cidade a Vitória. Os índios chamavam a Ilha de Vitória de Guanaaní ou *Ilha do Mel* pela beleza de sua geografia e amenidade do clima com a baía de águas viscosas e manguezal repleto de moluscos, peixes, pássaros e muita vida. A Ilha de Vitória é formada por um arquipélago composto por 33 ilhas e por uma porção continental, totalizando 93,38 quilômetros quadrados. As paisagens da cidade encantam a quem chega, quer seja de avião, navio ou pela via terrestre. Sete pontes interligam a Ilha de Vitória ao continente, cidade que foi fundada oficialmente no dia 8 de setembro de 1551, na então ilha de Guanaaní ou Ilha do Mel, nome dado pelos povos indígenas que viviam no local (VITÓRIA (ES), 2013a).

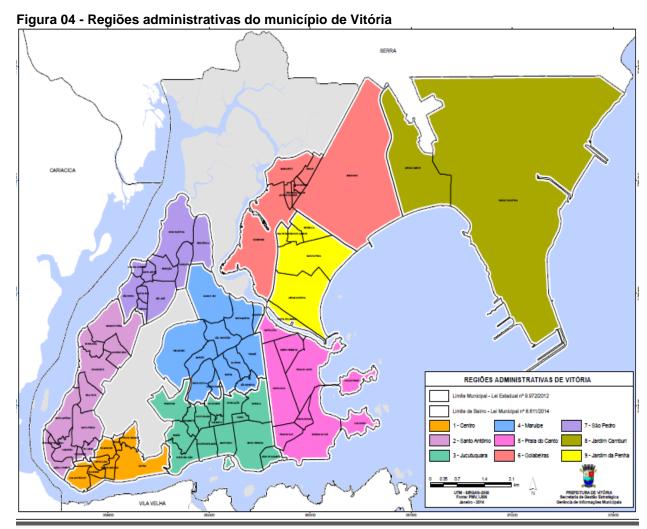
Vitória evoluiu lentamente na configuração do seu traçado colonial até o início da República, quando despontou a economia do café, a partir da qual começou a receber uma série de melhorias urbanas e a ter seu perfil alterado por grandes aterros e obras viárias. Três momentos podem ser destacados na evolução urbana da cidade, correspondentes a períodos favoráveis no comércio do café: o de Muniz Freire, que concebeu um plano de desenvolvimento integrado apoiado no conjunto ferrovia – porto – cidade, do qual fez parte do novo Arrabalde, de Saturnino de Brito; o de Jerônimo Monteiro, em que foi elaborado o Plano de Melhoramentos e Embelezamento de Vitória; e o de Florentino Ávidos, que realizou remodelações na cidade e construiu a ponte ligando a ilha ao continente.

A partir disso, seus limites transbordaram a área central seguindo as estradas e os caminhos dos bondes, formando-se os novos bairros inicialmente próximos ao Centro e depois induzidos por outros elementos, como as instalações portuárias em Vila Velha e as da Companhia Vale do Rio Doce em Cariacica. No final dos anos de 1960 essas instalações foram transferidas para ponta de Tubarão, o que impulsionou a ocupação naquela direção, processo que se acentuou nas décadas seguintes com a implantação dos Centros Industriais CIVITs e da Companhia Siderúrgica de Tubarão. A partir dos

anos de 1980 o foco dinâmico da cidade também passou a deixar o Centro Histórico deslocando-se para a parte litorânea da Capital, mas também de Vila Velha possibilitada pela construção da Terceira Ponte. A partir disso, houve uma nova configuração da cidade na dimensão metropolitana, saindo do Centro de Vitória atividades como comércio e serviços, concentrando-se também em bairros de Vila Velha, Campo Grande e Laranjeiras.

Após estas grandes transformações urbanas, a Região Central de Vitória ainda possui um grande acervo patrimonial de valor histórico-cultural: o Teatro Carlos Gomes, a Igreja de N. Sra. do Rosário, Igreja do Carmo, o Convento São Francisco, a Igreja de São Gonçalo, a Catedral Metropolitana, o Palácio Anchieta, Capela de Santa Luzia, Praça Costa Pereira, Escadaria São Diogo, entre outros.

O Espírito Santo possui 3.514.952 habitantes, e juntamente com os Estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, compõe a Região Sudeste do Brasil. O Município de Vitória é a capital do Espírito Santo, é uma ilha com 327.801 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). O Município é constituído por uma ilha principal, várias ilhas menores no seu entorno, as ilhas da Trindade e Martin Vaz distantes 1.100 km, e uma parte Continental situada ao norte, totalizando uma área de 98,194 km². Vitória integra, juntamente com os municípios de Serra, Cariacica, Fundão, Guarapari, Viana e Vila Velha a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), composta por 1.687,704 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísitca (2010). Consequentemente há uma grande demanda por serviços públicos para esta região, concentrando assim aspectos políticos, econômicos e sociais. Principalmente e, sobretudo nos serviços públicos nas áreas de educação, saúde e assistência social (VITÓRIA (ES), 2013a).



Fonte: Vitória (ES), (2013b)

A taxa de alfabetização de Adultos – 15 a 59 anos, é de 98,20%, e de esperança de vida ano nascer (anos de vida) é 76.28%. Em relação a Gênero, as mulheres predominam com 53,04% e homens 46,96%. A Cor/Raça predominante é Branca com 54,24%, seguida da Negra com 49,88%, Amarela (55,86%), Parda (52,32%), Indígena (54,46%) (VITÓRIA (ES), 2013c).

O município de vitória concentra 48,14% do PIB da Região Metropolitana e 30,41% do PIB do Espírito Santo (2010). É responsável por 26,17% do total de empregos formais no Espírito Santo e 42,52%, na Região Metropolitana (2011). O setor de serviços representa 45,34% dos empregos gerados na cidade e a Administração Pública

responde por 28,56%. É a capital com o maior PIB per capita do país, R\$ 76.722,00 (VITÓRIA (ES), 2013c).

Tabela 01 - Atividade Econômica por Regional e Setor Econômico - 2012

Regional	Serviços	Comércio	Industria	Extração Mineral	Agropecuária	Pesca e Aquicultura	Total	%	
I - Centro	16.225	10.922	454	57	3	25	27.686	18,14%	
II - Santo Antônio	2.730	2.510	282	1	0	3	5.526	3,62%	
III - Bento Ferreira	11.292	5.988	639	7	8	9	17.943	11,76%	
IV - Maruípe	5.669	4.746	470	14	1	3	10.903	7,14%	
V - Praia do Canto	28.993	18.233	722	108	6	88	48.150	31,55%	
VI - Continental	14.827	10.196	807	30	3	40	25.903	16,97%	
VII - São Pedro	2.005	2.474	222	9	5	0	4.715	3,09%	
VIII - Jardim Camburi	6.532	4.914	331	6	3	4	11.790	7,73%	
Total	88.273	59.983	3.927	232	29	272	152.616	4000/	
Percentual	57,84%	39,30%	2,57%	0,15%	0,02%	0,11%	100,00%	100%	

Fonte: Vitória (ES), (2013d)

Em relação ao Brasil, em 2010, está em 1º lugar entre as capitais em vários índices de desenvolvimento como: competitividade do turismo (MTUR), desenvolvimento humano (IDH) — dimensão educação, mais limpa, maior PIB per capita. Em 2011, maior crescimento no índice de responsabilidade fiscal, social e gestão (IRFS), melhor índice de desempenho do SUS (IDSUS), melhor qualidade de vida (ProTeste). Em 2012, melhor prática da agenda ambiental de Administração Pública — uso sustentável dos recursos naturais (VITÓRIA (ES), 2013e).

Tabela 02 - Evolução do índice de Desenvolvimento Humano em Vitória (ES) - 1991, 2000 e 2010

Descrição	1991	2000	2010
IDH Municipal	0.644	0.759	0.845
IDH Renda	0.754	0.820	0.876
IDH Longevidade		0.762	0.855
IDH Educação	0.495	0.700	0.805
Ranking municípios do Espírito Santo		1º	1°
Ranking entre as Capitais		2°	2°
Ranking municípios do Brasil	6°	7°	40

Fonte: Vitória (ES), (2013e)

Conforme mencionamos no item sobre a política de assistência social, o SUAS é um sistema público de proteção social, não contributivo, descentralizado e participativo, integrado pelos entes federados (União, Estados, Distributivo Federal e Municípios), conselhos de assistência social e entidades e organizações de assistência social, que oferta programas, projetos, benefícios e serviços socioassistenciais, organizados por território e nível de complexidade, que compreende proteção social básica e especial, e tem como referência a família.

O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) faz parte da proteção social básica e, fica localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social. Também é responsável pela oferta do Programa de Atenção Integral à Família (Paif). Atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, por meio de programas, projetos e serviços voltados, principalmente, para a orientação e o convívio sociofamiliar, conforme mencionamos no item sobre assistência social.

Vitória possui 12 CRAS, distribuídos na região do Centro, Consolação, Continental, Itararé, Inhaguetá, Jucutuquara, Maruípe, Praia do Canto, Santa Martha, Santo Antônio, São Pedro Território I, São Pedro Território II.

Tabela 03 - Endereços dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)

Nome da unidade	Endereço	Bairro	Telefone
Centro De Referência De Assistência Social - Santa Martha	Avenida Leitão Da Silva, 3375	Andorinhas	3332- 7942
Centro De Referência De Assistência Social - Região Continental	Rua Professor Antônio Dias De Souza, 103	Antônio Honório	3317- 8792
Centro De Referência De Assistência Social - Região Praia Do Canto	Rua Francisco Rubim, 269	Bento Ferreira	3315- 4376
Centro De Referência De Assistência Social - Região Consolação	Rua Pedro Lima Do Rosário, 186	Gurigica	3235- 2605
Centro De Referência De Assistência Social - Região Inhanguetá	Rua Bela Vista, 51	Inhanguetá	3233- 9685
Centro De Referência De Assistência Social - Região Itararé	Rua Das Palmeiras, 305	Itararé	3215- 3132
Centro De Referência De Assistência Social - Região Jucutuquara	Avenida Paulino Muller, 888	Jucutuquara	3132- 8359
Centro De Referência De Assistência Social - Região Maruípe	Rua Dom Pedro I, 72	Maruípe	3314- 5311
Centro De Referência De Assistência Social - Região Centro	Rua Loren Reno, 115	Parque Moscoso	3132- 8074
Centro De Referência De Assistência Social - Região São Pedro Território I I	Rua Tancredo Neves, 79	Resistência	3225- 2713
Centro De Referência De Assistência Social - Região São Pedro Território I	Rua José Francisco De Oliveira, 170	Santo André	3332- 2001
Centro De Referência De Assistência Social - Região Santo Antônio	Rua Albuquerque Tovar, 215	Santo Antônio	3132- 8189

Fonte: Elaborada pelo autor

Voltado para a promoção da cultura, arte, esporte e inclusão social, o Projeto Caminhando Juntos (Cajun) atende a crianças e adolescentes, de 07 a 17 anos, moradores de Vitória. O projeto tem como objetivo desenvolver o potencial de meninos e meninas, promovendo a autoestima e fortalecendo os vínculos com suas famílias, a escola e a comunidade. O Cajun integra, em Vitória, a rede de Proteção Social Básica e, está distribuído em 14 bairros: Andorinhas, Bela Vista, Bonfim, Conquista, da Penha, do Quadro, Consolação, Gurigica/Jaburu, Itararé, Nova Palestina, Praia do Suá, Romão (VITÓRIA (ES), 2013f).

Tabela 04 - Endereços do Projeto Caminhando Juntos (Cajun)

Nome da unidade	Endereço	Bairro	Telefone	Horário
Cajun Em Andorinhas	Servidão Theodorico Rosa Do Nascimento, S/n	Andorinhas	3315-3808	8h às 12h e das 13h às 17h
Cajun Em Bela Vista	Rua Padre Emílio Miotti, 127	Bela Vista	3233-9794	8h às 12h e das 13h30min às 17h30min
Cajun Em Bonfim	Rua José Nery Do Rosário, 4	Bonfim	3324-7220	8h às 12h e das 13h às 17h
Cajun Em Conquista (núcleo Sócio-educativo)	Rua São Nicolau, S/n	Conquista	-	8h às 12h e das 13h às 17h
Cajun No Bairro Da Penha	Rua Pedro Ferreira, S/n	Da Penha	3137-2110	8h às 12h e das 13h às 17h
Cajun No Bairro Do Quadro	Rua São João, S/n	Do Quadro	3322-5601 / 3332-5601	8h às 12h e das 13h às 17h
Cajun Em Consolação	Rua Desembargador Gilson Mendonça, 997	Gurigica	3315-1353	8h às 12h e das 13h às 17h
Cajun Em Gurigica/jaburu	Escadaria João Rosa Neto, S/n	Gurigica	3227-5720	8h às 12h e das 13h às 17h
Cajun Engenharia / Itararé	Beco João Luiz Mattos, 16	Itararé	3382-6166	8h às 12h e das 13h às 17h
Cajun Em Nova Palestina	Rua Pedestre, S/n	Nova Palestina	3215-1497	8h às 12h e das 13h às 17h
Cajun Em Praia Do Suá	Rua General Câmara, 199	Praia Do Suá	3137-2920	8h às 12h e das 13h às 17h
Cajun No Romão	Rua Ormando De Aguiar, 234	Romão	3323-5396	8h às 12h e das 13h30min às 17h30min
Cajun Em Santo André	Rua Da Coragem, S/n	Santo André	3233-8059	8h às 12h e das 13h às 17h
Cajun Em Solon Borges	Praça Odilon Grijó, S/n	Solon Borges	3317-1566	8h às 12h e das 13h às 17h

Fonte: Vitória (ES), (2013f)

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) oferta os serviços de proteção social especial de média complexidade, voltados para famílias e indivíduos com violações de direitos, decorrentes de violência, maus-tratos, negligência, abandono, trabalho infantil, entre outros. Os serviços oferecidos visam a fortalecer os vínculos familiares e comunitários, prevenindo o abrigamento e o asilamento. Acompanhando o processo de implantação do SUAS em todo o Brasil, implantou três Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), quem ficam localizados no Centro, Bento Ferreira e Maruípe. Atendem toda a cidade (VITÓRIA (ES), 2013j).

Tabela 05 - Endereços dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS)

Nome do Centro	Endereço	Bairro	Telefone
Centro De Referência Especializado Da Assistência Social - Região	Rua Aristides Freire,	Centro	3132-
Centro	36		8065
Centro De Referência Especializado Da Assistência Social - Região	Rua José Carvalho,	Ilha De Santa	3132-
Bento Ferreira	374	Maria	1719
Centro De Referência Especializado Da Assistência Social - Região Maruípe	Rua Dom Pedro I, 43	Maruípe	3233- 3420

3 ocorrência(s)

Fonte: Elaborada pelo autor

Serviço de Abordagem Social atende a crianças e adolescentes em situação de rua em Vitória. Meninos e meninas que são encontrados nas ruas pedindo esmolas ou trabalhando recebem acompanhamento psicossocial juntamente com suas famílias. E são encaminhadas para os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas). No local, eles são acolhidos, recebem atendimento psicossocial e participam de oficinas socioeducativas. Todo atendimento realizado é voltado para que a criança ou o adolescente retorne para a casa e não permaneça nas ruas (VITÓRIA (ES), 2013h).

Outro serviço socioassistencial pela Prefeitura de Vitória é o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), funciona como porta de entrada para adultos em situação de rua da rede de alta complexidade, tendo como finalidade principal a acolhida imediata deste público. O espaço tem capacidade para atender até 80 pessoas por dia. E possui várias atividades, como: acolhimento, alimentação e fornecimento de kit higiene pessoal, atendimento psicossocial, visitas domiciliares, reinserção familiar, reinserção no mercado de trabalho, oficinas lúdicas e de arte.

Oferece auxílio financeiro para a Família Extensa de crianças e adolescentes com direitos violados. Avós, tios e outros parentes próximos de meninos e meninas em

situação de risco social, ou que já vivem em abrigo, recebem da Prefeitura um auxilio financeiro para acolher e cuidar das crianças. O subsídio varia de R\$ 218,00 a R\$ 436,00 por crianças ou adolescente, conforme a Lei Municipal 8.173/2011.

Na área de Saúde Mental, o município de Vitória possui dois Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), cada um com capacidade para atender em média 250 pessoas por mês. Um está localizado no bairro Ilha de Santa Maria, atende somente adultos e possui oito leitos para internação por no máximo dez dias (CAPS AD III – 24hs). O outro está localizado no bairro São Pedro e é especializado no atendimento de crianças e adolescentes (CAPS AD I). Dentre os municípios da região metropolitana do Espírito Santo, além Vitória, somente os municípios da Serra, Vila Velha possuem CAPS AD (SANTANA, 2013).

4 PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa de campo foi devidamente autorizada pela Prefeitura Municipal de Vitória, através da Secretaria Municipal de Gestão Estratégica, que é responsável pelo Comitê Gestor do Crack, concedendo uma carta de anuência e da Secretaria Municipal de Saúde através da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde - ETSUS.

4.1 ENFRENTAMENTO AO CRACK: SECRETARIA MUNICIPAIS DE GESTÃO ESTRATÉGICA, ASSISTÊNCIA SOCIAL; SEGURANÇA E SAÚDE

De acordo com o decreto municipal nº 15.648 de 14 de março de 2013, a Secretaria de Gestão Estratégia, coordena o Comitê Gestor do plano integrado de enfrentamento ao crack no município de Vitória, que é composta pelas Secretarias de Assistência Social, Saúde, Segurança Urbana e Cidadania e Direitos Humanos.



Fonte: VITÓRIA (ES), (2014c)

4.1.2 Ações da Secretaria Municipal de Gestão Estratégica

A integrante da Secretaria de Gestão Estratégica, que é responsável pelo Comitê Gestor de Enfrentamento ao Crack, informa a partir do questionário que através deste comitê são realizadas reuniões semanais com diversas Secretarias. Reuniões estas que acontecem no intuito de desenvolver uma política que exige uma abordagem mais abrangente com ações articuladas com diversas áreas, que contemplem os eixos da prevenção, cuidado e autoridade.

Em relação às dificuldades encontradas no processo de realização de planejamento das ações voltadas para temática do crack, a representante coloca que todo processo de planejamento enfrenta dificuldades. Neste caso por se tratar de uma questão social relevante, complexa e intersetorial, não foi diferente. As principais dificuldades enfrentadas principalmente na implantação das ações do programa podem ser assim resumidas:

[....] dinamicidade do grupo; identificação da melhor forma de despertar o desejo das pessoas em aderir ao programa, em função de vários fatores como, uso de drogas, rompimento dos vínculos familiares, transtorno; possibilidade de evasão dos espaços de acolhimento e tratamento, oferecidos pelo programa. Informa ainda que o planejamento das ações é um processo permanente, no qual avaliamos diariamente nossas ações para corrigir os rumos (entrevistada Secretaria de Gestão Estratégica).

Segundo a integrante da secretaria, que é a coordenadora do Comitê gestor de Enfrentamento ao Crack de Vitória, este comitê está vinculado organizacionalmente a esta Secretaria. Ela informa que a Prefeitura Vitória implantou o programa de acolhimento e reinserção social *Onde anda você* que acolhe pessoas que viviam em situação de rua que em grande parte são usuários de crack em Vitória.

São encaminhadas para tratamento, abrigos, suas cidades de origem, para o benefício do aluguel social. O programa unificou ações já executadas pela Prefeitura de Vitória, trabalhando a questão da pessoa em situação de rua de forma ampla e combinada com as secretarias da Assistência Social, Esportes e Lazer, Habitação e Saúde (integrante da Secretaria de Gestão Estratégica).

Segundo a matéria publicada no site da Prefeitura de Vitória datado de 05/05/2014,

esse Programa com apenas um ano de atuação, já tinha acolhido 486 pessoas nas ruas de Vitória, reduzindo em 66% o número da população de rua na capital. De 732 pessoas abordadas pelas equipes, 246 pessoas continuam nas ruas do município, a maioria para fazer uso de entorpecentes, como o crack. E grande parte das pessoas que deixaram as ruas voltou para suas cidades de origem ou famílias. Muitas também aceitaram o tratamento de saúde para dependência química no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (Caps), com o objetivo de deixar as drogas.

Em relação à segurança pública no programa Onde anda você, acrescenta:

[...] a Secretaria Municipal de Segurança Urbana, é parceira do programa, contudo as ações desenvolvidas pelo programa são de caráter social. O município é parceiro do Governo Estadual e do Governo Federal, sendo aderente ao "Plano Crack, é possível vencer", que tem a "autoridade" como um de seus eixos e o diálogo entre os três entes é constante (integrante da Secretaria de Gestão Estratégica).

O programa envolveu muita análise, pesquisa, observação e planejamento de várias Secretarias, entre elas, Saúde, Assistência Social, Cidadania, Educação e Gestão Estratégica, que, juntas, reúnem ações bem articuladas e divididas em quatro etapas: acolhimento, encaminhamento, integração e inserção social. Os serviços que fazem parte deste programa estão, estão esboçados abaixo:

a) Serviço de Abordagem Social:

O Serviço Especializado em Abordagem Social, que possui equipes compostas por assistentes sociais, psicólogos e educadores sociais que buscam identificar as demandas dos moradores de rua e colocá-los em contato com serviços que possibilitem sua reinserção familiar e comunitária.

Segundo o disposto na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o Serviço Especializado em Abordagem Social é ofertado de forma continuada e programada com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que

identifique, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua (BRASIL, 2009).

Este serviço poderá ser ofertado no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ou unidade referenciada ao CREAS. Poderá, igualmente, ser ofertado nos Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) (BRASIL, 2009).

O trabalho de sensibilização para as pessoas em situação de rua deixar essa condição é feito pelas equipes do Serviço Especializado de Abordagem Social (Seas), da Secretaria Municipal de Assistência Social (Semas), e pelas equipes do Consultório de Rua da Secretaria Municipal de Saúde (Semus) (VITÓRIA (ES), 2014a).

b) Serviço de Consultório de Rua:

Este serviço tem como objetivo ampliar a integralidade do cuidado e atuar na promoção da saúde de pessoas em situação de rua.

O serviço Consultório na Rua, está vinculado a Secretaria Municipal de Saúde (Semus), foi implantado há nove meses e que já acolheu 170 pessoas que viviam em situação de rua em Vitória. O serviço foi ampliado de um para quatro o números de equipes de trabalho, que se dividem para atuar das 8 às 24 horas, de segunda a sextafeira, pelas ruas e avenidas da capital, com equipes de saúde móveis que prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, e trabalham junto aos usuários de álcool, crack e outras drogas com a estratégia de redução de danos (VITÓRIA (ES), 2013i).

Essas equipes possuem profissionais de várias formações que atuam de forma itinerante nas ruas desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção. Na equipe são enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, motoristas e auxiliares de enfermagem que foram capacitados para atuar no programa, que consiste

em um trabalho muito complexo, a começar pela delicada abordagem e pela criação de um vínculo de confiança com essas pessoas, passando pela persistência na oferta do serviço até o início de um tratamento efetivo (VITÓRIA (ES), 2013I).

Também são realizadas ações de educação em saúde, através de oficinas. Quando necessário essas pessoas em situação de rua são encaminhadas para outros serviços da rede municipal, como atendimento nas unidades de saúde, e para o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSAD) ou em qualquer outro serviço de referência.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 122, de 25 de janeiro de 2011, define as Diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, faz parte do Ministério da Saúde, dentro da área de atenção básica e saúde mental. Este serviço realiza um trabalho de atendimento aos cuidados básicos de saúde específicos para os moradores de rua, muitos deles usuários de crack e outras drogas. O atendimento é feito em seus locais de permanência pelas equipes itinerantes (BRASIL, 2011c).

c) Moradias Alternativas:

Segundo a integrante;

[...] este serviço tem como objetivo resguardar o direito à vida das pessoas e/ou famílias em situação de rua, que estejam em albergues ou abrigos no Município de Vitória. O Bolsa Moradia, que tem como objetivo possibilitar acesso à moradia digna e segura, mediante a concessão de subsídio, integral ou parcial, que viabilize a locação de imóvel residencial em caso de pessoa e/ou família em situação de rua., conforme previsto no art. 44 da Lei municipal nº 6.592/2006 (entrevistada representante da Secretaria Gestão Estratégica).

Segundo a matéria publicada no site da Prefeitura de Vitória datado de 10/04/2014, a Secretaria Municipal de Habitação (Sehab) beneficiou diretamente diversas pessoas, disponibilizando o aluguel de Moradias Alternativas (VITÓRIA (ES), 2014b). Dentre as pessoas atendidas encontram-se também aquelas com histórico de uso e abuso de drogas. O projeto oferece a esses moradores o aluguel social, no qual a administração

municipal paga o aluguel de uma casa no valor de até um salário mínimo e o beneficiário tem a liberdade de escolher onde vai morar.

Para ser beneficiário do projeto, o cidadão precisa estar a um ano sendo atendido pelas equipes de Assistência Social, principalmente nos abrigos públicos, e passar por uma triagem envolvendo todas as secretarias envolvidas (VITÓRIA (ES), 2014b).

d) Escolarização da pessoa em situação de rua:

Segundo a integrante, este serviço tem como objetivo diminuir o índice de analfabetismo das pessoas em situação de rua e aumentar a escolaridade desse grupo social, tendo em vista que alguns deles são usuários de crack e outras drogas.

As pessoas em situação de rua que estão fora da escola têm a oportunidade de iniciar ou retomar os estudos. As aulas são realizadas no Centro de Referência Especializadas de Assistência Social para Pessoas em Situação de Rua (Centro/Pop). A iniciativa é da Escola Municipal de Ensino Fundamental de Educação de Jovens e Adultos (EJA), mantida pela Secretaria de Educação de Vitória. A escola tem o objetivo de levar a educação onde os usuários podem estudar.

No Centro/Pop funciona uma das 18 salas de aula da escola. Os alunos têm aula quatro vezes por semana e tem acesso a todos os direitos oferecidos aos estudantes da escola tradicional, como merenda escolar, carteira estudantil e uniforme. As turmas do EJA são divididas em dois segmentos. O primeiro segmento vai da alfabetização até a 4ª série. Já o segundo segmento compreende a conclusão do ensino fundamental (VITÓRIA (ES), 2012a).

e) Caminhando Juntos (Cajun):

Conforme a Resolução de 11 de novembro de 2009 da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistências, o projeto Cajun constitui um Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, de medida preventiva e busca impedir que crianças e

adolescentes passassem a viver nas ruas. E que desenvolve o potencial de meninos e meninas de seis a quinze anos, promovendo a autoestima e fortalecendo o vínculo com suas famílias, a escola e a comunidade (BRASIL, 2009).

O projeto integra em Vitória, a rede de Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (Suas). E conta com unidades e núcleos socioeducativos do projeto, que atendem a crianças e adolescentes da maioria dos bairros da capital, oferecendo, gratuitamente, atividades lúdico-recreativas, esportivas e culturais. O Cajun está distribuído em 14 bairros: Andorinhas, Bela Vista, Bonfim, Conquista, Da Penha, Do Quadro, Consolação, Gurigica/Jaburu, Itararé, Nova Palestina, Praia do Suá, Romão (VITÓRIA (ES), 2013f).

f) Centro de Referência da Juventude (CRJ):

O Centro de Referência da Juventude (CRJ), é um espaço de interação entre jovens da capital. As atividades oferecidas são baseadas em quatro pilares fundamentais - convivência, formação, informação e expressão, reconhecendo os jovens como protagonistas nas definições das ações voltadas para eles. o CRJ oferece atividades de lazer, cultura, esporte, arte, música, atendimento psicossocial, discussão e formulação de políticas públicas (VITÓRIA (ES), 2013m).

O CRJ também proporciona aos jovens sessões gratuitas de filmes. Com data previamente marcada, o Cineclube Kbça exibe filmes brasileiros e estrangeiros. Além disso, o espaço tem estúdio aberto para ensaio de bandas musicais e possui um telecentro, no qual os jovens podem acessar a internet gratuitamente. Desenvolve atividades como: oficinas e cursos gratuitos, assessoria à formação de coletivos juvenis (VITÓRIA (ES), 2013m).

g) Núcleo Afro Odomodê:

O Núcleo foi criado no final de 2006, desenvolve atividades culturais voltadas para jovens afrodescendentes entre 13 e 29 anos, que residem em Vitória. O núcleo é um

espaço de formação, convivência e participação que busca estimular, sensibilizar e mobilizar os jovens para a luta contra os preconceitos, violências e exclusões. O espaço oferta várias atividades que contribuem com o resgate e a valorização da cultura afro como: oficinas de percussão, penteado afro, forró, grafite, canto, moda e break. Em todas suas ações, o Odomodê busca incentivar o protagonismo juvenil e contribuir com a autoestima de todos os jovens (VITÓRIA (ES), 2013n).

h) Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem):

Conforme a Resolução de 11 de novembro de 2009 da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistências, o Projovem constitui um Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. É uma reformulação do Agente Jovem, programa que já existe no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (Suas). É um serviço socioeducativo que integra a rede de Proteção Social Básica do Suas.

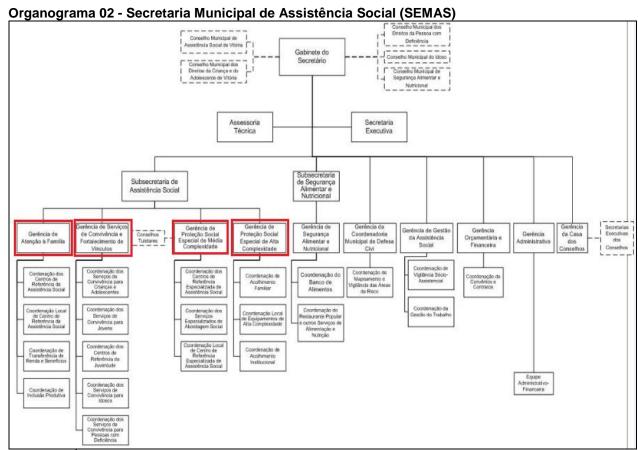
O programa é voltado para jovens com idade entre 15 e 17 anos e beneficiários do Programa Bolsa Família. O objetivo é complementar a proteção social às famílias, criando meios de garantir a convivência familiar e comunitária e condições de inserções e permanência dos jovens no sistema educacional. As atividades desenvolvidas visam contribuir para a prevenção do uso de drogas, da violência entre os jovens, da incidência de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez não planejada (VITÓRIA (ES), 2013o).

Os jovens são organizados em grupos, denominados de coletivos, sob a responsabilidade de um orientador social. O período de permanência no programa é de dois anos, nesse período, eles participam de atividades voltadas para convivência familiar e comunitária, participação cidadã, cultura, mundo do trabalho, esporte e lazer. Vitória possui 27 coletivos e os jovens participam de oficinas de malabares, grafite, informática, break, street, hip-hop, cinema, funk, skate, esporte, jornal, entre outros (VITÓRIA (ES), 2013o).

.

4.1.3 Ações da Secretaria de Assistência Social

Como já abordado no capítulo sobre a Política de Assistência Social no Brasil, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), é o sistema que consolida a Política Nacional de Assistência Social, tendo por funções assistenciais: a proteção social, a vigilância social e a defesa dos direitos socioassistenciais.



Fonte: VITÓRIA (ES), (2014c)

Segundo Simões (2011) a IV Conferência Nacional de Assistência Social determinou a reorganização das ações e serviços assistenciais, no território nacional, por meio da articulação e provimento de dois níveis de complexidade de atuação: a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial (subdividida em Média Complexidade e Alta Complexidade).

[...] a proteção básica incide sobre famílias, seus membros e indivíduos, cujos direitos não foram violados, embora em situação de vulnerabilidade social. Tem, por isso, caráter essencialmente preventivo. [...] É de responsabilidade de todos os municípios e objetiva fortalecer os vínculos familiares, interligando-os com a comunidade, a sociedade e o Estado. [...] Caracteriza-se por serviços

continuados, para atendimento à criança, família, pessoas idosas e jovens, implementando ações diferenciadas a garantir a participação da comunidade e a convivência familiar, por meio dos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS (SIMÕES, 2011. p. 330).

A integrante da Secretaria de Assistência Social informa que;

[...] com a pactuação do plano "crack é possível vencer", o eixo da Assistência Social acordou de fortalecer os serviços na proteção social básica: 12 Cras, 02 unidades de inclusão produtiva, 14 Cajuns, centro de referência para pessoa com deficiência, núcleo afro odomodê, centro de referência da juventude. Na proteção social de média complexidade: 03 Creas, 01 Centro Pop. Na proteção social de alta complexidade: Adulto (abrigo, hospedagem noturna, 01 casa república) Criança e Adolescente: 08 espaços de acolhimento, programa da família extensa e programa família acolhedora).

Segundo a integrante, em todos os espaços e para os diversos públicos atendidos, são realizadas ações voltadas a problemática do crack. Realizando tanto ações de prevenção como, por exemplo, oficinas, grupos de família, ações educativas, como encaminhamentos para os espaços de tratamento.

Em relação às ações intersetoriais, a integrante da Secretaria informa que estão realizando ações em conjunto com a Secretaria de Saúde, em especial com o consultório de rua. Com a Secretaria de Trabalho e, Turismo e Geração de Renda, envolvendo os catadores de material reciclável e trabalhadores informais (uma parcela é dependente química). Com a Secretaria de Habitação para inclusão das pessoas em situação de rua em Aluguel Social.

Segundo a integrante;

[...] a gestão atual tem o plano crack como norte para as ações desenvolvidas. Frente a isso se buscou a participação das demais Secretarias, de forma mais efetiva, para aprimorar o trabalho intersetorial no sentido de garantir a complementaridade das ações numa perspectiva de atendimento integral ao sujeito. Como metodologia para alcançar esse objetivo, realizamos reuniões constantes, avaliação e planejamento de ações conjuntas.

Em relação à reinserção social, informa a busca da família, atendimento psicossocial individual e familiar, encaminhamento para o mercado de trabalho, encaminhamento

para ações de cidadania, ações educativas na comunidade para novas possibilidades de projeto de vida.

Relata também que não trabalha o usuário de crack de forma isolada. Nos diversos serviços prestados por essa Secretaria os usuários de crack, fazem parte do público atendido:

Nosso trabalho segue o que preconiza a Política Nacional de Assistência Social, o Suas, bem como a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais. Realizamos trabalho a nível de prevenção e cuidado, visando sempre fortalecimento da família em seu território(integrante da Secretaria de Gestão Estratégica).

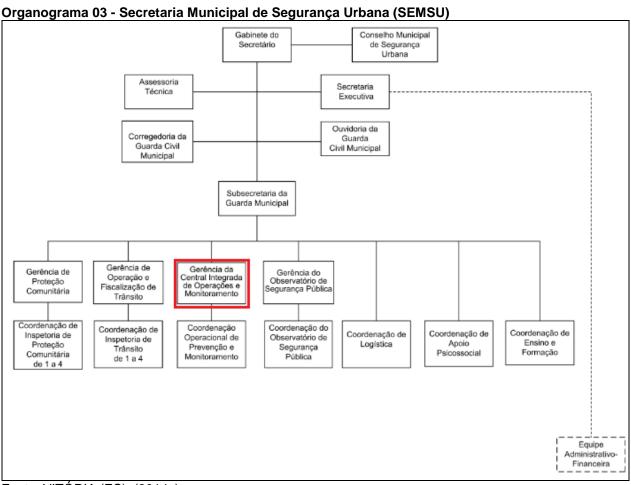
Recebe demandas dos Caps (i, ad e III) para os usuários que estão de alta do período de internação de 24hs durante 15 dias, como qualifica-los profissionalmente através dos CRAS, e acolhimento no Centro Pop onde receberá alimentação, kit de higiene pessoal, oficinas lúdicas e de arte, reinserção familiar. Aqueles que não têm famílias no Estado, ou muitas das vezes não querem recebê-los, são encaminhados para hospedagem noturna.

Segundo a integrante da Secretaria de Gestão Estratégica:

A Prefeitura de Vitória está organizando a III Jornada Científica da Assistência Social de Vitória, tem como objetivo promover a integração multidisciplinar de conhecimentos referentes a questões e processos de trabalho da Assistência Social do município, ao debate de ideias, a sistematização da prática e a criação de espaços reflexivos de construção de diálogos e do conhecimento, e a publicação de artigos com cunho científicos.

4.1.4 Ações da Secretaria de Segurança Urbana

Segundo o integrante da Secretaria são realizados identificações e prisões dos traficantes, troca de informações com o setor de inteligência da Polícia Militar e Polícia Civil do Estado do Espírito Santo. Identificação por meio do videomonitoramento, os possíveis pontos de venda de drogas e repasse das informações para outras instituições de segurança pública. Realização de patrulhamento nos pontos com incidência da venda de drogas.



Fonte: VITÓRIA (ES), (2014c)

O integrante da Secretaria de Segurança Urbana informa que:

[...] é realizada articulação com os diversos setores da sociedade para a promoção para revitalização dos espaços públicos degradados e que propiciam ao uso do crack; orientação acerca dos malefícios causados pelo uso do crack; capacitação dos Guardas Municipais para a atuação com as pessoas em situação de risco. [...] a Prefeitura Municipal de Vitória, está realizando ações, que consequentemente reduzem a oferta de drogas ilícitas no município, e concentra esforços na articulação das forças de segurança pública para repressão ao tráfico, e fomenta a estratégia de proximidade como forma de criar espaços comunitários seguros.

O integrante da Secretaria informa que são realizados encaminhamentos dos usuários para os serviços de saúde e assistência social por meio do consultório na rua e do Serviço de Abordagem de Rua, juntamente com as Secretarias da Assistência Social, Saúde.

No município de Vitória na área de Segurança, está a Guarda Municipal, que está vinculada a Secretaria de Segurança Urbana. Segundo a matéria publicada no dia 22 de março de 2014, página 13, Vitória-ES, do jornal ATribuna, o número de câmeras de videomonitoramento na capital aumentou de 42 para 142, em parceria com o programa olhar Digital do governo do Estado. Ampliando de 27 para 47 bairros atendidos. Segundo a matéria, as câmeras são importantes para combater o tráfico de drogas, nas questões relacionadas ao trânsito e para um olhar público sobre a cidade. O local de instalação das câmeras é definido a partir do mapa da violência e segue critérios como maior concentração de pessoas e necessidades das comunidades (VITÓRIA (ES), 2013p).

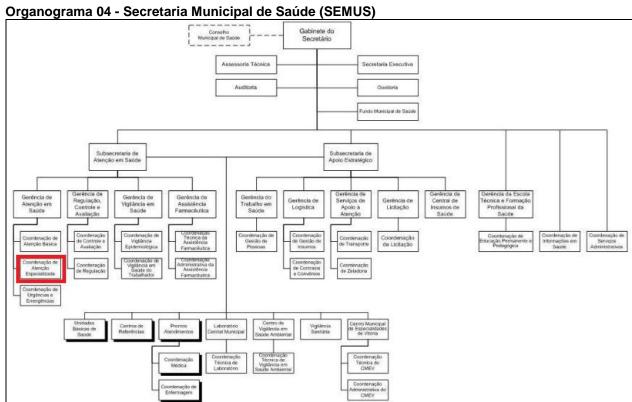
As câmeras estão em pontos estratégicos e as imagens são operadas por agentes da Guarda Municipal, 24 horas por dia, integrados com a Polícia Militar, por meio do Centro Integrado de Operações e de Defesa Social (Ciodes). O serviço começou a funcionar em dezembro de 2007, quando a Prefeitura de Vitória implantou seis câmeras que foram doadas pela Companhia Vale. Em 2010, com recursos do Pronasci (Programa nacional de segurança pública com cidadania), a Prefeitura adquiriu um veículo de videomonitoramento equipado com quatro câmeras, computador e mesa de controle. Das quatro câmeras, três possuem capacidade de giro em 360º. O primeiro do Brasil adquirido por um município (VITÓRIA (ES), 2013p).

Em 2011, foi inaugurada a Central Integrada de Operações e Monitoramento (CIOM). Além de potencializar o trabalho de segurança pública, proporcionando respostas imediatas às ocorrências, a Central também possibilita a identificação mais rápida às demandas de outras áreas da administração, como as do trânsito, serviços e de gestão estratégica (VITÓRIA (ES), 2013p).

4.1.5 Ações da Secretaria Municipal de Saúde

A integrante da Secretaria da Saúde informa que são realizadas ações do plano Crack

é possível vencer juntamente com as Secretaria de Gestão Estratégica, Saúde, Assistência Social e Segurança Urbana. O consultório de rua tem sido uma ação muito importante, pois possibilita a inserção do usuário de crack na rede intersetorial.



Fonte: VITÓRIA (ES), (2014c).

Segundo a integrante:

[...] o município de Vitória vem trabalhando com ações de prevenção, capacitação, disseminação de boas práticas, tratamento e reinserção social para usuários e dependentes de crack e outras drogas, com o objetivo de fortalecer as redes locais de serviços socioassistenciais e de saúde. As Secretarias estão atuando de forma mais integrada, o que aumenta a resolutividade das ações.

A integrante da Secretaria informa que a Prefeitura de Vitória tem instituído o consultório de rua, que já foi conceituado anteriormente. E tem como objetivo a promoção da saúde de pessoas em situação de rua, e assim atuar como uma ponte para a população que está à margem do sistema de saúde, como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Caps infantil (i) e Caps ad III (24horas).

a) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):

A Portaria nº 336/GM/MS/2002 regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); e coloca que são pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada. No art. 1º estabelece os CAPS em modalidades de serviços: CAPS I, II, III, CAPS i, definidos por porte populacional e complexidade. E os mesmos deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, dentro da lógica do território.

b) Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD):

Segundo a Portaria GM/2841/10, o Brasil aderiu ao Programa Mental Health Gap Action Program, da Organização Mundial da Saúde, de 2008, que prevê estratégias para a redução da lacuna assistencial entre a demanda e a oferta de serviços para atenção em saúde mental em todos os países do mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, e resolve instituir no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III), com a proposta de proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas, com funcionamento durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana.

A representante coloca também que os usuários participam de diversas oficinas como: letramento, grupo vivencial; geração de renda, música e cultura, atividade Física, poesia, arteterapia; jornal, literatura, cidadania. Atendimentos periódicos com psicólogo, assistente social, médico clínico geral. Um sistema de tratamento que visa a estabilização física e mental do usuário, em sintonia com a reinserção social, que visa uma vida sem drogas e a volta à plenitude das atividades acadêmicas, profissionais e familiares.

Tabela 06: Lista e quantidade de especialidades profissionais existentes no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 h (Caps AD III) da Prefeitura de Vitória

Psicossocial Alcool e Drogas 24 n (Caps AD III) da Prefeitura de Vitor				
Cargos	Número de profissionais			
Arteterapeuta	2			
Assistente Administrativo	4			
Assistente Social	3			
Auxiliar de Enfermagem	13			
Auxiliar de Escritório	1			
Diretor de Serviço de Saúde	1			
Enfermeiro	5			
Farmacêutico	2			
Gerente de Serviços de Saúde	1			
Médico Clínico	2			
Médico Pediatra	1			
Médico Psiquiatra	3			
Musicoterapeuta	1			
Profissional de Educação Física na Saúde	1			
Psicólogo Clínico	7			
Técnico de Enfermagem	5			
Terapeuta Ocupacional (5).	5			

Fonte: Elaborada pelo autor

As Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92 instituíram várias modalidades, dentre as quais os hospitais-dia, as oficinas terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que foram reestruturados pelas portarias nº. 336/2002 e 189/2002 estabelecendo várias modalidades de CAPS.

Quadro 01: Modelo Assistencial em Saúde Mental, em relação ao CAPS AD III

Art. 6° A atenção integral ao usuário no CAPS AD III inclui as seguintes atividades:

- I trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, com trabalhadores de formação universitária e/ou média, conforme definido nesta Portaria;
- II atendimento individual para consultas em geral, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros:
- III oferta de medicação assistida e dispensada;
- IV atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras;
- V oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria;
- VI visitas e atendimentos domiciliares:
- VII atendimento à família, individual e em grupo;
- VIII atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros:

- IX estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras;
- X fornecimento de refeição diária aos pacientes assistidos;
- § 1º A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno do CAPS AD III fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias.
- § 2º Caso seja necessária permanência no acolhimento noturno por período superior a 14 (catorze) dias, o usuário será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento.
- § 3º A regra estabelecidas nos §§ 1º e 2º poderá ser excepcionada a critério da equipe de serviço, quando necessário ao pleno desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares, devendo ser justificada à Coordenação Municipal de Saúde Mental.
- **Art. 7º** O CAPS AD III funcionará com equipe mínima para atendimento de cada 40 (quarenta) por turno, na seguinte configuração:
- I 1 (um) médico clínico;
- II 1 (um) médico psiguiatra;
- III 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental;
- IV 5 (cinco) profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais:
- a) psicólogo;
- b) assistente social;
- c) enfermeiro;
- d) terapeuta ocupacional;
- e) pedagogo; e
- f) educador físico.
- V 4 (quatro) técnicos de enfermagem;
- VI 4 (quatro) profissionais de nível médio; e
- VII 1 (um) profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Fonte: BRASIL (2012)

Em relação às técnicas terapêuticas e à equipe profissional, o aconselhamento e outras técnicas comportamentais são fundamentais para o tratamento. Os medicamentos são importantes e devem ser utilizados quando indicados, principalmente se combinados com terapia (LARANJEIRA, 2012).

Para um recém-chegado ao tratamento, a desintoxicação em ambiente de internação talvez seja o mais importante; 15 dias depois, o ambulatório especializado e o grupo de autoajuda podem passar a ocupar a maior parte do tempo de tratamento; após seis meses, uma moradia-assistida que continue a estruturá-lo na abstinência, enquanto procura um emprego ou se atualiza profissionalmente, sendo o diferencial para recuperação dos dependentes de crack (LARANJEIRA, 2012).

casa para morar ou suas famílias estão simplesmente muito desgastadas para recebê-los. Por esses motivos vários países criaram as moradias assistidas, locais onde os usuários podem morar por um tempo longo e se dedicar plenamente à tarefa de reabilitação social. O Hospital São Paulo, da Universidade Federal de São Paulo (Unifest), opera já há cerca de 1 ano uma dessas moradias, e a experiência tem sido muito boa. É um serviço que, bem organizado, pode ser de baixo custo e alta efetividade (LARANJEIRA; ZALESKI, 2012, p. 638).

Em relação ao quadro 1, a Prefeitura Municipal de Vitória está atendendo as diretrizes do Governo Federal em relação ao recursos humanos do CAPS AD III. E também em relação à atenção integral aos usuários, segundo observado nos prontuários.



Fonte: Elaborado pelo autor



Figura 06: Mapa da regionalização de saúde em Vitória/ES

Fonte: Vitória (ES), (2010)

Os serviços de tratamento para usuários de crack, devem ser desenvolvidos como parte de um sistema integrado, adaptados à realidade do local onde estão sendo implementados, ou seja, um programa específico de tratamento pode ter sucesso em atrair um usuário, mas deve ter os serviços apropriados para os quais o indivíduo está sendo encaminhado (LARANJEIRA, ZALESKI, 2012).

5 PERFIL DOS PACIENTES USUÁRIOS DE CRACK INTERNADOS NO CAPS ADIII (24HS) NO MUNICIPIO DE VITORIA/ES

É de suma importância descrever o perfil de populações denominadas de difícil acesso ou ocultas, como é o caso dos usuários de drogas pesadas como o crack, pois as características dessas populações interferem diretamente em como as políticas públicas devem ser desenhadas, focalizadas, financiadas e monitoradas (FIOCRUZ, 2013).

Para traçarmos o perfil sociodemográfico e características de consumo, fizemos análise dos prontuários baseada em uma lista com o nome de 52 (cinquenta e dois) pacientes usuários de vários tipos drogas como álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, que estão em tratamento participando regularmente dos serviços ofertados pelo Centro. Desses 52 (cinquenta e dois) pacientes, 22 (vinte e dois) estão ou ficaram internados no período de 25/03/2014 à 14/04/2014, para tratamento do uso do crack. A análise de 22 (vinte e dois) prontuários de usuários internados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), perfazendo 42% do universo de sujeitos internados que são dependentes do uso do crack. Os outros 58% são usuários de outras drogas e que estão sendo atendidos no serviço ambulatorial de atenção diária com diversos profissionais, e que não tem a necessidade de internação. Os vinte e dois prontuários foram adquiridos através do programa de computador chamado "Rede Bem Estar", que é conectado com toda rede de saúde, ou seja, se o usuário for atendido em alguma unidade de saúde ele será identificado na rede.

Para desenvolvermos os gráficos relativos aos pacientes usuários, tivemos que adaptar o levantamento das informações, pois nos 22 (vinte e dois) prontuários não existiam todas as informações padronizadas conforme tínhamos planejado. Assim, desenvolvemos um levantamento de informações contidas nos prontuários que eram comuns a todos os pacientes internados.

Na análise descritiva dos gráficos informamos primeiramente o perfil dos pacientes usuários de crack internados no CAPS ADIII do Município de Vitória, Região Metropolitana do Estado do Espírito Santo.

Informamos um estudo realizado entre agosto de 2009 e março de 2010 com 95 (noventa e cinco) usuários de *crack* que buscaram atendimentos nos CAPS dos municípios de Igrejinha e Taquara (CAPS I) e Novo Hamburgo (CAPS AD) na Região Metropolitana de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (HORTA et al., 2011).

Informamos o estudo do perfil da população usuária de crack e outras formas similares de cocaína fumada (pasta base, merla e oxi) no Brasil. Este estudo faz parte do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que foi idealizado, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), trabalho que foi realizado em parceria com Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Este estudo constatou que os estes usuários somam 370 mil pessoas nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Este estudo foi realizado entre o final de 2011 e junho de 2013 e divulgado no dia 19 de setembro de 2013, pelos ministérios da Justiça e da Saúde (FIOCRUZ, 2013). Assim, estes dados foram pontuados na análise descritivas dos gráficos. Foi feita correlação entre os dados de tais estudos com os dados obtidos no levantamento realizado nos prontuários de usuários do CAPS ad, como forma de demonstrar que os estudos citados e o presente estão equivalentes e que o perfil socioeconômico e a característica de consumo apresentam dados comuns em diferentes realidades.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Em relação ao perfil dos usuários internados no Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas 24 h (CAPS AD III) da prefeitura de Vitória, não diferem do perfil nacional, ou seja, jovens e adultos de baixa escolaridade, predominantemente do sexo masculino, desempregados, provenientes de famílias desestruturadas e de baixa renda, envolvimento em atividades ilegais e alguns casos de prostituição, maior chance de morar ou está morando na rua, também usuários de múltiplas drogas, migram para

o crack na sua condição de total vulnerabilidade social e busca de efeitos mais potentes da droga.

80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
masculino
feminino
Sexo

Gráfico 01: Sexo dos usuários de crack do CAPS AD III de Vitória/ES

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com os prontuários analisados no CAPS AD do Município de Vitória/ES, observa-se no gráfico que 68% são do sexo masculino, e 32% do sexo feminino.

Segundo o estudo realizado na Região Metropolitana de Porto Alegre/RS, os usuários que buscaram atendimento nos CAPS, são majoritariamente masculinos (82,1%), as mulheres totalizam 17,9% (HORTA et al., 2011).

Segundo a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), conforme gráfico 2, no Brasil, os usuários de crack nas cenas de uso são predominantemente do sexo masculino – 78,7% (FIOCRUZ, 2013).

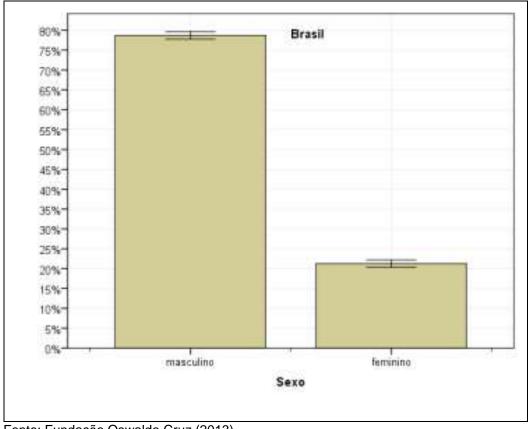
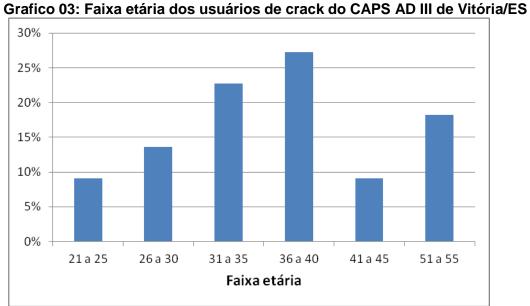


Gráfico 02: Sexo dos Usuários de Crack do Brasil

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (2013)

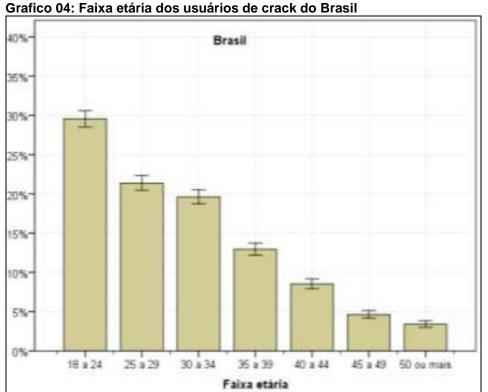


Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o gráfico, os pacientes internados usuários de crack no Caps adIII de Vitória/ES são em sua maioria jovens adultos de 31 aos 40 anos (50%), seguida de uma parcela significativa acima de 51 anos (18%) e de 26 (vinte) aos 30 (trinta) anos (14%).

Segundo o estudo realizado na Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, os usuários de crack acolhidos em CAPS (AD e I) são em sua maioria de 21 (vinte e um) aos 30 (trinta) anos (51,6%), acima de 30 (trinta) anos (29,5%) e até 20 (vinte) anos (18,9%) (HORTA et al., 2011).

Segundo a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Brasil, os usuários de crack são majoritariamente, adultos jovens com idade média de 30 anos. A pesquisa mostra ainda que, entre os 370 mil usuários de crack, 14% são menores de idade. Isso indica que aproximadamente 50 mil crianças e adolescentes usam regularmente essa substância nas capitais do país (FIOCRUZ, 2013).



Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (2013)

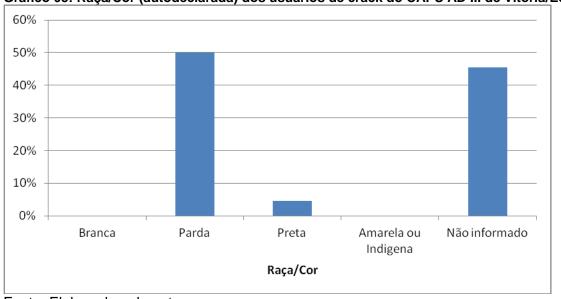


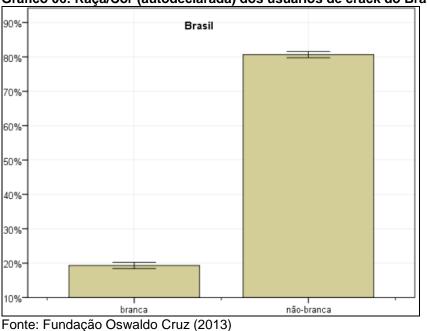
Gráfico 05: Raça/Cor (autodeclarada) dos usuários de crack do CAPS AD III de Vitória/ES

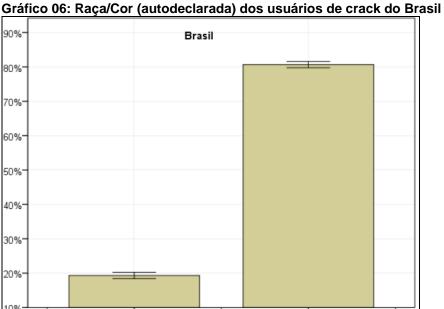
Fonte: Elaborado pelo autor

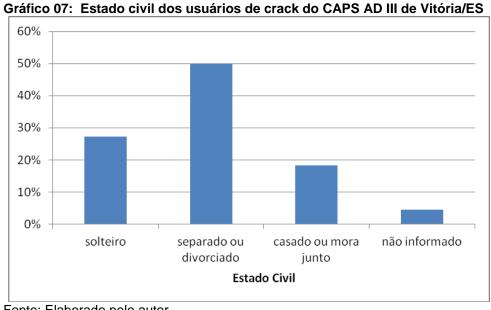
De acordo com o gráfico, os pacientes internados usuários de crack no Caps adIII de Vitória/ES que se autodeclararam são em sua maioria da raça/cor parda (50%), e 45% não informaram, 5% se autodelaram preta (utilizando as categorias do IBGE), e ninguém se autodeclarou amarela ou indígena.

No estudo realizado na Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, não foi informado a raça/cor dos usuários de *crack* acolhidos em CAPS (AD e I) (HORTA et al., 2011).

Segundo a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Brasil, há um predomínio importante de usuários não-brancos nas cenas de uso (cerca de 20% dos usuários de crack/similares no Brasil eram de cor branca). Na população geral, segundo o Censo 2010 (IBGE), os não-brancos correspondiam a aproximadamente 52% da população brasileira, o que sublinha a sobrerrepresentação de pretos e pardos (utilizando as categorias do IBGE) em contextos de vulnerabilidade social, como observado nas cenas de crack (FIOCRUZ, 2013).







Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o gráfico, os pacientes internados usuários de crack no Caps adIII de Vitória/ES, na maioria são separados ou divorciados (50%), solteiros são (27%), casados ou mantém vínculo de união estável (18%).

Segundo o estudo realizado na Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, os usuários de *crack* acolhidos em CAPS (AD e I) são em sua maioria solteiros (64,2%), 23,1% são casados ou moram juntos e 12,6% separados ou divorciados.

Segundo a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Brasil, a maioria dos usuários de crack declarou ser solteira (60,6%), 25% são casados ou moram juntos e 15% separados/divorciados ou viúvos.

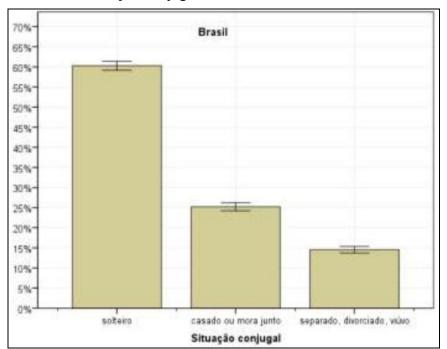


Gráfico 08: Situação conjugal dos usuários de crack do Brasil

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (2013)

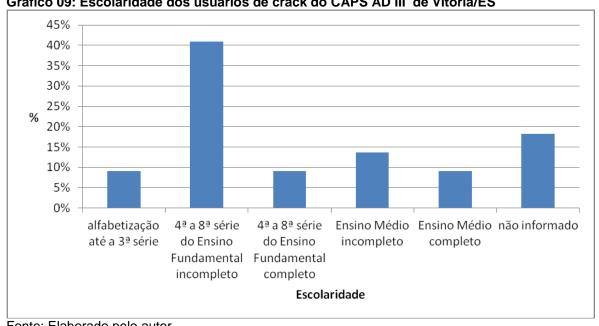


Gráfico 09: Escolaridade dos usuários de crack do CAPS AD III de Vitória/ES

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o gráfico, os pacientes internados usuários de crack no Caps adIII de Vitória/ES, observa-se que a maioria possui o ensino fundamental incompleto (41%). Observa-se a baixa frequência de usuários que cursaram/concluíram o ensino médio e nenhuma proporção de usuários com ensino superior.

Segundo o estudo realizado na Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a escolaridade em anos completos dos usuários de crack acolhidos em CAPS (AD e I) é de 56,8% até 8 (oito) anos e 43,1% 9 (nove) ou mais. Ou seja, a maioria tem o ensino fundamental completo e o restante está cursando ou concluíram o ensino médio e nível superior.

Segundo a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Brasil, a maioria (55%) dos usuários de crack concluiu 4ª a 8ª do ensino fundamental, 20% concluiu o ensino médio, 18% tem até a 3ª série do ensino fundamental, 5% não conclui nenhuma série, 2% possuem curso superior completo ou incompleto.

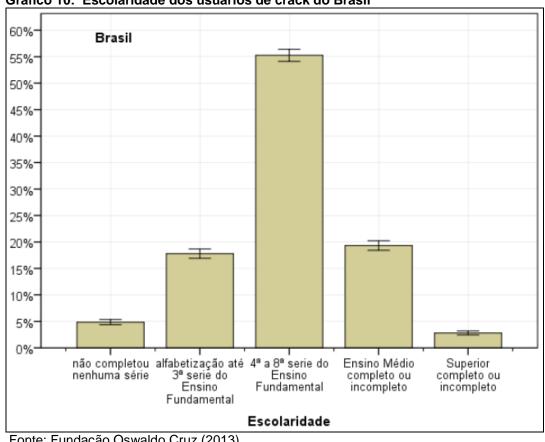
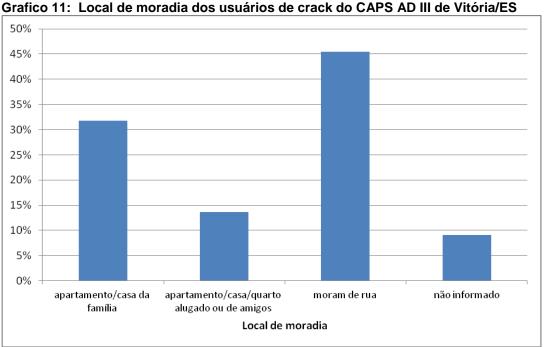


Gráfico 10: Escolaridade dos usuários de crack do Brasil

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (2013)



Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o gráfico, os pacientes internados usuários de crack no Caps adIII de Vitória/ES, a maioria moram na rua (45%), em seguida 32% moram com a familia ou no imóvel dos mesmos.

Segundo a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Brasil, 39% dos usuários de crack moram com a familia ou no imóvel dos mesmos, 35% moram na rua, 19% moram em local alugado ou de amigos.

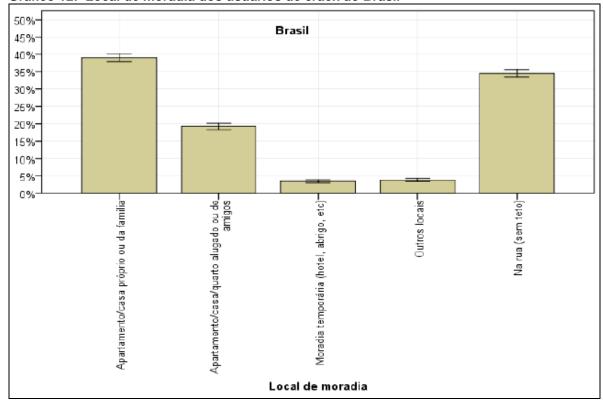


Gráfico 12: Local de moradia dos usuários de crack do Brasil

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (2013)

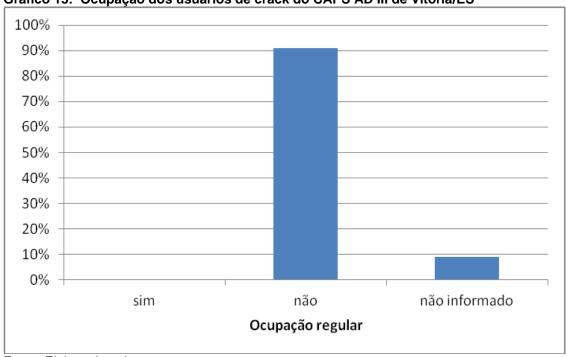


Grafico 13: Ocupação dos usuários de crack do CAPS AD III de Vitória/ES

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o gráfico, os pacientes internados usuários de crack no Caps adIII de Vitória/ES, majoritariamente não possuem ocupação regular.

Segundo o estudo realizado na Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, os usuários de *crack* acolhidos em CAPS (AD e I) 72,6% não possuem ocupação regular, ou seja, a maioria.

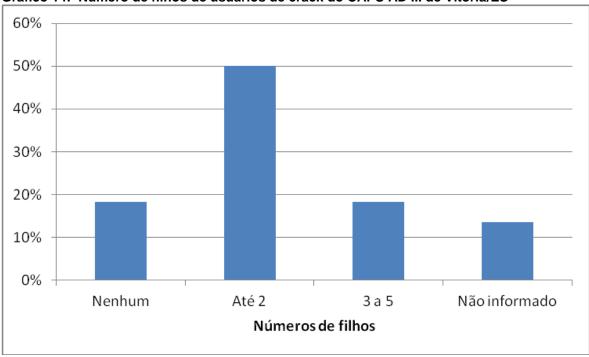
Segundo a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Brasil, 64% dos usuários de crack não possuem ocupação regular. Trabalham por conta própria/fazem bicos (64,9%), pedem esmolas (12,8%), 11,3% conseguem dinheiro com as famílias/parceiro(a)s/amigos (11,3%), o restante com atividades ilícitas (furtos, roubos, distribuição de drogas, prostituição, etc). Atividades ilícitas, como o tráfico de drogas e furtos/roubos e afins, foram relatadas por uma minoria dos usuários entrevistados, 6,4% e 9,0%, respectivamente. Conforme demonstrado no quadro 2

Quadro 02: Fonte de renda dos usuários de crack do Brasil

	BRASIL		
	96	IC95%	
	70	Inferior	Superior
Trabalho por conta própria/autônomo ou trabalho esporádico/bicos	64,9	61,7	68,0
Pedir esmolas	12,8	10,5	15,6
Família/parceiro(a)/amigos (em préstimos / presentes)	11,3	9,3	13,6
Atividade ilícita (outra que não tráfico de drogas, como: furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria, estelionatos, etc)	9,0	7,1	11,4
Trabalho regular sem carteira assinada	8,2	6,5	10,2
Profissional do sexo ou troca de sexo por dinheiro	7,5	5,6	9,9
Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas	6,4	4,3	9,5
Renda de Assistência/Benefício (assistência social, seguro desemprego, previdência, benefício por doença, etc)	5,4	4,1	7,0
Trabalho regular com carteira assinada	4,2	2,9	6,1

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (2013)

Grafico 14: Número de filhos de usuários de crack do CAPS AD III de Vitória/ES



Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o gráfico, os pacientes internados usuários de crack no Caps adIII de Vitória/ES, a maioria tem dois filho(a)s. Cabe ressaltar que os que disseram que tem de 3 (três) a 5 (cinco) filho(a)s são do gênero feminino.

Segundo o estudo realizado na Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, os usuários de *crack* acolhidos em CAPS (AD e I) 46,3% não têm filhos, 25,2% tem um filho, 28,4% tem dois filhos.

Segundo a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), conforme o quadro 2, no Brasil, entre as mulheres usuárias de crack/similares que participaram da pesquisa, cerca de 10% relataram estar grávidas no momento da entrevista. Mais da metade das usuárias já havia engravidado ao menos uma vez desde que iniciou o uso do crack/similares.

Quadro 03: Número de vezes que as mulheres usuárias de crack/similares engravidaram desde que iniciaram o consumo

que iniciaran o consumo							
	BRASIL						
	0/	IC95%					
	%	Inferior	Superior				
Nenhuma vez	53,4	45,9	60,7				
Uma vez	17,3	12,9	22,8				
Duas ou três vezes	22,8	17,7	28,9				
Quatro ou mais vezes	6,5	4,6	9,1				

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (2013)

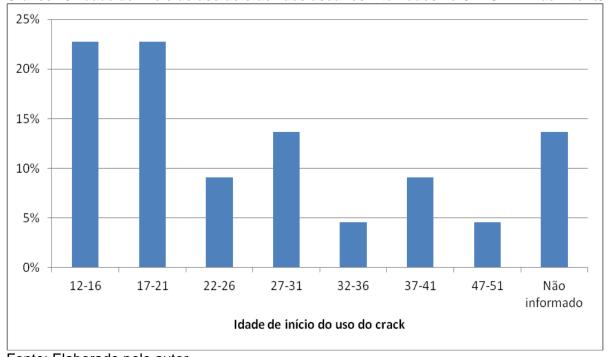


Grafico 15: Idade do início do uso do crack dos usuários internados no CAPS AD III de Vitória/ES

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com os prontuários analisados, observa-se no gráfico que quase 50% dos pacientes usuários internados iniciaram sua vida no crack dos 12(doze) aos 21 (vinte) anos de idade, ou seja, no período em que estão na adolescência ou saindo dela e entrando na fase adulta.

Segundo o estudo realizado na Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a maioria dos usuários de *crack* acolhidos em CAPS (AD e I) iniciou no consumo dessa droga acima dos 18 anos (69,5%), 30,53% iniciaram até 18 anos.

Segundo a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Brasil, dos usuários de crack/similares entrevistados foram, majoritariamente, jovens de 18 (dezoito) a 24 (vinte e quatro) anos, conforme gráfico 4.

Segundo Bessa (2012), o consumo de crack por adolescentes é um grave e crescente problema de saúde pública no Brasil. Causa graves danos à saúde, podendo impedir o pleno desenvolvimento do jovem e atingindo a familia e a sociedade pelas

complicações associadas ao consumo dessa droga, como doenças clínicas e psiquiátricas, baixa escolaridade, prostituição, associação com prática de sexo sem proteção, envolvimento direto ou indireto com o tráfico de drogas e a rede de crimes e de violência.

20%
18%
16%
14%
12%
10%
8%
6%
4%
2%
0%

Substâncias anteriores ao crack

Gráfico 16: Substâncias anteriores ao uso de crack pelos usuários internados no CAPS AD III de Vitória/ES

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o gráfico, os pacientes internados usuários de crack no Caps adIII de Vitória/ES, nicotina/álcool/maconha e cocaína foram, respectivamente, as drogas mais referidas como substâncias usadas antes do *crack*. Uma outra constatação observada nos prontuários é que todos os 22 (vinte e dois) pacientes estão enquadros no CID-10: F192 (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência), ou seja, são poliusuários de um portfólio de substâncias psicoativas.

Segundo o estudo com usuários de *crack* acolhidos em CAPS (AD e I) realizado na Região Metropolitana de Porto Alegre (RS), nicotina/álcool/maconha foram, respectivamente, as drogas mais referidas como substâncias usadas antes do *crack*.

Segundo a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Brasil, os usuários de crack/similares são, basicamente, poliusuários, ou seja, o crack/similar é uma das drogas em um amplo *portfólio* de substâncias psicoativas. Observa-se forte superposição do uso de crack/similares com o consumo de drogas lícitas, sendo o álcool e o tabaco as mais consumidas – mais de 80% dos usuários no Brasil.

O usuário de crack no Brasil inicia o consumo de substâncias psicoativas pelas drogas lícitas, como o tabaco e o álcool, sendo a maconha a droga mais comum da segunda fase de experimentação.[...] Um estudo qualitativo com 18 (dezoito) usuárias de crack observou que todas iniciaram o consumo de álcool e cigarro precocemente, fizeram uso pesado dessas substâncias e chegaram ao crack em curto espaço de tempo (RIBEIRO et al., 2012, p. 40).

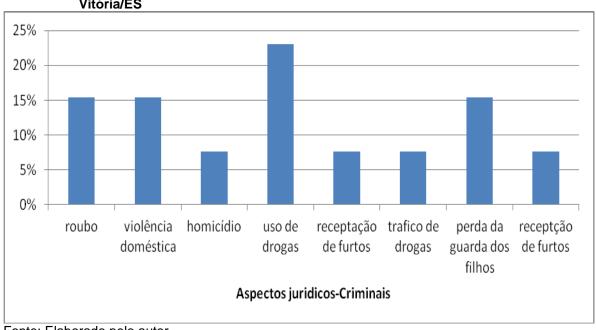


Gráfico 17: Aspectos jurídicos-criminais dos usuários de crack internados no CAPS AD III de Vitória/ES

Fonte: Elaborado pelo autor

O aspecto jurídico e criminal não foi objeto central desta pesquisa, mas foi constatado que mais da metade (55%) dos pacientes internados usuários de crack no Caps adIII de Vitória/ES, informaram nos prontuários que tiveram algum problema com a justiça. O uso de drogas foi o mais citado.

Dentre os dilemas éticos e jurídicos oriundos da legislação e da prática forense na questão das drogas, um dos principais reside no artigo 28, §2º, da Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, o qual dispõe que para determinar se a droga destina-se a consumo pessoal, o juiz deve atender aos seguintes fatores: a) natureza e quantidade da substância apreendida; b) Local e condições em que se desenvolveu a ação; c) Circunstâncias sociais e pessoais; d) Conduta e antecedentes do agente. Esta lei não menciona uma quantidade de drogas que denote o crime de tráfico.

Segundo a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Brasil, verificou-se que quase metade dos usuários de crack/similares já havia sido presa pelo menos uma vez na vida (45,15%). Entre os usuários de crack/similares do Brasil, 41,6% relataram ter sido detidos no último ano. Entre os motivos de detenção, destacam-se o uso ou posse de drogas – 13,9%, assalto/roubo – 9,2%, furto/fraude/invasão de domicílio – 8,5% e tráfico ou produção de drogas – 5,5%.

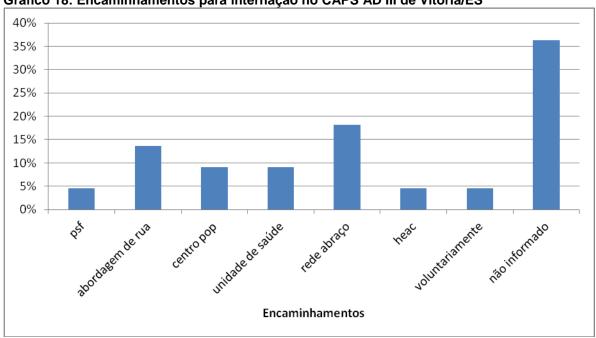


Gráfico 18: Encaminhamentos para internação no CAPS AD III de Vitória/ES

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o gráfico, os pacientes internados usuários de crack no Caps adIII de Vitória/ES, observa-se no grafico que 23% são encaminhados pela rede estadual, sendo 18% da Rede Abraço (Programa de Ações Integradas sobre Drogas do Governo do Estado, voltado para dependentes químicos, atua com a internação voluntária, em quatro frentes: prevenção, tratamento e reinserção social, governança e pesquisa, capacitação e informação) e 5% do Heac (Hospital Estadual de Atenção Clínica, antigo Adauto Botelho). Observa-se nesses dados que a Prefeitura Municipal de Vitória está atuando em parceria do Governo do Estado na problemática do crack. E 36% são da rede socioassistencial e de saúde da Prefeitura Municipal de Vitória. Através das unidades de saúde, centro pop, abordagem de rua, programa saúde da família. A percentagem de não informados (36%) nos prontuários é significativa e dificulta diagnosticar com precisão se usuário teve algum encaminhamento através daas redes socioassistênciais ou de saúde.

Descrevemos assim o perfil dos pacientes usuários de crack internados no CAPS ADIII do Município de Vitória. Predominam usuários masculinos de *crack*, adultos jovens de 31 (trinta e um) a 40 (quarenta anos) anos, de cor parda (autodeclarada), separado ou divorciado, no ensino fundamental incompleto (4ª a 8ª) e a baixa prevalência no ensino médio, sem ocupação regular, moram na rua, possuem 2 (dois) filhos. As drogas mais referidas como substâncias usadas antes do crack foram: nicotina/álcool/maconha e cocaína. Iniciaram sua vida no crack dos 12 (doze) aos 21 (vinte) anos de idade. Prevalecem os encaminhados pela rede municipal a abordagem de rua e com a parceria com o Governo do Estado o programa Rede Abraço.

O perfil dos usuários de crack que buscam atendimento nos CAPS dos municípios de Igrejinha e Taquara (CAPS I) e Novo Hamburgo (CAPS AD) na Região Metropolitana de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Predominam adultos jovens, com escolaridade fundamental ou média, sem ocupação regular, indivíduos solteiros, vivendo em domicílios com 2 a 4 pessoas. Apenas 5,3% viviam sós e nenhum se disse em condição de rua. Uma parte desses indivíduos (30,5%) não informou renda familiar, mas nenhum declarou não possuir renda. Os usuários informaram ter filhos, mas a maioria (72,5% dos que tinham filhos) referiu não coabitar com eles. O padrão de consumo e problemas associados, com evidência de uso por mais de um ano antes de chegar aos CAPS, com idades de início do consumo acima de 18 anos de idade, com o uso em companhia de outras pessoas, diário e em grandes quantidades. O número de

pedras referido pelos usuários, por episódio típico de consumo, foi igual ou superior a 10 em 69,5% dos casos. Nicotina, álcool e maconha foram, respectivamente, as drogas mais referidas como substâncias usadas antes do *crack* e também em associação com este. Maconha é, entre as três, a substância com o menor percentual de usuários desejando cessar o consumo (24%).

O jornal A Tribuna, um dos jornais de maior representatividade junto aos leitores do Espírito santo publicou no dia 08 de junho de 2014, na página 3 (três), o perfil dos usuários de crack/similares da pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, no Brasil. Cerca de 370 mil pessoas usam crack de forma regular. O número de usuários que consomem drogas ilícitas é de pouco mais de 1 (um) milhão de pessoas. Ou seja, aproximadamente 35% dos usuários das drogas ilícitas fazem uso de crack. Onde 35% estão em situação de rua, 40% reside em casa própria ou alugada. Predominam jovens entre 18(dezoito) e 24 (vinte) anos (30%), quase 80% são homens. Cerca de 50% dos não possuem o ensino fundamental completo. A média de uso diário é de 16 (dezesseis) pedras de crack por usuário.

Ainda segundo com os gráficos apresentados pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), os usuários entrevistados, são poliusuários, ou seja, o crack é uma das drogas em um portfólio de substâncias psicoativas, de raça/cor predominante "não branca", trabalhos esporádicos (bicos) predominam como fonte de renda.

O perfil nacional mais recorrente entre os usuários de crack são de indivíduos do sexo masculino, jovens com menos de 30 anos, solteiro, de baixa classe social e econômica, baixo nível de escolaridade, sem vínculos empregatícios formais e em geral isolados socialmente. O padrão de consumo mais recorrente é o consumo compulsivo, caracterizado por um uso contínuo da droga até a exaustão física. São poliusuários de outras drogas (RIBEIRO; NAPPO; SANCHEZ, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo considera a droga uma mercadoria e que seu consumo deve ser considerado a luz da estrutura e dinâmica do modo de produção capitalista, que conformam os contextos da sociedade contemporânea. Assim o consumo de drogas está submetido às possibilidades de reprodução social dos indivíduos, famílias e classes ou grupos sociais, bem como reflete as consequências das políticas sociais públicas adotadas pelo Estado, que de modo geral deveriam promover mudanças estruturais que melhoram a distribuição da renda e o acesso aos bens socialmente produzidos (SOARES; JACOB, 2000).

Com a decorrência do crescimento urbano a implantação das grandes indústrias e da expansão do comércio, traz com ele conseqüências, por vezes maléficas, para o desenvolvimento de uma parte da população que não tem acesso aos meios de produção de bens e serviços, especialmente, pela falta de emprego e de acesso qualificado à educação, saúde e moradia (CASTEL, 1997).

Historicamente o desenvolvimento das grandes cidades no Brasil, tradicionalmente, a rua era ocupada por mendigos, hippies, egressos do sistema penitenciário e portadores de transtornos mentais abandonados pelas famílias e/ ou egressos de hospitais psiquiátricos. Porém, desde o final do século XX, o espaço da rua passa também a ser ocupado por sem-teto, desempregados crônicos, imigrantes de outros estados e, especialmente, crianças e adolescentes com histórias de ruptura e conflito com os laços familiares (HUTZ; KOLLER, 1997).

No tocante a diversidade dos problemas trazidos pelo crack, de dimensões biológicas, psíquicas, sociais, culturais, constitui um grande desafio para implementação de uma política que exige uma abordagem abrangente e o desenvolvimento de ações articuladas que contemplem a prevenção do uso, o cuidado e reinserção social ao usuário e o enfrentamento ao tráfico de droga.

Em maio de 2010, a Presidência da República, publicou o Decreto nº 7.179, instituindo o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, objetivando à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. Em dezembro de 2011, com intuito de fortalecer o plano, o Governo Federal instituiu o programa *Crack, é possível vencer*, com medidas de integração de ações em três eixos: Prevenção, Cuidado e Autoridade.

A proposta do plano foi estruturar ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de *crack* e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), com as ações do Sistema Único de Assistência Social – (SUAS), contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis como, crianças, adolescentes e população em situação de rua. O plano tem como premissa que o usuário do crack tem direito à saúde e, ainda, de refazer o seu projeto de vida.

Neste sentido este estudo procurou referenciar serviços socioassistenciais, de saúde e segurança, disponibilizados à população do município de Vitória/ES, que direta ou indiretamente atingem os usuários de crack e outras drogas, seja na prevenção, no cuidado e na segurança. Esta pesquisa traz contribuições para que os atores envolvidos (gestores públicos) possam discutir o tema que é de tamanha relevância para a sociedade.

Neste estudo entendemos que a prefeitura municipal de vitória tem buscado seguir as orientações do plano de enfrentamento ao crack, e as diretrizes do programa "Crack é possível vencer" que visa a ampliação e fortalecimento do plano, através da atuação nos eixos de prevenção, cuidado e autoridade.

Em relação ao conjunto integrado de ações, criou o Comitê Gestor de Enfrentamento ao Crack, que está vinculado a Secretaria de Gestão Estratégia. O Comitê privilegia espaços de debate e de decisão, e de forma intersetorial planeja, executa e unifica ações existentes nas secretarias de assistência social, saúde, educação, segurança

urbana, habitação, entre outras, no enfrentamento ao crack e outras drogas, como já mencionadas neste estudo.

Em relação à prevenção, a Prefeitura Municipal de Vitória, através da Secretaria de Assistência Social, desenvolve em todos os espaços e para os diversos públicos atendidos, ações voltadas a problemática do crack. Realiza ações de prevenção como: oficinas, grupos de família, ações educativas. E também ações de reinserção social, realizando atendimento individual e familiar, capacitações, encaminhamento para o mercado de trabalho, ações de cidadania etc. Encaminha os usuários para os serviços de tratamento (CAPS AD), conforme se observa no perfil dos usuários de crack, no gráfico que trata dos encaminhamentos, a abordagem de rua é um dos serviços socioassistenciais que mais encaminha os usuários de crack para tratamento, por sua atuação direta nos territórios. Recebe demandas do Caps adIII para os usuários que estão de alta do período de internação de 24hs, qualificando-os através dos Cras, e o acolhimento no Centro Pop.

Em relação ao cuidado, a Prefeitura Municipal de Vitória, através da Secretaria Municipal da Saúde, realizada ações do *Plano crack é possível vencer* juntamente com as Secretaria de Gestão Estratégica, Assistência Social e Segurança Urbana. O consultório de rua tem sido uma ação muito importante, pois possibilita a inserção do usuário de crack na rede de saúde e socioassistencial. Outro serviço é o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), dentro da lógica de território, é um serviço ambulatorial de atenção diária, onde trabalham profissionais de diversas especialidades, como: médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiro (a)s, terapeutas, entre outras.

O município de Vitória também possui o Caps ad III (funciona no próprio Caps ad, antigo Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos - CPTT), é o único a ter o serviço de Caps ad III, no Espírito Santo. Como já mencionado neste estudo, o usuário de crack e outras drogas fica internado por um período de 14 (quatorze) dias, para desintoxicação e tratamento com medicamentos, atendimento psicossocial, médico, terapias de grupo e individual (oficinas de música, arte, cultura, entre outras), e

reinserção social através destas oficinas e em integração com a secretaria de assistência social (semas), para conseguir vagas abrigo após a alta da internação, tem em vista, como foi informado no perfil dos usuários internados, a maioria esta em situação de rua. E incluí-los nas capacitações da Secretaria de Assistência Social, no intuito de reinseri-los ou inseri-los no mercado de trabalho.

Em relação a segurança, a Prefeitura Municipal de Vitória, através da Secretaria de Segurança Urbana, onde a Guarda Municipal está vinculada, está atuando no enfrentamento ao crack. Segundo a matéria publicada no dia 22 de março de 2014, página 13, Vitória/ES, do jornal A Tribuna, o número de câmeras de videomonitoramento na capital aumentou de 42 para 142, em parceria com o programa olhar Digital do governo do Estado. Ampliando de 27 para 47 bairros atendidos. Segundo a matéria, as câmeras são importantes para combater o tráfico de drogas, nas questões relacionadas ao trânsito e para um olhar público sobre a cidade.

As câmeras são operadas por agentes da Guarda Municipal, 24 horas por dia, integrados com a Polícia Militar, por meio do Centro Integrado de Operações e de Defesa Social (Ciodes). Em 2011, inaugurou a Central Integrada de Operações e Monitoramento (CIOM). Além de potencializar o trabalho de segurança pública, proporcionando respostas imediatas às ocorrências. A central também possibilita a identificação mais rápida às demandas de outras áreas da administração, como as do trânsito.

Identificamos também na pesquisa de campo nos prontuários pesquisados dos indivíduos internados por causa da dependência do uso de crack, têm histórias de abuso sexual, abandono, trauma de diversas causas na infância e na adolescência, pobreza, vulnerabilidade social.

Destaca-se algumas pontuações e proposições sobre a política de enfrentamento crack do município de Vitória visando contribuir para as políticas públicas voltadas para esta temática, à seguir:

- Em algum momento a maioria dos usuários de crack esteve na escola, assim reforça-se a importância de programas de prevenção em âmbito escolar desde os níveis iniciais de escolarização e a necessidade de manter as crianças e adolescentes na escola em tempo integral, e capacitar os profissionais da educação em lidar com uma população com problemas associados a dependência do crack e outras drogas.
- A continuidade de estudos acerca desta temática, em especial as ações de enfrentamento ao crack e outras drogas; perfil dos usuários de crack que buscam atendimento nos Caps (ad, i, ad III) e, padronizar e organizar as informações a respeito do perfil socioeconômico e características de consumo nos prontuários, no intuito de facilitar o acesso aos dados em futuras pesquisas.
- Através dos equipamentos públicos municipais de prevenção e cuidado, a continuidade em reforçar laços familiares de modo a minimizar os conflitos e prevenir o consumo de drogas e/ou facilitar a ressocialização do usuário de crack e outras drogas, trabalhando não apenas com individual, mas também com suas redes sociais territoriais e suas famílias.

- Um programa de prevenção com iniciativas que reforcem a restrição ao acesso de bebidas alcoólicas e ao tabaco, em especial aos menores de idade, que merecem um programa prioritário;
- Expandir programas específicos que oportunizem o acesso aos jovens ao mercado de trabalho, no intuito de garantir a efetivação destes para a fase adulta de forma salutar.
- Programas específicos nas escolas de ensino médio e fundamental, no intuito de acolher e ressocializar estes jovens com problemas associados ao crack e outras drogas.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, F.; SELESNICK, S. **História da psiquiatria**: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. São Paulo: IBRASA, 1980.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BESSA, M. A. O adolescente usuário de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O **Tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 19 de dezembro de 2002. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRASIL. Decreto nº 5.912 de 27 de setembro de 2006b. Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm>. Acesso em: 27 jul. 2013.

BRASIL. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 28 jul. 2013.

BRASIL. Decreto nº. 4.345, de 26 de agosto de 2002a. Institui a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm>. Acesso em: 09 set. 2013.

BRASIL. Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe Sobre a Organização da Assistência Social e dá outras providências. Edição federal, Brasília, 1993. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em: 23 set. 2013.

BRASIL. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10409.htm>. Acesso em: 29 jul. 2013.

BRASIL. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que

determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm>. Acesso em: 03 ago. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.212 de 24 julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm. Acesso em: 06 ago. 2013.

BRASIL. Lei nº. 11.343, de 23 de agosto de 2006a. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 17 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 4. ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social. BrasíliaDF: SENAD; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. A saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2013.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Política nacional de assistência social: PNAS/2004: norma operacional básica: NOB/SUAS. Brasilia, DF: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005. Disponível em: http://portal.cnm.org.br/sites/8800/8875/download/2_dia/MP-IMPLANTACAODOSUAS-AnaLugia.pdf>. Acesso em: 21 set. 2013.

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011c. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 12 nov. 2013.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011b. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 11 set. 2013.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002b. Estabelece os CAPSI, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad III. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>. Acesso em: 14 ago. 2013.

BRASIL. Resolução CNAS Nº 109, de 11 de novembro de 2009. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF: Conselho Nacional de Assistência Social, 2009. Disponível em: < http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2009/cnas-2009-109-11-11-2009.pdf/view>. Acesso em: 01 jul. 2013.

CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Drug Consumption prevention programas in Brasil: analysis of the scientific production from 1991 to 2001. Interface — Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v.9, n. 16, p. 115-29, set. 2004 / fev. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a10.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à "desfiliação". **Caderno CRH**, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997.

CHAPLIN, J. P. Dicionário de psicologia. Lisboa: Publicação D. Quixote, 1981.

CRACK, é possível vencer: enfrentar o crack: compromisso de todos. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/cartilhas/329302.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

D'ALAMA, L. **Brasil é o 2º consumidor mundial de cocaína e derivados**. 2012. Disponível em: < http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/09/brasil-e-o-segundo-maior-consumidor-de-cocaina-e-derivados-diz-estudo.html>. Acesso em: 20 jul. de 2013.

D'ALAMA, L.; CÉO R.; FORMIGA I. **Brasil tem 370 mil usuários regulares de crack nas capitais**. 2013. Disponível em: < http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2013/09/brasil-tem-370-mil-usuarios-regulares-de-crack-nas-capitais-aponta-fiocruz.html>. Acesso em: 19 out. 2013.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Maior pesquisa sobre crack já feita no mundo mostra o perfil do consumo no Brasil**. 2013. Disponível em: < http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>. Acesso em: 08 out. 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. 5. São Paulo: Atlas, 2012.

HILGARD, E.; ATKINSON, R. **Introdução à psicologia**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1976.

HORTA, R. L. et al. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em centros de atenção psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nov, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/19.pdf>. Acesso em: 04 out. 2013.

HUTZ, C. S.; KOLLER, S. H. Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. Estudos em Psicologia, Natal, v. 2, n. 1, p. 175-97, 1997.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. V. D. M. Aspectos socioculturais do consumo de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O Tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RIBEIRO, M.; DUALIBI, L. B.; PERRENOUD, L. O.; SOLA, V. Perfil do usuário e história natural do consumo. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O Tratamento do usuário de crack**. 2. ed. – Porto Alegre: Artmed. 2012.

SANTANA, M. **Grande Vitória não tem estrutura para tratar dependentes químicos**. Disponível em: http://www.eshoje.jor.br/_conteudo/2013/10/noticias/saude/10887-grande-vitoria-nao-tem-estrutura-para-tratar-dependentes-quimicos.html. Acesso em: 25 out. 2013.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SIMÕES, C. Curso de direito do serviço social. 5. ed. – São Paulo: Cortes, 2011

SOARES, C. B.; JACOB, P. R. Adolescentes, drogas e AIDS: avaliação de um programa de prevenção escolar. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, nº 109, p. 213-237, mar. 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/cp/n109/n109a10.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2013.

SOUZA, L. M. A Feitiçaria na europa moderna. São Paulo: Ática, 1987.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito'. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Estudo diz que Brasil é o 2º consumidor mundial de cocaína e derivados**. Disponível em: http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/09/brasil-e-o-segundo-maior-consumidor-de-cocaina-e-derivados-diz-estudo.html>. Acesso em: 10 set, 2013.

VITÓRIA (ES). Atividades econômicas. Disponível em: < http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/economia_financas/ativ_tabelas/ativ_economica/tab3.asp>. Acesso em: 15 set. 2013d.

VITÓRIA (ES). Centro de Referência Especializado de Assistência Social para População de Rua (Centro-Pop). Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/

cidadao/centro-de-referencia-acolhe-adultos-em-situacao-de-rua>. Acesso em: 20 set. 2013h.

VITÓRIA (ES). Consultório itinerante leva cuidados com saúde e atendimento a moradores de rua. *2013i.* Disponível em: < http://www.vitoria.es.gov.br/noticias/noticia-12107>. Acesso em: 05 out. 2013.

VITORIA (ES). Dados do censo 2010. Disponível em: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/Censo_2010/Dados_Universo/Raca_cor/Tab4.pdf>. Acesso em: 18 set. 2013.

VITÓRIA (ES). Decreto nº 15.433 de 6 de julho de 2012b. Cria o Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack. Disponível em: http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=177219. Acesso em 02 jul. 2013.

VITÓRIA (ES). Decreto nº 15.648 de 16 março de 2013r. Altera dispositivos do Decreto nº 15.433, de 26 de julho de 2012. Disponível em: http://sistemas.vitoria.es.gov.br/ webleis/consulta.cfm?id=179200>. Acesso em: 05 jul. 2013.

VITÓRIA (ES). Endereços dos CREAS. Disponível em: < http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/ centro-especializado-atende-casos-de-violacao-de-direitos>. Acesso em: 19 set. 2013j.

VITORIA (ES). História de Vitória. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/turista/historia-de-vitoria. Acesso em: 16 set. 2013a.

VITÓRIA (ES). Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Vitória (IDH-M). Disponível em: < http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/idh/idh.asp>. Acesso em: 12 set. 2013e.

VITÓRIA (ES). Jovens. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/empreendedor/jovens. Acesso em: 21 out. 2013m.

VITÓRIA (ES). Lista de endereços e contato dos Cajuns. Disponível em: < http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/projeto-cajun-oferece-esporte-e-arte-para-crianca-e-adolescente>. Acesso em: 19 set. 2013f.

VITÓRIA (ES). Lista de endereços e contato dos CRAS. Disponível em: < http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/ 20140829_endereco_cras_(novo).pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

VITÓRIA (ES). Onde anda você? diminui em 66% número de pessoas em situação de rua na capital. Vitória, ES, 17 jan. 2014a. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/noticia/onde-anda-voce-diminui-em-66-por-cento-numero-de-pessoas-em-situacao-de-rua-na-capital-13506>. Acesso em: 20/01/2014.

VITÓRIA (ES). Organogramas de funcionamento das secretarias da prefeitura de

vitória. Disponível em: < http://sistemas.vitoria.es.gov.br/docOficial/?tp=organograma>. Acesso em: 20 mar. 2014c.

VITÓRIA (ES). Pessoas em situação de rua voltam a estudar em escola de jovens e adultos. Vitória, ES, 09 abr. 2012a. Disponível em: < http://www.vitoria.es.gov.br/noticias/noticia-8266>. Acesso em: 02 out. 2013.

VITÓRIA (ES). Políticas e ações voltadas para a promoção da igualdade racial. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/turista/igualdade-racial. Acesso em: 07 nov. 2013n.

VITÓRIA (ES). Programa "Onde Anda Você?" já acolheu quase 500 pessoas em situação de rua. Vitória, ES, 10 abr. 2014b. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/noticias/noticia-14206>. Acesso em: 21 abr. 2014.

VITÓRIA (ES). ProJovem realiza atividades para quem tem de 15 a 17 anos. Disponível em: < http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/projovem-realiza-atividades-para-quem-tem-de-15-a-17-anos>. Acesso em: 09 nov. 2013o.

VITÓRIA (ES). Relatório de Gestão 2010: mapa da regionalização de saúde em Vitória. Disponível em: < http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20110928_relatorio _gestao_2010.pdf>. Acesso em: 23 out. 2013.

VITÓRIA (ES). Videomonitoramento. Disponível em: < http://www.vitoria.es.gov.br/cidade/cameras-de-videomonitoramento>. Acesso em: 11 nov. 2013p.

VITORIA (ES). Vitória em dados: mapa das regionais. Disponível em: < http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/regiao_administrativa/RA_GERAL.pdf>. Acesso em: 17 de set. 2013b.

VITORIA (ES). Vitória em dados: perfil socioeconômico. Disponível em: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/perfil.asp. Acesso em: 19 set. 2013c.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local

Av. Nossa Senhora da Penha, 2190 – Santa Lúcia Vitória/ES - CEP: 29045-402 - Tel: (27) 3334 3500



Declaro por meio deste termo que concordo em ser entrevistada e participar da pesquisa referente ao projeto intitulado: Estudo da Política do Plano de Enfrentamento ao Crack do Município de Vitória(ES), desenvolvido por Christiano de Oliveira Almeida. Fui informada ainda, que a pesquisa é orientada pelo(a) Prof^a. Dr^a. Soraya Gama de Ataíde, e sempre que quiser poderei pedir mais informações à pesquisadora através do telefone (27) 3334-3543, ou e-mail: Soraya.Gama@emescam.br.

Afirmo que aceitei participar espontaneamente, sem receber qualquer incentivo ou ter qualquer ônus, com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) que ao participar desta pesquisa não terei nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o conhecimento das Políticas Públicas sobre o crack no Município de Vitória (ES), pois a partir dessas informações, o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, no que tange à coleta de dados. Fui também esclarecido(a) de que apenas o pesquisador e sua orientadora terão acesso às minhas informações e as mesmas ficarão sob a guarda do pesquisador até 5 (cinco anos) após a conclusão da pesquisa, quando então serão descartados de maneira adequada. Minha colaboração será feita de forma confidencial e privativa através de um questionário auto-aplicativo com duração de aproximadamente 45 minutos, que será realizado por um profissional treinado.

Estou ciente que posso me retirar dessa pesquisa e também me recusar a dar alguma informação a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento médico ou sofrer qualquer constrangimento.

Qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa fui informado (a) de que poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM (CEP/EMESCAM), no telefone: (27) 3334-3586. Atesto o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Vitória,	de	de 2013.	
		Assinatura do (a) Participante	
	_	Assinatura do pesquisador	

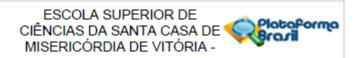
APÊNDICE B - Roteiro do Questionário

I –	lde	entificação do Entrevistado:	
	a)	Nome:	
		Idade:	
		Sexo:	
		Escolaridade:	
	e)	Formação acadêmica:	
	f)	Secretaria em que Atua:	
	g)	Cargo ocupado na Secretaria:	
		Questionário	
na	Se	pontue as ações de prevenção voltadas para problemática do ecretaria em que atua:	crack
2.	1.2))	
2.	1.3))	
2.	1.4))	
2.	1.5)) Outras	
cra	ack	Pontue as ações voltadas para o tratamento/cuidado aos usuár a na Secretaria de Saúde.	ios de
2.2	2.1)	
2.2	2.3))	
2.2	2.4)	
2.	1.5)	Outras	
ex 2.3 2.3	ecu 3.1) 3.2)	Pontue as ações na área da Segurança Pública que estão utadas, em relação ao enfrentamento ao tráfico .	sendo
2.3	3.4		
2.3	3.5)	Outras	
	,		

 2.4) Pontue as ações intersetoriais que estão sendo desenvolvidas em relação ao enfrentamento ao crack (favor relacionar as Secretarias envolvidas). 2.4.1) secretarias envolvidas
2.4.2)secretarias envolvidas
secretarias envolvidas
2.4.4)
secretarias envolvidas
2.4.5)Outras
secretarias envolvidas
 2.5 . Existe dificuldades encontradas no processo de planejamento e/ou implantação das ações voltadas para o enfrentamento ao crack?(Secretaria de Gestão Estrategica) () sim. Caso marque, responda a próxima questão. () não. Caso não marque siga para a questão 2.7.
2.6. Pontue as dificuldades encontradas no processo de planejamento e/ou implantação das ações voltadas para o enfrentamento ao crack?(Secretaria de Gestão Estratégica) 2.6.1) 2.6.2) 2.6.3) 2.6.4) 2.6.5) Outras
2.7) Relate sua opinião, sobre a relação entre as ações integradas de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack na Política de Enfrentamento ao Tráfico de drogas pela Prefeitura de Vitória.

·
2.8) Pontue as ações de reinserção social dos usuários de crack e outras
drogas que você conhece.
2.8.1) 2.8.2)
2.8.3)
2.8.4)
2.8.5) Outras
2.9 – Deseja acrescentar outras informações que não foram abordadas no questionário e que gostaria de comentar (sobre as políticas publicas voltadas para a temática do Crack e outras drogas)

ANEXO A - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo da Política de Enfrentamento ao Crack no Município de Vitória.

Pesquisador: Christiano de Oliveira Almeida

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 15301613.0.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 454.211 Data da Relatoria: 29/10/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Emescam. Pesquisa qualitativa e exploratória, em tres vertentes: 1)pesquisa bibliográfica; 2)pesquisa documental; e 3)pesquisa de campo mediante aplicação de questionário com perguntas abertas a 5 gestores municipais diretamente envolvidos na política do enfrentamento ao crack em Vitória (1 de cada Secretaria Municipal: Saúde, Assistência Social, Segurança Urbana, Gestão Estratégica e Educação).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

 -Identificar o conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como de enfrentamento ao tráfico, realizado pela Prefeitura Municipal de Vitória (ES).
 Objetivos Secundários:

- Identificar as ações que estão sendo executadas de Enfrentamento ao crack;
- Identificar a implementação das ações para a abordagem do tema de forma intersetorial; -- Identificar o perfil socioeconômico dos usuários de crack que utilizam os CAPS AD e CAPS I;
- Identificar as conquistas registradas com as ações voltadas para esta temática;
- Identificar as dificuldades encontradas no processo de planejamento e/ou implantação das

Continuação do Parecer: 454.211

ações;

Avaliação dos Riscos e Beneficios:

Segundo o projeto não há riscos e o benefício é divulgar o trabalho desenvolvido pelas redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações da Política de Assistência Social, da Política de Saúde entre outras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa bibliográfica não envolve seres humanos, o mesmo ocorrendo com a pesquisa documental proposta neste projeto, de modo que não analiso estas vertentes.

A pesquisa de campo classifica como participantes os gestores públicos e o questionário que estes gestores deverão responder têm 8 perguntas, sendo 7 a respeito de informações institucionais e 1 abordando opinião do participante sobre uma política institucional. Esta é a pergunta 6): QUAL A SUA AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO AO CONJUNTO INTEGRADO DE AÇÕES DE PREVENÇÃO, TRATAMENTO E REINSERÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE CRACK E, ENFRENTAMENTO AO TRÁFICO DE DROGAS PELA PREFEITURA DE VITÓRIA.

Quanto às perguntas sobre informações institucionais, é dever dos gestores respondê-las, verbalmente ou por escrito, pois isto consiste em uma obrigação funcional do servidor público responsável pela gerência de um serviço ou programa. Desta forma, no que diz respeito a estas perguntas, não cabe situar os gestores como participantes da pesquisa, pois eles estarão fornecedendo informações institucionais como cumprimento de dever de ofício.

Já a pergunta que representa expressão de opinião sobre uma política pública permite enquadrá-los como participantes da pesquisa. No entanto, embora possa haver controvérsias, não me parece que emitir opinião a respeito de uma política pública seja uma situação que caracterize a participação em pesquisa com seres humanos, pois é equivalente à participação em pesquisa sobre intenção de voto, por exemplo.

Diante do exposto, penso que este projeto não trata de pesquisa com seres humanos e não deveria ser objeto de avaliação pelo CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto está correta. Carta de anuência da Secretaria Municipal de Gestão Estratégica. O TCLE está confuso:

- Não diz qual seria, exatamente, a participação dos gestores.
- A respeito da possibilidade de o gestor retirar-se da pesquisa, cita "sem prejuízo para meu acompanhamento médico".

Continuação do Parecer: 454.211

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando que os dados a serem coletados não serão de seres humanos como sujeitos de pesquisa de saúde, na forma de questionário, prontuário ou medidas diretas ou indiretas de parâmetros biológicos, declaramos que o referido pesquisador está dispensado de prévia submissão deste projeto de pesquisa à análise e julgamento por este CEP.

VITORIA, 11 de Novembro de 2013

Assinador por:
PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 Prédio da Fisiote. Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29,045-402

UF: ES Municipio: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ANEXO B - Carta de Anuência da Prefeitura Municipal de Vitória

CARTA DE ANUÊNCIA

Lenise Menezes Loureiro, Secretária Municipal de Gestão Estratégica da Prefeitura Municipal de Vitória (ES), autoriza a realização da coleta de dados para o projeto de pesquisa: "Estudo da Política do Plano de Enfrentamento ao Crack do Município de Vitória (ES)". O pesquisador responsável pela coleta de dados será o mestrando Christiano de Oliveira Almeida com a orientação da professora Dra Soraya Gama de Ataide. Comunico que a autorização para início da pesquisa será validada após apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM a esta instituição.

Lenise Menezes Loureiro Secretária de Gestão Estratégica Prefeitura Municipal de Vitória

Lenise Menezes Loureiro

Secretária Municipal de Gestão Estratégica

Prefeitura Municipal de Vitória

ANEXO C - Carta de apresentação para coleta de dados no CAPS ADIII



PREFEITURA DE VITÓRIA

Carta de Apresentação

Origem	Destino	Data	Emitida por			
SEMUS/ETSUS VITÓRIA	SEMUS/	01/04/2014	SANDRA			
Resumo do Assunto						
ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR						

SENHORA GERENTE,

O PROJETO DE PESQUISA DE MESTRADO INTITULADA "ESTUDO DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO CRACK DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES" DE AUTORIA DE CHRISTIANO DE OLIVEIRA ALMEIDA" FOI APROVADO PARA SUA REALIZAÇÃO.

ESCLARECEMOS QUE O PRESENTE ESTUDO SERÁ DESENVOLVIDO COM O OBJETIVO DE ANALISAR O CONJUNTO INTEGRADO DE AÇÕES DE PREVENÇÃO, TRATAMENTO E REINSERÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS, BEM COMO DE ENFRENTAMENTO AO TRÁFICO, REALIZADO PELA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA (ES).

PARA ATINGIR OS OBJETIVOS DA PESQUISA SERÁ APLICADO QUESTIONÁRIO COM PERGUNTAS ABERTAS A UM MEMBRO DE CADA SECRETARIA INDICADOS PELO RESPECTIVO GESTOR MUNICIPAL, ENVOLVIDO NA POLÍTICA DO PLANO DE ENFRENTAMENTO AO CRACK NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA (ES) DAS SECRETARIAS DE SAÚDE, SEGURANÇA URBANA, GESTÃO ESTRATÉGICA E DA EDUCAÇÃO

NO CAPS AD SERÁ FEITO LEVANTAMENTO DE DADOS EM PRONTUÁRIO 10 (DEZ) DIAS, DO PERFIL SOCIAL, DEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE CRACK: IDADE; SEXO; ESCOLARIDADE; OCUPAÇÃO REGULAR; RENDA; ESTADO CIVIL; NÚMERO DE MORADORES NO DOMICILIO; RENDA FAMILIAR; NÚMERO DE FILHOS; LOCAL DE RESIDÊNCIA; TEMPO DE USO DE CRACK; IDADE DE INÍCIO DE USO DE CRACK; FREQUÊNCIA DE USO, NÚMERO DE PEDRAS DE EPISÓDIO TÍPICO DE CONSUMO; USAVA OUTRAS SUBSTÂNCIAS ANTES DE CONHECER O CRACK; QUAIS USAVA ANTES (APENAS PARA QUEM INFORMOU USAR); USA OUTRAS SUBSTANCIAS ALÉM DO CRACK; QUAIS TEM USADO ALÉM DO CRACK (APENAS PARA QUEM INFORMOU USAR); PROBLEMAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES COM POLÍCIA OU JUSTIÇA, DESEMPREGO, VIOLÊNCIA, ENTRE OUTROS.

RESSALTAMOS QUE OS PESQUISADORES FORAM ORIENTADOS QUE A LIBERAÇÃO ESTÁ CONDICIONADA À DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS EM FORMA DE CD E/OU APRESENTAÇÃO ORAL PARA A SECRETARIA.

SOLICITAMOS QUE OS PESQUISADORES SEJAM RECEPCIONADOS E QUE A PESQUISA SEJA VIABILIZADA POR ESTA UNIDADE. ATENCIOSAMENTE,

REGINA CÉLIA DINIZ WERNER

DIRETORA DA ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE

ANEXO D - Relação dos CRAS E UIP em Vitória (ES)

GERI	ENCIA DE	ATENÇAC	JAFAN	IILIA – SEMAS/GAF	
	RELAÇÃO	DE EQUIP	AMENTO	S (CRAS E UIP)	
CRAS/ COORDENADOR	ENDEREÇO		ÁREA DE ABRAN	IGÊNCIA	
Região Rua Loren Reno, 115 – Parque Mosco (Antigo Colégio Americano) - Vitória - E (EP: 29.018-120 - Tel:3132-8190/8074 GORETI email: crcentro@vitoria.es.gov.br		o) - Vitória - ES 32-8190/8074	Cabral = Do Cabral, Capixaba e Comunidade de Cidade Al Centro, Fogte Grande, Ilha do Principe, Moscoso = Do Mosc Parque Moscoso, Piedade, Quadro = Do Quadro, Santa Clar Rubim.		
Região Consolação ROSEANE	Rua Pedro Lima do Rosá Vitória, CEP 29.045-650. Tel.: 3235-2605/2672 e 3 email: crconsolacao@vito	327-9865	Consolação, Com De Lourdes, Naza	nunidade do Jaburu = Gurigica, Horto, Lourdes aré = Nazareth,	
Região Continental ANDRÉA	Rua Bertino Borges, 10 (Entrada em frente a Igre CEP 29.070-815. Tel.: 3317-9858 / 8792. email: crcontinental@vito	3, - Antônio Honório, eja Universal) Vitória –	Penha, Jardim Car	o Honório, Boa Vista, Goiabeiras, Jardim da mburi, Jabour, Maria Ortiz, Mata da Praia, Morada que Industrial, Pontal de Camburi, República, Sólon Borges.	
Região Inhanguetá DANIELA	Rua Bela Vista, 51- Inhan Católica) – Vitória – ES, 0 Tel.: 3233-9692 / 9685 email: crinhangueta@vito	guetá (Próximo Igreja Cep:29.031-670.	Bela Vista, Estrelin	nha, Grande Vitória, Universitário, Inhanguetá.	
Região Itararé	Rua das Palmeiras, 305, Extrabom), Vitória-ES, C Tel.: 3215-3132 / 3368 email: critarare@vitoria.e	ep:29.047-550	Itararé, São Bened	iito, Penha = Da Penha.	
Região Jucutuquara TALITA	Av. Paulino Muller, 888,J ao Bar do Ceará), Vitória Cep:29.040-712-Tel.: 313 email: criucutuquara@vit	ucutuquara, (próximo -ES, 32-8359 / 8360	Comunidade Fradinhos = Fradinhos, Cruzamento, Forte São João, Jucutuquara, Romão.		
Região Maruípe CREMILDA	Rua Rui Barboza, 81, Ma Católica), Vitória – ES, C Tel.: 3314-5311 / 5336	ruipe (próximò Igreja cep:29.043-020	Comunidade Eucalipto = Maruípe, Engenharia = Itararé, Maruípe Santa Cecília, Santos Dumont, São Cristóvão, Tabuazeiro e Bonfim.		
Região Praia do Canto	email: crmaruipe@vitoria Rua Engº Fábio Ruschi Vitória - ES, (em fren: Brasil) Cep 29.050-670 Tel.: 3382-5473 / 3315-4	te Artes & Bordados	Ilha de Santa Maria, Ilha do Frade, Ilha do Boi, Ilha de Monte Belo Monte Belo, Jesus de Nazaré = Jesus de Nazareth, Praia do Can comunidade São José = P. do Suá, Santa Helena, Sta Lúcia,		
MARILENE Região Santa Martha MARGARETH	email: crpcanto@vitoria.e Av. Leitão da Silva, 3375 - ES, Cep 29.045-115 (A Tel.: 3332-7942 / 5975	- Andorinhas, Vitória Antiga US Andorinhas)			
Região Santo Antônio VIVIANE	email: crsmartha@vitoria Rua Albuquerque Tovar,2 (Prainha - Próx. NISPI e Cep:29.026-010 - Tel.:31 email: crsantonio@vitoria	215-Sto Antônio-Vitória Acad. Popular) 32-8189-3332-5658			
Região São Pedro Território I RAFAEL	Rua José Francisco de André (antiga Un. de Cèp:29.032-115 - Tel.: 33 email: crspedro@vitoria.e	Saúde) ; Vitória-ES, 332-6889 / 2001 es.gov.br			
Região São Pedro Território II JULIANA	gião Rua Tancredo Neves, 79 - Resistência (em frente a Igreja Presbiteriana), Vitória-ES (cep.29.032-567 - Tel.; 3225-2713 / 2965		m Conquista, São Pedro V = Nova Palestina, Resistência.		
UNIDADES DE INCLUSÃO PRODUTIVA SABRINA AL ORDENA AL ORDE					
Cleilton (csanta		Mariquitto – 3382-6 Equipe Adminis chelle e Bruna (atenca	strativa: 3382-61 oafamilia@vitoria.e:	mariquito@vitoria.es.gov.br	
Coordenadora email:ctcras@v Av. Nossa Sra.	itoria.es.gov.br dos Navegantes, 225 – andar – Enseada do Suá	Coordenação Transf. Benefícios (Bolsa Fa Coordenadora: MAR' email: (mbcaretta@vit Av. Nossa Sra. dos Na Ed. Tucumā, Térreo – Vitoria – CEP: 2905	mília) TA oria.es.gov.br) avegantes, 225 – Enseada do Suá	Coordenação de Inclusão Produtiva – CIP Coordenadora: LAYLA notes: ctip@vitoria.es.gov.br Av. Nossa Sra. dos Navegantes, 225 – Ed. Tucumã, 1º Andar – Enseada do Suá – Vitoria – CEP: 29052-150. Tel.: 3314-4313	

ANEXO E – Unidade de atendimento – Secretaria de Assistência Social (SEMAS)

QUADRO DE UNIDADES DE ATENDIMENTO - SEMAS/GSC					
UNIDADE DE ATENDIMENTO	TERRITÓRIO	ENDEREÇO	MARIA ARLINDA MARTINS E MARTINS DE ARRUDA		
CENTRO DE CONVIVÊNCIA DA 3º IDADE (CCTI – CENTRO)	ANTÓNIO HONÓRIOCONSOLAÇÃO, BAIRRO DE LOURDES, BAIRRO REPÚBLICA, BELA AURORA, BENTO FERREIRA, GRANDE VITÓRIA, ROMAO, SÃO PEDRO III, SANTA TEREZA, BAIRRO UNIVERSITÁRIO, BELA VISTA, BONFIM, CARATOÍRA, CENTRO, CRUZAMENTO, ESTRELINHA, FORTE SÃO JOÃO, FRADINHOS, FONTE GRANDE, GOIABEIRAS, HORTO, IIHA DE MONTE BELO, LIHA DO PRÍNCIPE, ITARREI, JARDIM CAMBURI, JOANA D'ARC, JARDIM DA PENHA, JUCUTUQUARA, MORRO DO QUADRO, MORRO DO CABRAL, MÁRIO CYPRESTE, MORRO DO MOSCOSO, MATA DA PRAÍA, JESUS DE NAZARETH, PRAÍA DO SUÁ PIEDADE, PARQUE MOSCOSO, REDEDRÇÃO, SANTOS DUMONT, SANTO ANDRÉ, SANTO ANTÓNIO, SANTA CLARA, SÃO CRISTÓVÃO, SANTA MARTA, TABUAZEIRO, VILA RUBIM, VIANA	CORONEL MONJARDIM, 147/ CENTRO, Tel 3381 3416/ 3412			
CENTRO DE CONVIVÊNCIA DA 3º IDADE (CCTI – JD. CAMBURI)	JARDIM CAMBURI, SANTO ANTÓNIO, PARQUE MOSCOSO, SÃO PEDRO III, JARDIM DA PENHA, MATA DA PRAIA, JOANA D'IRC, SANTA MARTA, ANDRÉ CARLONI, BAIRRO DE FÁTIMA, CARAPINA, ENSEADA DO SUÁ, BAIRRO REPÚBLICA, EURICO SALES, SANTA HELENA, BENTO FERREIRA, BAIRRO DA PENHA, JESUS DE NAZARETH, SANTA LÚCIA, JACARAÍPE, CENTRO, SANTO ANDRE	DOUTOR JOÃO BATISTA MIRANDA DO AMARAL, 115/ JARDIM CAMBURI, 3337 4625	EDNA SALGADO GRANJEIRO MAGALHĀES		
CENTRO DE CONVIVÊNCIA DA 3º IDADE (CCTI – JD. PENHA)	GOIABEIRASJARDIM CAMBURI, JABOUR, MARIA ÖRTIZ. MATA DA PRAIA, MORDAD AD ECAMBURI, PORTAL DE CÂMBURI, BAIRRO REPÚBLICA, PRAIA DO CANTO. CENTRO SANTO ANTÔNIO, VILA RUBIM, MARUÍPE FRADINHOS. BENTO FERREIRA, ILHA DO FRADE, ILHA DO BOI, BAIRRO DE FÁTIMA	AV. SATURNINO RANGEL MAURO, 503/ JARDIM DA PENHA, Tel 3227-9951	RALPH DIAS RIBEIRO		
CENTRO DE CONVIVÊNCIA DA 3º IDADE (CCTI – MARIA ORTIZ)	CENTRO, CONSOLAÇÃO, CONTINENTAL, INHAHGUETÁ, ITARARÉ, JUCUTUQUARA, MARUÍPE, PRAIA DO CANTO, SANTA MARTA, SANTO ANTÔNIO	PROFESSOR EXPEDITO RAMOS BOGEA, 40/ MARIA ORTIZ, Tel 3135 2981/ 2980	MARIA DA PENHA NORBII DE OLIVEIRA		
NÚCLEO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL PARA PESSOA IDOSA (NISPI)	SANTO ANTÓNIO, ALAGOANO, INHAHGUETÁ, BELA VISTA, GRANDE VITÓRIA, SANTA TEREZA, ESTRELINHA, CARATOÍRA SANTA MARTA, PRAIA DA COSTA, ARIOVALDO FAVALESSA, MÁRIO CYPRESTE, VILA RUBIM, CENTRO	HORÁCIO DIAS DOS SANTOS, S/N/ SANTO ANTÔNIO, Tel 3332 3503			
CENTRO DE REFERÊNCIA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (CRPD)	TODO O MUNICÍPIO	AV. PROFESSOR FERNANDO DUARTE RABELO, S/N/ GOIABEIRAS, Tel 3328 48/65	SANDRA FERNANDES MACIEL		
NÚCLEO AFRO ODOMODÊ	TODO O MUNICÍPIO	AREOBALDO BANDEIRA/ BONFIM, Tel 3317 0350/3235 ,2614	CARLOS HENRIQUE GONÇALVES VICTÓRIO		
CENTRO DE REFERÊNCIA DA JUVENTUDE (CRJ)	TODO O MUNICÍPIO	AV. VITÓRIA/ ILHA DE SANTA MARIA, Tel 3132 4042	WESCLEY DA MOTA COSTA		
CAJUN ANDORINHAS	ANDORINHAS, JOANA D'ARC, MANGUE SECO, SANTA MARTHA E SANTA LUÍZA.	R. TEODORICO ROSA DO NASCIMENTO, S/Nº - ANDORINHAS CEP: 29.045- 065, Tel 3315 3808	DANIEL		
CAJUN BAIRRO DA PENHA	BAIRRO DA PENHA.	R. PEDRO FERREIRA LIMA, S/Nº – BAIRRO DA PENHA CEP:29.047-310, Tel 3137 2110	ALESSANDRA COITINHO FERNANDES		
CAJUN BELA VISTA	BELA VISTA, INHANGUETÁ, ESTRELINHA E SANTO ANTÔNIO.	R. PADRE EMÍLIO MIOTTI, Nº 217 – BELA VISTA, Tel 3323 9794	ELISÂNGELA SANTOS PINTO MARTINS		
CAJUN BONFIM	BONFIM, EUCALIPTO, MARUÍPE, SANTOS DUMONT E TABUAZEIRO.	R. JOSÉ NERY DO ROSÁRIO, N° 04 – BONFIM CEP: 29.042- 150, Tel 3324 7220	4-		
CAJUN CONSOLAÇÃO	CONSOLAÇÃO, GURIGICA, HORTO, SÃO BENEDITO E MORRO DA FLORESTA.	R. DESEMBARGADOR GILSON MENDONÇA, N° 997 – CONSOLAÇÃO CEP: 29.045- 620, Tel 3315 1353	JUSSARA PEREIRA BORGES DE ALMEIDA		

CAJUN ENGENHARIA/ ITARARÉ	ENGENHARIA E ITARARÊ	R. ARLINDO SODRÉ, BECO JOÃO LUIZ MATTOS, Nº 16 – ITARARÉ CEP: 29.047-615, Tel 3382 6166	SABRINA
CAJUN JABURU	JABURU.	ESCADARIA PEDRO LIMA DO ROSÁRIO, S/Nº – JABURU CEP: 29.052-113, Tel 3227 5720	ALESSANDRA MOREIRA DA CRUZ
CAJUN MORRO DO QUADRO	MORRO DO QUADRO, CARATOÍRA, SANTA TEREZA, CABRAL, ALAGOANO, SANTO ANTÓNIO, VILA RUBIM E CENTRO.	R. SÃO JOÃO, S/Nº – MORRO DO QUADRO CEP: 2025-280, Tel 3322 5601	-
CAJUN NOVA PALESTINA	NOVÀ PALESTINA, CONQUISTA E RESISTÊNCIA.	R. DO PEDESTRE, S/N° – NOVA PALESTINA CEP: 29.030 120, Tel 3315 1497	SÔNIA MARIA NEVES DE OLIVEIRA
CAJUN PRAIA DO SUÁ	PRAIA DO SUÁ, SANTA HELENA, BARRO VERMELHO, ENSEADA DO SUÁ, ILHA DE SANTA MARIA, ILHA DE MONTE BELO, PRAIA DO CANTO, SANTA LÚCIA, BENTO FERREIRA, ILHA DO FRADE, ILHA DO BOI E JESUS DE NAZARETH.	R. GENERAL CÂMARA, N°199 - PRAIA DO SUÁ CEP: 29.052- 260, Tel 3137 2920	PABLO PAZZINI DE SOUZA
CAJUN ROMÃO	ROMÃO, CRUZAMENTO E FORTE SÃO JOÃO	R. ORMANDO AGUIAR, Nº 234 – ROMÃO CEP: 29.041-370, Tel 3323 5396	RUTH VICENTE PEREIRA
CAJUN SANTO ANDRÉ	SANTO ANDRÉ, SANTOS REIS/SÃO PEDRO I E IV. SÃO PEDRO II, REDENÇÃO, COMDUSA, SÃO JOSÉ E ILHA DAS CAIEIRAS.	R. DA CORAGEM , S/N° - SANTO ANDRÉ CEP: 29.030- 655, Tel 3233 8059	
CAJUN SOLON BORGES	SOLON BORGES, BAIRRO REPÚBLICA, CONJUNTO ANTÓNIO HONÓRIO, GOIABEIRAS VELHA, JABOUR, MARIA ORTIZ, JARDIM DA PENHA E SEGURANÇA DO LAR.	PRAÇA ODILON GRIJÓ, S/Nº – SOLON BORGES CEP: 29.072- 075, Tel 3315 1566	MARIA CAROLINA DE LIMA MONTEVERDE
COLETIVO CENTRO PROJOVEM) - 1 MATUTINO E 1 VESPERTINO	CABRAL=DO CABRAL, CAPIXABA E COMUNIDADE DE CIDADE ALTA=CENTRO, FONTE GRANDE, ILHA DO PRÍNCIPE, MOSCOSO=DO MOSCOSO, PARQUE MOSCOSO, PIEDADE, QUADRO-DO QUADRO, SANTA CLARÁ, VILA RUBIM	CRAS CENTRO - RUA LOREN RENO, 115, PARQUE MOSCOSO, 3132 8074	SUELEN AGUM DOS REIS
COLETIVO CONSOLAÇÃO (PROJOVEM) - 1 MATUTINO	CONSOLAÇÃO, COMUNIDADE DO JABURU=GURIGICA, HORTO, LOURDES=DE LOURDES, NAZARÉ=NAZARETH	CAJUN CONSOLAÇÃO - RUA DESEMBARGADOR GILSON MENDONÇA, 997, GURIGICA,	SUELEN AGUM DOS REIS
COLETIVO CONTINENTAL (PROJOVEM) - 1 MATITUNO	AEROPORTO, ANTÓNIO HONÓRIO, BOA VISTA, GOIABEIRAS, JARDIM DA PENHA, JARDIM CAMBURI, JABOUR, MARIA ORTIZ, MATA DA PRAIA, MORADA DE CAMBURI, PARQUE INDUSTRIAL, PONTAL DE CAMBURI, REPÚBLCA, SEGURANÇA DO LAR, SÓLON BORGES	CRAS CONTINENTAL - RUA BERTINO BORGES, 104, ANTÔNIO HONÓRIO, Tel 3317 8792	SUELEN AGUM DOS REIS
COLETIVO INHANGUETÁ (PROJOVEM) - 1 VESPERTINO	BELA VISTA, ESTRELINHA, GRANDE VITÓRIA, UNIVERTÁRIO, INHANGUETÁ	CRAS INHANGUETA - RUA BELA VISTA, 51, INHANGUETA.	SUELEN AGUM DOS REIS
COLETIVO ITARARÉ (PROJOVEM) - 1 VESPERTINO	ITARARÉ, SÃO BENEDITO, PENHA=DA PENHA	CRAS ITARARÉ – RUA DAS PALMEIRAS, 305, ITARARÉ, VITÓRIA-ES, 3233 9685	SUELEN AGUM DOS REIS
COLETIVO JUCUTUQUARA PROJOVEM) - 1 MATUTINO E 1 VESPERTINO	COMUNIDADE FRADINHO=FRADINHOS, CRUZAMENTO, FORTE SÃO JOÃO, JUCUTUQUARA, ROMÃO	CRAS JUCUTUQUARA - AVENIDA PAULINO MULLER, 888, JUCUTUQUARA, 3132	SUELEN AGUM DOS REIS
COLETIVO MARUÍPE PROJOVEM) - 1 MATUTINO E 1 VESPERTINO	COMUNIDADE EUCALÍPTO-MARUÍPE, ENGENHARIA=ITARARÉ, MARUÍPE, SANTA CECÍLIA, SANTOS DUMONT, SÃO CRISTOVÃO, TABUAZEIRO, BONFIM	CRAS MARUÍPE - RUA RUI BARBOSA, 81, MARUÍPE, 3314 5311	SUELEN AGUM DOS REIS
COLETIVO PRAIA DO CANTO PROJOVEM) - 1 MATUTINO E 1 VESPERTINO	BARRO VERMELHO, BENTO FERREIRA, ENSEADA DO SUÁ, ILHA DA FUMAÇA=ILHA DE SANTA MARIA, ILHA DO FRADE, ILHA DO BOI, ILHA DE MONTE BELO=MONTE BELO, JESUS DE NAZARETH, PRAIA DO CANTO, COMUNIDADE SÃO JOSÉ=PRAIA DO SUÁ, SANTA HELENA, SANTA LÚCIA, SANTÁ LUIZA	CRAS PRAIA DO CANTO - RUA ENGENHEIRO FÁBIO RUSCHI, 288, BENTO FERREIRA. E CAJUN PRAIA DO SUÁ - RUA GENERAL CÂMARA, 199, PRAIA DO SUÁ, Tel 3315 4376-	SUELEN AGUM DOS REIS
COLETIVO SANTO ANTÔNIO PROJOVEM) - 1 MATUTINO E 1 VESPERTINO	COMUNIDADE DO ALAGOANO=ARIOVALDO FAVALESSA, CARATOÍRA, MÁRIO CIPRESTE-MARIO CYPRESTE, SANTA TEREZA, SANTO ANTÓNIO	NISPI SANTO ANTÔNIO - RUA HORÁCIO DIAS DOS SANTOS, PRAÇA STELA COIMBRA, SANTO ANTÔNIO, 3323 3503	SUELEN AGUM DOS REIS

COLETIVO SÃO PEDRO I (PROJOVEM) - 1 MATUTINO E 1 VESPERTINO	COMDUSA, ILHA DAS CAIEIRAS, SÃO PEDRO IV=REDENÇÃO, SÃO PEDRO III=SANTO ANDRÉ, SÃO PEDRO II=SANTOS REIS, SÃO JOSÉ, SÃO PEDRO I=SÃO PEDRO	CRAS SÃO PEDRO I - RUA JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA, 170, SANTO ANDRÉ, 3332 2001	SUELEN AGUM DOS REI
COLETIVO SÃO PEDRO II (PROJOVEM) - 1 MATUTINO E 1 VESPERTINO	CONQUISTA, SÃO PEDRO V= NOVA PALESTINA, RESISTÊNCIA	CRAS SÃO PEDRO II - RUA TANCREDO NEVES, 79, RESISTÊNCIA, 3225 2965	SUELEN AGUM DOS REI
	UNIDADE ADMINIST	RATIVA	
COORDENAÇÃO DOS SERVIÇOS	S PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES - SEN	MAS/GSC/CCA - 3317-9811	
COORDENAÇÃO DOS SERVIÇOS	S PARA JOVENS - SEMAS/GSC/CJ - 3382-615	54	
COORDENAÇÃO DOS SERVIÇOS		54	
COORDENAÇÃO DOS SERVIÇOS	S PARA JOVENS - SEMAS/GSC/CJ - 3382-615	3132-4042	

ANEXO F – Unidades de atendimento - SEMAS (média complexidade)

GERÊNCIA DE	PROTEÇÃO	SOCIAL ESPECI	AL DE MÉDIA	COMPLEXIDADE - GMC
UNIDADE DE ATENDIMENTO	END	EREÇOS		TERRITÓRIO
CREAS BENTO FERREIRA LUIZANE COORDENADORA	Santa Mar CEP 2 (27)3132-1719/3	arvalho, 374, Ilha de ria, Vitória/ES. 19040-530. 381-3414/3223-2331 vitoria.es.gov.br	Aeroporto, Antônio Honório, Bairro da Penha, Bairro de Lourdes, Bairro República, Bairro Vermelho, Boa Vista, Consolação, Enseada do Suá, Goiabeiras, Gurigica, Horto, Ilha de Santa Maria, Ilha do Boi, Ilha do Frade, Itararé, Jabour, Jaburu, Jardim Camburi, Jardim da Penha, Jesus de Nazareth, Maria Ortiz, Mata da Praia, Monte Belo, Morada de Camburi, Pontal de Camburi, Praia do Canto, Praia do Suá, Santa Helená, Santa Lúcia, Santa Luísa, São Benedito; São José, Segurança do Lar, Sólon Borges. Alagoano, Bela Vista, Caratoíra, Centro, Cruzamento, Estrelinha, Fonte Grande, Forte São João, Fradinhos, Grande Vitória, Ilha do Principe, Inhanguetá, Jucutuquara, Mário Cypreste, Morro do Cabral, Morro do Quadro, Parque Moscoso, Piedade, Romão, Santa Clara, Santa Teresa, Santo Antônio, Vila Rubim.	
CREAS CENTRO GILMARA COORDENADORA	Vitória/ES: (27) 3132-8 ccentro@v	Freire, 36, Centro, CEP 29015-290. 065 / 3132-8073 vitoria.es.gov.br ro@gmail.com		
CREAS MARUÍPE CRISTIANE COORDENADORA	Joana D'a CEP 2 (27) 3233-3- 8818-441 cmaruipe@	m Derenze, 10410, rrc, Vitória/ES. 29048-024 220 / 3235-2880/ a (Abordagem) vitoria.es.gov.br ruipe@hotmail.com		
CENTRO POP CRISTIANO COORDENADOR	Mário Cypreste CEP 2903 CRISTIANO (27) 3132-7053 / 32		le, Vitória/ES. 227-215. Cobertura de todo o território da cidade d 223-8465 (coord.)	
		UNIDADE-ADMI	NISTRATIVA	
Coordenação do Serviço Especializado em Abordagem Social - SEAS Coordenadora: LUCIANA GATTI CONSTANTINO Igconstantino@vitoria.es.gov.br Av. Nossa Senhora dos Navegantes, 225, Ed. Tucumā, Vitória/ES - 3º Andar CEP 29052-150. 3382-6162		Vinculado adminis SEMAS/ Conselho Cent Coorden JUSCELINO DA CONC conselhotutelar vito Av. Marcos de Azev Moscoso, Vitória/ES 3132-7058 / 3	GMC: Tutelar ro nador: CEIÇÃO SILVA JR. oria@hotmail.com edo, 334, Parque , CEP 29018-035	Vinculado administrativamente a SEMAS/GMC: Conselho Tutelar Maruípe Coordenador:

ANEXO G – Unidade de atendimento – SEMAS (alta complexidade)

UNIDADE DE ATENDIMENTO	AO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COI ENDEREÇOS	TERRITÓRIO
Abrigo para população em situação de rua	Endereco:	,
COORDENADOR: Rogéria Mesquita	Telefone: 3317-2171 E-mail: abrigopmvadra@hotmail.com	
Casa Lar 1 COORDENADOR: Andréia Guignoni	Endereço: Telefone: 3222-5921 E-mail: casalarpmvadra@hotmail.com	
Casa Lar 2 COORDENADOR: Andréia Guignoni	Endereço: Telefone: 3317-4632 E-mail: casalarpmvadra@hotmail.com	
Alojamento Provisório de Famílias de São Cristóvão COORDENADOR: Maria Anita	Endereço: Telefone: 3225-3792	
Alojamento Provisório de Famílias do Sambão do Povo	E-mail: atfamilias@correio1.vitoria.es.gov.br Endereço: Telefone: 3233-9617 E-mail: atfamifilias@correio1.vitoria.es.gov.br	
Albergue Noturno para Migrantes Bezerra de Menezes COORDENADOR: Marinêz Rocha	Endereço: Av. Dario Lourenço de Souza, s/n – Mario Cipreste Telefone: 3132-7054 / 3233-8269 E-mail: anoturno@correio1.vitoria.es.gov.br	
Hospedagem Noturna COORDENADOR: Andreia Martins	Endereço: Rua José Marcelino, 175 – Centro Telefone: 3022-0254 / 3019-9368 E-mail: deia723@hot mail.com	
Centro de Apoio Social à Infância – Casa Viva COORDENADOR: Fátima da Silva Centro de Apoio Social à Adolescência COORDENADOR: Marta Vieira	Endereço: António Telefone: 3322-3066 E-mail: cvivacaritas@terra.com.br Endereço: Telefone: 3322-2710 E-mail: capoiocaritas@terra.com.br	
Casa Lar COORDENADOR: Eunice de Oliveira	Telefone: 3322-3728 E-mail: casabelayista@gmail.com	7
Casa de Acolhida COORDENADOR: Veruska	Endereço: Telefone: 3322-9128 E-mail: c.acolhida@fyaes.org.br	
Centro de Vivência I COORDENADOR: Elaine Maretto	Endereço: Telefone: 3024-0038 E-mail: cvivencia1@fyaes.org.br	
Centro de Vivência II COORDENADOR: Elisa Miertschink	Endereço: F Telefone: 3019-8060 E-mail: cvivencia2@fyaes.org.br	
Centro de Vivência III COORDENADOR: Eliete	Endereço: Telefone: 3019-4997	
Sociedade de Assistência à Velhice COORDENADORA: Lourdes Balestreiro	E-mail: cvivencia3@fyaes.org.br Endereço: Rua Anselmo Serrat, 250 – Ilha de Santa Maria Telefone: 3223-3678 / 3323-2929	

ANEXO H - Unidades administrativas - SEMAS (alta complexidade)

QUADRO DE UNIDADES DE ATENDIMENTO-SEMAS GERÊNCIA DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE UNIDADE ADMINISTRATIVA Gerência de Proteção Social Especial de Alta Complexidade Gerente: Anabel Araújo Gomes Pereira Endereço: Av. Nossa Senhora dos Navegantes, 225 — Praia do Suá Telefone: 3314-4307 E-mail: aagpereira@vitoria.es.gov.br Coordenação de Acolhimento Institucional - Adultos Coordenador: Gilderlândia Silva Kunz Endereço: Av. Nossa Senhora dos Navegantes, 225 – Praía do Suá Telefone: 3382-6161 E-mail: gskunz@correio1.vitoria.es.gov.br Coordenação de Acolhimento Institucional - Crianças Coordenador: Eliana Moreira Nunes García Endereço: Av. Nossa Senhora dos Navegantes, 225 – Praia do Suá Telefone: 3382-6161 E-mail: emngarcia@correio1.vitoria.es.gov.br Coordenação de Acolhimento Familiar Coordenador: Mirella Lotério Siqueira Endereço: Av. Nossa Senhora dos Navegantes, 225 – Praia do Suá Telefone: 3382-6160 E-mail: mlsiqueira@correio1.vitoria.es.gov.br