

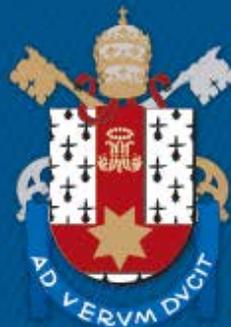
ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

RICARDO FLORES CAZANOVA

**A ATENÇÃO INSTITUCIONAL AS PESSOAS QUE USAM DROGAS: TRATAMENTO OU
PUNIÇÃO?**

Porto Alegre
2017

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

RICARDO FLORES CAZANOVA

**A ATENÇÃO INSTITUCIONAL AS PESSOAS QUE USAM
DROGAS: TRATAMENTO OU PUNIÇÃO?**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dra. Berenice Rojas Couto

Porto Alegre

2017

Ficha Catalográfica

C386a Cazanova, Ricardo Flores

A atenção institucional as pessoas que usam drogas : tratamento ou punição? / Ricardo Flores Cazanova . – 2017.

120 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Berenice Rojas Couto.

1. Dependências de álcool e outras drogas. 2. Tratamento. 3. Punição. I. Couto, Berenice Rojas. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecários responsáveis: Marcelo Votto Teixeira CRB-10/1974 e Michelângelo Viana CRB-10/1306

RICARDO FLORES CAZANOVA

**A ATENÇÃO INSTITUCIONAL AS PESSOAS QUE USAM
DROGAS: TRATAMENTO OU PUNIÇÃO?**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Aprovado em 31 de março de 2017

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora Berenice Rojas Couto (Presidente)
PUCRS

Professora Doutora Jane Cruz Prates
PUCRS

Professora Doutora Leonia Capaverde Bulla
UFRGS

Professor Dr. Tiago Martinelli
UFRGS

Porto Alegre
2017

Aos desviados da tormenta.

AGRADECIMENTOS

À Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, a sua Escola de Humanidades e ao seu distinto Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Federação Internacional de Universidades Católicas (FIUC) pelo fomento à pesquisa e à produção de conhecimento nos diversos campos de investigação.

Às instituições que voluntariamente disponibilizaram documentos não sigilosos para compor parte do corpus de análise da pesquisa, base dessa dissertação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social com os quais tive profícuas aulas e grandes aprendizados: Idília Fernandes, Maria Isabel Barros Bellini, Beatriz Gershenson, Carlos Nelson dos Reis, Gleny Terezinha D. Guimaraes, e, especial agradecimento, às professoras que compõem a Banca Examinadora: Profa Jane Prates, Prof Tiago Martinelli e, principalmente, às Professoras Leonia Capaverde Bulla e Berenice Rojas Couto, as quais com sensibilidade, compreensão e competência motivaram-me a seguir em frente quando tudo parecia tão distante. De coração, muito obrigado!

Às secretárias da Escola de Humanidades e Programa de Pós-graduação e da Faculdade de Serviço Social (PPGSS), pela agilidade, competência e cordialidade, não poderia deixar de nominá-las: Andréa Küttner, Nazira Assef de Azevedo e Patrícia Fochezatto.

Aos colegas do PPGSS- PUCRS pelos debates profícuos e aprendizados coletivos e partilha e construção de conhecimento. Grato também, aos colegas e amigos do Núcleo de Pesquisa em Demandas e Políticas Sociais e do Grupo de Pesquisa em Proteção Social e Direitos Sociais - PUCRS.

Aos trabalhadores, gestores, pesquisadores, residentes e aos estagiários com os quais mantive contato durante o decorrer dessa pesquisa, muito obrigado pela receptividade, pela contribuição (quando possível), pela paciência, compreensão e intenção em ajudar.

À minha amada família, motivo da mais singela e verdadeira alegria, paz e razão de ser: Juliana e Isadora, amores de minha vida, obrigado pela cumplicidade e apoio incondicional. Sem vocês nada teria o mesmo sentido.

«... e se buscando vás mercadoria
que produz o aurífero levante,
canela, cravo, ardente especiaria
ou droga salutífera e prestante;
ou se queres luzente pedraria,
o rubi fino, o rívido diamante,
daqui levarás tudo tão sobejo
com que faças o fim a teu desejo.»
(CAMÕES, 1972)

RESUMO

A presente tese tem como objeto central desvendar se após o incremento das legislações oriundas da Constituição de 1988 no tocante a questão do uso de álcool e drogas os tratamentos dispensados pelas Instituições que tem essa finalidade sofreram alterações ou ainda mantêm características de punição. O estudo, que originou a presente tese, integrou-se à pesquisa guarda-chuva Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul/ Brasil. Tal pesquisa guarda-chuva foi delineada e operacionalizada pelo Núcleo de Pesquisas em Demandas e Políticas Sociais (NEDEPS-PUCRS) e colaboradores, sob a coordenação da professora Dra. Leonia Capaverde Bulla, em 2010. Para realização desse estudo, baseado no método dialético crítico, utilizou-se de uma abordagem de pesquisa mista com dados quantitativos provenientes de parte do banco de dados e degravações da pesquisa guarda-chuva e de informações disponibilizadas em sites oficiais dos Governos Federal, Estadual e Municipais e das instituições que atendem a demanda pesquisada. Trata-se, portanto de um estudo que contempla, além do banco de dados citado, a legislação sobre drogas e saúde mental, planos e programas executados pelas três esferas de governo e entrevistas. Da análise dos dados é possível apontar que apesar das legislações atuais ainda é possível identificar metodologias de atendimento a pessoas com dependências de álcool e drogas um caráter punitivo, repressivo.

Palavras-Chaves: Dependências de álcool e outras drogas. Tratamento. Punição.

ABSTRACT

The main purpose of this thesis is to determine if after the increase of the legislation originating from the 1988 Constitution regarding the issue of alcohol and drug use, the treatments provided by the Institutions that have this purpose have undergone alterations or still have characteristics of punishment. The study, which originated the present thesis, was integrated into the umbrella research Policies and Practices of Coping with Drug Addiction in Rio Grande do Sul / Brazil. Such umbrella research was delineated and operationalized by the Research and Social Policies Research Center (NEDEPS-PUCRS) and collaborators, under the coordination of Dr. Leonia Capaverde Bulla, in 2010. In order to carry out this study, based on the critical dialectic method, a mixed research approach was used with quantitative data from the database and the degra- cations of the umbrella research and information made available on Federal, State and Municipal Government official sites and institutions that meet the researched demand. It is therefore a study that includes, in addition to the aforementioned database, drug and mental health legislation, plans and programs implemented by the three spheres of government and interviews. From the analysis of the data it is possible to point out that despite the current legislation it is still possible to identify methodologies of care for people with alcohol and drug addictions a punitive, repressive character.

Key-words: addictions to alcohol and drugs. Treatment. Punishment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição das instituições	51
Figura 2 – Regiões Funcionais de Planejamento do RS	52
Figura 3 – Região Funcional 1 - Cidades	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição quanto ao tipo e natureza das instituições selecionadas ---	58
Gráfico 2 – Cidades abrangidas pela amostra -----	59
Gráfico 3 – Avaliação dos usuários quanto aos impactos e resultados do tratamento -----	61
Gráfico 4 – Avaliação dos usuários quanto às condições estruturais das instituições -----	62
Gráfico 5 – Avaliação do atendimento ao usuário/dependente químico pela equipe	63
Gráfico 6 – Avaliação do atendimento e ou suporte ao familiar do usuário -----	64
Gráfico 7 – Avaliação dos usuários quanto aos impactos e resultados do tratamento -----	65
Gráfico 8 – Concomitância de itens avaliados por sujeitos entrevistados -----	66
Gráfico 9 – Avaliação da qualidade da rede de serviços para atendimento a usuários/dependentes de drogas-----	68
Gráfico 10 – Opinião dos usuários quanto aos aspectos destacados para aprimoramento da atenção à dependência de drogas-----	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C. – Antes de Cristo

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi – Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas

CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª edição

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CNM – Confederação Nacional de Municípios

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CR – Consultório de/na Rua do Sistema Único de Saúde

CRAS – Centros de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CREASPOP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CT – Comunidade Terapêutica

DEPLAN – Departamento de Planejamento Governamental do Rio Grande do Sul

DSM – IIR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 3ª edição revisada

DSM- IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 4ª edição

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FIUC – Federação Internacional de Universidades Católicas

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

GM/MS – Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS – Ministério da Saúde
OBID – Observatório Brasileiro Sobre Drogas
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONGs – Organizações não Governamentais
OPAS – Organização Pan Americana da Saúde
PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PCR – Projeto de Consultório de Rua
PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNPSR – Política Nacional para a População em Situação de Rua
PRONACI – Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
PSE – Proteção Social Especial
PPGSS – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RD – Redução de Danos
SEPLAG – Secretaria do Planejamento e Gestão do Rio Grande do Sul
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNC – Sistema Nervoso Central
SRC – Sistema de Recompensa Cerebral
SRTs – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo
UPHG – Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	5
RESUMO	7
ABSTRACT	8
LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE GRÁFICOS	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
SUMÁRIO	13
1 INTRODUÇÃO	15
2 UM PANORAMA SOBRE AS DROGAS NA SOCIEDADE EM TRANSFORMAÇÃO E SEUS REBATIMENTOS PARA O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO	20
2.1 A SOCIEDADE EM TRANSFORMAÇÃO.....	20
2.2 DESAFIOS AO SERVIÇO SOCIAL.....	27
3 A POLÍTICA DE DROGAS E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: CONGRUÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	30
3.1 A LÓGICA DOMINANTE E A ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS.....	33
3.2 AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL.....	36
3.3 ACONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS EFETIVAS.....	40
3.4 PERSPECTIVAS DE ABORDAGENS E MODELOS DE ATENÇÃO AO USO/ABUSO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS.....	43
4 METODOLOGIA	46
4.1 O MÉTODO DIALÉTICO-CRÍTICO.....	46
4.2 O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	47
4.2.1 Síntese da metodologia da pesquisa guarda-chuva.....	47
4.2.2 Metodologia da pesquisa.....	53
5 ATENÇÃO AOS DEPENDENTES E USUÁRIOS DE DROGAS NA REGIÃO FUNCIONAL 1 – RIO GRANDE DO SUL	58
6 CONCLUSÕES	71
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE CATEGORIZAÇÃO	84
APÊNDICE B – LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS	89

APÊNDICE C – LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS NO RS	96
ANEXO A – FRAÇÃO DO INSTRUMENTO DA PESQUISA GUARDA-CHUVA ...	113
ANEXO B – CARTA DA REGIÃO FUNCIONAL 1	115
ANEXO C – CARTA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL DA RF1	116
ANEXO D – CARTAS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RS – SAÚDE MENTAL	
.....	117

1 INTRODUÇÃO

A presente tese de doutorado está sendo apresentada ao PPGSS/PUCRS e vincula-se a linha de pesquisa Serviço Social e as Políticas Sociais. Para introduzir o tema inicia-se com a seguinte indagação: O que separa usuários de drogas intoxicados ou em crise de abstinência daqueles que buscam atendê-los? Há algum tempo, se poderia dizer que a separação entre estes sujeitos se dava por contenção mecânica como camisa de força, contenção química, tais como tranquilizantes e antipsicóticos, ou ainda, outro tipo de intervenção, polêmica, a terapia de eletrochoque. De fato, sabe-se que abordar as pessoas em sofrimento psíquico, por mais bem intencionadas que fossem, enfraquecia a vinculação entre profissionais e usuários reduzindo a efetividade da proposta terapêutica.

O que mudou e o que permanece na atenção em saúde mental às pessoas que enfrentam problemas relacionados ao uso de drogas? Qual a percepção dos usuários quanto à atenção em saúde dispensada a eles pelos serviços e instituições que se propõem a atendê-los quando buscam reduzir ou, ou mesmo, cessar o uso de drogas? Quais são os anseios e as motivações dos usuários para se vincularem às propostas terapêuticas disponíveis? Esses são questionamentos que orientaram o presente estudo.

A Reforma Psiquiátrica, promovida, na Itália, por Franco Basaglia, influenciou o movimento sanitarista brasileiro, no final da década de 1970, e, de certa forma, forneceu aporte aos movimentos sociais que lutavam contra o padrão manicomial.

A Reforma Sanitária brasileira emergiu da ação de trabalhadores e usuários do sistema de saúde pavimentando caminho para a efetivação de importantes conquistas consolidadas na Constituição de 1988.

Dentre os inúmeros avanços no reconhecimento de direitos presentes na Carta Magna brasileira está a saúde como direito fundamental de todos e dever do Estado em sua promoção. O Sistema Único de Saúde contém princípios básicos, tais como a Universalidade do Acesso, a Equidade, a Descentralização, o Controle Social e a Atenção Integral em saúde (BRASIL, 1988).

A descentralização confere aos municípios a responsabilidade pela gestão das políticas de saúde e organização do sistema em nível municipal. Estudar como o

princípio da integralidade se apresenta na atenção em saúde a usuário de drogas no município de Porto Alegre pode ser um caminho para revelar possíveis barreiras que ainda existem na forma de lidar com a demanda.

Conhecer como se dá o processo de atenção a essa população, notadamente, estigmatizada, por vezes, em situação de vulnerabilidade social e, não raro, taxada pela sua situação e não pela sua potencialidade é imprescindível para uma abordagem de totalidade. Também se necessário constatar em que medida a incidência do discurso moralizador, que preconiza a “higienização social” dos “desajustados” e que promove e incentiva a “guerra às drogas” está presente na sociedade e na mídia pública e privada. Nessa perspectiva, mostra-se relevante conhecer como as profissões da saúde, especialmente o Serviço Social, abordam por meio de seus Conselhos Federais e entidades representativas, a questão das drogas na contemporaneidade.

A defesa intransigente dos direitos humanos, o reconhecimento da liberdade como valor ético central e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, são princípios do Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (CFESS, 1993) e orientam a intervenção e o posicionamento profissional.

Em nível regional, o presente estudo objetivou analisar as formas de se produzir atenção às pessoas que buscam apoio institucional para lidar situações relacionadas ao uso, abuso ou dependência de drogas, na RF1. A participação do pesquisador no Estudo viabilizou não só o acesso a bancos de dados que apontaram informações sobre os processos de atenção e tratamento para dependência de drogas ofertado às pessoas que buscam auxílio em instituições especializadas, como também o debate sobre as contradições presentes na totalidade dessa realidade e a realização de análises que auxiliaram no adensamento da produção de conhecimento sobre a temática. Anteriormente, as experiências profissionais num Departamento de Saúde do Trabalhador, num Centro de Atenção Psicossocial e, academicamente, num Consultório na Rua possibilitou a realização de contatos diretos e atendimento interdisciplinares direcionados a sujeitos que vivenciavam problemas relacionados ao uso adverso de drogas. A soma dessas experiências motivaram a realização do presente estudo no intuito de contribuir com novos aportes sobre o tema no caminho da efetiva garantia de direitos que, para além de dispor de meios adequados à produção de saúde e

atenção humanizada àqueles que buscam a superação da dependência, precisa materializar-se concretamente no cotidiano das famílias que vivenciam essa realidade.

Com base no banco de dados da pesquisa guarda-chuva Políticas e Práticas de Enfrentamento a Drogadição no Rio Grande do Sul¹, que entrevistou usuários, familiares, trabalhadores e gestores de instituições que atendem a essa demanda, buscou-se conhecer as formas de se produzir atenção e a satisfação dos sujeitos quanto às referidas formas.

Tal objetivo emerge do seguinte problema de pesquisa: Qual a compreensão dos sujeitos (usuários, gestores, trabalhadores e familiares) em relação à atenção disponibilizada pelas Instituições que atendem pessoas que usam drogas de forma nociva ou que já tenham dependência as drogas?

Dessa forma, deu-se seguimento ao estudo de mestrado intitulado “A integralidade na fonte do Consultório de Rua do SUS” em cujos objetivos buscou-se compreender como os indicadores do princípio da integralidade se apresentavam nos projetos de “consultório de rua”, hoje, “consultório na rua”² entendendo-se a própria integralidade como indicador de efetividade e qualidade da atenção.

Para realização desse estudo, utilizou-se de uma abordagem de pesquisa mista com dados quantitativos provenientes de parte do banco de dados e gravações da pesquisa guarda-chuva e de informações disponibilizadas em sites oficiais dos Governos Federal, Estadual e Municipais e das instituições que atendem a demanda pesquisada. Trata-se, portanto de um estudo que contempla, além do banco de dados citado, a legislação sobre drogas e saúde mental, planos e programas executados pelas três esferas de governo e entrevistas.

¹ A pesquisa Políticas e Práticas de enfrentamento à drogadição no Rio Grande do Sul –Brasil é um estudo interdisciplinar e descentralizado de prospecção internacional apoiado pela Federação Internacional das Universidades Católicas – FIUC. No Rio Grande do Sul, a pesquisa é coordenada pelo Núcleo de Pesquisas em Demandas e Políticas Sociais da pela Faculdade de Serviço Social (BULLA, 2015).

² Equipe de Consultório na Rua corresponde a equipes constituídas por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para: 1. pessoas em situação de rua em geral; 2. pessoas com transtornos mentais; 3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros (BRASIL, 2011).

Três questões específicas orientam a pesquisa, quais sejam: Quais são os modelos utilizados e como são ofertadas, estruturadas e articuladas as ações e os serviços de atenção aos usuários? Qual o contexto histórico-social dos processos de construção da política de saúde no Rio Grande do Sul e no Brasil? Quais são as contradições existentes entre o arcabouço legal das políticas brasileiras sobre drogas e das práticas de saúde e a atenção ofertada? São objetivos específicos do estudo: Revelar a compreensão quanto a atenção em saúde mental. Identificar modelos, instrumentos e processos de atenção ofertada para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas Região Funcional 1 do Rio Grande do Sul. Descrever o percurso histórico da atenção às pessoas usuárias de drogas na dinâmica social da sociedade capitalista identificando as possíveis contradições e reconhecendo as alternativas concretas de superação.

É possível afirmar que houve um incremento nos esforços públicos no sentido de fomentar ações de embate ao uso de drogas, mais especificamente ao crack. O Decreto Federal nº 7.179 de maio de 2010 que, entre outras providências, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, exemplifica essa questão. Esse decreto revela preocupação do governo em dar respostas imediatas a uma situação social evidenciada pela mídia como sendo uma das aflições do cotidiano dos centros urbanos, as cracolândias.

Dados epidemiológicos relativos ao uso de substâncias psicoativas no Brasil revelam que esse processo vem ocorrendo cada vez mais precocemente (GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO 2011) e que há o incremento no uso de tais substâncias, socialmente aceitas, por adolescentes, crianças e idosos. Estima-se que quanto mais cedo os sujeitos se expõem à droga, maior seja o risco de desenvolver um padrão de uso problemático (FIGLIE, 2010). Mulheres tendem a abusar de medicamentos ansiolíticos. Pessoas com comorbidades psiquiátricas poderiam usar algumas drogas para aliviar sintomas da doença pregressa (WANG; SANTANA; ANDRADE, 2010).

De acordo com o Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) conclui-se que é fundamental garantir que o SUS se responsabilize pelo atendimento dos usuários de álcool e drogas e, ao mesmo tempo, não reduzir esta questão a uma problemática exclusiva da saúde (BRASIL, 2002b). Dessa forma, faz-

se imprescindível compreender o uso de álcool e outras drogas como uma questão transversal, multifacetada e com diversas perspectivas de abordagem.

A presente tese, através de sua pesquisa empírica e documental busca desvendar como, contemporaneamente, vem sendo abordada a questão do tratamento a pessoas que se envolvem com o uso de drogas. O cerne desse debate busca subsidiar os trabalhos que vem sendo disponibilizados a essas pessoas no sentido do descortinamento das questões que tem reforçado o preconceito e/ou apontado caminhos que enfoquem integralmente essas pessoas, na sua capacidade de enfrentar os desafios que lhe são postos.

Os achados da pesquisa e sua análise constitui o elo que organiza a tese que é apresentada em 6 capítulos, sendo o primeiro a Introdução; o segundo capítulo apresenta um panorama sobre as drogas na sociedade em transformação e seus rebatimentos para o Serviço Social brasileiro; o terceiro capítulo aborda a Política de Drogas, a lógica dominante de atenção aos usuários de drogas, as perspectivas de abordagem em saúde; o quarto capítulo traz a metodologia da pesquisa guarda-chuva e da pesquisa de doutorado; no capítulo quinto há apresentação dos principais resultados da pesquisa.

Por fim, se apresentam as Conclusões da tese, que no seu conjunto, permitem afirmar:

A Política de Drogas e as Políticas Públicas dela decorrentes não foram capazes de alterar o lugar do estigma em relação ao uso de drogas na sociedade contemporânea. Os sujeitos ainda se encontram fortemente identificados a vários atributos de caráter morais, desqualificadores e passivos, tais como: vadio, vagabundo, fraco, desviante, drogado, bêbado, maconheiro, “crackeiro”, dependente, viciado. Tais estigmas prejudicam a abordagem da situação pelas perspectivas ética, técnica e cidadã, pois afere aos sujeitos uma posição de criminoso e/ou doente.

2 UM PANORAMA SOBRE AS DROGAS NA SOCIEDADE EM TRANSFORMAÇÃO E SEUS REBATIMENTOS PARA O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO

As drogas, não raro, são vinculadas à violência, à criminalidade e à exclusão social. De fato, percebe-se que o uso nocivo de substâncias psicoativas pode potencializar uma série de problemas ligados, direta ou indiretamente, ao uso problemático de tais substâncias. É necessário, contudo, considerar esse fenômeno imerso nas contradições inerentes à sociedade na qual ele é gestado. O objetivo desse capítulo é lançar argumentos para o debate mais amplo, relacionado às transformações societárias. Sem atentar para a totalidade que envolve a questão corre-se o risco de compactuar com violações coercitivas do próprio Estado contra as populações vulnerabilizadas.

2.1 A SOCIEDADE EM TRANSFORMAÇÃO

As drogas são utilizadas, pelo ser humano, há milênios, para diversos fins, dentre eles o de cura, o de lazer e o ritualístico-religioso, dependendo da cultura da sociedade. Atualmente, contudo, as drogas assumem outros aspectos preocupantes que relacionados ao modo de produção capitalista se tornam uma das grandes mazelas da sociedade contemporânea. Vulnerabilidades³, padrões de consumo nocivos e fragilização dos vínculos familiares fazem parte das fendas sociais nas quais drogas lícitas e ilícitas ocupam espaços. Somente o álcool em 2004 esteve relacionado a 3,4% (aproximadamente 200mil pessoas) das mortes ocorridas no mundo e 4,6% da carga global de doenças (OMS, 2005).

No Brasil, estima-se que os gastos causados pelo uso de álcool girem em torno de 2,8 bilhões de reais (OBID), soma-se a isso, no caso das drogas ilícitas, os investimentos em segurança pública e no combate ao narcotráfico. O aumento do potencial destrutivo das drogas se manifesta mais intensamente a partir do avanço tecnológico da sociedade. As drogas têm se tornado cada vez mais potentes e mais

³ Segundo a PNAS (2004) a vulnerabilidade se constitui em situações ou ainda em identidades que podem levar a exclusão social dos sujeitos. Estas situações se originam no processo de produção e reprodução de desigualdades sociais, nos processos discriminatórios, segregacionista engendrados nas construções socio-históricas que privilegiam alguns pertencimentos em relação a outros (BRASIL, 2004).

acessíveis. A mesma química que possibilita a síntese de medicamentos de última geração, também contribui para o avanço das drogas psicotrópicas de abuso, tanto lícitas quanto ilícitas. A falta de controle efetivo e adequado, juntamente com a propalada “guerra às drogas” parece reduzir essa questão à dicotomia do bem contra o mal sem levar em conta que esse problema reflete os valores e os preceitos de uma sociedade capitalista em transformação.

Essas questões, das drogas e das transformações societárias repercutem diretamente no trabalho do assistente social, pois elas refletem de certa forma, o caos do descontrole e do medo tão presentes no trato com as expressões da questão social com as quais os profissionais se deparam cotidianamente. Por esse motivo, é importante entender, ou, pelo menos, refletir um pouco sobre essa temática. E para entender o papel das drogas na sociedade do consumo é oportuno conhecer suas transformações ao longo da história e compará-las às principais transformações da própria sociedade. Nesse sentido, fazer uma retrospectiva histórica é conveniente e pode auxiliar na superação de uma perspectiva reducionista, contribuindo para o alcance de novos patamares de entendimento e novas perspectivas de ação. Dessa forma, a seguir, serão pontuados alguns conceitos e considerações a respeito das drogas, da sociedade, e de alguns rebatimentos no trabalho do Serviço Social.

Em primeiro lugar, é preciso demarcar que o uso de substâncias psicoativas perpassa toda a história da humanidade. Desde os primórdios o ser humano convive com diversos tipos de drogas e se dedica a descoberta de substâncias que despertem outros estados de consciência ou, simplesmente, sensação de bem estar, alívio e prazer (LEITE, 1999; AMADEU, 2008; CARNEIRO, 2010; NIEL, 2011). No sentido farmacêutico consiste em toda matéria prima capaz de originar um fármaco que contenha em si determinado princípio ativo (OGA, 2008). Esse princípio ativo, por sua vez, constitui a essência de um medicamento que poderá ser utilizado para tratar determinada doença dependendo do seu local de ação no organismo e de sua eficácia. Quando o princípio ativo atua no sistema nervoso central ele é chamado de psicotrópico ou psicoativo. Alguns destes compostos têm maior potencial para gerar dependência do que outros.

A dependência, por sua vez é um quadro no qual a pessoa, dentre outros fatores, sente compulsão⁴ pelo uso da substância e, dessa forma, tem dificuldade para controlar o comportamento de consumo. Quanto ao uso de substâncias psicoativas, ele pode ser classificado em: arriscado, disfuncional, experimental, nocivo, recreativo e/ou social. Seibel (2010), com base em documentos da Organização Mundial de Saúde, apresenta esses conceitos referindo que o uso arriscado é aquele que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário, por sua vez o uso disfuncional é aquele que causa problemas sociais como perda de emprego ou conflitos conjugais. O uso nocivo ocorre quando o uso causa diretamente prejuízo à saúde, por exemplo, no caso de contaminação por HIV através do compartilhamento de agulhas com pessoas infectadas durante o uso de drogas injetáveis. Além desses usos mais problemáticos, se reconhece a existência de padrões de utilização de substâncias psicoativas de forma menos prejudicial. É o caso dos usos experimental, recreativo e social (SEIBEL, 2010).

Edward MacRae (2010), com base em estudos dos cientistas Jean-Paul Grund e Norman Zinberg, constata que o uso de drogas está vinculado a três aspectos: disponibilidade da droga; valores, regras, rituais; modo de vida. É possível perceber, a partir do exposto, que os diversos padrões de uso de substâncias psicoativas fazem parte da sociedade contemporânea, pois todos estão presentes no cotidiano. Entende-se por cotidiano tudo que ocorre e abrange a vida humana e dessa forma tudo que está direta ou indiretamente ligado aos aspectos que abrangem a sociabilidade.

Tanto a fugacidade das motivações quanto a rigidez do modo de vida estão presentes no cotidiano ao incorporar valores e hábitos que inserem o homem na dinâmica da singularidade da vida em sociedade (HELLER, 1985). Essa relação entre pessoa e sociedade se dá de maneira espontânea, heterogênea, imediata e com assimilação e reprodução acrítica de normas e valores presentes (HELLER, 1985). Sabe-se, contudo que a dependência química enquanto doença não está relacionada diretamente a valores ou normas. O que se relaciona diretamente é o

⁴ Compulsão é um impulso irresistível. Quando patológica, é a necessidade de agir segundo um impulso que, se controlado, produz extrema ansiedade (PINHEIRO; FIGUEIREDO; CORDEIRO, 2010).

uso de substâncias, conforme Olievstein (1985), as experiências dos usuários de drogas não são empreendidas de forma solitária ou voluntariamente. “Eles as realizam no interior de uma história, de um contexto socioeconômico, imersos em momentos socioculturais, vinculados a sistemas familiares e condicionados pela manipulação e apelo da sociedade na qual vivem” (PAULILO, 2008).

A ingestão de drogas funde-se, portanto, com os dados desta história. E se tratando de dependência por uso de drogas percebe-se que, em geral, “o dependente se isola do contato com a família, amigos, tem dificuldades no trabalho ou escola, podendo se envolver com o crime e o sistema de justiça criminal” (OGA, 2008, p.329). Além disso, para o dependente, a prioridade na vida passa a ser obter e usar droga. A vontade é sempre maior que a prudência; por exemplo, essa compulsão supera até o medo de contrair doenças infectocontagiosas e a contaminação pelo vírus HIV (OGA, 2008). As drogas ativam determinadas áreas cerebrais responsáveis pelo prazer e isso faz com que haja maior potencial adictivo, ou seja, maiores são as possibilidades de se tornar um hábito frequente e compulsivo em busca de reforçar o sistema de recompensa. E, assim, “os efeitos de drogas ou fármacos podem funcionar como reforçadores, ou seja, motivar por si mesmos um comportamento de autoadministração desses produtos” (OGA, 2008, p.330).

Sabe-se, contudo, que nem todos que usam drogas se tornam dependentes. Esse fato se dá porque além dos fatores sociais há fatores biológicos que predisõem determinadas pessoas a desenvolverem a doença da dependência que pode ser definida como: uma síndrome comportamental, caracterizada pela perda de controle (compulsão) sobre o consumo da droga mesmo com intensos prejuízos individuais e sociais “[...] é considerada uma doença crônica, incurável e sujeita a recaída, até mesmo anos após a abstinência” (OGA, 2008, p.328). Assim, a dependência não é uma questão de escolha, de vontade ou de moralidade. “A dependência é uma doença onde o indivíduo é levado a um estado de uso compulsivo do fármaco/droga, de maneira incontrolável” (OGA, 2008, p.328). O uso dessas substâncias é também estimulado por variáveis sociais que predisõem a pessoa à necessidade de se utilizar desse meio para satisfazer seus anseios, que não raro, são instigados e contraditoriamente sonegados pela própria sociedade.

A sociedade capitalista prima pelos exageros, pelos excessos, pelo hedonismo, é marcada pela exclusão, a indiferença, a fragilização dos vínculos afetivos e a descartabilidade. Nesta sociedade, o prazer deve ser rápido, quanto mais imediato e menos exigir interações, melhor. Tem-se a impressão de que não há tempo a perder. Essa pressão exige das pessoas um alto índice de “adaptabilidade” e de saúde mental que não é condizente com a saúde da própria sociedade que, tal qual um louco não reconhece sua loucura.

A instabilidade flexibilizada e velocidade do tempo presente provoca uma angústia causada por essa sociedade que exige dos sujeitos todo seu tempo e esforço e lhe nega o prazer da convivência com as pessoas que lhe são caras, estimula o sujeito a tentar, de alguma forma, libertar-se do sofrimento. Diante de todas essas pressões impostas pelo capital, muitas pessoas procuram nas drogas a possibilidade de fuga para obtenção de prazer em meio a tantas cobranças, privações, injustiças e desigualdades e buscam “liberdade”. Entretanto, o que ocorre é justamente o contrário.

Os toxicômanos se tornam dependentes e perdem o pouco de liberdade que ainda lhes resta, pois passam a não conseguir mais controlar os impulsos e a compulsão pela droga. Aos usuários de drogas, não raro, se vincula a alcunha de pessoas “inadaptadas” à sociedade, quando, na verdade, o que se constata é justamente o contrário. São pessoas perfeitamente “adaptadas” à uma sociedade compulsiva, pois consomem desenfreadamente e são consumidas por ela. A dependência, e os diversos tipos de uso de drogas são sintomas clássicos de uma sociedade do consumo, em constante transformação.

Para entender as transformações da sociedade capitalista e seus sintomas é essencial compreender a questão social e suas novas expressões. Mas antes disso é imprescindível reconhecer o turbilhão que impulsionou a sociedade no século XX. Globalmente, o breve século XX foi marcado por duas Guerras Mundiais entremeadas pela Grande Depressão da década de 1930. Os vastos impérios coloniais erodiram dando espaço a uma nova forma de dominação, a ideológica. O salto tecnológico espacial e farmacêutico foi acompanhado da evolução das armas de destruição em massa. A Guerra Fria polarizou o mundo entre a aliança ocidental e as nações do Pacto de Varsóvia. Os Estados Unidos ratificaram sua hegemonia com a queda do Muro de Berlin (HOBSBAWM, 2003). A poluição ambiental, o

desmatamento e a escassez dos recursos naturais encontraram no século XX seu ponto de superexploração. Aliado a esses fatores, o contraste entre explosão populacional e concentração de renda resulta num exército de pessoas que não têm a mínima chance de se incluírem na dita população economicamente ativa, os sobrantes nos termos de Castel (1998).

A cada dia a população se depara com formas diferentes de expressão das desigualdades, de opressão e exploração mas que não podem ser consideradas como uma nova questão social, pois sua origem é a mesma, a contradição entre capital e trabalho, entre acesso e interdição, entre acumulação e desapropriação. Mas, nos dias de hoje essas expressões da questão social ganham uma nova roupagem, para parecerem novas, uma aparência criativa e fetichizada que as deixam, muitas vezes, tão sutis, ao ponto de serem naturalizadas.

Contudo, ao se superar o aparente, percebe-se que permanecem a exploração, e a acumulação, finalidade imediata do capital mediatizado pelo trabalho coletivo e apropriação privada dos meios de produção. Gesta-se uma tensão, na qual objetivos antagônicos de lucrar e de sobreviver tendo para isso que vender sua força de trabalho se embatem. O Trabalho para Marx é a atividade pela qual o homem domina as forças naturais, humaniza a natureza; é a atividade pela qual o homem se cria a si mesmo (MARX, 1996). Entretanto, o trabalho que deveria ser fonte de realização, na sociedade burguesa, muitas vezes se torna fonte de sofrimento e o ser humano não se enxerga no fruto de seu próprio labor alienando-se pela divisão do trabalho. Introduce-se um “estranhamento” entre o trabalhador e o trabalho, na medida em que o produto do trabalho, antes mesmo de o trabalho se realizar, pertence à outra pessoa que não o trabalhador. O ser humano se aliena no próprio trabalho e em lugar de se reconhecer em suas próprias criações sente-se ameaçado e é oprimido por elas (MARX, 1996).

O trabalho formal é cada vez mais escasso e penoso, com jornadas estafantes criadas para extrair o máximo de mais-valia do trabalhador. Os padrões de acumulação flexível do Toyotismo fazem com que o trabalhador exerça muitas tarefas ao mesmo tempo, seja polivalente. A sociedade do individualismo faz com que aqueles que estão incluídos no mercado de trabalho não se solidarizam com os que não estão incluídos, seja por medo de perder o emprego, ou por enxergar o outro (desempregado) como alguém que não faz por si e esforços cada vez maiores,

nunca suficientes. O adoecimento por excesso de trabalho destacado por Marx, na obra *o Capital*, que levava a morte trabalhadores, por excesso de trabalho, se reedita contraditoriamente na sociedade contemporânea. O desenvolvimento social e tecnológico possibilitaria ao homem reduzir o tempo de trabalho, mas o que se verifica é a sua intensificação, muitas vezes invisível (trabalho domiciliar não pago). Como resultado são frequentes os estresses, esgotamentos, síndromes provocadas pelo excesso de pressão e insegurança que ameaçam cotidianamente a vida e a saúde dos trabalhadores.

Por outro lado, a angústia por não dar conta de todas essas exigências, contribui para agudizar esse processo de verdadeiro adoecimento coletivo. Soma-se a isso o afastamento que a superexploração expõe aos sujeitos das pessoas que lhe são caras, muitas vezes fragilizando vínculos.

Acirra-se a competição e o sentimento do 'salve-se quem puder'. Vive-se, hoje, numa sociedade cada vez mais competitiva, consumista e individualista. O desemprego estrutural ostenta uma massa de miseráveis desprovidos dos mínimos necessários para a sobrevivência digna que carregam consigo a culpabilização pela sua própria situação.

Os sujeitos se veem imersos num universo reificado que supervaloriza o consumo em detrimento das pessoas e da natureza. É a humanização da coisa e a coisificação do homem. As novas tecnologias, a robótica, a internet ao mesmo tempo que possibilitam avanços, provocam um distanciamento do homem de seus iguais, deixando as relações cada vez mais impessoais e distantes. Além disso, o progresso tecnológico juntamente com a redução dos níveis de investimento no setor produtivo e os altos níveis de exigência de preparação contrastam com a ausência de políticas públicas para a qualificação do trabalhador e contribuem para agravar a situação de pobreza e da falta de acesso à renda à parcela expressiva da população (COSTA, 2005).

A sociedade contemporânea, marcada pelos processos de globalização e neoliberalismo, tem o individualismo como processo intrínseco e aparentemente necessário sob o manto do fetichismo da mercadoria. Preconiza-se o salvacionismo do capital frente a suas sucessivas crises, se valendo, para isso, de mecanismos de espoliação, tais como a financeirização da economia mundial e o avanço do agronegócio sobre terras públicas (MARANHÃO, 2008). O empenho estatal nesses

setores contrasta com o pequeno aporte às políticas públicas sociais, tais como educação, saúde e assistência, mantendo assim o padrão de exclusão social vigente. Márcio Pochamann ressalta a importância da matricialidade das políticas de segurança social para o enfrentamento da questão social como enfrentamento das vulnerabilidades da população (POCHMANN, 2010, p. 175). Torna-se premente romper com políticas paliativas e focalizadas de atenção parcial à população a fim de obter-se êxito em termos de desenvolvimento e justiça social.

Como se pode concluir, o uso de drogas está para além dos condicionantes de saúde. As políticas de segurança, educação, assistência, seguridade, trabalho e previdência, dentre outras devem estar articuladas para o enfrentamento dessa expressão que não se resume ao posicionamento dicotômico entre bem e mal implícito nos slogans “antidrogas”, ou “crack nem pensar” tal como veiculado pela padrão repressivo de abordagem conservadora. Essa abordagem reduz a amplitude da questão que não se resume a um desejo subjetivo, mas socialmente implícito e propício à culpabilização do próprio sujeito por sua situação desconsiderando os condicionantes sociais. Por isso, é necessário pensar sobre essa questão à luz da totalidade e dessa forma planejar políticas que contemplem as suas múltiplas determinações e sejam capazes de promover meios que possibilitem às pessoas autonomia e lhes garantam verdadeiramente liberdade de escolha.

2.2 DESAFIOS AO SERVIÇO SOCIAL

Diante de tão complexa realidade, não cabe apenas a uma profissão ou apenas a uma área de conhecimento lidar com essa questão. É necessário que haja articulação interdisciplinar entre as profissões e que, de alguma forma, todos estejam preparados para entender que a dependência química e o uso de drogas permeia toda sociedade infiltrando-se nas crateras de vulnerabilidades por essa mesma sociedade erodida. O Serviço Social se insere, como apenas mais uma profissão neste terreno acidentado. Cabe ressaltar que existem desafios que não podem ser sonegados, pois estão estreitamente ligados ao Projeto Ético Político e ao Código de Ética da profissão (CFESS, 1993).

É necessário hoje ampliar os conhecimentos do Serviço Social, aliado aos conhecimentos de outras áreas que abordam a questão do uso nocivo de drogas e

seus rebatimentos na vida dos sujeitos envolvidos. É importante reconhecer as particularidades deste problema que envolvem não só à saúde, mas também às múltiplas expressões da questão social. Ou seja, é preciso ampliar a perspectiva da ação, considerando a totalidade e o reconhecimento de que esse fenômeno é parte das contradições da própria sociedade que, de um lado, fomenta, possibilita e instiga e de outro culpabiliza, condena e teme sua própria criação.

O Código de Ética profissional dos Assistentes Sociais de 1993, respalda iniciativas no sentido de que os profissionais contribuam com a formulação e a execução de políticas que não reitem estigmas e discriminação e que privilegiem a partir dos sujeitos. Isto se pode verificar em seus princípios, onde se destaca: reconhecer a liberdade como valor ético central das demandas políticas a ela inerentes (autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais), bem como o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças (CFESS, 1993). Nessa direção é necessário pensar políticas voltadas não só à prevenção, mas também ao tratamento e recuperação daqueles que são alijados de atenção. É notório que o uso de drogas perpassa de alguma forma, todas as classes sociais, contudo é nas menos favorecidas economicamente que seu aspecto mais cruel se explicita. Essas pessoas raramente são reconhecidas como doentes ou como sujeitos que necessitam de auxílio. Antes, são estigmatizadas e um dos poucos aparatos estatais que lhes acolhe é o aparato policial repressivo e coercitivo. A criminalização dos pobres tem no tráfico de drogas sua falácia mais consistente para aqueles que negam o caráter de totalidade do fenômeno. O pobre é considerado traficante, o rico é visto como dependente. Para o traficante, a polícia, a exclusão, a humilhação; para o dependente a clínica particular, o amor da família e dos amigos. É preciso romper com essa perspectiva dicotômica. Trabalhar a informação e apresentar formas adequadas de tratamento é essencial para reduzir o número de sujeitos que fazem uso nocivo de drogas e a dependência química. Mas, além disso, é preciso sair da armadilha da causa e efeito restringindo ao próprio usuário a responsabilidade que é de toda a sociedade, da qual é parte.

O Serviço Social tem um importante papel ao contribuir para o desvelamento dessa realidade, ao apontar para o debate numa visão de totalidade, sem fatalismo

ou messianismo. Desvendar o implícito a partir das perspectivas ético-política, teórico- metodológica e técnico-operativa, tendo como orientação o Código de Ética profissional e o projeto ético-político da profissão é fundamental. Para isso, qualificar as pesquisas e direcionar séria atenção à temática é relevante. Muitos estudos precisam ainda serem realizados para ampliar o conhecimento sobre essa temática. Alguns exemplos são: conhecer as características e as condições das pessoas que utilizam drogas. Identificar os fatores de vulnerabilidade e avaliar a rede de atenção aos usuários de drogas. Além disso, é necessário aprofundar os estudos sobre as redes de relacionamento, em nível de prevenção e tratamento para os dependentes de drogas.

3 A POLÍTICA DE DROGAS E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: CONGRUÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

O uso de drogas é considerado alarmante para alguns, para outros, dentro dos padrões de normalidade. Há tendência de relacionar violência e criminalidade ao uso e ao tráfico de drogas. Muitas vezes a mídia veicula manchetes catastróficas sem as devidas mediações influenciando para que o imaginário social aprenda essa relação de forma mecânica. Cientistas são demandados a apresentarem sua contribuição sobre essa temática; porém nem todos os resultados são convenientes à avidez dos meios de comunicação, que por vezes necessitam matérias atrativas para determinada ideologia. O poder público responde com políticas públicas e aporte financeiro para a guerra às drogas. E nessa batalha, os usuários de drogas, principalmente aqueles em situação de rua, costumam ser o foco de ações higienistas.

Outro reflexo da sociedade doente se expressa no costumeiro desrespeito aos direitos humanos daqueles que expõem as feridas da desigualdade. As pessoas em situação de rua⁵ sofrem preconceitos, padecem com condicionantes econômicos, mas guardam consigo a força da resistência. Merecem respeito e o reconhecimento que sua condição desfavorecida não faz dela menos humana ou sujeita a qualquer intervenção ou negação de atendimento quando demandado.

Levando-se em consideração que o uso de drogas na população de rua é consideravelmente elevado, especificamente para população em situação de rua a novidade foi a implementação em nível nacional do chamado Consultório de Rua e Redução de Danos que atualmente funciona como uma Unidade Básica de Saúde⁶ móvel que atende não só as questões relacionadas as drogas, mas também atende demandas de saúde como um todo

⁵ O correto é pessoas em situação de rua e não pessoas de rua ou moradores de rua, pois “considerar que um sujeito é de rua seria o mesmo que considerar que alguém é de casa ou de apartamento [...] Ver essa situação como estado e não como processo é um modo de reiterá-la, sem reconhecer a perspectiva do movimento de superação – e essa parece ser uma questão central” (PRATES, p.194).

⁶ Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011)

Os Consultórios de Rua, assim como os demais serviços de atenção básica de característica itinerante que trabalham com busca ativa, atenta-se para a tênue linha que separa o termo “busca ativa” de suas distintas concepções. Se entendida e assumida em seu âmbito originário (vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador) a busca ativa se relaciona a metodologias de estudos epidemiológicos clássicos, como a investigação de casos notificados/casos índice/eventos sentinela, inquéritos epidemiológicos (BRASIL, 2001, p. 52). Em outras palavras, significa sair à procura de pessoas que apresentem algum sintoma indesejado para que ele possa ser sanado ou controlado. Nesse sentido a busca ativa visa mobilizar aqueles que, em princípio, não procuram os serviços por iniciativa própria, em razão de uma multiplicidade de vulnerabilidades.

O guia de vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde define busca ativa como o ato de “proceder à investigação de casos similares no espaço geográfico onde houver suspeita da existência de contatos e/ou fonte de contágio ativa” [...] (BRASIL, 2005, p. 41). O mesmo documento ressalta, ainda que busca ativa de casos tem o propósito de identificar e notificar casos omissos, que não buscaram atenção médica, a fim de tratá-los, determinar a extensão do evento e ampliar o espectro das medidas de controle.

O termo busca ativa também foi assumido como um termo político pelos movimentos sanitaria e de defesa da integralidade. Nesses campos a busca ativa é vista como uma possibilidade de articulação dos trabalhadores em saúde no território no qual “a vida acontece”. A busca ativa, desses “rebeldes” trabalhadores está, na realidade, relacionada à busca pela efetivação dos direitos da população e deveres do Estado em atender não só as demandas explícitas, mas também as demandas reprimidas.

Essa característica subversiva (LEMKE, 2010) do termo busca ativa pode ser constatada em autores que trabalham na perspectiva dos valores que merecem ser defendidos, como aponta Mattos (2009, p. 43-68). Busca ativa também passou a ser entendida como “um movimento de ir à contra corrente do automatismo da demanda espontânea, no sentido de cartografar as necessidades de saúde para além dos agravos de notificação compulsória de determinado território” (LEMKE, 2010, p.285).

Cabe salientar que se entendida e trabalhada na perspectiva meramente epidemiológica o termo busca ativa pode não só conduzir a intervenções invasivas que violam os direitos humanos, mas também reforçar padrões de controle e tutela sobre as populações vulnerabilizadas e/ou estigmatizadas, ao invés de reforçar sua autonomia.

3.1 A LÓGICA DOMINANTE E A ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS

Todo ser humano, ao nascer tem igual valor. Todos são iguais biologicamente (temos o mesmo DNA que define a espécie). Todos diferentes física e mentalmente. Nossas variações fenotípicas (referentes à aparência) são devidas a uma determinada fase da divisão celular que forma o embrião e das mutações genéticas. Contudo, apesar das poucas diferenças continuamos, todos, pertencendo à raça humana, independente da etnia. As diferenças que existem na natureza são saudáveis e desejadas, pois garantem maior probabilidade de perpetuação da espécie. Contudo, deve-se ter cuidado com essa afirmação, pois ela já foi utilizada para ratificar e exaltar que a competitividade⁷ entre os seres humanos é benéfica. Para embasar esse falacioso argumento foi utilizada de forma deturpada a Teoria da Evolução das Espécies introduzida por Darwin (1859).

Conforme Chauí (2000) “um filósofo, Spencer, aplicou, então, a teoria darwiniana à sociedade: nesta, os mais “aptos” (isto é, os mais capazes de competir e concorrer) tornam-se naturalmente superiores aos outros, vencendo-os em riqueza, privilégios e poder” (p. 361). Neste sentido, cria-se um mito a partir da ciência e que é utilizado como aparato ideológico de controle e dominação, na medida em que a razão se torna instrumental, a ciência vai deixando de ser uma forma de acesso aos conhecimentos verdadeiros para tornar-se um instrumento de dominação, poder e exploração. Para que não seja percebida como tal, passa a ser sustentada pela ideologia cientificista, que, através da escola e dos meios de comunicação de massa, desemboca na mitologia cientificista (CHAUÍ, 2000, p.361).

⁷ A competitividade ou livre concorrência é um dos princípios da economia liberal e teve como principais defensores Adam Smith e David Ricardo. Segundo Smith, procurando apenas um ganho pessoal, a pessoa trabalha, coincidentemente, para elevar ao máximo possível a renda anual da sociedade. Por uma mão invisível a pessoa estaria sendo misteriosamente levada a executar um objetivo que jamais fez parte das suas intenções. E, buscando apenas seu interesse exclusivo, a pessoa muitas vezes trabalharia de modo bem mais eficaz pelo interesse da sociedade do que se tivesse de fato esta intenção. [Essa afirmação não procede e é uma falácia, pois] existe uma intenção clara, em nível de ideologia política, de promover a ideia da competição como intrinsecamente positiva para a humanidade, que deixa de ser apenas um conceito na economia para fazer parte do imaginário social das pessoas [...] essa lógica competitiva divide o mundo em vencedores e perdedores (onde a minoria vence e o restante perde) (ANDRIOLI, 2003).

O Sociólogo Andrioli (2003) identifica muitas manifestações ideológicas nas quais a ideia de competição torna-se exacerbada em nossa sociedade: Ela está presente desde a "preparação" das crianças, pelos pais, para "vencer na vida"; nas brincadeiras e jogos competitivos onde "o importante é competir" para que haja "graça"; em festivais, gincanas, concursos, programas de televisão (Big Brother) e em todas as atividades que pressupõem a seleção de alguns para a necessária exclusão de outros; chegando, finalmente, ao mundo competitivo do trabalho e ao conjunto das relações sociais onde o que importa é ser um "vencedor", para demonstrar "competência" e afirmação diante dos outros (ANDRIOLI, 2003). A ciência é ainda utilizada para embasar inclusive o racismo, conforme Chauí (2000, p.358) "O racismo não é apenas uma ideologia social e política. É também uma teoria que se pretende científica, apoiada em observações, dados e leis conseguidas com a biologia, a psicologia, a sociologia". É uma certa maneira de construir tais dados, de sorte a transformar diferenças étnicas e culturais em diferenças biológicas naturais imutáveis e separar os seres humanos em superiores e inferiores, dando aos primeiros justificativas para explorar, dominar e mesmo exterminar os segundos.

A ideologia capitalista faz com que as distinções naturais sejam exaltadas com propósito de ludibriar com uma falsa justificativa para a existência das desigualdades. Com base em Guareschi (2005), pode se afirmar que na base deste modo de produção capitalista existe a cosmovisão⁸ que caracteriza o tipo de sociedade capitalista liberal, na qual os principais valores são os do liberalismo individualista e cujas condutas e relações exaltadas são as de individualismo⁹, egocentrismo¹⁰ e competitividade. Esses fatores que se refletem no espaço macrossocial, bem como no espaço singular da vida cotidiana. Isto se pode verificar tanto na culpabilização e criminalização

⁸ Cosmovisão é "uma visão de mundo, um entendimento geral, global, até certo ponto articulado, de determinadas realidades [...] Essas cosmovisões são sociais e são individuais ao mesmo tempo, pois são representações que estão presentes, igualmente, nas mentes e na mídia (GUARESCHI, 2005, p.28).

⁹ Individualismo: Tendência a considerar apenas os valores e os interesses individuais. Sinônimo de egoísmo. (HOUAISS, 2004, p.412).

¹⁰ Egocentrismo: apego excessivo aos próprios interesses sem consideração pelos alheios. (HOUAISS, 2004, p.265).

dos usuários até a elaboração de políticas higienistas baseadas numa lógica formal que combate as consequências e não as causas do uso problemático de drogas.

A construção de políticas se dá de diversas formas e mais respaldo social ela terá quanto maior for o envolvimento da sociedade em sua construção por meio de fóruns, encontros, seminários, discussões. Editada a política, ela servirá de guia para que as novas leis sobre o tema estejam em sintonia. Com base nas leis que foram, ou deveriam ser, editadas de acordo com as políticas a população pode e deve exercer seu controle, o controle social, para que as leis sejam efetivadas.

No caso das drogas, parece que apesar do esforço da população e do governo no que se refere à atenção aos problemas de saúde das pessoas que usam tais substâncias há uma deturpação de conceitos e inversão de valores. Dá-se elevada ênfase à droga como se ela fosse a responsável pelas mazelas da sociedade, tais como violência, desemprego, absenteísmo. Raras vezes se fala nas desigualdades e no estímulo social condicionante do incremento no uso de drogas. Parece mais cômodo e fácil eleger um “bode expiatório” sobre o qual depositar o ônus de uma sociedade doente.

Tão contraditório é o movimento social que até mesmo conceitos utilizados pelos setores sociais de luta por melhorias na saúde acabam por ser cooptados e se não houver a atenção devida serão utilizados para legitimar intervenções pontuais e violadoras de direitos. Busca ativa e integralidade são exemplos de termos que podem servir a diversos interesses. Questiona-se, por exemplo, se à população em situação de rua, todo tipo de intervenção é adequada. O Consultório de Rua, dispositivo de saúde idealizado inicialmente para trabalhar na perspectiva da redução de danos, atualmente, comporta trabalhadores que estão se rebelando devido às normativas do Ministério da Saúde no sentido de priorizar a abstinência e utilizar a internação compulsória, sob o manto do cuidado.

Como o Estado “não tem condições” de dar aporte a essa nova demanda, instituições religiosas e ONGS acabam acolhendo as demandas encaminhadas pelos consultórios de rua e recebendo financiamento público para isso. É dinheiro público para mostrar o caminho de Deus aos desgarrados dependentes químicos.

Sabe-se que as drogas causam inúmeros problemas e que é necessário intervenção do Estado. Também se defende a integralidade como modelo de

atenção revolucionário e válido, contudo, aos trabalhadores engajados com a reforma sanitária é preciso atenção para que não sejam seduzidos por iniciativas aparentemente mais efetivas e acabem servindo aos interesses do capital.

3.2 AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL

As políticas sobre drogas e a legislação, no Brasil, em relação a essas substâncias desde o séc. XX pautaram-se no padrão repressivo-punitivo no qual a visão de holofote, que não privilegia soluções fora do âmbito policial e penal, prevaleceu. Esse tipo de abordagem de “guerra às drogas” esteve evidente, sobretudo nas legislações anteriores à Lei 11.343/2006 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD (BRASIL, 2006). Esse regulamento incluiu a possibilidade de tratar a questão do uso de drogas de maneira mais abrangente (CHIMENTI, 2011). Em seu artigo 28, inciso I, por exemplo, há previsão de pena da advertência para quem for detido sob efeitos de drogas, possibilitando a indicação de frequência a cursos educativos e prestação de serviços à comunidade.

Tais medidas são consideradas integrantes de uma cultura restaurativa e não meramente punitiva (BARCELAR, 2011). Em relação ao porte ilícito de drogas, Chimenti (2011) ressalta que a lei não descriminalizou nem despenalizou a conduta da posse ilegal de drogas para uso próprio. A lei 113343/2006, de fato, ampliou a forma de tratar a questão das drogas na medida em que estabelece mecanismos considerados restaurativos e educativos que são alternativas válidas àqueles já ultrapassados e ineficientes métodos de encarceramento de usuários/dependentes.

O SISNAD é responsável pela orientação central das políticas sobre drogas e de execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito, nas esferas federal, distrital, estadual e municipal conforme se constitui matéria definida no regulamento da referida lei, em consonância com a Política Nacional Sobre Drogas (2004) a qual preconiza “responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos” (BRASIL, 2011b, p.9). Com base nesse preceito foi editada uma série de leis e regulamentações conclamando a sociedade civil organizada para a atenção a questão das drogas, partilhando, inclusive,

financiamento público. ONGS de diversos setores, educação, prevenção, recuperação e assistência passaram a concorrer aos recursos públicos disponibilizados para a finalidade da atenção a questão das drogas.

No transcorrer histórico das publicações legais é possível perceber que houve um empenho em fazer com que a questão das drogas deixasse de ser tratada como uma questão de polícia para ser reconhecida como uma questão de política. Dessa forma além da política de repressão ao tráfico e da justiça, outros campos do poder público passaram a ser cada vez mais demandados para a “luta” contra as drogas, tais como, educação, desenvolvimento social, desenvolvimento tecnológico, cultura e, primordialmente, saúde, aumentando, assim, significativamente os meios de controle sobre o uso de drogas. Desde a década passada, diversas publicações legais estão sendo editadas pelo governo federal no sentido de qualificar o “enfrentamento” às drogas, ou melhor, o enfrentamento aos agravos decorrentes do uso problemático delas.

Demandada pela sociedade, efetivamente, na III Conferencia Nacional de Saúde Mental realizada em dezembro de 2001 o Ministério da Saúde editou em 2003 a Política de atenção integral à saúde a usuários de álcool e outras drogas que emerge no cenário nacional. Nessa política a Intersetorialidade e a Integralidade são as principais diretrizes, pois ela considera que “a insuficiência/ausência histórica de políticas que promovam a promoção e proteção social, de saúde e tratamento das pessoas que usam, abusam ou são dependentes de álcool são determinantes para o aumento de suas vulnerabilidades” (BRASIL/MS, 2004, p23). Em vista desse fato, o texto legal se propõe a contribuir com a mudança dessa situação. Ressalta-se no documento que para definir políticas públicas para a promoção de mudanças capazes de manterem-se estáveis nos diferentes níveis envolvidos é necessário, dentre outros aspectos, que haja discussão das leis criminais de drogas e implementação de dispositivos legais para a equidade do acesso dos usuários de álcool e outras drogas às ações de prevenção, tratamento e redução de danos, de acordo com prioridades locais e grau de vulnerabilidade (BRASIL, 2004, p. 25).

A garantia da equidade e integralidade em saúde diz respeito aos princípios básicos do Sistema Único de Saúde e tais princípios se embasam na vigente Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Equidade pode ser relacionada à igualdade. A igualdade que aqui se refere não é a igualdade da meritocracia que

apregoa tão simplesmente ser necessária a igualdade de oportunidade. Dessa forma ela, a meritocracia, justifica as desigualdades como aceitáveis por refletirem resultados naturais de diferenças de talentos ou esforços individuais.

A igualdade que busca é a igualdade de utilização, nos termos de Turner (1986) que se relaciona a compensar para além dessas desigualdades de talento. Relaciona-se a um dos tipos de igualdade referidas por Mooney (1983), a igualdade de utilização para iguais necessidades que consiste em considerar não só a distribuição da oferta e dos custos sociais como também outros fatores condicionantes da demanda, “nesse caso deverá efetuar-se a discriminação positiva em favor dos grupos regionais ou sociais com menos predisposição para a utilização dos serviços” (UGÁ, 2008, p.497). Dessa forma, a equidade não é dar o mesmo para todos, mas sim proporcionar mais a quem tem menos. Não teria nexos oferecer a mesma atenção para quem não necessita dela. Quem está em situação de vulnerabilidade deve ter mais apoio.

A noção de vulnerabilidade assumida nesse trabalho diferencia-se de risco¹¹ e se baseia na ideia de que para analisá-la é necessário levar em consideração, pelo menos três eixos interdependentes: A dimensão individual, a social e a programática (AYRES, 2006, p.396), em outras palavras vulnerabilidade não é um condição individual, mas construída socialmente. Assim, para reduzir a condição de vulnerabilidade é necessário aparato diferenciado aos níveis e aos fatores envolvidos. Reduzir vulnerabilidade, por sua vez, implica incidir sobre os determinantes sociais das iniquidades em saúde, iniquidades essas que são as desigualdades de saúde entre grupos populacionais desfavorecidos que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis (WHITEHEAD, 1992).

A integralidade em saúde está relacionada aos termos equidade, vulnerabilidade, iniquidade na medida em que ela, a integralidade, refere-se ao caráter amplo da práxis em saúde. Conceitualmente a integralidade encontra-se mais para um conjunto de conceitos do que propriamente uma definição estaque. A maioria dos autores que estuda o tema converge, entretanto, para algumas ideias

¹¹ “Em epidemiologia, a palavra risco significa probabilidade de ocorrência. /assim, se quisermos saber qual o risco de um morador da cidade de Salvador adquirir câncer de pele, teríamos que calcular a probabilidade de uma pessoa pertencente à população de Salvador ter esse diagnóstico. A probabilidade é dada pela relação entre o número de casos diagnosticados em um ano e a população existente nesse mesmo ano” (BARATA, 2008 p,169).

que dizem respeito, por exemplo: a união entre a prevenção e o tratamento; a centralidade do sujeito no pensar e no agir na assistência em saúde; a não fragmentação das pessoas no atendimento em saúde (MATTOS, 2009; MATTOS, 2010; GIOVANELLA, 2002; SILVA, 2005; NORONHA, 2008).

Giovanella et. al (2002) vai mais longe, e relembram algumas perspectivas de concepção de integralidade advindas da consciência sanitária¹² das quais destaca-se a “articulação de um conjunto de políticas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudança (reforma urbana, reforma agrária, entre outras) que incidam sobre as condições de vida, determinantes de saúde e dos riscos de adoecimento mediante ação intersetorial” (PAIM, 2008, p. 552).

Contudo o que se verifica é a política da Matricialidade que deriva dos modelos organizacionais e matemáticos. O conceito de matricialidade pode ser relacionado à teoria matemática das matrizes, mais especificamente, ao se aplicar a teoria dos jogos aos conceitos e estratégias organizacionais (COSTA, 1987; CHIAVENATO, 1983). Matricialidade tem a ver com rede compartilhada, com traçados, com as complexificações necessárias para casos complexos (LODI, 1970). A matricialidade não implica, necessariamente, deter todos os meios necessários, mas em utilizar todos os meios disponíveis de maneira eficiente para atender o que lhe é demandado (LODI, 1970).

Em termos de política, matricialidade tem a ver com a transversalidade de planos, programas e projetos. É uma maneira de tentar obter o máximo de potência dos recursos existentes para atender a população e possibilitar o incremento de novos serviços (que nunca acontecem). Em termos organizacionais, “a ênfase deixa de ser dada no volume e passa a ser colocada na complementação do trabalho para uma finalidade específica” (LODI, 1970, p.174), significa articular, interagir, movimentar-se pelo sistema sem perder foco. Na estratégia de matricialidade a tendência é utilizar a mesma rede para dar conta de diversas linhas de atenção a determinadas doenças e não a grupos de portadores de doenças. Trabalhar na perspectiva de políticas para portadores de doenças implica assumir o caráter tão somente assistencial.

¹² “Consciência sanitária foi um conceito formulado por Giovanni Berlinguer (1978), e corresponde à ação individual e coletiva para alcançar a saúde enquanto um direito da pessoa e um interesse da comunidade” (ESCOREL, 2010, p407).

3.3 ACONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS EFETIVAS

As drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes (NERY, 2010).

Como esclarece Olievestein (1985), as experiências dos usuários de drogas não são empreendidas de forma solitária ou voluntariamente. Eles as realizam no interior de uma história, de um contexto socioeconômico, imersos em momentos socioculturais, vinculados a sistemas familiares e condicionados pela manipulação e apelo da sociedade na qual vivem. A ingestão de drogas funde-se, portanto, com os dados desta história (PAULILO, 2008).

Sabe-se que uso de Substâncias Psicoativas não causa dependência em todas as pessoas que utilizam drogas. Contudo quando há o desenvolvimento da doença da dependência, o toxicômano experimenta uma crescente vulnerabilidade, seja pelos vínculos sociais que vão se atenuando, seja pela própria situação de perda da sua autonomia. Não raro, se isolam da família e do convívio social. Alguns chegam a viver em situação de rua por não vislumbrarem outras perspectivas. Nessa situação encontra-se um doente, o qual, sem dúvidas, não só necessita, mas também tem direito a atendimento qualificado de saúde. Contudo, o que ocorre, por vezes, são tratamentos inspirados em modelos de exclusão e separação do convívio social, como se percebe na antiga, porém ainda existente, perspectiva manicomial.

Conforme depoimento do coordenador nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado, em entrevista realizada em 20 de julho de 2009, pelo Jornal *A Tribuna de Santos*:

Ainda existem no País manicômios judiciários do sistema penal, com quatro mil leitos, em 22 estados do Brasil. Além disso, há 208 hospitais psiquiátricos clássicos, sendo 20% públicos e 80% privados, que são conveniados com o Poder Público. Nestes, há 35 mil leitos (A TRIBUNA DE SANTOS, 2009).

O estabelecido no marco legal da reforma psiquiátrica pela lei 10.216/2001 preconiza que a pessoa com transtorno mental deve ser tratada, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (BRASIL, 2001).

E com base nos apontamentos da III Conferência Nacional de Saúde Mental foram feitas diversas proposições dentre elas:

189. Garantir, nos três níveis de governo, que o Programa de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas esteja vinculado à Coordenação de Saúde Mental, assegurando a interface com outras políticas e setores e respeitando a especificidade de cada localidade. [...]

191. Garantir que o atendimento às pessoas usuárias de álcool e outras drogas e seus familiares seja integral e humanizado, realizado por equipe multidisciplinar, na rede de serviços públicos (UBS, CS, PSF, NAPS, CAPS, hospital-dia e unidade mista para tratamento de fármaco-dependência, serviço ambulatorial especializado, atendimento 24 horas), de acordo com a realidade local (BRASIL, 2002b, p.61).

Apresenta-se, mais uma vez, a preconização do atendimento integral¹³ e integralizado aos dependentes de drogas e suas famílias, com equipes multidisciplinares e articulação entre as políticas. Além disso, se ratifica a necessidade do atendimento humanizado e que ele se dê na rede de serviços públicos disponíveis na comunidade. Em resposta a essas proposições, em abril do ano seguinte (2002) o Ministério da Saúde editou a portaria implantando o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.

O programa em questão visa a criação de uma rede de serviços que atendam aos usuários de drogas, preferencialmente fora do hospital, em Centros de Atenção Psicossocial, Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a

¹³ “O princípio da atenção integral (que comumente chamamos de integralidade) apresenta-se como um imperativo que confere uma certa qualidade à assistência, exigindo (na acepção estrita do texto constitucional) a articulação entre a dimensão preventiva e a assistencial das ações e serviços de saúde. Integralidade, contudo, como um princípio de direito aberto, comporta vários sentidos, todos eles vinculados a valores que merecem ser defendidos” (MATTOS, 2009, p.370).

Usuários de Álcool e outras Drogas – CAPSad¹⁴ -, pelo Programa de Saúde da Família - PSF, pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Além disso, das diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas afirmam que alguns dos objetivos de tal Política visam:

[...] 3) Formular políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição;

4) Mobilizar a sociedade civil, oferecendo a esta condições de exercer seu controle, participar de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento das políticas municipais e estaduais (BRASIL, 2004, p. 24)

Nem todas as pessoas que utilizam drogas são dependentes ou doentes. Sabe-se, contudo, que tanto os usuários dependentes quanto os não dependentes sofrem o estigma de desajustados da sociedade, quando na verdade, como já foi dito, refletem perfeitamente o padrão de consumo vigente.

Em 2006 é promulgada a Lei nº11.343 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas – SISNAD e prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de

¹⁴ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial foram organizados pelo Ministério da Saúde, na PORTARIA Nº 3.088 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, nas seguintes modalidades: I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes; II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes; III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes; V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

drogas; define crimes e dá outras providências (BRASIL, 2006a). Esta lei, em seu artigo quinto traz seus objetivos:

I - contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados;

II - promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;

III - promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios (BRASIL, 2006a).

Essa Lei apresenta, portanto, de forma abrangente as diretrizes de ação do Estado para lidar com a questão das drogas, inclusive, com a referência penal. As redes dos serviços, a definição de projetos terapêuticos, o atendimento por equipes multidisciplinares são previstos por essa lei. Entretanto ela é regulamentada posteriormente pelo decreto nº 5.912 do mesmo ano (BRASIL, 2006b) e um dos aspectos mais questionados nela é a questão da justiça terapêutica pela qual o juiz pode impor o tratamento ao usuário. Boiteux e Ribeiro concluem que “a proposta de injunção terapêutica, além de incondicional, viola os códigos de ética de profissionais da Saúde e ainda reforça o estigma e aumenta a esfera repressiva [...]” (BOITEUX, 2010, p.1121).

3.4 PERSPECTIVAS DE ABORDAGENS E MODELOS DE ATENÇÃO AO USO/ABUSO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS

Há tantas propostas de abordagem para tratamento das questões de saúde relacionadas ao uso, abuso e dependência de drogas quantas são as formas de compreender a própria atenção e cuidado em saúde mental. Diante das formas de abordar a situação emergem, não raro, debates acalorados, apelos morais e ideológicos em detrimento de uma argumentação apoiada em referenciais consistentes.

Destacam-se nesta seara especificamente alguns modelos dentre eles o modelo psicossocial de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas construído com base na perspectiva de integralidade; o modelo repressivo-

proibicionista, baseado na concepção de “guerra às drogas” e proibição de qualquer uso. Existe também o modelo moral-religioso que preconiza que a dependência química é, antes de tudo um desvio de caráter ou uma “doença da alma”.

A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (2004) reafirmou a necessidade de superar os modelos assistenciais vigentes com intuito de voltá-los às reais necessidades dos usuários, no sentido de atender igualmente ao direito de cada cidadão (BRASIL, 2004). Essa Política estabelece como princípios: Intersetorialidade, Integralidade e Redução de Danos.

A Intersetorialidade é compreendida aqui como o reconhecimento da importância da participação dos diversos atores sociais na elaboração dos planos estratégicos dos estados e municípios para atender às demandas decorrentes do uso ou abuso de drogas. Assim a Sociedade civil deve ter garantida e oportunizada sua participação na elaboração e no controle das ações públicas. Para tanto, para ampliar as possibilidades de efetividade da política, deve-se promover a articulação entre movimentos sociais, associações e organizações comunitárias e acadêmicas (BRASIL, 2004).

Intersetorialidade, portanto não compreende desresponsabilização do Estado nas ações e serviços, mas sim reconhece no poder público o agente responsável por organizar e dar materialidade às propostas advindas da sociedade civil organizada, “tais articulações constituem-se em instrumentos fundamentais de defesa e promoção de direitos (*advocacy*¹⁵) e de controle social” (BRASIL, 2004).

A Integralidade, nessa perspectiva, pressupõe prevenção, promoção e proteção à saúde, modelos de atenção que envolvam CAPS e redes assistenciais, controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica, além da padronização de serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004). A equidade está relacionada ao reconhecimento de que há distintas necessidades e, portanto, deve-se disponibilizar mais a quem mais necessita.

A Política do Ministério da Saúde para a atenção a usuários de álcool e outras drogas (2004) entende que a Redução de Danos oferece um caminho

¹⁵ [...] *Advocacy* representa o original etimológico de *ad-vocare*, de criar capacidade de voz e defesa a uma causa, a um grupo social (DOWBOR, 1999).

promissor porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas, não para a abstinência como objetivo a ser alcançado mas como uma das possibilidades para a defesa de sua vida (BRASIL, 2004; MARLATT, 1999).

A redução de Danos surgiu como estratégia para lidar com o uso de drogas no século XIX no Reino Unido. Ela foi praticamente abolida em meados do século XX devido à emergência do ortodoxismo terapêutico que visava abstinência como única forma legítima de tratamento. Retornou ao cenário mundial em final da década de 1980 devido à epidemia de AIDS quando, para evitar novas infecções com o vírus HIV, optou-se por implementar a política de trocas de seringas para usuários de drogas injetáveis (BERRIDGE, 1992).

Em revisão sistemática, Santos, Soares e Campos (2010) constataram que apesar da heterogeneidade e de não existir consenso sobre as estratégias de redução de danos, há, no meio científico, convergências de concepções sobre o tema Redução de Danos que podem ser categorizadas partindo do objeto (aquilo que se pretende transformar) e do sujeito (para quem as ações são direcionadas) abarcando as seguintes categorias: Dependência - dependente; doenças transmissíveis - usuários de droga das populações marginalizadas e excluídas; consumo - usuário de drogas; moradores - modo de vida de uma dada "comunidade"; riscos sociais - população em geral; e produção, comércio e consumo de Substâncias Psicoativas (SPA) - classe social (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010). A amplitude das categorias que expressam parte da totalidade do tema redução de danos é, portanto, revelada pelas autoras como resultado da própria diversidade do que se chamou fenômeno do uso de drogas.

4 METODOLOGIA

Considera-se que a metodologia, tal como apresentada por Deslandes e Minayo (2008), deve ser mais do que uma simples descrição, deve, sobretudo, “indicar as opções de leitura operacional que o pesquisador faz do quadro teórico” (p.43) escolhido.

A presente tese, por seu turno, se ancora ao método dialético crítico de fundamentação marxiana, por entender que ele disponibiliza aporte adequado ao desvendamento da realidade concreta e sua relação dialética com o conhecimento. Dessa forma, explicita-se o entendimento sobre o método marxiano, de maneira concorrente à práxis a qual se consubstancia no modo dialético-crítico de revelar a realidade para nela intervir.

Quanto à metodologia, cabe ressaltar que antes de se apresentar o percurso metodológico propriamente dito da pesquisa de doutorado, apresenta-se a pesquisa guarda-chuva Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul, a partir da qual se buscou embasamento para o estudo. Conhecer os principais aspectos da pesquisa que originou parte do corpus de análise da pesquisa de doutorado contribui, em certa medida, para o entendimento das potencialidades e limites da tese apresentada.

4.1 O MÉTODO DIALÉTICO-CRÍTICO

Nesse capítulo, serão abordados alguns conceitos e noções fundamentais à articulação da temática em estudo com a totalidade da qual é parte, compreendendo o uso problemático e a dependência química de drogas estreitamente relacionadas aos reflexos do embate entre capital e trabalho. Sabe-se que, em verdade, se trata de relações de produção e reprodução social, na qual a relação com a droga se “fetichiza”, se reifica, paradoxalmente relacionada a relações humanas de exploração e insurreição.

Kosik (2010) refere que o homem pertencente à totalidade do mundo relacionando-se finito e infinito com a sua abertura diante do ser, “sobre as quais se baseia a possibilidade da linguagem e da poesia, da pesquisa e do saber” (KOSIK, 2010, p.227). As categorias do método, nesse estudo, são Totalidade, Historicidade e Contradição. A dialética é comprometida sobremaneira com a cientificidade não é

um meio de explicitar e de conhecer as coisas sem as ter estudado, mas sim, de estudá-las bem e fazer boas observações, pesquisando desde o começo ao fim das coisas, de onde vêm e para onde vão (POLITZER, 2007). Dessa forma, a dialética materialista demonstra como o sujeito concretamente histórico cria, a partir do próprio fundamento materialmente econômico ao longo do qual o sujeito concreto produz e reproduz a realidade social (KOSIK, 2010), ou seja, ele próprio é, na realidade concreta, produzido e reproduzido.

A concepção de realidade, como pressuposto ontológico “mais geral e abrangente, presente nas pesquisas, se relaciona com as concepções de história, de homem, de sujeito, de objeto, de ciência, de construção lógica” (GAMBOA, 1991, p.105). A totalidade como meio conceitual, para compreender os fenômenos sociais permanece abstrata se não se põe em evidência que a totalidade é totalidade de base e superestrutura bem como de seu movimento, desenvolvimento e relações recíprocas, embora cabendo à base um papel determinante (KOSIK, 2010, p.60). Dessa forma “a totalidade não é um todo já pronto que se recheia com conteúdo, com as qualidades das partes ou com as suas relações [...] a própria totalidade é que se concretiza” e esta concretização não é apenas criação do conteúdo, mas também criação do todo (KOSIK, 2010, p.59).

Pela práxis o ser humano ultrapassa a clausura da animalidade e da natureza e estabelece a sua relação com o mundo como totalidade (KOSIK, 2010) da mesma forma que “a totalidade sem contradições é vazia e inerte, as contradições fora da totalidade são formais e arbitrarias” (KOSIK, 2010, p.60). O movimento histórico, por sua vez, embasando-se nessas concepções procedeu a construção e reconstrução dialética do conhecimento .

4.2 O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

4.2.1 Síntese da metodologia da pesquisa guarda-chuva

O estudo, que originou a presente tese, integrou-se à pesquisa guarda-chuva Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul/ Brasil. Tal pesquisa guarda-chuva foi delineada e operacionalizada pelo Núcleo de Pesquisas em Demandas e Políticas Sociais (NEDEPS-PUCRS) e colaboradores, sob a coordenação da professora Dra. Leonia Capaverde Bulla, em 2010. Houve a

participação de pesquisadores, professores, acadêmicos e bolsistas dos cursos de Serviço Social, Farmácia, Psicologia, Geografia e Filosofia. O tema da Pesquisa guarda-chuva foi proposto pela *International Federation of Catholic Universities*¹⁶ (IFCU) por meio de seu *Research and Decision-Making Center*¹⁷ (CCRI) o qual convidou a PUCRS para se integrar ao esforço interinstitucional e interdisciplinar vinculado à rede internacional de estudos sobre drogas, já em sua segunda fase.

Participaram dessa rede de investigação, além da PUCRS e da Universidade Santa Úrsula - Brasil, a Universidad de San Buenaventura – Colômbia, a Universidad Católica Boliviana San Pablo - Bolívia, a Assumption University – Tailândia, a Atma Jaya Catholic University – Indonésia, a Santo Tomás University – Filipinas, a Stella Maris College - Índia e a Université Saint – Joseph, Líbano (BULLA, 2010). Cada Universidade teve liberdade para fazer o recorte que entendesse melhor para abordar a temática das drogas em sua região.

No caso da PUCRS, após estudo exploratório situacional, entendeu-se que seria pertinente avaliar as políticas e as práticas que constituem a rede de atendimento aos usuários de drogas e suas famílias nas áreas da saúde, assistência social, educação, justiça e segurança pública (BULLA, 2011).

¹⁶ A *International Federation of Catholic Universities* (IFCU) ou, em português, Federação Internacional de Universidades Católicas (FIUC), originou-se em 1924, por iniciativa da Universidade Católica do Sagrado Coração (Milão, Itália) e da Katholieke Universiteit Nijmegen (Nijmegen, Holanda) para reunir as universidades católicas para discutir questões específicas de preocupação comum. Atualmente a FIUC tem participação consultiva nas Organizações das Nações Unidas (ONU), em Nova York; na Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em Paris; no Conselho da Europa, em Estrasburgo, além de compor as comissões do Conselho Econômico e Social (ECOSOC), em Viena, da Comissão de Direitos Humanos, em Genebra e do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), em Viena, esse último vinculado diretamente a presente pesquisa (FIUC, 2017). Na América Latina a FIUC é representada por sua associação regional *Organización de las Universidades Católicas de América Latina* (ODUCAL) sediada em Guadalajara, México. A ODUICAL foi criada 1953, a partir do Congresso Interamericano de Educação Católica, realizado em La Paz, na Bolívia, em 1948, e Rio de Janeiro, Brasil, em 1951. As representantes do Brasil na criação da ODUICAL foram a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (ODUCAL, 2017).

¹⁷ O Centro Internacional de Pesquisa e Deliberação (em tradução livre) foi criado a partir da Assembleia Geral da IFCU ocorrida em 1975. Hoje é um dos principais serviços da IFCU. A missão desse centro consiste em promover a investigação interuniversitária e multidisciplinar no âmbito da cooperação internacional. Está localizado em Paris, no mesmo endereço da, Secretaria-Geral da IFCU. O Centro funciona como uma interface entre universidades afiliadas à IFCU e iniciativas no campo da pesquisa. Cria espaços de encontro e debate, produção e divulgação de conhecimentos a partir da articulação de redes nacionais, regionais e globais da Federação (FIUC, 2017).

Os objetivos específicos da pesquisa guarda-chuva¹⁸ corresponderam a:

1. Mapear e caracterizar as políticas e práticas de enfrentamento à drogadição nas áreas de prevenção, de tratamento e de ensino e pesquisa no Rio Grande do Sul/Brasil;
2. Identificar as concepções e os fundamentos que norteiam essas políticas e práticas;
3. Averiguar como dialogam constituindo-se em rede para atendimento de famílias e usuários;
4. Construir indicadores para dimensionar os processos e resultados dessas iniciativas no enfrentamento à drogadição;
5. Avaliar o alcance e a resolutividade desses programas e serviços a partir da opinião de gestores, trabalhadores dos serviços, dependentes químicos e familiares;
6. Avaliar os processos e resultados das políticas e práticas de enfrentamento da drogadição, de acordo com os indicadores construídos (BULLA, 2011, p.12).

Em síntese, os objetivos específicos da pesquisa guarda-chuva possuíam três perspectivas de abordagem, quais sejam: conhecer a realidade situacional da oferta de atenção à dependência de drogas; avaliar o alcance, os processos e os resultados das propostas terapêuticas e criar indicadores para dimensionar a qualidade da atenção oportunizada a partir das políticas e práticas de enfrentamento à drogadição. Para isso propunha-se uma abordagem metodológica que cobrisse desde o mapeamento e caracterização das instituições, passando pela identificação das concepções e fundamentos que às orientam até chegar a construção de indicadores que pudessem efetivamente mensurar a qualidade das ações e serviços disponíveis.

Para contemplar tais objetivos, a primeira fase da pesquisa guarda-chuva consistiu na organização da equipe de pesquisadores e colaboradores, estudo da arte, elaboração dos instrumentos de pesquisa. No período de 2010 a 2011 também se procedeu levantamento junto ao site do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)¹⁹ de informações sobre as

¹⁸ O outro estudo do NEDEPS, abarcado pela pesquisa guarda-chuva, selecionado pelo CNPq para subsídio, buscou avaliar políticas voltadas para o enfrentamento do “crack” teve como objetivo verificar as alternativas para o enfrentamento da dependência de substâncias psicoativas no Estado. Para alcançar esse objetivo, foram mapeadas as políticas e práticas que conformam a rede de serviços, em suas modalidades diversas, tanto os oferecidos pelas organizações públicas (estatais ou filantrópicas) como os disponíveis em instituições privadas.

¹⁹ O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) é uma ferramenta de gestão da informação que fornece meios de divulgação das ações de redução da demanda e da oferta de substâncias psicoativas no país por meio de uma infraestrutura para construções de portais informativos e de banco de dados. Foi criado em parceria com a Universidade Federal de Santa

instituições de atenção à dependência de drogas presentes no Rio Grande do Sul. Nesse levantamento foram localizadas 967 instituições, dessas, 709 de tratamento (18 clínicas particulares, 7 hospitais psiquiátricos, 9 hospitais gerais, 1 hospital dia, 59 comunidades terapêuticas, 99 Centros de Atenção Psicossocial, 4 Residências terapêuticas, 502 Grupos de Autoajuda e 10 Outros), 16 instituições de Ensino e Pesquisa e 63 classificadas como Redução de Danos (BULLA, 2015).

As instituições identificadas no Observatório como de Redução de Danos, não necessariamente, relacionavam-se a Grupos de RD, mas sim a instituições, tais como CAPS, que no momento de se cadastrarem no OBID se identificaram em mais de uma categoria disponível, no caso CAPS, Redução de Danos e tratamento o que ocasionou duplicidade de registro. Foi necessário, portanto, a depuração do levantamento por um processo exaustivo que consistiu, desde o cruzamento de informações até a confirmação por contato telefônico.

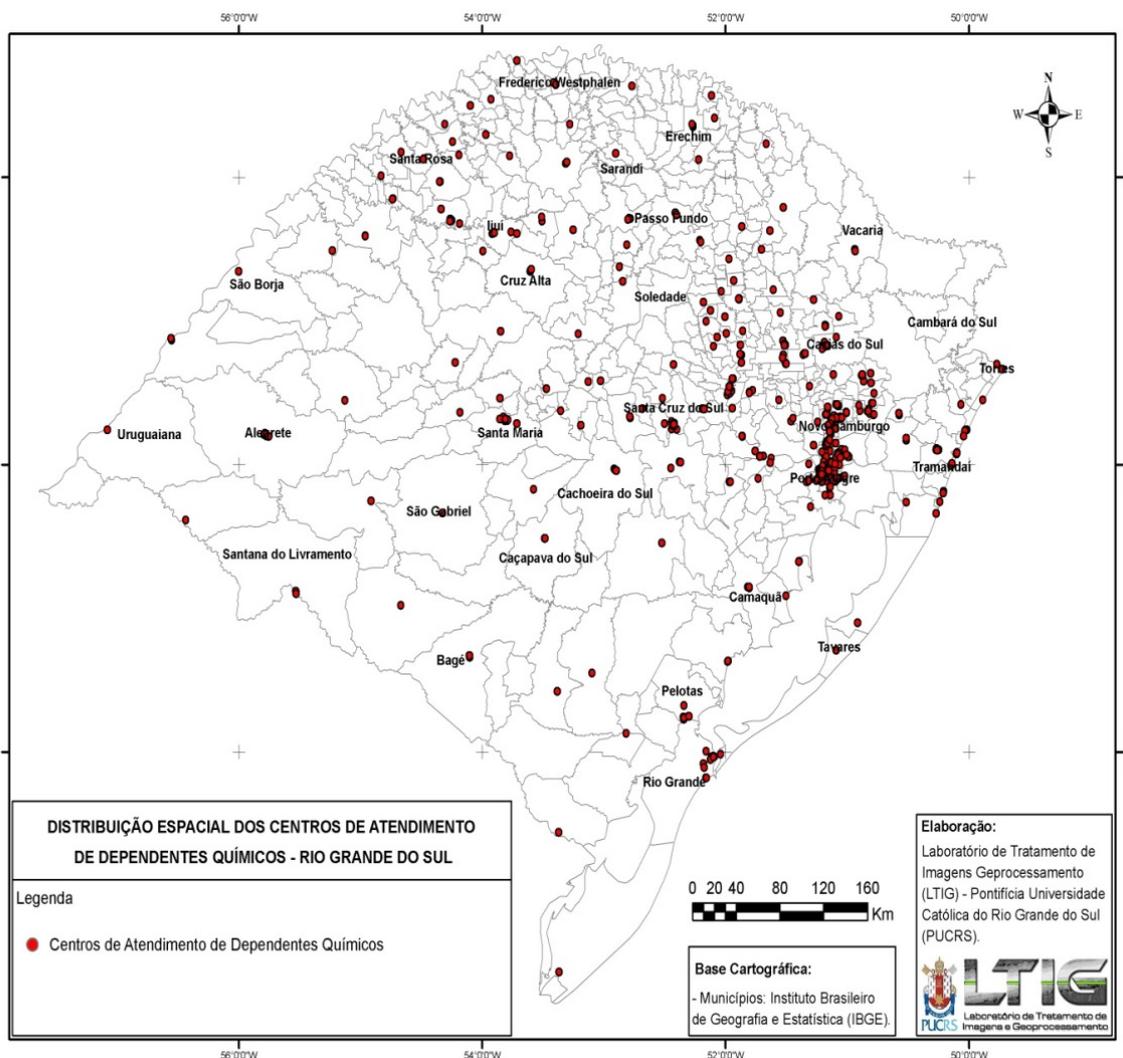
Excluindo-se as duplicidades e as inconsistências das informações o Grupo de Pesquisa concluiu que dos 967 registros cadastrados no OBID, 625 correspondiam, de fato, ao número total válido de instituições no Rio Grande do Sul. De posse das informações sobre o número correto de instituições, bem como do endereço de cada uma, a pesquisa guarda-chuva fez o georreferenciamento²⁰ destas instituições. A partir dessa representação gráfica buscava-se identificar a disposição, a dispersão e concentração das instituições e serviços, localizando, inclusive, lacunas de cobertura.

A figura 1 foi produzida pelo Laboratório de tratamento de Imagem e Geoprocessamento da PUCRS especialmente para a referida pesquisa.

Catarina, em 2012 e tem funções definidas no decreto federal nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, que regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (REBELO, 2007).

²⁰ O georreferenciamento consiste em acrescentar pontos a um mapa digital usando os endereços. Dentre estas outras formas, pode - se citar os pontos de referência os quais compreendem a localização de diversos marcos da cidade, elementos de reconhecimento simples e imediato, tais como : escolas, hospitais, supermercados, clubes recreativos, dentre outros. O georreferenciamento de um dado com endereço é definido como o processo de associação desse dado a um mapa e pode ser efetuado de três formas básicas : associação a um ponto, a uma linha ou a uma área. (Levine et al., 1995; QUEIROZ, et al., 2003; Davis, 2004; BARCELLOS, et al, 2008)

Figura 1- Distribuição das instituições



Fonte: Relatório da Pesquisa Políticas e Práticas de Enfrentamento à drogadição no Rio Grande do Sul/ Brasil (BULLA, 2012)

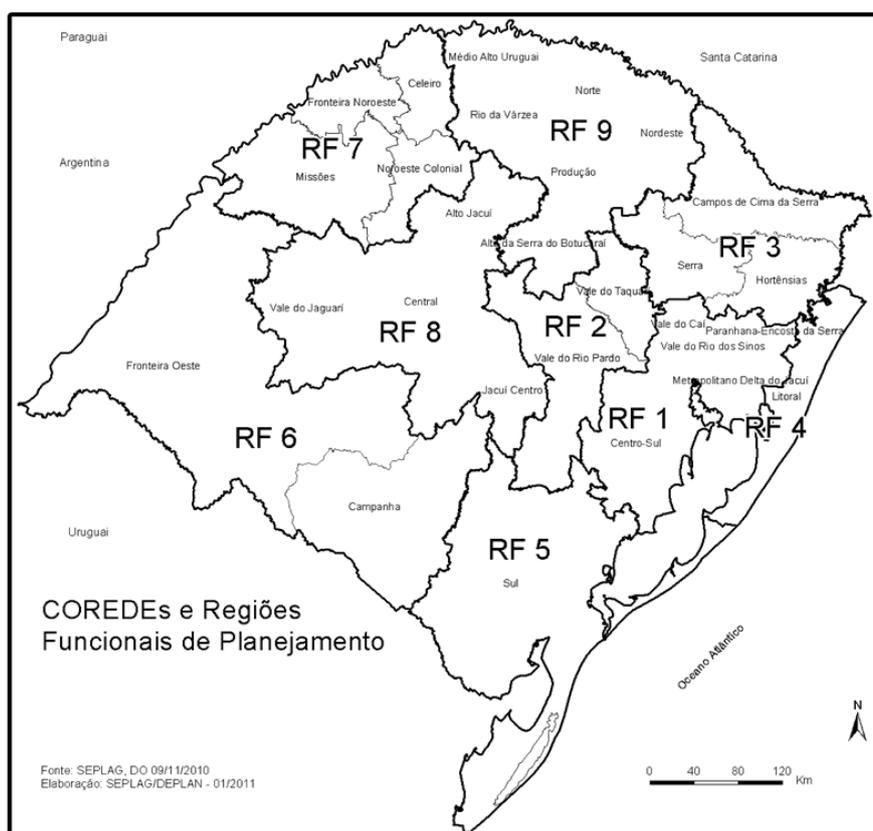
Verifica-se na imagem que a região metropolitana de Porto Alegre condensa maior densidade de instituições de atenção a dependentes químicos, contrastando com outras regiões do Rio Grande do Sul.

Ainda na primeira fase da pesquisa fez-se o recorte estatístico representativo da totalidade das 625 instituições conforme estratificação definida. Assim, com margem de erro de 7% e grau de confiança de 95%, chegou-se a uma amostra (n) de 150 instituições que desenvolvem ações na área das drogas no Estado do Rio Grande do Sul (BULLA, 2015), sendo que 65 situavam-se na Região Funcional de Planejamento 1 (RF1). Conforme critérios de seleção a amostra foi determinada por conveniência, considerando-se, para tal: acessibilidade e

disponibilidade da instituição em participar da pesquisa, tipo de atividade desenvolvida, população atendida, gratuidade no atendimento e natureza jurídica.

Na figura 2 estão representadas as regiões funcionais de planejamento do Rio Grande do Sul, conforme Secretaria Estadual de Planejamento

Figura 2- Regiões Funcionais de Planejamento do RS



Fonte: SEPLAG /DEPLAN 2011(adaptado pelo autor)

Para fins de organização da gestão, o Rio Grande do Sul é dividido em 9 Regiões Funcionais de Planejamento (RF) as quais aglutinam Centros Regionais de Desenvolvimento (COREDEs). Assim a Região Funcional 1 (RF1) abarca os COREDES Metropolitano do Delta do Jacuí, Centro Sul, Vale do Caí, Vale do Rio dos Sinos e Paranhana-Encosta da Serra; a Região Funcional 2 (RF2), o Vale do Rio Pardo e Vale do Taquari; a Região Funcional 3 (RF3), o Campos de Cima da Serra, Hortênsias e Serra; Região Funcional 4 (RF4) o Litoral Norte; a Região Funcional 5 (RF5) o COREDE Sul; a Região Funcional 6 (RF6) a Campanha e

Fronteira Oeste; a Região Funcional 7 (RF7) a Fronteira Noroeste, Missões, Noroeste colonial e Celeiro; a Região Funcional 8 (RS8) o Alto Jacuí, Central, Jacuí-Centro e Vale do Jaguari; por fim, a Região funcional 9 (RF9) o Alto da Serra do Botucarai, Médio Alto Uruguai, Nordeste, Norte, Produção e Rio da Várzea (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Após aprovação do comitê de ética em pesquisa, iniciou-se a segunda fase da pesquisa guarda-chuva, que consistiu na realização das entrevistas em campo, tabulação e análise dos resultados. Participaram na qualidade de entrevistadores, após capacitação disponibilizada pelo NEDEPS, acadêmicos de Serviço Social, Psicologia, Farmácia, Geografia e Direito além de mestrandos e doutorandos do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da PUCRS.

De setembro de 2012 a novembro de 2014 foram pesquisadas 43 instituições das 65 selecionadas para a RF1. Ao todo, até nesse período, foram realizadas pelo grupo de pesquisa 163 entrevistas, entre usuários, familiares de usuários, gestores, e trabalhadores, sendo que as entrevistas dos usuários compõem a maior parte do total (BULLA, 2015, p.58).

Assim, após tabulação e transcrição das entrevistas gravadas, o universo disponível no banco de dados da pesquisa guarda-chuva correspondia às informações disponibilizadas por 66 usuários, 39 gestores, 35 trabalhadores, e 23 familiares de usuários, todos referenciados em pelo menos uma das 43 instituições pesquisadas na RF1, no período de 2012 a 2014.

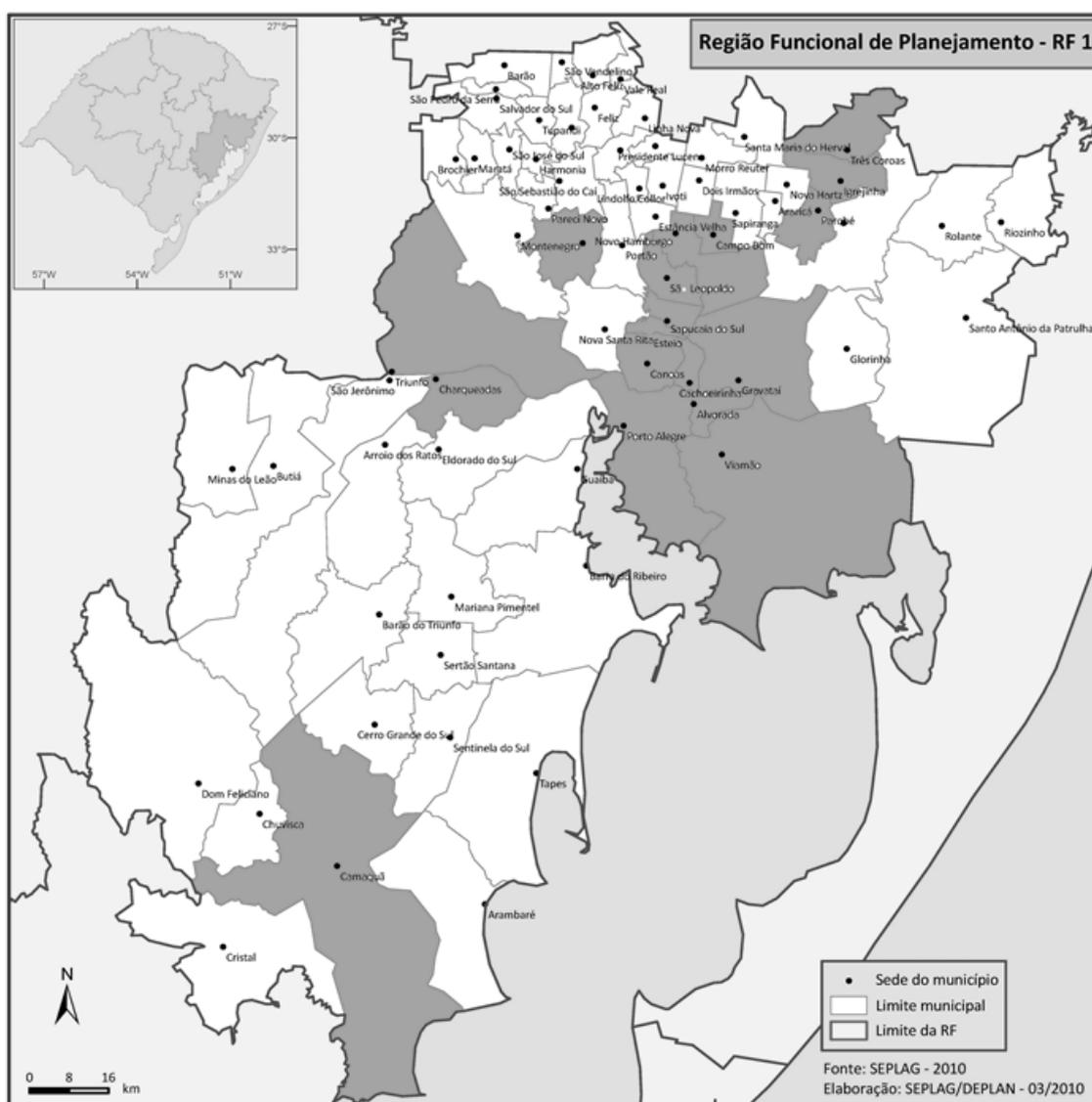
4.2.2 Metodologia da pesquisa

Em princípio, convém ressaltar que a metodologia apresentada anteriormente corresponde à pesquisa guarda-chuva, da qual o autor dessa tese participou ativamente como pesquisador, para caracterização da composição do universo sobre o qual se fez o recorte a ser investigado na presente pesquisa de doutorado. Posteriormente, parte desse universo compôs o corpus de análise da presente pesquisa de doutorado. Também compuseram o banco de dados informações sobre as instituições, componentes da rede pública de saúde municipal; gestores, usuários e seus familiares entrevistados pela pesquisa Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição.

Dentre os tipos de instituições pesquisadas encontram-se Hospitais Gerais; Clínicas Privadas; Hospital de Saúde Mental; Núcleo de Atenção Psicossocial; Centros de Atenção Integral à Saúde Mental (CAIS mental); Organizações não Governamentais (ONGs); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad); Grupos de autoajuda ;Comunidades Terapêuticas (CT) e Associações Religiosas, na tentativa de atingir a totalidade de Instituições que na contemporaneidade dão conta de atender esses usuários.

Todas as entrevistas analisadas foram provenientes de instituições localizadas nas cidades selecionadas conforme critérios de inclusão.

Figura 3 – Região Funcional 1 - Cidades



Fonte: SEPLAG – 2010 (adaptado pelo autor)

A pesquisa tem nível descritivo, amostragem não probabilística por conveniência e método dialético crítico de análise. O estudo não almejou ser generalizável em termos populacionais, contudo, acredita-se que os resultados contribuam com as políticas públicas e com os processos de se produzir saúde junto às pessoas que abusam ou são dependentes do uso drogas.

Para realização desse estudo, utilizou-se de uma abordagem de pesquisa mista com dados quantitativos provenientes de parte do banco de dados e transcrições das entrevistas gravadas durante a segunda fase da pesquisa guarda-chuva e de informações disponibilizadas em sites oficiais dos Governos Federal, Estadual e Municipais e das instituições que atendem a demanda pesquisada. Trata-se, portanto de um estudo que contempla, além do banco de dados citado, a legislação sobre drogas e saúde mental, planos e programas executados pelas três esferas de governo e entrevistas.

A análise das entrevistas transcritas²¹ e o estudo documental sobre a legislação e demais atos relacionados ao tema que compuseram a fonte sobre a qual se procederam as o estudo que buscou responder às questões de pesquisa e objetivos da tese, que se reitera, analisar as formas de se produzir atenção às pessoas que buscam apoio institucional para lidar situações relacionadas ao uso, abuso ou dependência de drogas, na RF1.

Reitera-se do mesmo modo as três questões específicas que orientam a pesquisa, quais sejam: Quais são os modelos utilizados e como são ofertadas, estruturadas e articuladas as ações e os serviços de atenção aos usuários? Qual o contexto histórico-social dos processos de construção da política de saúde no Rio Grande do Sul e no Brasil? Quais são as contradições existentes entre o arcabouço legal das políticas brasileiras sobre drogas e das práticas de saúde e a atenção ofertada? Retoma-se os objetivos específicos do estudo, assim pontuados: Revelar a compreensão quanto a atenção em saúde mental; Identificar modelos, instrumentos e processos de atenção ofertada para o tratamento da dependência de

21 As entrevistas foram transcritas com auxílio do programa Audacity® com a extensão Audacity Policial que é uma adaptação criada para, dentre outras funções, suportar transcrição e análise de áudio.

álcool e outras drogas Região Funcional 1 do Rio Grande do Sul; Descrever o percurso histórico da atenção às pessoas usuárias de drogas na dinâmica social da sociedade capitalista identificando as possíveis contradições e reconhecendo as alternativas concretas de superação.

Para realização desse estudo, utilizou-se de uma abordagem de pesquisa mista com dados quantitativos provenientes de parte do banco de dados e degravações da pesquisa guarda-chuva e de informações disponibilizadas em sites oficiais dos Governos Federal, Estadual e Municipais e das instituições que atendem a demanda pesquisada. Trata-se, portanto de um estudo que contempla, além do banco de dados citado, a legislação sobre drogas e saúde mental, planos e programas executados pelas três esferas de governo e entrevistas.

Os critérios para seleção da amostra: integrar o banco de dado da Pesquisa Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul. Não compor a lista de amostras excluídas e estar em acordo com os critérios de similaridade e congruência. Para revisão bibliográfica e documental: Bases legais diretamente relacionadas à questão das políticas de saúde voltadas à atenção integral das pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, bem como documentos do poder executivo estadual.

Após a seleção da amostra, a quantificação e a tabulação no instrumento de análise procedeu-se a análise de conteúdo (BARDIN, 1979) e, com auxílio de algoritmos computacionais foram elencadas categorias emergentes. Com as transcrições se processou a análise categorial com o software de análise quanti-qualitativa e léxica NVIVO®²². A análise documental se fez da mesma forma, porém com delimitações mais focadas em termos específicos revelados a partir da análise preliminar de leitura flutuante. Após essa etapa fez-se a seleção de amostras específicas para serem acompanhadas e a partir delas descrever o traçado percorrido na rede de atenção procurando identificar os serviços acessados e a articulação em rede. Tanto a coleta, quanto a tabulação e análise foram efetuadas concomitantemente, sem permitir acúmulo de dados o que poderia comprometer a análise.

²² NVivo corresponde a um software de análise quanti-qualitativa.

Os resultados da pesquisa estão sendo socializados no meio científico e disponibilizados com as instituições participantes que cederam suas informações para a pesquisa guarda-chuva Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição. Os resultados são apresentados em forma de fluxogramas analisadores, gráficos, e teias que explicitem os modelos de abordagem predominantes na atenção às pessoas que buscam tratamento para dependência de álcool e outras drogas. Essa tese é mais uma das formas de socialização desses resultados, consistindo em uma abordagem feita a partir de um dos recortes possíveis com os dados coletados,

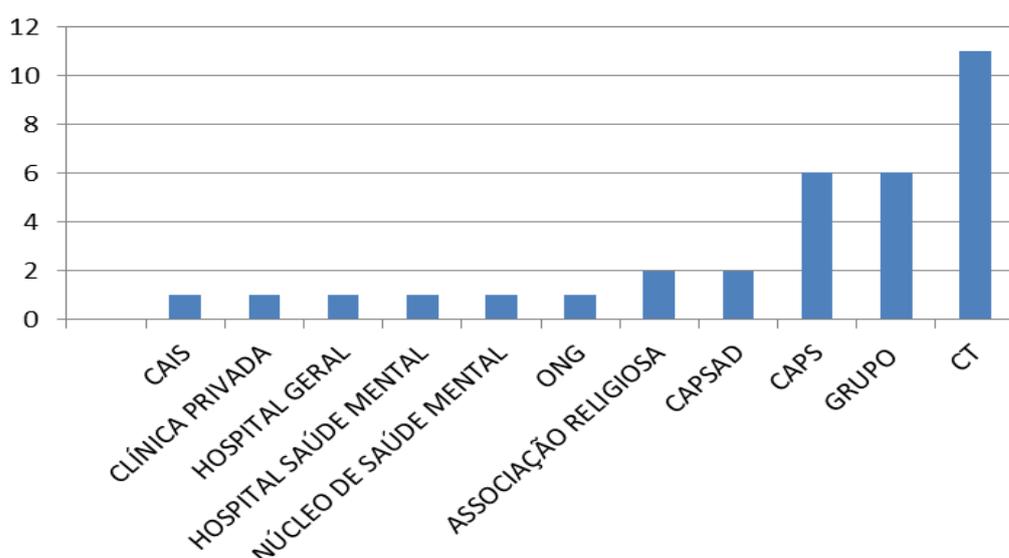
Constitui-se em cumprimento com os princípios éticos que pautam a profissão e produção de conhecimento da área. As análises aqui realizadas, além de compor essa tese, serão trabalhadas em artigos científicos, no intuito de continuar apontando para as necessárias análises que poderão resultar em atendimento as demandas desse segmento da população na perspectiva da Política de Saúde do SUS e da reforma psiquiátrica.

5 ATENÇÃO AOS DEPENDENTES E USUÁRIOS DE DROGAS NA REGIÃO FUNCIONAL 1 – RIO GRANDE DO SUL

Esse capítulo apresenta os resultados da pesquisa e os analisa sob a perspectiva referencial teórico crítico. Fornece indicativos da percepção dos sujeitos quanto à qualidade da atenção disponibilizada pelas instituições da Região Funcional 1, no período de 2012 a 2014. A partir das quantificações é possível selecionar aspectos abordados para o posterior aprofundamento qualitativo em busca de respostas às questões de pesquisa. Sabe-se, contudo que somente a análise da percepção dos sujeitos não é suficiente para dar conta da totalidade na qual se encontra o objeto de estudo. Dessa forma, está presente, nesse capítulo a análise da legislação e do arcabouço jurídico-organizacional que dá aporte às instituições de atenção ao tratamento da dependência química na região de estudo.

Especificamente em relação aos tipos e/ou natureza das instituições pesquisadas fez-se a seguinte seleção: Centros de Atenção Integral à Saúde Mental (CAIS mental); Clínicas Privadas; Hospitais Gerais; Hospital de Saúde Mental; Núcleo de Saúde Mental; Organizações não Governamentais (ONGs); Associações Religiosas; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad); Grupos de autoajuda; Comunidades Terapêuticas (CT); Associações.

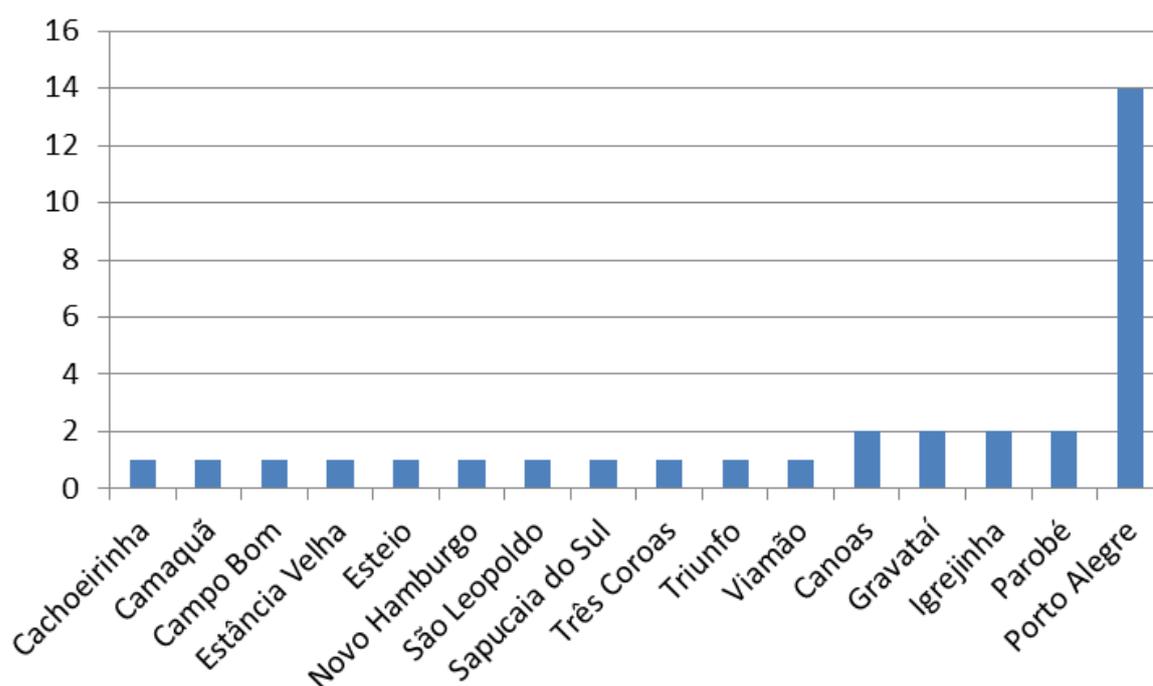
Gráfico 1 - Distribuição quanto ao tipo e natureza das instituições selecionadas



Fonte: sistematização do autor com informações do banco de dados da pesquisa Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul – 2015

O gráfico acima aponta que a pesquisa privilegiou para a sua análise os dados emanados dos serviços prestados pelas Associações Religiosas, CAPSAD, CAPS, Grupo e CT. Essa escolha deu-se pelo tipo de seleção da amostra, eminentemente estratificada. Assim, as proporções presentes no gráfico são compatíveis com o que se percebe do universo da amostra. A exceção fica por conta dos grupos de autoajuda, os quais, tanto por saturação, quanto pela característica de não dispor de profissionais ou gestores na atenção, bem como, não preencher todos os requisitos para satisfazer a pesquisa, acabaram por ter sua inclusão reduzida no corpus de análise.

Gráfico 2 - Cidades abrangidas pela amostra



Fonte: sistematização do autor com informações do banco de dados da pesquisa Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul – 2015

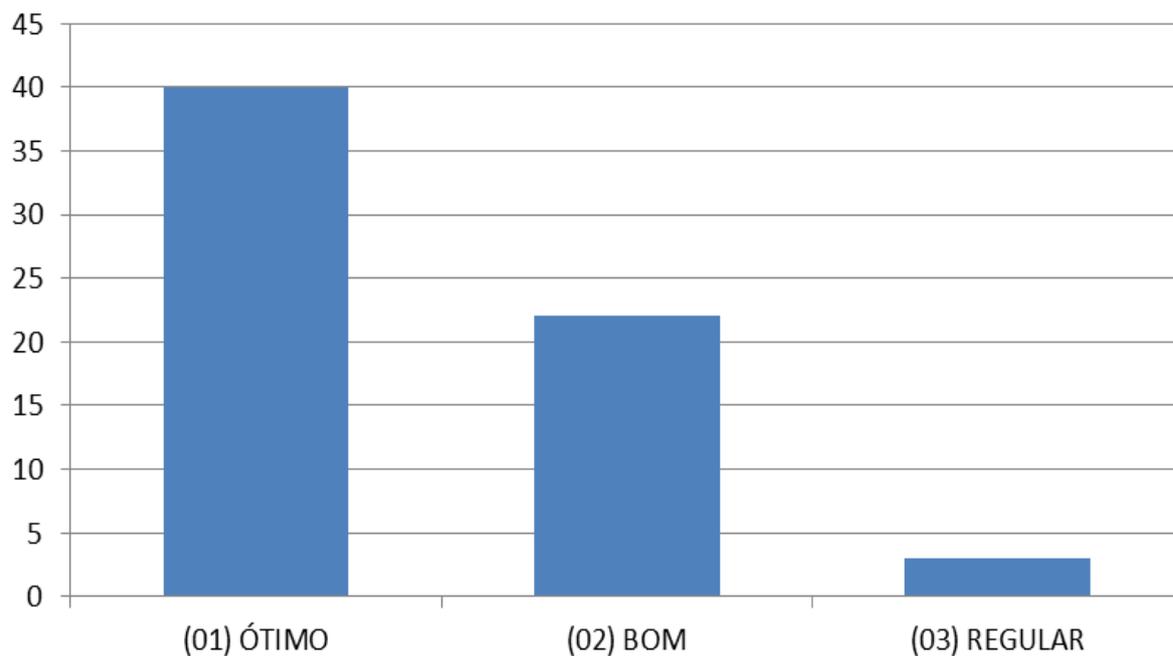
O raio de abrangência da pesquisa tem como contorno a região metropolitana de Porto, com ênfase nos serviços que estão na Capital do Estado a qual corresponde ao centro estruturante da Região Funcional 1 (RF1).

A RF1 abriga 4.338.702 habitantes, que correspondem a 41% da população total do Estado, sendo que, desta, 95% residem na área urbana e 5% na área rural²³. É formada pelos COREDEs²⁴ Metropolitano Delta do Jacuí, Vale do Rio dos Sinos, Vale do Caí, Centro Sul e Paranhana Encosta da Serra. Distingue-se por agrupar municípios com características metropolitanas, com funções que extrapolam os limites geográficos do Estado. Assim, em todos os COREDEs que integram a Região Funcional, existem municípios que pertencem à Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA) (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

²³ A RMPA foi criada por lei em 1973 e, inicialmente, era composta por 14 municípios. O crescimento demográfico, resultante principalmente das migrações, a interligação das malhas urbanas e os processos emancipatórios em período relativamente recente, bem como a necessidade de as municipalidades alocarem recursos para impulsionar o desenvolvimento local, fizeram com que novos municípios, como Igrejinha e São Sebastião do Caí, se integrassem à Região, totalizando 34 em 2015.

²⁴ Os Conselhos Regionais constituem-se em um fórum permanente e autônomo de discussão e decisão a respeito de políticas e ações que visam o desenvolvimento regional. A estruturação dos COREDEs teve origem, a partir de 1991, na aproximação entre Governo e instituições regionais, em especial as universidades; tendo sido reconhecidos legalmente, através de decreto estadual, em 1994. Inicialmente, o Estado foi dividido em 21 regiões e, atualmente, conta com 28 Conselhos Regionais de Desenvolvimento. (RIO GRANDE DO SUL, 2015)

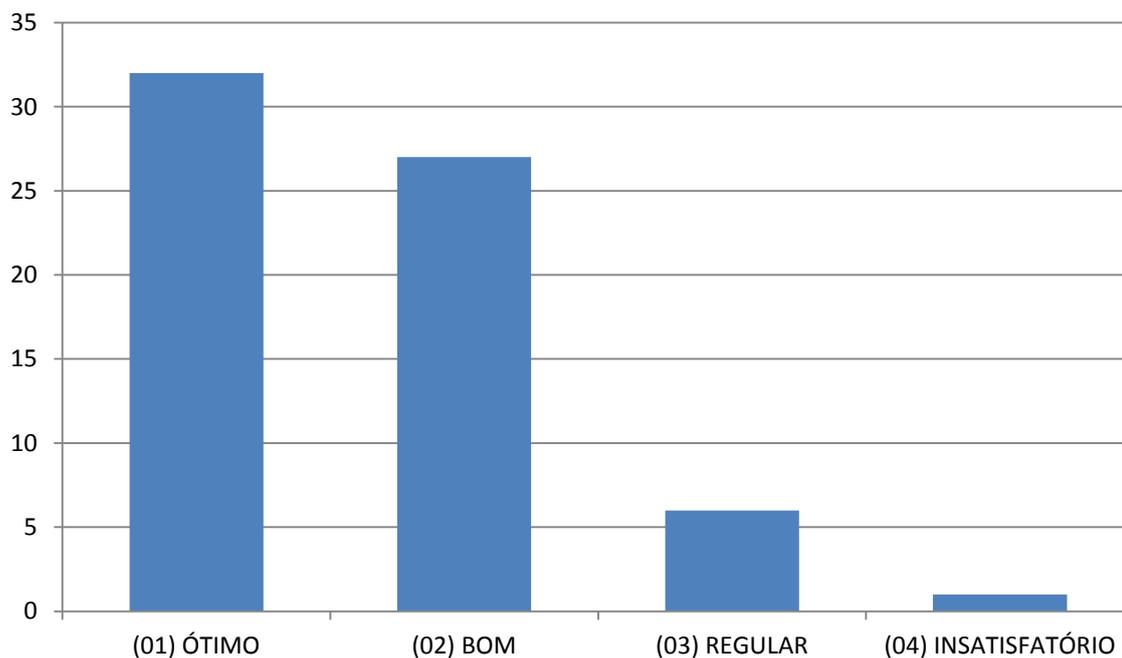
Gráfico 3 – Avaliação dos usuários quanto aos impactos e resultados do tratamento



Fonte: sistematização do autor com informações do banco de dados da pesquisa Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul – 2015

Do ponto de vista da escolha feita no formulário apresentado aos participantes da pesquisa constata-se que a avaliação concentra-se entre o Bom e o Ótimo, sendo muito pouco representativa a avaliação regular. Essa avaliação, contudo quando é feita pelas entrevistas com os usuários apresenta um quadro bastante distinto, o que é possível identificar nas seguintes falas:

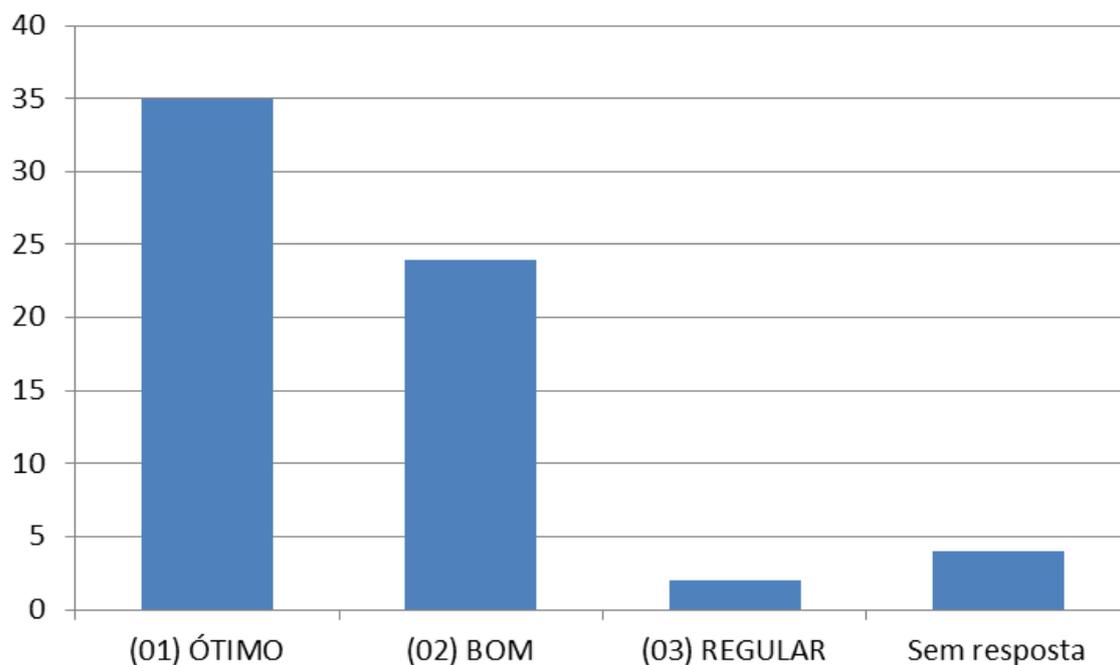
Gráfico 4 – Avaliação dos usuários quanto às condições estruturais das instituições



Fonte: sistematização do autor com informações do banco de dados da pesquisa Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul – 2015

Os dados analisados no gráfico quatro enquadram-se na perspectiva anterior. Os usuários apresentaram a tendência a avaliar positivamente as instituições quando das respostas ao formulário, mas nas entrevistas suas críticas são apresentadas, como demonstra o relato a seguir:

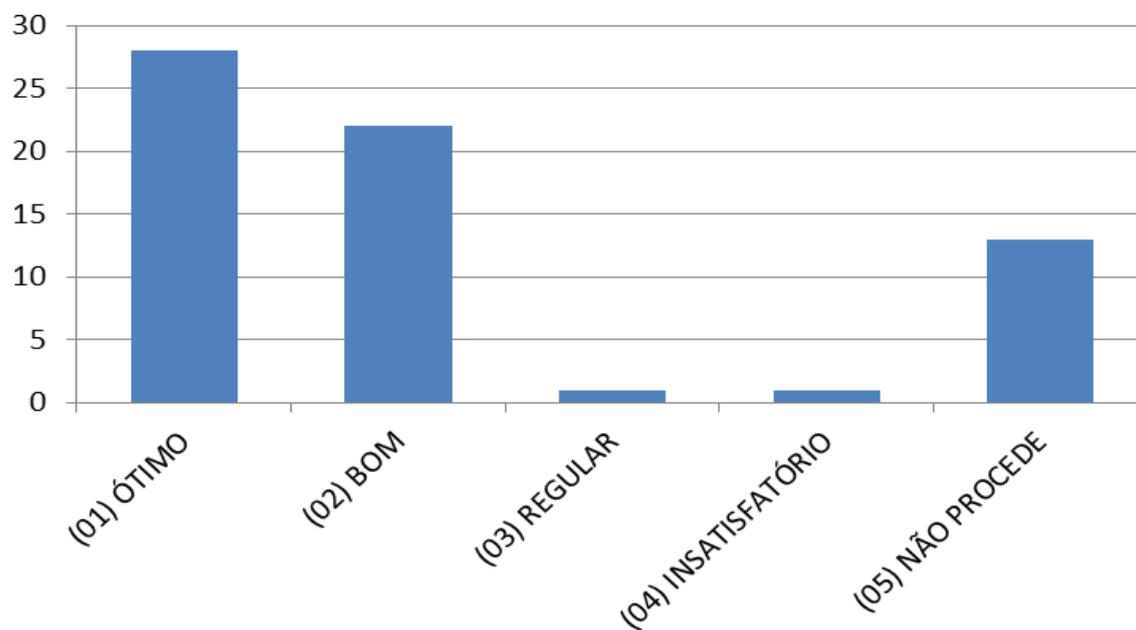
Gráfico 5 – Avaliação do atendimento ao usuário/dependente químico pela equipe



Fonte: sistematização do autor com informações do banco de dados da pesquisa Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul

Novamente o gráfico mostra a satisfação dos usuários com as equipes que os atendem, chamando a atenção para um grupo, que apesar de pequeno, não quis avaliar esse quesito.

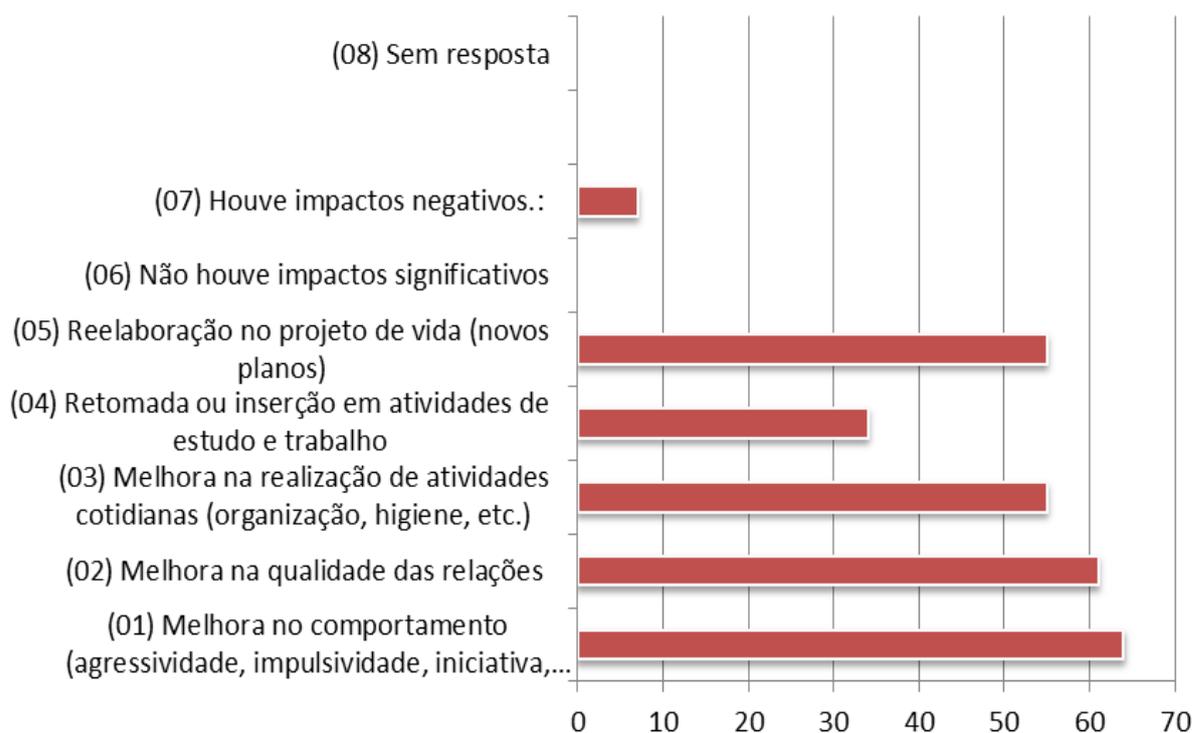
Gráfico 6 – Avaliação do atendimento e ou suporte ao familiar do usuário



Fonte: sistematização do autor com informações do banco de dados da pesquisa Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul – 2015

E no item que se refere ao suporte familiar que as respostas vão conter um índice de insatisfação e um grupo significativo que anuncia que não procede essa avaliação.

Gráfico 7 – Avaliação dos usuários quanto aos impactos e resultados do tratamento



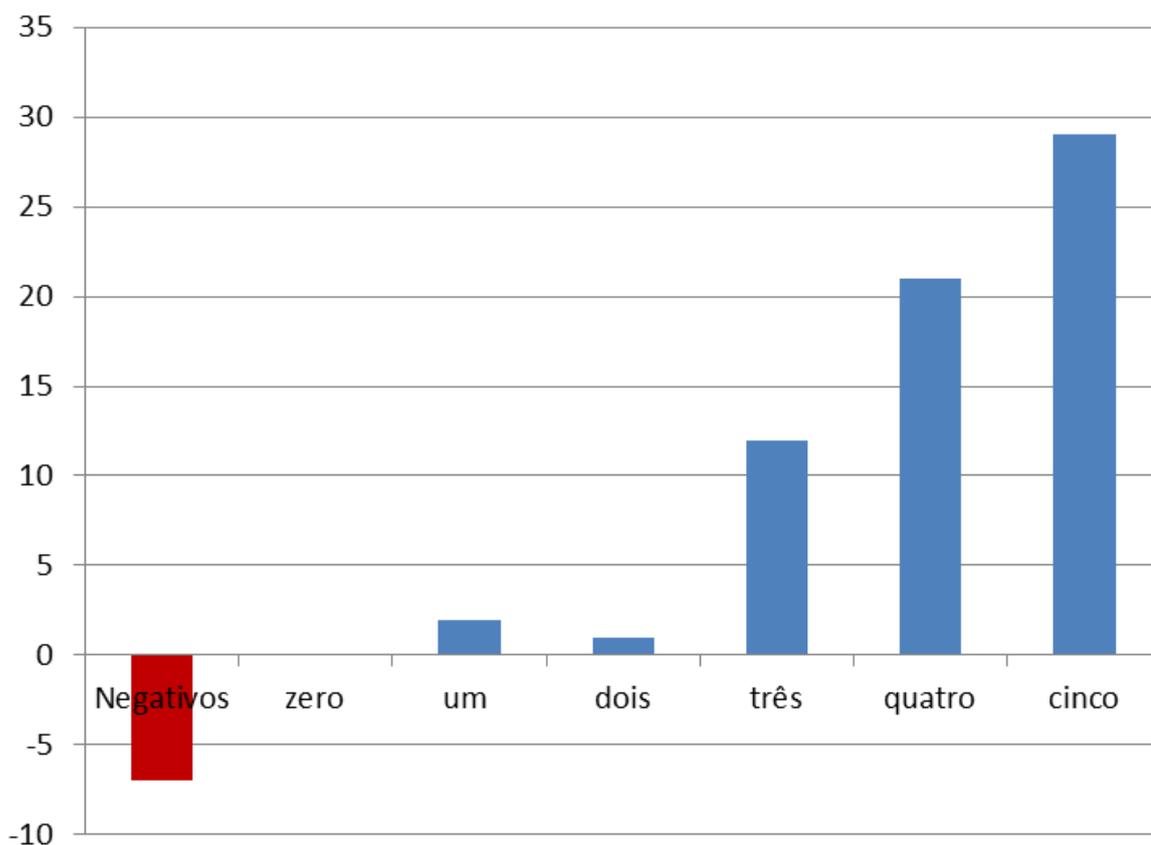
Fonte: sistematização do autor com informações do banco de dados da pesquisa Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul – 2015

As respostas quanto à avaliação do item impactos do tratamento, concentram-se nas questões individuais e que dependem diretamente do envolvimento do usuário com seu tratamento, mas que acabam por impactar nas suas relações sociais como é o caso da melhoria da qualidade de relações que associado a redução de comportamentos agressivos são os dois aspectos de maior destaque nas respostas dos pesquisadores. Ao visualizar os resultados da proposta metodológica as informações apontam para um sujeito mais organizado e com possibilidades de melhorar sua convivência coletiva e de projetar perspectivas de vida melhores.

No gráfico 8, é possível se verificar o reflexo às respostas objetivas dos usuários em relação ao seguinte esquema possível de escolha na questão que propunha avaliar os impactos e/ou resultados do tratamento disponibilizado pela instituição. Conforme Anexo A, as opções de escolha consistiam em: 01) Melhora no comportamento (agressividade, impulsividade, iniciativa, autoestima, etc); (02) Melhora na qualidade das relações; (03) Melhora na realização de atividades

cotidianas (organização, higiene, etc); (04) Retomada ou inserção em atividades de estudo e trabalho; (05) Reelaboração no projeto de vida (novos planos); (06) Não houve impactos significativos e (07) Houve impactos negativos. Quais? (ANEXO A)

Gráfico 8 – Concomitância de itens avaliados por sujeitos entrevistados



Fonte: sistematização do autor com informações do banco de dados da pesquisa Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul – 2015

Considerando-se que a pergunta consistia na possibilidade de múltipla escolha as respostas possíveis entre os sujeitos de pesquisa poderiam convergir ou divergir entre si. Oportuno, para fins de análise quantitativa, cruzar as respostas válidas a fim de constatar a satisfação dos usuários quanto ao tratamento. Em outras palavras, as 5 primeiras alternativas de escolha podem ser consideradas positivas, ou desejáveis num tratamento de qualidade, ou seja, que ele disponibilize melhora no comportamento (agressividade, impulsividade, iniciativa, autoestima, etc); na qualidade das relações, na realização de atividades cotidianas (organização, higiene, etc), na retomada ou inserção em atividades de estudo e trabalho e na reelaboração no projeto de vida (novos planos).

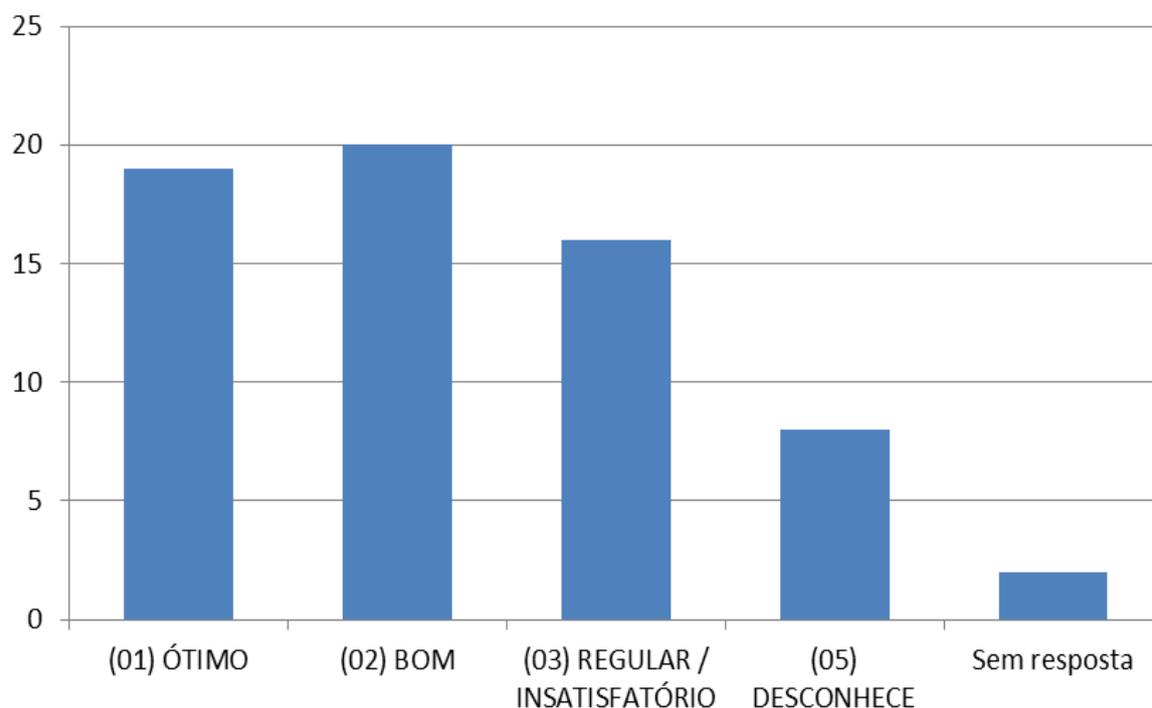
As alternativas 06 e 07, respectivamente, que afirmam não haver impactos significativos e/ou haver impactos negativos são as únicas que possibilitam a negação das anteriores, ou seja, são, em essência, autoexcludentes entre si e entre as demais. Servem também de parâmetro de fidedignidade das respostas, uma vez que sua concomitância com as demais, no mínimo, chamaria a atenção para eventuais equívocos de preenchimento, ou de entendimento da pergunta. Dessa forma, pôde-se montar um esquema analítico secundário cruzando as respostas, a fim de averiguar numa escala que vai de “negativo” até cinco (positivo) passando pelo zero, que nesse caso corresponde a escolha da alternativa “neutra” que afirma não haver impactos significativos, no caso a opção 06.

Uma possível interpretação do gráfico pode ser, portanto, considerar que houve maior convergência, ou concomitância de respostas pontuando as cinco opções positivas possíveis correspondentes à margem de 25 a 30 sujeitos. Aproximadamente 20 respostas escolheram 4 das 5 opções positivas, por sua vez, em torno de 10 entrevistados escolheram 3 opções positivas; aqueles que elegeram um ou dois pontos positivos somam menos 5, contrastando com, pelo menos 5, que escolheram, exclusivamente, a única opção contrária a qual afirma que houve impactos negativos. Dentre esses sujeitos um deles afirma que um dos impactos negativos é “ficar isolado” (SIC), longe dos amigos e familiares afirmou o sujeito D32 atendido por uma das instituições pesquisadas. Essa referência encontra similaridade em outro usuário atendido por uma instituição semelhante, conforme pode-se perceber a partir do registro em diário da pesquisa:

O sujeito J15 está na comunidade há "2 meses e 24 horas" (sic). Conta que trabalhava aqui na equipe e em uma das suas folgas foi para casa, teve uma recaída e passou 2 semanas usando, retomando seu padrão de uso anterior [...] em relação aos impactos negativos, diz que "é doloroso estar longe da família, ter que voltar para a realidade e estar internado" (Sic) (DIÁRIO DE CAMPO d25, 2012).

Abordagens terapêuticas que promovem o afastamento dos sujeitos da comunidade e dos laços afetivos vão na contramão da Política Integral para Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004) e das orientações das Nações Unidas para efetividade de um tratamento mais humanizado (UNODC, 2010).

Gráfico 9 – Avaliação da qualidade da rede de serviços para atendimento a usuários/dependentes de drogas



Fonte: sistematização do autor com informações do banco de dados da pesquisa Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul – 2015

O gráfico 9 aponta, como os demais, uma satisfação dos usuários com a qualidade da rede que está disposta para o atendimento dos mesmos. Mas os extratos de depoimentos dos usuários fazem alguns questionamentos em relação a estruturas que merecem destaque.

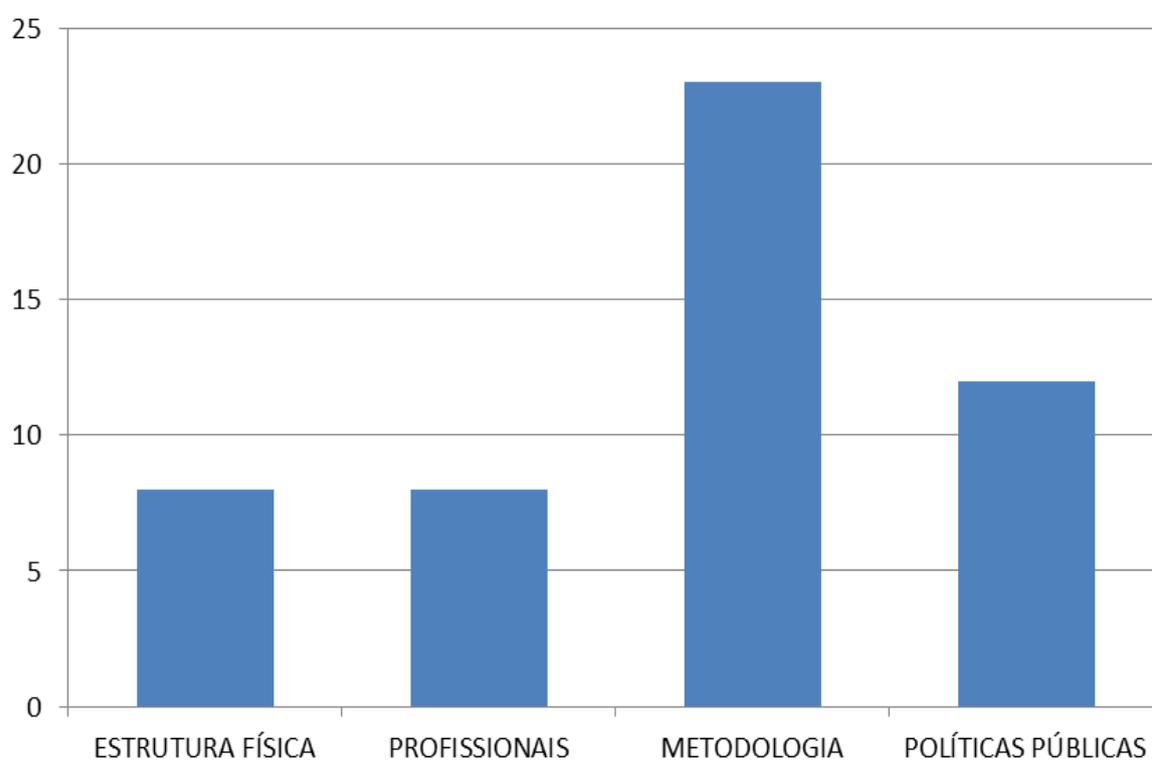
A rede de serviço em POA está muito fraca. Tem muita propaganda, mas tu vai lá e eles não tem nada pra te ajudar [...] A maioria dos lugares, se tu não tem dinheiro tu não consegue (Usuário - BDU – M74, 2013).

O usuário (M31) afirma que há pouco recurso e estrutura para os atendimentos em POA. Tem vontade que os serviços sejam de fato disponibilizados como oferecem. Faltam serviços gratuitos (Diário de pesquisa – CT2, 2013) .

Em verdade, a rede de atenção psicossocial instalada no RS, de 2004 a 2010, sofre uma expansão nos dispositivos de internação, no caso espaços em tanto em Hospitais Gerais para desintoxicação de álcool e drogas quanto em hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas. Todo esse recurso, em grande medida proveniente do tesouro do Estado vem sendo destinado equivocadamente. Na

verdade, o que se percebe é que não há carência de leitos em hospitais psiquiátricos, mas sim aporte à atenção básica. O reflexo disso é que o fluxo operacional nas redes de atenção psicossocial ficam fragilizados repercutindo na dificuldade de efetivar a inserção do cuidado em saúde mental, o que, em última instância repercute negativamente nas estratégias de Redução de Danos e demais serviços da atenção básica. Por sua vez, usuários de álcool e outras drogas acabam por terem seus processos psicossociais comunitários subjugados e, muitas vezes, por eles próprios desacreditados. Constrói-se, dessa forma, terreno fértil para que a internação hospitalar, importante em determinadas situações, e o modelo de segregação coberto pelo manto de “convívio entre pares” se tornem objeto de desejo, mercadoria reificada, para usuários, familiares e até mesmo para alguns trabalhadores desmotivados com as limitações orçamentárias que inviabilizam a efetivação de uma atenção básica capaz de mobilizar a rede.

Gráfico 10 – Opinião dos usuários quanto aos aspectos destacados para aprimoramento da atenção à dependência de drogas



Fonte: sistematização do autor com informações do banco de dados da pesquisa Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul – 2015

Quando se trata de indicar em que aspectos os serviços deveriam melhorar aparece uma contradição com as avaliações anteriores em relação a estruturas físicas e aos profissionais. Mas o que chama atenção é a ênfase dada ao que chamou-se de metodologia. O dado revela que apesar de avaliar bem os serviços, os avaliadores pensam que a metodologia do trabalho deveria ser mudada. Nesse quesito as condições objetivas de tratamento parecem ser colocadas em xeque.

6 CONCLUSÕES

Iniciamos o percurso da presente tese com o propósito de dar continuidade ao mestrado. O estudo sobre o Consultório na Rua, tema abordado na dissertação, oportunizou imersão nos processos de trabalhos que produzem cuidado em saúde às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social. Normalmente essas pessoas, discriminadas por sua condição, acabam não acessando direitos constitucionais, dentre eles o direito à saúde e a vida com dignidade.

Historicamente as pessoas que, em algum momento de suas vidas, vivenciam uso prejudicial ou crônico de substâncias psicoativas são taxadas como transgressoras ou como doentes. Se transgressoras, oferecem risco a sociedade e, portanto, pela moral ou pela lei, devem ser condenadas; se doentes, devem ser tratadas e, portanto, reinseridas ao padrão de sociabilidade esperado.

foi uma instigante experiência que despertou novos questionamentos sobre a forma de se produzir. A Política Nacional de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas estabelece e reafirma a Integralidade como princípio para intervenção na perspectiva psicossocial.

A dicotomia entre transgressor e doente decorre em dois padrões distintos de atenção. Ao primeiro, reserva-se, a força da Instituição Lei que lhe confere um tratamento punitivo; ao segundo, reserva-se a força da Instituição Saúde que lhe confere um tratamento. Via de regra, o modelo predominante de atenção reconhece o uso crônico. Apesar do discurso da atenção integral, raras vezes se reconhece o uso nocivo e crônico de drogas como uma questão que extrapola o campo da Justiça e o da Saúde. Os padrões de atenção que enfocam apenas determinados aspectos da vida dos sujeitos são os que têm menores condições de lidar com uma questão complexa e multifacetada como é o uso de drogas.

O custo social desse padrão de uso é considerável levando-se em conta as demandas decorrentes dos agravos. Contraditoriamente as drogas servem à manutenção do *status quo*; seu comércio movimentam economias e mantêm um poder paralelo que não visa destituir o Poder Constituído. Também é contraditório, pois o uso de drogas contribui para a superficial manutenção de trabalhadores que por anos produzem, sob efeito, de psicoativos. O uso de estimulantes por caminhoneiros e benzodiazepínicos por trabalhadores ansiosos e estressados.

Assim, considera-se que as instituições que se propõem a atender aos problemas decorrentes do uso de drogas numa perspectiva cidadã de integralidade devem considerar os diversos aspectos que compõem a demanda explícita e implícita e articular o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e visão crítica do próprio uso de drogas.

Ao deter-se ao estudo das transformações da sociedade e das expressões da questão social que culminam no uso e abuso de drogas e, por conseguinte, na dependência química de uma parcela dos usuários, percebe-se o quanto a sociedade esta doente. O abuso de drogas acaba por desencadear no dependente químico uma série de sofrimentos e violações de direitos revelando, dessa forma, as expressões da questão social que precisam ser reconhecidas e entendidas em sua totalidade.

A intervenção do Serviço Social junto a temáticas como: abuso de drogas, por exemplo, necessita estar relacionada justamente com essa análise da totalidade para que ela não se limite e não reproduza a visão reducionista a qual culpabiliza as próprias pessoas por seu sofrimento. Entender este fenômeno enquanto característico e completamente de acordo com a sociedade de consumo é fator imprescindível para superação.

Não aceitar de pronto o que a mídia propala é fundamental, pois a realidade só é desvelada após aproximações sucessivas. Percebe-se nos noticiários, um discurso moralizador e notícias que promovem pânico e a sensação de insegurança na população. Mobiliza-se o aparato repressivo, aumenta-se o número de apreensões e a polícia prende cada vez mais pessoas envolvidas com o tráfico apontando à sociedade falsos culpados pela crise do sistema. Em contrapartida há aumento no estigma em relação aos usuários e dependentes, dificultando a eles o acesso ao trabalho e ao direitos básicos.

O embate do bem contra o mal, na sociedade das contradições, carências e excessos fazem parte do cotidiano. Nega-se às pessoas os mínimos necessários à sobrevivência condigna, mas exige-se dessas mesmas pessoas que se insiram nos padrões de consumo necessários para obter reconhecimento e status de ser humano. Aqueles que não conseguem consumir não são vistos como iguais, mas como ameaçadores desajustados, quando na verdade, a grande ameaça é

desigualdade, a exclusão social, a injustiça e indiferença das classes dominantes. A carência no âmbito das pesquisas relega o tema ao segundo plano.

Constata-se que é a escassa produção científica que aborde a temática e a atenção aos usuários de drogas. Todas essas questões se mostram como desafios a serem superados, pois a luta contra toda forma de discriminação e estigma é fator preponderante na perspectiva da garantia e defesa dos direitos humanos.

Dentre as potencialidades, para evidenciar fatores importantes na atenção à questão das drogas, está a possibilidade de se incluir, como principais sujeitos, nas pesquisas algumas instituições atores sociais, dentre eles os centros de atenção psicossocial (CAPS), os hospitais gerais, os grupos de auto-ajuda, as comunidades terapêuticas. Os Agentes Comunitários que trabalham no Programa de Saúde da Família também devem ser foco de estudos, pois eles estão diariamente na comunidade e são eles que podem identificar e trabalhar os casos de dependência que não chegam aos CAPS.

É necessário, sobretudo, ter disposição de ânimo para compreender que oferta de atenção em saúde às pessoas que usam drogas é, antes de tudo, um direito inalienável, não se pode impô-lo sob o julgo do bem comum, da imposição autoritária, moralizante. Não pode, em nenhum momento se perder de vista que a questão do uso de drogas é um reflexo cultural, histórico e social e, como tal, não pode ser abordado com perspectivas totalitárias e deterministas.

Crises das instituições, superexploração do trabalho, desemprego estrutural, tentativa de aviltamento aos direitos trabalhistas e à Seguridade Social, manipulação da informação a qual conduz a extremos entre a banalização da violência e apologia à cultura do medo. A manipulação de massas e a fragilização da democracia frente às incessantes manobras políticas intoxicam o período no qual essa pesquisa se insere, se desenvolve e se conclui.

É importante, apesar de tudo, não se perder a lucidez ética frente aos desafios que o estupefaciente momento histórico apresenta.

REFERÊNCIAS

- A TRIBUNA DE SANTOS: “**Fechamos os manicômios para ampliar a qualidade do atendimento**”. São Paulo 20/07/2009, 20 jul. 2009. Disponível em: <<http://abp.org.br/2011/medicos/clippingsis/exibClipping/?clipping=9893>>. Acesso em: 25 out. 2014
- ABEPSS, UnB, p. 20-33, 1999.
- ABESS/CEDEPSS. *Caderno ABESS n. 07*. Caderno Especial: Formação Profissional: trajetórias e desafios. Cortez, São Paulo: 1996.
- ALVES, Vânia **Sampaio**. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas**: discursos políticos, saberes e práticas. 2009.
- AMADEU, Roseli Cruz. Abuso de Drogas y su prevención en Brasil. In: CORREA, Jorge Baeza (org.) **Drogas em América Latina**: Estado Del arte em estúdios de toxicomania em Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador. Santiago do Chile: Ucsh - Fiuc, 2008. p.19 – 50.
- ANDRIOLI, A. I. O mito da competitividade. In: **Revista Espaço Acadêmico** – Ano II – nº 23 – abril 2003 – Mensal – ISSN 1519.6186. Disponível em : <http://www.espacoacademico.com.br /023/23and.htm> - acessado em 10/11/2012.
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. Breve histórico da ciência. In: **Temas de filosofia**. 3. ed. São Paulo: Moderna, 2005.
- ATKINS, 2007
- ARTELLS, J. **Notas sobre La consideración econômica de La equidad**: utilización y acceso. In ARTELLS, J. (org.) Planificación y Economía de La Salud em las Autonomias. Madri: Masson, 1983.
- ATÍLIO A.; AMADEO, Javier; GONZÁLEZ (Orgs.) **A teoria marxista hoje**. Problemas e
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 375-418
- BARCELAR, Roberto Portugal. Mudança de cultura jurídica sobre drogas. In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira, et al. (orgs.). **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011.
- BARCELLOS, Christovam et al. Georreferenciamento de dados de saúde na escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 17, n. 1, p. 59-70, 2008.
- BARCELLOS, Christovam et al. Georreferenciamento de dados de saúde na

escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 1, p. 59-70, 2008.

BERRIDGE, Virginia. Aids, drugs and history. **Addiction**, v. 87, n. 3, p. 363-370, 1992.

BOITEUX, L.; Ribeiro, M. M. **Justiça terapêutica**: redução de danos ou proibicionismo dissimulado? In: Seibel, S. D. (Org.) Dependência de drogas. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

BRASIL, SEDU/PR. **Sistema Nacional de Indicadores Urbanos – SINIU**: Indicadores de gestão urbana. Vol 1. Brasília, SEDU/PR, 2002.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; Norma Operacional Básica – NOB/Suas**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

BRASIL. Decreto 5.912, de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei nº11.343, 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. In: **Diário Oficial da União**, Brasília. V.143. nº 187. p 8-9, 28 set. 2006b. Seção 1.

BRASIL. Decreto 7.179. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, cria o Comitê Gestor e dá outras providências. 2010.

BRASIL. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas: Brasília, 2011.

BRASIL. Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**, Brasília. V.143. nº 163. p 2-6, 24 ago. 2006. Seção 1

BRASIL. Ministério da Saúde . Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do

Brasil, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**: realização 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002. Cria o programa nacional de atenção comunitária integrada a usuários de álcool e outras drogas. In: **Diário Oficial da União**, Brasília. V.139. nº 84, p 29-30, 3 maio. 2002a. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Caderno de Orientações Técnicas**: Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas. Brasília, 2016.

BULLA, L. C. (Org.) ; MENDES, J. M. R. (Org.) ; PRATES, J. C. (Org.) . **As múltiplas formas de Exclusão Social**. Porto Alegre: Fundação Internacional de Universidades Católicas - Edipucrs, 2004. 247p .

BULLA, Leonia Capaverde (Org.). **Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul/Brasil**: Projeto de Pesquisa CNPq. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2015.

CAMÕES, Luís de. **Os Lusíadas** . Edição comemorativa. Lisboa: Imprensa Nacional, 1972.

CARNEIRO, Henrique. Breve Histórico do uso de Drogas. IN: SEIBEL, Sérgio. **Dependência de Drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. cap. 2, p. 11-26.

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da Questão Social**: uma crônica do salário. Tradução de Iraci D. Poleti.4.ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 611 p.

CATTANI, Antonio David (org.) **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. Petrópolis, Vozes, 2002.

CAZANOVA, Ricardo; BULLA, Leonia Capaverde. A Integralidade na fonte do Consultório de Rua do SUS. In: **III Congresso Internacional da ABRAMD**. Bento Gonçalves: ABRAMD, 2011.

CFESS. CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS. **Código De Ética Profissional Dos Assistentes Sociais**. Aprovado em 15 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas resoluções cfess n.º 290/94 e 293/94. Disponível em: <www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_etica_cfess.pdf> Acesso em maio, 2014.

CHAGAS, Fernanda Galvão Leite das; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Cooperação internacional em prevenção do uso abusivo de drogas no Brasil. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-20, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 out. 2016.

CHAUÍ, Marilena Chauí. Convite à Filosofia. São Paulo: Ática, 2000

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração**, São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CHIMENTI, Ricardo Cunha. Aprimoramento do Poder Judiciário em relação ao uso de drogas. In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira, et al. (orgs.). **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011.

COSTA, Magnus Amaral. **Otimização dos resultados e minimização dos custos**. Revista Brasileira de Contabilidade. 17 (62), mai/jun, 1987.

COSTA. Lúcia Cortes da. O dilema brasileiros da desigualdade social. In: SOUZA, Maria Antônia de Souza; COSTA. Lúcia Cortes da (orgs.). **Sociedade e cidadania: desafios para o século XXI**. Ponta Grossa: UEPG, 2005.

COUTO, Berenice Rojas et al. **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez, 2010.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

COUTO, Berenice Rojas; MARTINELLI, Tiago. O serviço social e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS): desafios éticos ao trabalho profissional. **Argumentum**, p. 92-105, 2010.

Daniel, Cruz. Glossário. In: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência de Drogas**. 2.ed. São Paulo: Atheneu. 2010. p.11-26.

DARWIN, Charles. **A Origem das Espécies**, 1859. Disponível em: <ecologia.ib.usp.br/ffa/arquivos/abril/darwin1.pdf>. Acesso em dezembro de 2015.

DAVIS, Clodoveu. Bancos de Dados Geográficos Para Aplicações Urbanas. **São José dos Campos**, 1998.

DESLANDES, Suely Ferreira; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis - RJ: Vozes, 2008.

DOWBOR, Ladislau. Tendências da gestão social. **Saúde e sociedade**, v. 8,

n. 1, p. 3-16, 1999.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**: trabalho relacionado com as investigações de L. H. Morgan. 10. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985.

FELTRE, Ricardo. **Fundamentos da Química**. 3.ed. São Paulo: Moderna, 2001.

FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

Fundamentos de Toxicologia. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
OLIEVENSTEIN, C. Destino do toxicômano. São Paulo: Artmed, 1985.

GALDURÓZ, J. C. F.; SANCHEZ, Z.V.M.; NOTO, A.R. Epidemiologia do uso, do abuso e da dependência de substâncias psicoativas. In: DIHEL, A. et al. **Dependência Química**. Porto Alegre: Artmed, 2011.p.49-58.

GAMBOA, Sílvio Sanchez. A dialética na pesquisa em educação: elementos de contexto. In: FAZENDA, Ivani (Org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1991. p. 91-115.

GIOVANELLA, Lúgia. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. In: **Revista Saúde em Debate**. v.26, n 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GUARESCHI, Pedrinho A.; BIZ, Osvaldo. **Mídia & Democracia**. Porto Alegre: P.G/O.B, 2005.

Heitor Frúgoli Jr e Enrico Spaggiari, « Da cracolândia aos nórias: percursos etnográficos no bairro da Luz », *Ponto Urbe* [Online], 6 | 2010, posto online no dia 31 Julho 2010, consultado o 19 Fevereiro 2017. URL : <http://pontourbe.revues.org/1870> ; DOI : 10.4000/pontourbe.1870

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

HELLER, Agnes. **Sociología de la vida cotidiana**. 3ª ed. Barcelona: Ediciones Península, 1991.

HOBBSAWM, Eric. Era dos Extremos. **O breve século XX**: 1914-1991. 2.ed. Trad. Marcos Santarrita; rev. téc. Maria Célia Paoli. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez,

2007.IAMAMOTO, 2005,

IBGE .site <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/duvidas/> acesso em julho de 2005

institucional disponível em: <www.obid.senad.gov.br> Acesso: 15 maio 2013.

JANNUZZI, P.M. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fonte de dados e aplicações**. Campinas: Alínea, 2001.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. MARX, 1996, p.98

LEITE, Marcos da Costa. História da Cocaína. In: LEITE, Marcos da Costa; ANDRADE, Arthur Guerra de (orgs.). **Cocaína e Crack: dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 1999. p.15-24.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. **A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território**. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia da UERJ. ano 10, n. 1. Rio de Janeiro, 2010. p. 281-295.

LESSA, Sérgio. O processo de produção/reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 2: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília: CEAD, CFESS,

LODI, João Bosco. A Estrutura Matricial e a Estrutura Sistêmica: dois novos tipos de organização. In: **Revista de Administração de Empresas** 10(4). out./dez, Rio de Janeiro, 1970.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas: da Justiça à Saúde Pública. **Revista História, Ciência, Saúde. Manguinhos**, v. 14, n. 03.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINE, Maria Lúcia. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 33 (3). 2013. p. 580-595.

MACRAE, Edward. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, Sérgio D. (org.). **Dependência de Drogas**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p.27-37.

MACRAE, Edward. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, Sérgio D. (org.). **Dependência de Drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p.27-37.

MACRAE, Edward; SIMÕES, J. **Rodas de fumo: o uso da maconha entre as camadas médias**. Salvador: EDUFBA, 2000.

MARANHÃO, César Henrique. Capital e superpopulação relativa: em busca

das raízes contemporâneas do desemprego e do pauperismo. In: BEHRING, Elaine, Rossetti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de (orgs.). **Trabalho e seguridade Social: Percursos e Dilemas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2008.

MARLATT, G. Alan. Princípios básicos e estratégias de redução de danos. In: Marlatt, G. Alan, editor. **Redução de Danos: Estratégias práticas para lidar com comportamento de alto risco**. Porto Alegre (RS): Artmed; 1999. p 45-58.

MARTINS, Clitia e MAMMARELLA, Rosetta. Espacialização da exclusão social urbana no RS. **Relatório de Pesquisa**. Porto Alegre: FEE, 1997.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política**. Livro 1, Volume II. Tradução por Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MATTOS, Rubem Araujo de. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo de (orgs.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

MATTOS, Rubem Araujo. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo de (orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2010.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010

MOONEY, G. H., 1983. **Equity in health care: Confronting the confusion**. *Effective Health Care*, p.1:179-184

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.

NERY FILHO, Antônio. **Entrevista audiovisual cedida ao Jornal A Tarde Online**, em 29 de junho de 2009. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=YpnZ_nBOIbw&feature=related>. Acesso em dezembro de 2011.

NIEL, Marcelo. Aspectos históricos do uso de drogas. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.137- 42.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCORREL, Sara; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; et al. (orgs).

Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008.

OBID. OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. Página

OGA, Seizi; CAMARGO, Márcia Maria de Almeida; BATISTUZZO, José Antonio de Oliveira. **Fundamentos de Toxicologia.** 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

OLIEVENSTEIN, C. **Destino do toxicômano.** São Paulo: Artmed, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. CID-10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** Genebra, Suíça, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCORREL, Sara; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; et al. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, 2011.

PAULILO, M. A.S.; DAL BELLO, M. G.. **Jovens no contexto contemporâneo: vulnerabilidade, risco e violência.** Serviço Social em Revista. vol.4, nº2 Jan /Jun – 2002. Disponível em: http://www.ssrevista.uel.br/c_v4n2_marilia.htm. Acesso em 07/12/2010.

PAULILO, M. A.S.; DAL BELLO, M. G.. Jovens no contexto contemporâneo: vulnerabilidade, risco e violência. **Serviço Social em Revista.** vol.4, nº2 Jan /Jun – 2002. Disponível em: http://www.ssrevista.uel.br/c_v4n2_marilia.htm. Acesso em 07/12/2008.

POCHMANN, M. Desigualdade e tributação. In: R. Piscitelli et al (orgs.) **Reforma tributária.** São Paulo: Atlas. 2009

POCHMANN, Márcio. **Desenvolvimento e perspectivas novas para o Brasil.** São Paulo: Cortez, 2010.

POLITZER, Georges. **Princípios fundamentais de filosofia.** São Paulo: Centauro, 2007.

PRATES, Flávio Cruz; PRATES, Jane Cruz. Problematizando o uso das técnicas de análise documental no serviço social e no direito. *Sociedade em Debate*, Escola de Serviço Social/UCPEL, v.15, n.2, p.111-125, jul/dez.2009.

PRATES, Flávio Cruz; PRATES, Jane Cruz; MACHADO, Simone Araújo. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. *Revista Temporalis*, Brasília, ano 11, n. 22,

p.191-215, jul/dez. 2011.

PRATES, Jane C., **Avaliação de Políticas Sociais e construção de Indicadores**. Anais do I Seminário do Mercosul sobre Políticas Sociais, Pelotas, UCEPEL, 2008.

PRATES, Jane Cruz. O método e o potencial interventivo e político da pesquisa social, *Revista Temporalis*, n. 9, 2003.

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 11, n. 1, p. 116-128, 2012.

PRATES, Jane Cruz. O planejamento da pesquisa. **Revista Temporalis**, n. 7, 2003.

PRATES, Jane Cruz. **Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente social**. Tese Doutorado, PUCRS, 2003.

PRATES, Jane Cruz. Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente social. Tese Doutorado, PUCRS, 2003.

PRATES, Jane. C. O método e o potencial interventivo e a política na pesquisa social. *Revista Temporalis*, Brasília: ABEPSS, n. 9, 2006.

QUEIROZ, Marcelo Pereira et al. Georreferenciamento do sistema de informações de acidentes de trânsito de Fortaleza (SIAT-FOR): aperfeiçoamento e vantagens. In: **Anais do XVIII Congresso de Pesquisa e Ensino em Transportes-ANPET. Associação Nacional de Pesquisa e Ensino e Transportes, Florianópolis**. 2003. p. 53-60.

REBELO, Irla Bocianoski; STEMPLIUK, V. A. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (Obid): tecnologia para construção de portais. **Inclusão Social**, v. 2, n. 1, 2007.

RIO GRANDE DO SUL, 2014. **Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial – 2013-2015**. Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento Governança e Gestão. **Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul**. 2016. Disponível em: <www.atlassocioeconomico.rs.gov.br>. Acesso em: 15 out. 2016.

RIZZINI, Irene. Solidariedade e comprometimento nas intenções e nas ações. In: TÜRCK, Maria da Graça Maurer Gomes. **Rede Interna e Rede Social: o desafio permanente na teia das relações sociais**. 2.ed. Porto Alegre: Tomo, 2002.

RODRIGUES, Thiago. Política de drogas e a lógica dos danos. **Revista Verve**, v. 3, p. 257-277, 2003.

SANTOS, Vilmar Ezequiel dos; SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia

Maria Sivalli. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010.

SANTOS, Vilmar Ezequiel dos; SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli. A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 8, n. 1, p. 41-47, 2012.

SEIBEL, Sergio D. **Dependência de Drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu. 2010

SILVA, R. V. B.; STELET, B. P.; PINHEIRO, F.; GUIZARDI, F. L. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

Sociais. CFESS: Brasília, 1993.

TURNER. B. **Equality**. Londres: Tavistock Publications, 1986.

UGÁ. Maria Alicia D; PORTO, Silvia Marta. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCORREL, Sara; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; et al. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008.

WANG, YP ; SANTANA, G.L. ; ANDRADE, L.H. . Co-ocorrência de Adicção a Substâncias e Transtornos Afetivos. In: SEIBEL, S.D.. (Org.). **Dependência de Drogas**. 2a.ed.São Paulo: Atheneu, 2009, v. , p. 633-654.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. International Journal of Health Services, 22(3): 429-445, 1992

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Advocacy for mental health**. World Health Organization, 2003.

YAZBEK. Maria Carmelita, O significado sócio-histórico da profissão. In: Curso: **Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais**, módulo I. Brasília: CFESS / ABEPSS / CEAD-UNB, 2009.

APÊNDICE- A – INSTRUMENTO DE CATEGORIZAÇÃO

Categorização das respostas dos usuários quanto à sugestões para a qualificação da atenção Fonte: Banco de dados da pesquisa Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul – 015 Sistematização do autor

- 1 ESTRUTURA FÍSICA
- 2 PROFISSIONAIS
- 3 METODOLOGIA
- 4 POLÍTICAS PÚBLICAS

Categoria	Resposta
2	Inclusão de um médico clínico
1	Espaço maior; CAPS 24 horas (aos finais de semana)
1	Espaço maior para atendimento
1	Mais funcionários, não tem mais reuniões 4 ^o feiras, pois o gestor está sobrecarregado, pois ele tem muita reunião de “manutenção”.
3	Não haver trabalho ou orações obrigatórias em fazendas terapêuticas.
3	“Internar os dependentes químicos, não deixá-los sozinhos” (SIC). O usuário acredita que deveria haver um maior número de internações por ordem judicial.
3 e 4	Dar mais oportunidades para novas comunidades terapêuticas (investimento do governo); Faltam atendimentos aos dependentes químicos; Maior número de comunidades terapêuticas que trabalhem sem punição aos usuários.
	-
3	As reuniões dos grupos de auto ajuda não deveriam permitir usuários com sinais visíveis de dependência transformando-se assim em um grupo de risco.
3	Apoio mais individual com profissionais que dêem suporte ao usuário durante os 9 meses de tratamento e não só no final do mesmo.
3	Não haver trabalho ou orações obrigatórias em fazendas terapêuticas.
4	Maior número de clínicas e fazendas terapêuticas públicas.

	-
	Não precisa mudar, já nasceu coeso, é um programa sábio, não tem que mudar nada.
	Não
	Não. Gosto da ideia de que 90% dos trabalhadores já foram dependentes químicos.
	Se continuar assim ta sendo otimo.
3	Abrir mais espaço dia- a dia mais espaço não regalia, ar livre, parece que to no presidio central
2 e 3	Psicóloga que fizesse atendimento individual. "Às vezes é preciso desabafar."
2 e 3	Clínico geral mais presente. "Já perdi 9kg em outra internação aqui, dai minha mãe me levou para a Santa casa" (sic).
3	"No CAPS, mentia para eles, a droga nos faz mentir muito. Vou ficando até Deus mandar embora..." (sic).
1	Sempre tem, abrange muitas áreas, pode melhorar estrutura, fase de construção. Muito recurso envolvido, precisa de dinheiro em nome de Deus. Eles querem fazer feminino.
3	Melhor comunicação, paciente com paciente, paciente com profissional. A comunicação é fundamental. Um afilhado ligou às 2 horas da manhã.
	-
3	O usuário sugere que as pessoas sejam mais cautelosas ao falar sobre o uso e a dependência de substâncias psicoativas, a fim de não ativar a fissura pela droga.
	Não soube dizer.
2 e 4	Caps com mais profissionais, capacidade de internação e maior/melhor estrutura. Sus com mais disponibilidade de vagas.
3	Melhorar a forma de aboragem aos usuários. Trabalhar com conscientização.
4	Mais apoio da prefeitura, mais financiamentos, mais instituições que atendam aos usuários/dependente químico.

3	Unir o AA com NA, pois normalmente o “que se droga também bebe”.
4	Maior número de leitos para internação; maior assistência.
	Nada a acrescentar
2	psiquiatras nas equipes.
	Não dar medicação. Voluntario.
3	Duração do tratamento na rede é muito extensa,o usuário não pode faltar.
	A cruz vermelha é mais abrangente.
	-
3	Mais grupos em diferentes dias da semana para atendimento
3	Melhoria na educação dos técnicos, o entrevistado acredita que os técnicos devem tratar melhor os dependentes químicos durante a internação.
3	Diferenciar dependência de álcool de outras substancias psicoativas no momento da internação, pois acredita que os usuários tem perfis e motivações diferentes para o tratamento e diferenciando-os, o tratamento pode melhorar em relação à motivação do grupo. Também, é necessária maior precisão na receita de remédios.
4	Fazer campanhas educativas desde a época das escolas. Dar mais atenção para a prevenção. Não se preocupar tanto com quem já está na dependência química, mas sim com quem não está.
4	Mais leitos hospitalares. Mais hospitais, profissionais. Governo pagar melhor os profissionais.
4	Investimento em prevenção e diálogo na família
3	Mais projetos para dependentes quimicos de lazer, tratamento, esportes.
4	Necessidade de mais comunidades terapêuticas públicas ou que através de convênios, pois existem muitas pessoas que não tem renda para fazer o tratamento.
2	Necessidade de haver maior número de psicólogos que trabalhem com dependência química.

1	Prevenção,; mais vagas.
4	Prevenção, falta investimento da prefeitura, do poder público.
	Avalia bem a rede de atendimento em dependencia química em Porto Alegre, cidade onde mora.
1 e 2	MELHOR INCENTIVO EQUIPE TÉCNICA; REMUNERAÇÃO; ACRESCENTAR MAIS TRABALHADORES; MATERIAL DIDÁTICO PODERIA SER MELHOR.
4	Mais investimento governamental no atendimento em regime de CT.
4	MAIS SERVIÇOS IGUAIS A ESSE EM TODOS OS SENTIDOS DESDE O "ISOLAMENTO" ATÉ O CENTRO DE RESSOCIALIZAÇÃO.
3	O tratamento deve ser mais individual por causa da exposição e deve haver maior esclarecimento a respeito do tratamento devido aos pré conceitos. Se fala muito "não use" e pouco se fala como faz para não usar.
3	"Os profissionais tem pouco tempo para se organizarem entre um paciente e outro. Eles correm demais" (sic) "Acho que estão usando muita droga no interior. Ao contrário de Porto Alegre, aqui não tem pontos de uso, é toda hora em todo lugar." (sic)
4	Hospital só para usuários de drogas" (SIC), para ter maior número de profissionais prestando atendimento
	-
1	Com a construção da nova unidade, projeto já aprovado na câmara de vereadores, esperar reeleição para construir.
	"Só o prefeito para melhorar, não tenho idéia do que pode melhorar."
1	Condições físicas (estrutura) necessária
	-
2	mais acompanhamento nos colegios, na casa e junto as famílias (psicologo e médicos)
3	Ir nas comunidades, nas famílias e fazer visitas semanal de orientação. Fortalecer as relações do dependente e a família.

	Sem sugestões.
	Sem sugestões, excelente atendimento.
3	Ampliar meios de divulgações dos grupos de AA, através da mídia.
	Não, pois através do simplicidade do AA que existe esse poder de transformar.

APÊNDICE B – LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS

Data	Instrumento	Ementa
02/09/1980	Decreto 85.110	Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes
19/12/1986	Lei 7.560	Cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas
20/12/1993	Lei 8.764	Cria a Secretaria Nacional de Entorpecentes
22/12/1995	Lei 9.240	Ratifica o fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso
30/06/1999	Lei 9.804	Medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito
17/02/2000	Portaria 001/SENAD	Reconhece e integra os centros de excelência ao SISNAD
17/02/2000	Portaria 002/SENAD	Condições para aprovação de projetos e liberação de recursos do FUNAD
13/11/2000	Portaria 004/SENAD	Normas para cadastramento de instituições públicas e privadas
21/12/2000	Decreto 3.696	Sistema Nacional Antidrogas - SISNAD
30/05/2001	RCD 101 - ANVISA	Regulamento Técnico para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas
11/01/2002	Lei 10.409	Prevenção, tratamento, fiscalização, controle e a repressão à produção, uso e tráfico ilícitos de drogas

19/02/20 02	Portaria GM 336	Define as regras para o funcionamento dos CAPS.
13/12/20 02	Decreto 4.513	Altera os artigos 3º, 4º e 6º do Decreto no 3.696
01/01/20 04	CNS	Política de atenção integral à saúde a usuários de álcool e outras drogas
04/07/20 05	Portaria GM 1059	Destinar ao Distrito Federal, aos estados, e aos municípios, incentivo financeiro, para o fomento de ações de redução de danos nos Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad cadastrados e em funcionamento, observadas as diretrizes da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.
04/07/20 05	Portaria GM 1059	Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências.
09/09/20 05	Portaria 1.612 GM/MS	Revogada pela Portaria 2.842 GM/MS, de 20/09/2010
23/08/20 06	Lei 11.343	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD
27/09/20 06	Decreto 5.912	Regulamenta o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SENAD
22/05/20 07	Decreto 6.117	Aprova a Política Nacional sobre o Álcool
17/09/20 07	Edital Conjunto 001	Apoio financeiro para comunidades terapêuticas
17/09/20	Edital	Centros regionais de referência para

07	Conjunto 002	formação permanente de profissionais
14/04/20 08	Decreto 6.428	Normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos
04/06/20 09	Portaria 1.190 GM/MS	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010)
04/06/20 09	Portaria 1.190	Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009- 2010).
04/06/20 09	Portaria 1.190	Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.
13/09/20 09	Edital Conjunto 003	Apoio financeiro para as casas de acolhimento transitório
18/11/20 09	EDITAL	I Chamada de Seleção de Projetos de Consultório de Rua do SUS: 32 projetos inscritos, selecionados 14.
18/11/20 09	EDITAL MS	Chamada para seleção de projetos de consultórios de rua e redução de danos.
01/05/20 10	EDITAL MS	II Chamada de Seleção de Projetos de Consultório de Rua do SUS: 50 projetos inscritos, selecionados 20.
20/05/20 10	DECRET O 7.179	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC).
17/09/20	Edital	Programa de Educação pelo Trabalho para

10	Conjunto 027	a Saúde (PET-Saúde)
20/09/20 10	Decreto 7.179	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor
20/09/20 10	Portaria 2.841 GM/MS	Institui o Centro de Atenção Psicossocial de Alcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III.
20/09/20 10	Portaria 2.842 GM/MS	Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência - SHR- AD.
20/09/20 10	Portaria 2.843 GM/MS	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas.
20/09/20 10	Portaria 480 SAS/MS	Inclui procedimentos na tabela SUS
01/11/20 10	EDITAL MS	III Chamada de Seleção de Projetos de Consultório de Rua do SUS
26/11/20 10	Lei nº 12.339	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.
17/12/20 10	Portaria 4.135 GM/MS	Incentivo financeiro para pequenos municípios
17/12/20 10	Portaria 4.135 GM/MS	Incentivo financeiro para pequenos municípios
01/01/20 11	VII Chamada pública	Chamada para supervisão clínico institucional

29/01/20 11	Medida Provisória Nº 498	Posteriormente convertida na Lei. nº 12.339, de 2010
28/06/20 11	Decreto 7.508	Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS.
21/10/20 11	Portaria GM/MS 2.488	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
21/10/20 11	Portaria GM/MS 2.489	Define os valores de financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.
21/10/20 11	PORTARI A GM 2488	Nova Política Nacional de Atenção Básica - estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, – além disso o financiamento passa a não ser mais por editais e sim fundo a fundo – os gestores municipais só recebem a verba se derem a contrapartida de disponibilizar o veículo para equipe. Foram também criados níveis de CR de acordo com o tamanho da população essas ultimas informações não constam nessa portaria mas decorrem dela. Para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). OBS: Essa portaria passou o Consultório de Rua para Consultório NA

		Rua – na prática é que ele deixou de ser do encargo da SENAD e passou para atenção básica – atendendo não só a questões referentes às drogas)
21/10/20 11	Portaria GM 2489	Define os valores de financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.
23/12/20 11	Portaria 3.088 GM/MS	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)
23/12/20 11	Portaria 3.089 GM/MS	Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
23/12/20 11	Portaria 3.090 GM/MS	Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)
25/01/20 12	Portaria 121 GM/MS	Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial
25/01/20	Portaria	Define as diretrizes de organização e

12	122 GM/MS	funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
25/01/20 12	Portaria 123 GM/MS	Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (PCR) por Município
26/01/20 12	Portaria 130 GM/MS	Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros
26/01/20 12	Portaria 131 GM/MS	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial
26/01/20 12	Portaria 132 GM/MS	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS)
27/01/20 12	Edital Conjunto 2	Seleção de projetos formativos que contribuam para a reinserção social de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a serem desenvolvidos por instituições que prestem serviços em regime de residência

APÊNDICE C – LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS NO RS

Data	Normativa	Ementa ou artigo em destaque
08/02/1992	Lei nº 9.496	Dispõe sobre a obrigatoriedade de conteúdos relativos a drogas e álcool nos currículos das escolas (de 1º e 2º graus) Art. 1º - As escolas de 1º e 2º graus deverão incluir, nos respectivos componentes curriculares e disciplinas, conteúdos programáticos de informação e orientação sobre a natureza e os efeitos das drogas e do álcool.
07/08/1992	Lei nº 9.176	Art. 1º - Com fundamento em transtorno em saúde mental, ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade, sem o devido processo legal nos termos do art. 5º, inc. LIV, da Constituição Federal. Parágrafo único - A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico que fundamente o procedimento, bem como informações que assegurem ao internando formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão.
07/08/1992	Lei nº 9.176	Art. 2º - A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistências de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em

		<p>hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.</p>
07/08/ 1992	Lei nº 9.17 6	<p>Art. 3º - Fica vedada a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelo setor público, de novos leitos nesses hospitais. Incisos: § 1º - É facultado aos hospitais psiquiátricos a progressiva instalação de leitos em outras especialidades médicas na proporção mínima dos leitos psiquiátricos que forem sendo extintos, possibilitando a transformação destas estruturas em hospitais gerais. § 2º - No prazo de cinco anos, contados da publicação desta Lei, serão reavaliados todos os hospitais psiquiátricos, visando a aferir a adequação dos mesmos à reforma instituída, como requisito para a renovação da licença de funcionamento, sem prejuízo das vistorias e procedimentos de rotina.</p>

07/08/ 1992	Lei nº 9.17 6	Art. 4º - Será permitida a construção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, de acordo com as demandas loco-regionais, a partir de projeto a ser avaliado e autorizado pelas Secretarias e Conselhos Municipais de Saúde, seguido de parecer final da Secretaria e Conselho Estadual de Saúde. § 1º - Estas unidades psiquiátricas deverão contar com áreas e equipamentos de serviços básicos comuns ao hospital geral, com estrutura física e pessoal adequado ao tratamentos dos portadores de sofrimento psíquico, sendo que as instalações referidas no "caput" não poderão ultrapassar a 10% (dez por cento) da capacidade instalada, até o limite de 30 (trinta) leitos, por unidade operacional. § 2º - Para os fins desta Lei, entender-se-á como unidade psiquiátrica aquela instalada e integrada ao hospital geral que preste serviços no pleno acordo aos princípios desta Lei, sem que, de qualquer modo, reproduzam efeitos próprios do sistema hospitalocêntrico de atendimento em saúde mental.
07/08/ 1992	Lei nº 9.17 6	Art. 5º - Quando da construção de hospitais gerais no Estado, será requisito imprescindível a existência de serviço de atendimento para pacientes que padeçam de sofrimento psíquico, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos locais e/ou regionais.
07/08/ 1992	Lei nº 9.17	Art. 7º - A reforma psiquiátrica, na sua operacionalidade técnico-administrativa, abrangerá, necessariamente, na forma da lei

	6	<p>federal, e respeitadas as definições constitucionais referentes às competências, os níveis estadual e municipal, devendo atender às peculiaridades regionais e locais, observado o caráter articulado e integrado do Sistema Único de Saúde: § 1º - Os Conselhos Estadual e Municipais de Saúde, constituirão Comissões de Reforma Psiquiátrica, com representação de trabalhadores em saúde mental, autoridades sanitárias, prestadores e usuários dos serviços, familiares, representantes da Ordem dos Advogados do Brasil e da comunidade científica, que deverão propor, acompanhar e exigir das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, o estabelecido nesta Lei. § 2º - As Secretarias Estadual e Municipais de Saúde disporão de um ano, contados da publicação desta Lei, para apresentarem, respectivamente, aos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.</p>
07/08/1992	Lei nº 9.176	<p>Art. 8º - Os recursos assistenciais previstos no artigo 2º desta Lei serão implantados mediante ação articulada dos vários níveis de Governo, de acordo com critérios definidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS -, sendo competência dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde a fiscalização do processo de substituição dos leitos psiquiátricos e o exame das condições</p>

		estabelecidas pelas Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, para a superação do modelo hospitalocêntrico. Parágrafo único - Os Conselhos Estadual e Municipais de Saúde deverão exigir critérios objetivos, respectivamente, das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, para a reserva de leitos psiquiátricos indispensáveis nos hospitais gerais, observados os princípios desta Lei.
07/08/ 1992	Lei nº 9.17 6	Art. 9º - A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades sócio-culturais locais e regionais, garantida a gestão social destes meios. Parágrafo único - As prefeituras municipais providenciarão, em cooperação com o representante do Ministério Público local, a formação de Conselhos Comunitários de atenção aos que padecem de sofrimento psíquico, que terão por função principal assistir, auxiliar e orientar às famílias, de modo a garantir a integração social e familiar dos que foram internados.
07/08/ 1992	Lei nº 9.17 6	Art. 10 - A internação psiquiátrica compulsória é aquela realizada sem o expreso consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo o médico o responsável por sua caracterização. § 1º - A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de vinte e quatro horas, à autoridade do Ministério Público, e, quando houver, à autoridade de Defensoria Pública.

		<p>§ 2º - A autoridade do Ministério Público, ou, quando houver, da Defensoria Pública, poderá constituir junta interdisciplinar composta por três membros, sendo um profissional médico e os demais profissionais em saúde mental com formação de nível superior, para fins da formação de seu juízo sobre a necessidade e legalidade da internação. Art. 11 - O Ministério Público realizará vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos psiquiátricos, com a finalidade de verificar a correta aplicação desta Lei.</p>
07/08/1992	Lei nº 9.176	<p>Art. 12 - Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado, para sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência.</p>
07/08/1992	Lei nº 9.176	<p>Art. 13 - A Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente, para garantir a execução dos fins desta Lei, poderá cassar licenciamentos, aplicar multas e outras punições administrativas previstas na legislação em vigor, bem como expedirá os atos administrativos necessários a sua regulamentação.</p>
07/08/1992	Lei nº 9.176	<p>Art. 14 - Compete aos Conselhos Municipais de saúde, observadas as necessidades regionais, e com a homologação do Conselho Estadual de Saúde, a definição do ritmo de</p>

		redução dos leitos em hospitais psiquiátricos.
07/08/ 1992	Lei nº 9.17 6	Art. 15 - No prazo de cinco anos, contados da publicação desta Lei, a Reforma Psiquiátrica será reavaliada quanto aos seus rumos e ritmo de implantação.
31/01/ 1994	Lei nº 10.0 97	Art. 12 - O Conselho Estadual de Saúde poderá criar Comissões Temáticas Intersetoriais de âmbito estadual a ele subordinadas, para fins de estudos de questões de interesse da saúde coletiva. Parágrafo único - As Comissões Temáticas terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no Âmbito do Sistema Único de Saúde.
05/12/ 1996	Lei nº 10.8 72	Art. 1º - Fica instituído o Conselho Estadual de entorpecentes - CONEN/RS, com atribuição primordial de formular a política estadual de educação preventiva, tratamento, assistência e recuperação da dependência de substâncias psicoativas.
05/12/ 1996	Lei nº 10.8 72	Art. 2º - Compete ao CONEN/RS: I - elaborar, coordenar e acompanhar a política estadual de educação preventiva, tratamento, assistência e recuperação da dependência de substâncias psicoativas, compatibilizando-a com a política nacional; II - promover e apoiar a realização de eventos, estudos e pesquisas nas áreas de educação, prevenção, tratamento e recuperação da dependência de substâncias psicoativas;

		IV - elaborar e aprovar o Plano Plurianual e Anual de Educação Preventiva, Tratamento e Recuperação da Dependência de Substâncias Psicoativas.
17/11/ 1999	Lei nº 11.3 85	Art. 2º - O Programa Estadual de Atendimento a Crianças e Adolescentes Dependentes de drogas - "DIGA SIM À VIDA" será realizado em conformidade com as diretrizes gerais definidas pelos Conselhos Estaduais dos Direitos da Criança e do Adolescente e vinculado ao órgão estadual responsável pela saúde, que o desenvolverá através de uma equipe interdisciplinar formada por médicos, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos e advogados.
20/12/ 2000	Lei nº 11.5 62	Art. 1º - O sistema público de saúde atuará para prevenir e reduzir a transmissão de doenças e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS/SIDA, entre os usuários de drogas endovenosas, dentro de uma concepção de redução de danos em saúde pública.
20/12/ 2000	Lei nº 11.5 62	Art. 2º - São atividades de redução de danos entre os usuários de drogas injetáveis, entre outras, as seguintes ações a serem desenvolvidas pelas instituições públicas e privadas do sistema de saúde no Estado do Rio Grande do Sul, através de seus órgãos especializados:

		<p>I - promover campanhas e iniciativas de orientação e aconselhamento sobre os riscos à saúde decorrentes do uso de drogas;</p> <p>II - esclarecer sobre procedimentos destinados a diminuir os riscos inerentes ao uso de drogas, inclusive métodos de desinfecção de agulhas e seringas;</p> <p>III - distribuir preservativos e orientar sobre seu uso;</p> <p>IV - distribuir seringas descartáveis, de preferência mediante troca por equipamentos potencialmente infectados; e</p> <p>V - oferecer encaminhamento dos usuários de drogas aos serviços de tratamento da dependência química e de atenção integral à saúde.</p>
20/12/2000	Lei nº 11.562	Art. 3º - De acordo com a concepção de redução de danos, é permitida e estimulada a distribuição gratuita de seringas descartáveis a usuários de drogas injetáveis, por serviço de saúde e outros autorizados, desde que de acordo com as normas da presente Lei.
20/12/2000	Lei nº 11.562	Art. 5º - Nas campanhas públicas de prevenção e de orientação é vedado o uso de linguagem, imagem, símbolo ou qualquer recurso que possa servir de incentivo ao uso de drogas causadoras de dependência química.
22/05/2002	Lei nº 11.792	Dá nova redação à Lei nº 10.872, de 5 de dezembro de 1996, que institui o Conselho Estadual de Entorpecentes - CONEN/RS Art. 1º - Fica instituído o Conselho Estadual de Entorpecentes - CONEN/RS, com atribuição

		primordial de formular a política estadual de educação preventiva, tratamento, assistência e recuperação da dependência de substâncias psicoativas.
22/05/ 2002	Lei nº 11.7 92	Art. 2º - O CONEN/RS é o órgão consultivo, normativo, fiscalizador e deliberativo da política estadual de prevenção integral dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas.
24/06/ 2002	Lei nº 11.8 55	Art. 4º - São atribuições do órgão gestor, dentre outras, a serem fixadas na presente Lei: Incisos: I - definir diretrizes para a implementação da Política Estadual de Educação, Prevenção e Contenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras drogas na Escola, no Trabalho e na Família; II - instalar campanhas educativas, instruindo sobre o impacto do uso de álcool, tabaco e outras drogas no organismo humano; III - favorecer a contenção e evitar a disseminação do uso de álcool, tabaco e outras drogas, prevenindo o surgimento da doença; IV - estimular a convivência de grupos em atividades recreativas, desportivas, artístico-culturais, entre outras, oportunizando tempo estabelecido para a prática de lazer respondendo ao interesse dos grupos; V - promover ou estimular via parcerias, o surgimento e capacitação de recursos humanos para o trabalho em grupos de ajuda ou programas de recuperação de usuários de substância psicoativa;

		<p>VI - criar e orientar equipes, repassando técnicas, dados, conhecimentos específicos nos cuidados com a saúde, com a prevenção e motivação para um viver mais pleno e sadio;</p> <p>VII - articular, coordenar e supervisionar planos, programas, projetos e pesquisas na sustentação da implementação e continuidade de ações motivadoras;</p> <p>VIII - participar na elaboração de planos, negociação de programas, estudos e projetos voltados para a educação, prevenção e contenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas.</p>
04/12/2002	Lei nº 11.855	<p>Institui no Estado do Rio Grande do Sul Política de Educação, Prevenção e Contenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras drogas na Escola, no Trabalho e na Família e dá outras providências. Art. 1º - Fica instituída no Estado do Rio Grande do Sul a Política de Educação, Prevenção e Contenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras drogas na Escola, no Trabalho e na Família com a participação do Poder Público, da Administração Direta e Indireta, empresas privadas, organizações não governamentais, sociedade organizada e movimentos populares.</p>

04/12/ 2002	Lei nº 11.8 55	Art. 2º - A Política de Educação, Prevenção e Contenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras drogas na Escola, no Trabalho e na Família tem por finalidades, dentre outras: Incisos: I - desenvolver programas de educação, prevenção e contenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; II - promover campanhas educativas sobre o impacto do uso de álcool, tabaco e outras drogas na Rede Pública de Ensino, buscando a participação efetiva das escolas privadas; III - incentivar a iniciativa privada para que, em suas empresas, desenvolvam ações de prevenção, educação e contenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; IV - propor mecanismos de incentivo fiscal para empresas que desenvolvam programas ou projetos de inclusão e desenvolvimento social das imediações de sua área física no município onde se encontram, como forma de prevenção e contenção da estrutura do narcotráfico; V - promover ou apoiar, através de parcerias, pesquisas na área de dependência química como meio de fundamentar programas e ações que visem à prevenção, formação e capacitação de recursos humanos; VI - estimular, através da promoção de convênios ou outros mecanismos de fomento, a ação de entidades filantrópicas, devidamente registradas e acompanhadas, que desenvolvam trabalho idôneo nas áreas de prevenção e recuperação de dependentes químicos, tais como centros terapêuticos,
----------------	-------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>grupos de entre-ajuda e suas respectivas federações;</p> <p>VI - estimular, através da promoção de convênios ou outros mecanismos de fomento, a ação de entidades filantrópicas, devidamente registradas e acompanhadas, que desenvolvam trabalho idôneo nas áreas de prevenção e recuperação de dependentes químicos, tais como centros terapêuticos, grupos de entre-ajuda e suas respectivas federações;</p> <p>VII - promover campanhas junto ao comércio e sociedade em geral que visem à conscientização e aplicação efetiva da legislação pertinente à venda de álcool e tabaco a crianças e adolescentes.</p>
04/12/2002	Lei nº 11.855	<p>Art. 3º - São princípios básicos da Política de Educação, Prevenção e Contenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras drogas na Escola, no Trabalho e na Família: Incisos: I - o enfoque humanista com características holísticas, democráticas e participativas;</p> <p>II - a concepção da prevenção em sua totalidade vista como agente de integração entre o indivíduo, a escola, o ambiente de trabalho, a família e a comunidade;</p> <p>III - a abordagem articulada das questões de saúde, bem-estar e integração social ligadas ao indivíduo e ao grupo;</p> <p>IV - o reconhecimento ao cidadão, o respeito à pluralidade e à diversidade de pessoa a</p>

		<p>pessoa em sua formação cultural e social.</p>
04/11/2004	<p>Lei nº 12.165</p>	<p>Art. 1º - As escolas públicas e privadas realizarão, no decorrer do ano letivo, campanhas antidrogas, objetivando transmitir ensinamentos sobre os entorpecentes e similares, abrangendo conceitos, aplicações, usos e efeitos, aspectos medicinais e delituosos. Incisos: Parágrafo único - Os alunos receberão certificado de participação.</p> <p>Art. 2º - Nas campanhas antidrogas poderão ser realizados debates, palestras, seminários, encontros musicais, de teatro e atividades interdisciplinares.</p> <p>Art. 3º - Para participar das campanhas antidrogas serão convidados:</p> <p>I - a comunidade escolar;</p> <p>II - os pais dos alunos;</p> <p>III - médicos e profissionais da saúde;</p> <p>IV - as Secretarias da Saúde Estadual e Municipal;</p> <p>V - a promotoria pública;</p> <p>VI - as polícias civil e militar; e</p> <p>VII - o Conselho Tutelar.</p>

2014	RES OLU ÇÃO Nº 655/ 14 – CIB/ RS	<p>Institui o Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul.</p> <p>No que tange ao perfil da rede de atenção psicossocial instalada no RS, observa-se, de 2004 a 2010, uma expansão dos dispositivos de internação – leitos para desintoxicação de álcool e drogas em hospitais gerais, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e vagas em Comunidades Terapêuticas – estimulada pelo grande volume de recursos do tesouro do estado destinados ao custeio destes equipamentos e não acompanhada do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos. Como consequência, os processos de cuidado instituídos na rede são caracterizados por dificuldades de inserção do cuidado em saúde mental na atenção básica, fragilização da Redução de Danos como ética e estratégia de cuidado a usuários de álcool e outras drogas e manutenção da centralidade da internação como oferta de atenção em saúde mental.</p> <p>[..] As Unidades de Acolhimento diferem das comunidades terapêuticas pelo seu caráter público, laico, pela não padronização do acompanhamento e do tempo de permanência do usuário, construindo projetos terapêuticos que possibilitem o cuidado mais adequado as necessidades de cada usuário.</p>
19/12/2013	Portaria nº 591/2013	Regulamenta o funcionamento das Comunidades Terapêuticas - CT e dá outras providências

03/11/2011	Resolução CIB nº 401	Institui, dentro da Política de Saúde Mental, Incentivo Financeiro Estadual para custeio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). 2011a. Disponível em: www.saude.rs.gov.br
03/11/2011	Resolução CIB nº 403	. Cria os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) – saúde mental, dentro da Política Estadual da Atenção Básica. 2011b. Disponível em: www.saude.rs.gov.br
03/11/2011	Resolução CIB nº 404	Institui o Incentivo Financeiro Estadual para implantação pelos municípios de atividades educativas – modalidade Oficinas Terapêuticas. 2011c. Disponível em: www.saude.rs.gov.br
01/03/2012	Resolução CIB nº 038	Institui, dentro da Política Estadual de Atenção Integrale Saúde Mental, álcool e outras drogas, Incentivo Financeiro Estadual para a Redução de Danos em âmbito municipal. 2012a. Disponível em: www.saude.rs.gov.br
27/06/2012	Portaria nº 251	Instituiu a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos, em caráter de urgência, em municípios prioritários e dá outras providências. 2012b.
19/09/2012	Resolução CIB nº 562	Institui normas para organização e financiamento dos Serviços Hospitalares para Atenção Integral em Saúde Mental nos Hospitais Gerais do Estado do Rio Grande do Sul. 2012c. Disponível em: www.saude.rs.gov.br
01/05/2014	Resolução CIB nº 233	Institui, dentro da Política Estadual de Saúde Mental, incentivo financeiro para contratação de profissional de saúde que desenvolva a função de Acompanhante Terapêutico nas equipes de atenção básica, em unidades básicas de saúde e/ou estratégias de saúde da família. 2014. Disponível

		em: www.saude.rs.gov.br
01/07/2014	Portaria n° 503	Institui a Política de Redução de Danos para o cuidado em álcool e outras drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental e DST/AIDS e redefine as Composições de Redução de Danos.

ANEXO A – FRAÇÃO DO INSTRUMENTO DA PESQUISA GUARDA-CHUVA**BLOCO D – AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO****D1. Avaliação das condições estruturais (salas, equipamentos, tamanho e condições da equipe, oferta de serviços):**

(01) Ótimo (02) Bom (03) Regular (04) Insatisfatório

D2. Avaliação do atendimento ao usuário/dependente químico pela equipe:

(01) Ótimo (02) Bom (03) Regular (04) Insatisfatório

D3. Avaliação do atendimento/suporte ao familiar

(01) Ótimo (02) Bom (03) Regular (04) Insatisfatório (05) Não procede

D4. Avaliação quanto a impactos/resultados do tratamento

(01) Ótimo (02) Bom (03) Regular (04) Insatisfatório

D5. Quanto aos impactos /resultados:

(01) Melhora no comportamento (agressividade, impulsividade, iniciativa, autoestima, etc)

(02) Melhora na qualidade das relações

(03) Melhora na realização de atividades cotidianas (organização, higiene, etc)

(04) Retomada ou inserção em atividades de estudo e trabalho

(05) Reelaboração no projeto de vida (novos planos)

(06) Não houve impactos significativos

(07) Houve impactos negativos. Quais?.

D6. Avaliação da qualidade da rede de serviços para atendimento a usuários/dependentes de drogas

(01) Ótimo

(02) Bom

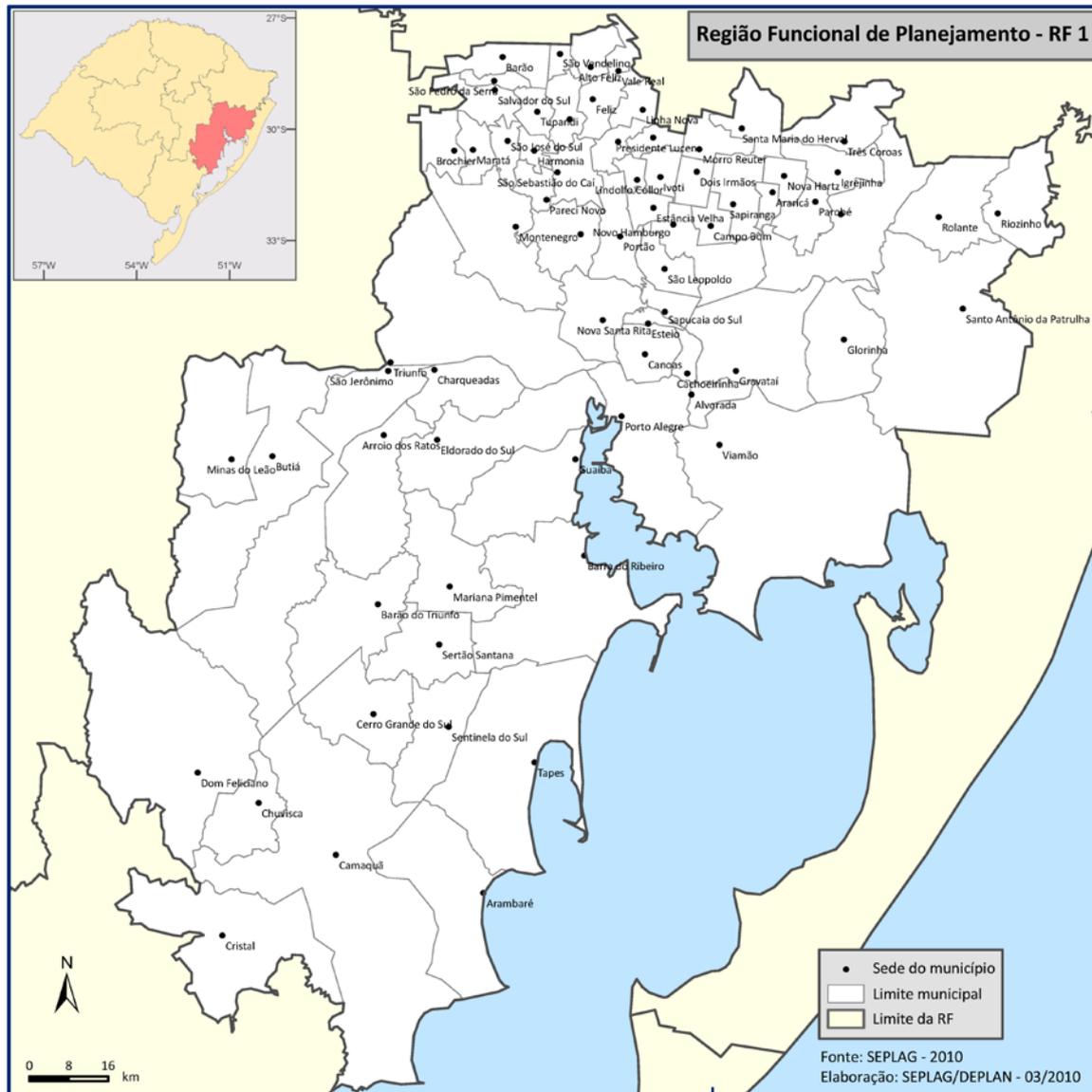
(03) Regular

(04) Insatisfatório

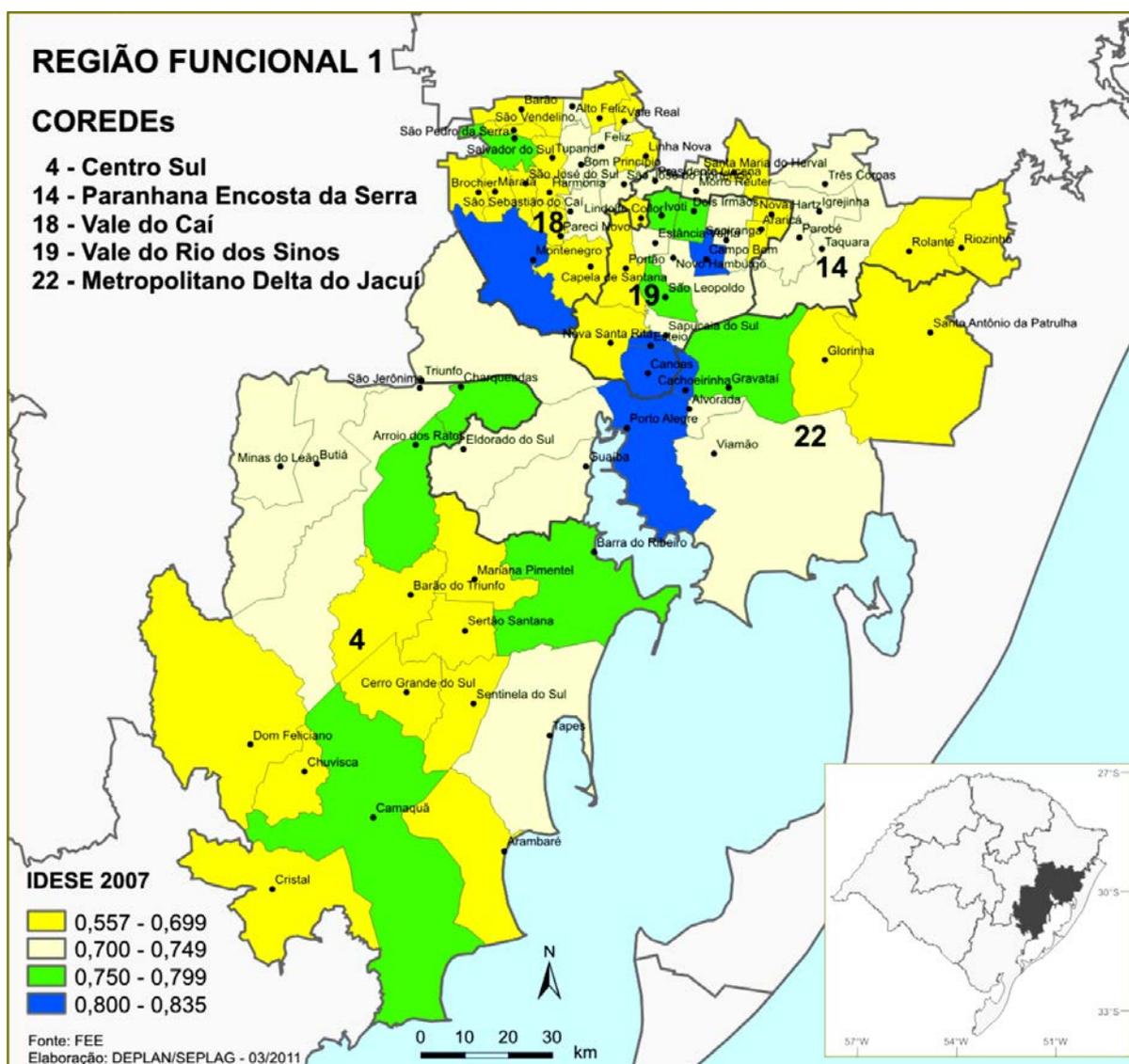
(05) Desconhece

D7. Sugestões para aprimoramento dos serviços para atendimento a usuários/dependentes de drogas:

ANEXO B – CARTA DA REGIÃO FUNCIONAL 1



ANEXO C – CARTA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL DA RF1



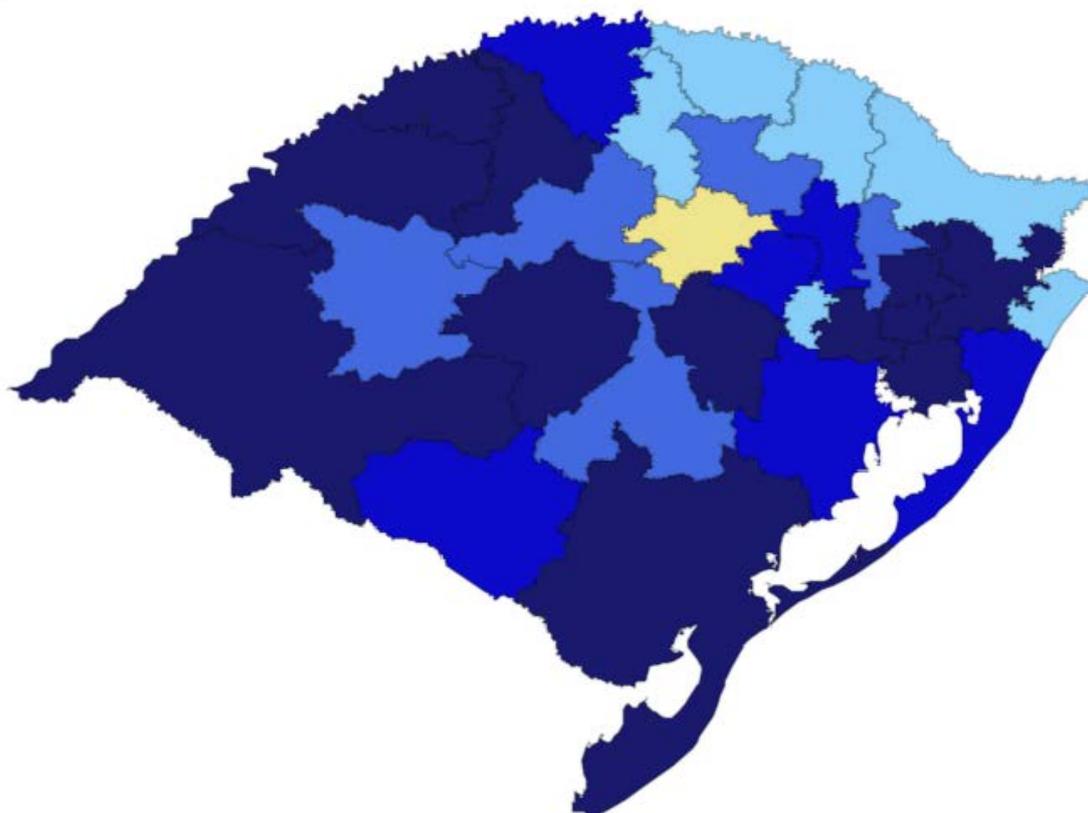
ANEXO D – CARTAS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RS – SAÚDE MENTAL**CAPS****Total de Centros de Atenção Psicossocial**

Competência: 2014

Quantidade total de CAPS, somando CAPS I, II e III

+

-



FONTE: PLANO ESTADUAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – 2013-2015

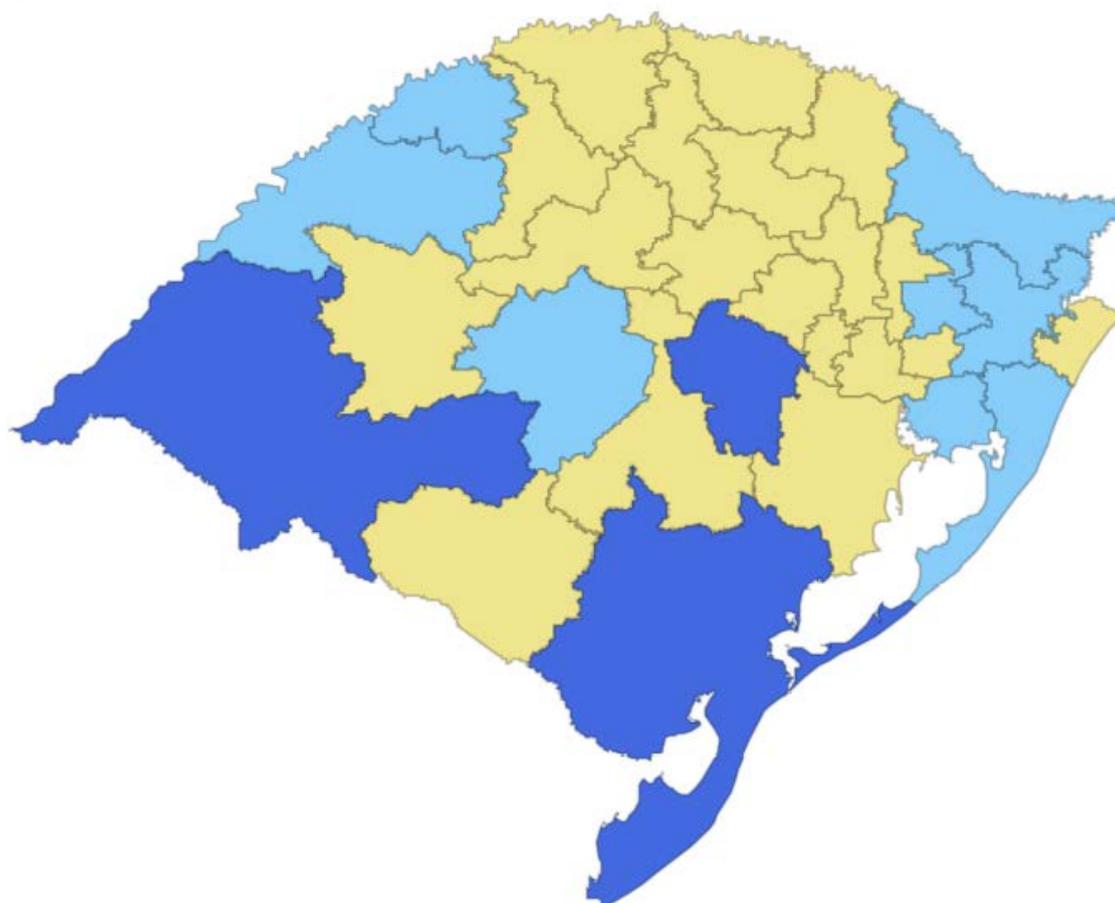
Saúde Mental**Nº de Composições de Redução de Danos**

Competência: 2014

Quantidade de equipes que realizam Redução de Danos

+

-



FONTE: PLANO ESTADUAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – 2013-2015

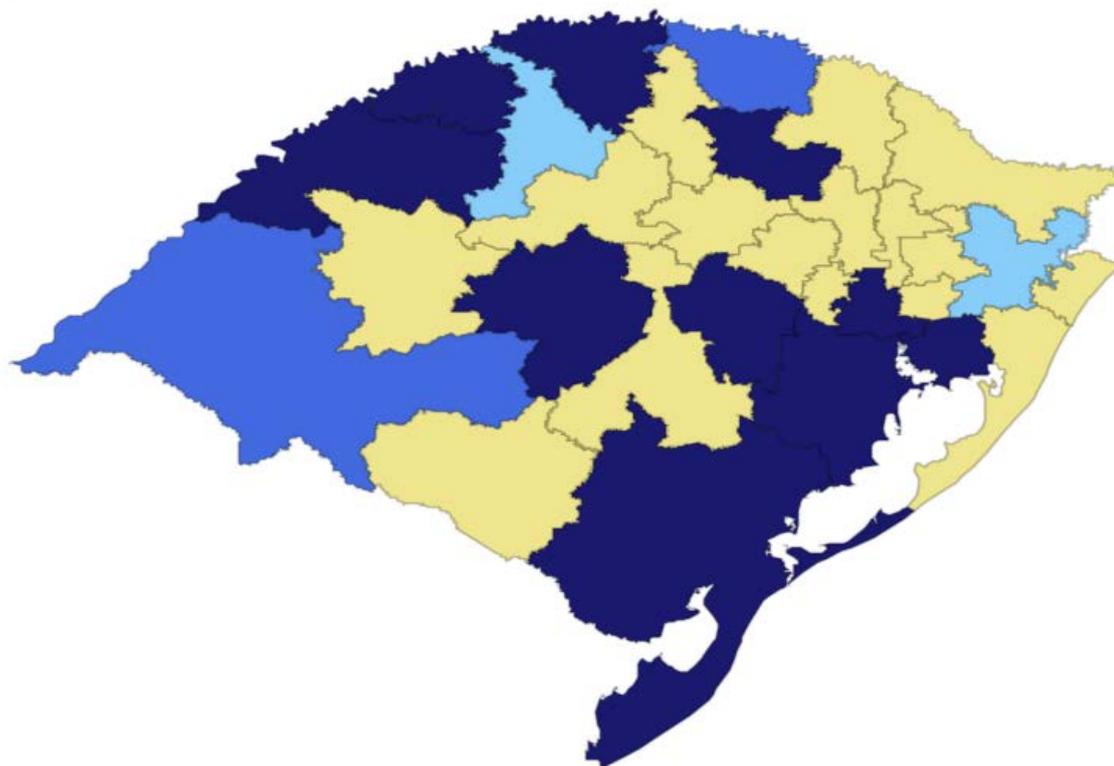
Saúde Mental**Comunidades Terapêuticas**

Competência: 07/2014

Quantidade de vagas em Comunidades Terapêuticas

+

-



FONTE: PLANO ESTADUAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – 2013-2015

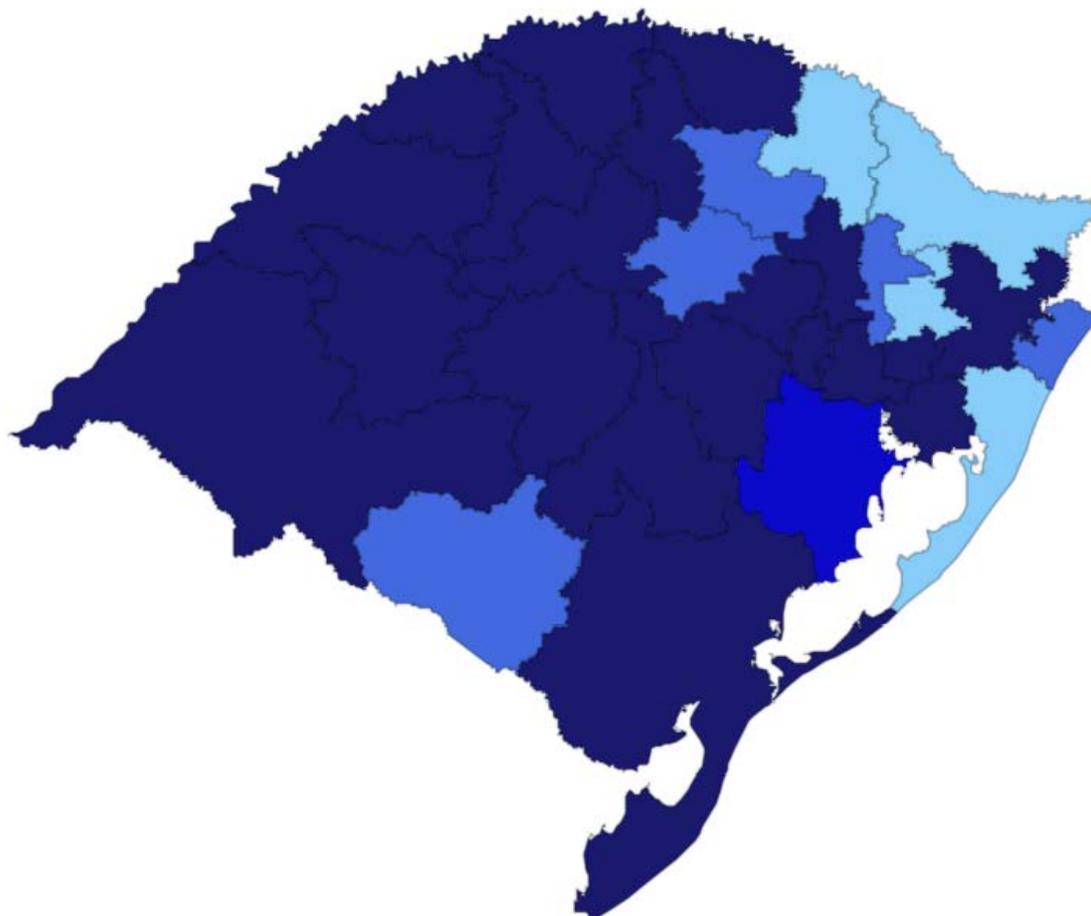
Saúde Mental

Nº de Leitos de Saúde Mental Integral HG - Incentivo Estadual

Competência: 2014

Quantidade de Leitos SM Integral em Hospitais Gerais financiados pelo estado

+
-



FONTE: PLANO ESTADUAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – 2013-2015



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br