

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MARIA ODETE PEREIRA

**ANÁLISE DA POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO
BRASIL PARA A ATENÇÃO INTEGRAL DOS
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

**São Paulo
2009**

MARIA ODETE PEREIRA

**ANÁLISE DA POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO
BRASIL PARA A ATENÇÃO INTEGRAL DOS
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências, no Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidados em
Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia
Aparecida Ferreira de Oliveira.

São Paulo
2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO DE PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pereira, Maria Odete

Análise da política do Ministério da Saúde do Brasil para a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas. / Maria Odete Pereira. – São Paulo, 2009.

278 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

1. Políticas públicas 2. Sistema Unificado de Saúde 3. Saúde mental 4. Usuários de drogas 5. Assistência à saúde
I. Título

Nome: Maria Odete Pereira

Título: Análise da Política do Ministério da Saúde do Brasil para a Atenção Integral dos Usuários de Álcool e Outras Drogas

Tese apresentada à
Escola de Enfermagem da
Universidade de São
Paulo para obtenção do
título de Doutor em
Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos e amados filhos Isabella Grazzia e Daniel Vítor, que tiveram o ônus da minha ausência nos últimos anos, mas mesmo assim souberam compreender-me e serem sempre grandes companheiros e filhos amorosos.

Os nossos abraços, beijos e risadas são inesquecíveis e nos fortalecem.

Aos meus queridos pais, que me concederam três importantes valores: a vida, os afetos e a educação.

Aos usuários de álcool e outras drogas. Que este trabalho lhes traga alguma contribuição.

AGRADECIMENTOS

“É o outro que me faz enxergar que não sou o anão dos meus pesadelos nem o gigante dos meus sonhos”

Autor desconhecido

Se for nominar aqui todas as pessoas as quais quero agradecer, consumiria tantas folhas quanto as que foram utilizadas para escrever este trabalho. Assim, nominarei àquelas que estiveram mais próximas nestes últimos quatro anos, e que direta ou diretamente contribuíram para a sua elaboração.

Agradeço imensamente:

A Deus, por transformar em possibilidades, o que considerava ser impossível de acontecer na minha existência;

À Prof^a Dr^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, minha orientadora, pela oportunidade, orientação, carinho e amizade, que fez com que o período em que caminhamos juntas fosse muito rico em aprendizado e experiências, mas também cheio de trocas afetivas;

Ao Prof Dr Boaventura de Sousa Santos, meu co-orientador por conceder-me o estágio sandwich no Centro de Estudos Sociais - CES, da Faculdade de Economia, na Universidade de Coimbra (UC) – Portugal;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Superior - CAPES pela concessão da Bolsa para Estágio de Doutorado Sandwich no CES/UC;

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, por acolher-me e dar-me a oportunidade de cursar o doutorado;

À Prof^a Dr^a Sônia Barros, pelo carinho com que me acolheu no Programa de Enfermagem Psiquiátrica e me proporcionou muitos ensinamentos;

Aos Professores do Programa de Enfermagem Psiquiátrica: Divane de Vargas, Ana Lúcia Machado, Ana Luisa Aranha e Silva, e Luciana de Almeida Colvero, pela atenção e carinho;

A todas as professoras do Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP, pelo acolhimento, pois sempre me fizeram sentir em casa quando lá estava;

Aos funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que sem exceção, sempre foram muito cordiais, solícitos e acolhedores;

Às funcionárias da secretaria de Pós-graduação em Enfermagem: Dayse Aparecida Fazzolaro, Helena Tieko Fujii e Silvana Maximiano, pela constante atenção e acolhimento;

Aos funcionários da Secretaria do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica, pela solicitude com que sempre me receberam; em especial ao Marcello Batista Pimentel, pela presteza em me socorrer com as adequações finais de formatação do texto;

À Sonia Maria Gardim, bibliotecária-chefe da Biblioteca Wanda Horta de Aguiar, da Escola de Enfermagem da USP, pela atenção e eficiência, para a adequação da ficha catalográfica;

Às amigas que conquistei durante esses anos na Escola de Enfermagem, e às que já tinha e que lá se solidificaram: Adriana Covino, Adriana Leão, Adriana Saraiva, Cintia Vieira, Elda de Oliveira, Marília Mastrocolla, Taiza Florençano e Verônica Mazzas. Todas foram muito importantes durante a trajetória, pelo apoio, acolhimento, conhecimentos e afetos compartilhados;

Às colaboradoras do estudo, pois sem elas, o mesmo não seria possível. Muito obrigada;

À Prof^a Dr^a Maria Lucila Junqueira Barbosa, minha coordenadora durante a graduação em Enfermagem, que se tornou minha mentora profissional e amiga. Muito obrigada por tudo;

À Direção das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila - FATEA, Irmãs Olga de Sá e Raquel Retz pelo apoio, compreensão e confiança para comigo durante esses anos;

Às docentes enfermeiras e amigas do Curso de Graduação em Enfermagem: Ana Beatriz da Silva Morita, Ana Claudia de Lima Lara, Ciliana Antero Guimarães, Claudia Lysia de Araújo, Fabíola Vieira Cunha, Mara Filomena Falavigna, Maria Joana de Lima Martins, Regina Célia, Rosana Tupinambá Frazili, Sonia Maria Filipini, Valdinéa Luiz Hertel e Vanessa de Brito Poveda, que foram extraordinariamente solidárias para comigo durante esses anos e assumiram a Coordenação do Curso na minha ausência. Muito obrigada.

Aos docentes da Graduação em Enfermagem, pelo apoio e solidariedade;

Aos amigos Ana Maria Cugliana, Cristiane Gomes Shimazu, Cristiane Malvezzi, Nadya Maria Galvão e Silvio Silvério da Silva, pelo carinho e por estarem sempre presentes na minha vida;

Aos funcionários da secretaria da FATEA, Maria Aparecida de Souza Boncristiano, Renata Paula D. Gaspar, Anielle de R Mota, Reinaldo César Costa, Rosa Helena Pinheiro pelo constante auxílio e afabilidade;

A todos os funcionários da FATEA e em especial à: Annie Lopes, Elisabete Moura, Alcir Santos, Darwin Mota, Maria das Graças Araújo, Viviane Xavier e Marco Constantino, que estão sempre a me socorrer no trabalho;

À minha querida amiga Lia de Souza, pelo carinho e cuidado para comigo;

Às minhas queridas alunas e amigas: Bianca Mara Maruco Lins Leal, Patrícia Campos Ferraz e Silvia Maria Carvalho, que carinhosamente muito me ajudaram em diferentes momentos da elaboração do trabalho;

Aos funcionários do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra: Maria José Carvalho e Acássio Machado, pela acolhida e atenção que me foram dispensadas durante o tempo em que lá estive;

À Aidê Márcia Monteiro, pela solidariedade e conversas agradáveis dos últimos anos;

Aos amigos José Simões Júnior e Maria Regina Nöthen, que me acolheram em sua casa em Coimbra e me proporcionaram momentos muito agradáveis;

À Tatiana Marinho, pelos anos de dedicação e carinho para comigo e meus filhos;

Ao meu cunhado Roberto Sericikas Damasceno, pelo carinho, amizade e acolhimento para comigo e minha família;

Aos meus amados irmãos Alexandre Luis Pereira e Maria Bernadete Pereira, pelo amor, cumplicidade e cuidado para comigo e meus filhos;

Ao meu querido e amado Antônio José Mansur, por existir na minha vida. Pelas trocas afetivas, momentos compartilhados e ensinamentos;

A todas as pessoas que estão na arquibancada da vida, a torcer por mim.

EPÍGRAFE

O elo que une a sua verdadeira família não é de sangue, mas de respeito e alegria pela vida uns dos outros.

(Bach, Richard, 2004)

Pereira, MO. Análise da Política do Ministério da Saúde do Brasil para a Atenção Integral os Usuários de Álcool e Outras Drogas [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

RESUMO

O estudo objetivou apresentar: diretrizes, potencialidades, fragilidades, fatores que inviabilizam, estratégias adotadas e a serem adotadas, da Política Nacional de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde do Brasil, na fala do Gestor Estadual e Municipal e de dois Centros de atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas - nível II, municipal e estadual paulista; e contribuir na produção de novas estratégias de enfrentamento, na tentativa de subsidiar novos programas que contemplem o fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. O estudo foi realizado com dois gestores de saúde mental, um estadual e outro municipal e dois coordenadores de CAPS ad, também nos âmbitos estadual e municipal. Foram observadas as determinações éticas prescritas na Resolução CONEP/MS nº 196/06. O estudo foi realizado em duas fases: revisão bibliográfica e coleta de dados. A coleta de dados foi realizada no período de maio de 2008 a agosto de 2009. As autoras elaboraram instrumento não estruturado para a caracterização sociodemográfica dos serviços e das colaboradoras, e para os dados obtidos na entrevista gravada. Os dados foram transcritos, transcriados, categorizados e analisados segundo o método hermenêutico dialético. A análise dos dados foi fundamentada no referencial teórico do sociólogo Santos (2006), na perspectiva das cinco categorias da sociologia das ausências. As diretrizes identificadas na Política Nacional foram: acolhimento, intersetorialidade, mudança de paradigma, redução de danos, reinserção psicossocial, atenção à família e tratamento individualizado. Todas as diretrizes foram reproduzidas nas falas das colaboradoras. Algumas das questões abordadas por elas foram: necessidade de articulação entre os serviços da rede de atenção SUS; número insuficiente de CAPS ad em quase todo o território nacional; dimensões/atribuições da equipe técnica determinadas pelo Ministério da Saúde - MS que devem coadunar com as especificidades dos serviços; carência de leitos hospitalares de retaguarda em hospital geral e de leitos de urgência e emergência; número insuficiente de CAPS III; ideologia de abstinência na Secretaria Nacional Anti-Droga - SENAD e de algumas das colaboradoras, que se contrapõe à proposta de redução de danos adotada pelo MS. As estratégias a serem implementadas na Política indicadas pelas colaboradoras são: a elaboração de política

específica para as outras drogas, como as realizadas para o álcool e tabaco; adequação das leis trabalhistas; abrangência populacional; maior número de leitos de observação no CAPS ad; rever número de profissionais na equipe técnica; o número de profissionais na equipe limita as ações comunitárias desenvolvidas pela equipe técnica do CAPS ad; avaliação da efetividade dos CAPS; cultura e lazer; e dependência do usuário à equipe técnica do serviço. Para Santos (2006) realidade, necessidade e possibilidades são três características modais que ele se apropria para construir a lógica da sociologia das emergências. A economia solidária se mostra muito oportuna para a realidade dos usuários dos CAPS ad, por ter grande potencial de emergência, pois envolve não somente a questão econômica, mas estabelece espaço para trocas sociais, culturais e políticas.

Palavras-Chave: Políticas públicas, Sistema Unificado de Saúde, Saúde mental, Usuários de drogas, Assistência à saúde.

Pereira, MO. Análise da Política do Ministério da Saúde do Brasil para a Atenção Integral os Usuários de Álcool e Outras Drogas [Tesis]. Sao Paulo (SP): Nursing School, University of Sao Paulo; 2009.

ABSTRACT

The study aimed to present the guidelines, strengths, weaknesses, inviable factors, strategies adopted and to be adopted, of the National Policy on Alcohol and Other Drugs, Ministry of Health of Brazil, in the words of the State Administrative and Municipal of the two Centers of psychosocial care to users of alcohol and other drugs - Level II, municipal and state of S. Paulo; and to contribute to the production of new coping strategies, in an attempt to subsidize new programs which address the strengthening of the network of assistance to users of alcohol and other drugs. This is a descriptive, exploratory qualitative approach. The study was conducted with two managers of mental health, one state and one municipal, and two coordinators of the CAPS ad, also at the state and municipal levels. The ethical determinations determined by the Resolution CONEP / MS n ° 196/06 were observed. The study was conducted in two phases: literature review and data collection. Data collection was performed between May 2008 and August 2009. The authors developed unstructured instruments for the socio-demographic characterization of the services and collaborators, and the data obtained in the recorded interview. The data were transcribed, reproduced, categorized and analyzed according to the hermeneutic dialectic method. Data analysis was based on the theoretical framework of sociologist Santos (2006), taking into perspective the five categories of the sociology of absences. The guidelines identified in the National Policy are: host, intersectorial, paradigm shift, risk reduction, psychosocial rehabilitation, family care and individualized treatment. All guidelines have been reproduced in the statements of the collaborators. Some of the issues addressed by them were: the need for coordination between the health network SUS; insufficient CAPS ad in almost all the national territory, dimensions / responsibilities of the technical team determined by the Ministry of Health - that MS should respond to the specificity of the services, lack of hospital beds in the general hospital support system, emergency beds and emergency rooms, insufficient CAPS III; ideology of abstinence in view of the National Anti-Drugs - SENAD and some collaborators, which works against the harm reduction adopted by the MS. The strategies to be implemented in the policy proposed by the project collaborators are: the development of a

specific policy for other drugs, such as those carried out for alcohol and tobacco; adequate labor laws, overall population coverage, high number of observation beds in CAPS ad; review the number of professionals in technical team; the number of professionals in the team limits the community actions developed by the technical team in CAPS ad; evaluate the effectiveness of CAPS; culture and leisure; and dependence of user to the professional technical staff of service. For Santos (2006) reality, demands and possibilities are three modal characteristics that he appropriated to build the logic of the sociology of emergencies. The solidary economy is very appropriate to show the reality of the CAPS II users, having great potential emergence, it involves not only economic issues but creates the space for social, cultural and political exchanges.

Keywords: Public Policy, Unified system of health, Mental Health; Users of drugs, Health care.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1. INTRODUÇÃO	20
2. OBJETIVOS	24
Objetivo geral	24
Objetivos específicos	24
3. REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1 Resgate histórico do consumo de álcool e outras drogas	25
3.2 Indicadores epidemiológicos	30
3.2.1 Álcool e acidentes de trânsito	30
3.2.2 Internações hospitalares devido à dependência	31
3.2.3 Mercado de consumo de bebidas alcoólicas	32
3.2.4 Violência e criminalidade	33
3.3 Levantamentos populacionais	34
3.3.1 Levantamentos populacionais gerais	34
3.3.2 Levantamentos populacionais específicos	36
3.4 Políticas públicas	41
3.5 Redução de danos no Brasil	51
4 METODOLOGIA	65
4.1 Tipo de estudo	65
4.2 Fases de desenvolvimento da pesquisa	66
4.3 Cenários da pesquisa	66
4.3.1 Centros de atenção psicossocial - CAPS	67
4.3.1.1 Modalidades de CAPS	68

4.4 Colaboradoras da pesquisa	72
4.5 Procedimentos éticos para o desenvolvimento da pesquisa	72
4.6 Procedimentos para a coleta de dados	73
4.6.1 Instrumentos para a coleta de dados	73
4.7 Análise dos dados	74
4.7.1 Referencial teórico das Sociologias das Ausências	78
4.7.1.1 Categorias de análise: Sociologia das ausências	86
4.7.1.1.1 Cinco modos de produção de não – existência	90
5 ANÁLISE DOS DADOS	93
5.1 Apresentação da política nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas	93
5.2 Caracterização dos serviços participantes	102
5.2.1 Característica do Caps sob gestão estadual	102
5.2.2 Característica do Caps sob gestão municipal	105
5.3 Características dos colaboradores	109
5.4 Diretrizes de política nacional de álcool e outras drogas	110
5.5 Potencialidades da política nacional de álcool de outras drogas	131
5.6 Fragilidades da política nacional de álcool de outras drogas	151
5.7 Fatores que inviabilizem a aplicabilidade da política	176
5.8 Estratégias da Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, adotadas pelas colaboradoras	193
5.9 Estratégias a serem implementadas na Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras	212

drogas	
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	233
POSTÁCIO	244
REFERÊNCIAS	246
APÊNDICES	268
Apêndice 1 - Pedido de autorização institucional	268
Apêndice 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido	270
Apêndice 3 – Instrumento de coleta de dados	272
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética	278

APRESENTAÇÃO

“Quanto mais esquecido de si mesmo está quem escuta, tanto mais fundo se grava nele a coisa escutada”

Walter Benjamin

Este estudo sobre a análise da Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas do Brasil está inserido no Grupo de Pesquisa denominado “Grupo de Estudos Relacionados ao Uso Prejudicial do Álcool e Outras Drogas” – GEAD - cadastrado no Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, que vem desenvolvendo estudos acerca dos efeitos deletérios do álcool e outras drogas e, busca ao longo do tempo novas estratégias de enfrentamento e fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação psicossocial e inserção social dos mesmos, bem como a redução de danos e inclusão social.

Esta investigação é parte de um projeto de pesquisa, intitulado “Álcool e outras drogas: análise da Política de atenção ao consumo de substâncias químicas de Portugal/Brasil”. Dessa forma, parte do estudo foi desenvolvida em Portugal com a finalidade de analisar o Programa Nacional de atenção ao consumo de substâncias químicas daquele país, desenvolvido no Centro de Estudos Sociais – Laboratório Associado da Faculdade de Economia - da Universidade de Coimbra e, parte no Brasil, objeto desta tese.

A análise dos resultados obtidos foi fundamentada na óptica do referencial teórico do sociólogo Santos (2006). Para a apreensão do referencial teórico, necessária à análise, a doutoranda fez um Estágio de doutoramento Sandwich, no Centro de Ciências Sociais - Laboratório Associado da Faculdade de Economia - da Universidade de Coimbra, em Portugal.

O estudo teve por finalidade analisar a Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas desenvolvido no Brasil e identificar as estratégias que estão sendo empregadas para sua aplicação efetiva, na tentativa de subsidiar novos planos.

Quando se propôs o presente estudo não se tinha a divulgação de nenhum estudo com a finalidade de identificar o que fazem os serviços de base comunitária, que atendem a usuários e dependentes químicos, no sentido de reduzir os danos desse consumo abusivo. Assim, as autoras possuem algumas inquietações quanto à aplicabilidade da Política do Ministério da Saúde para a atenção integral de usuários de álcool e outras drogas divulgado em 2003, pelo Ministério da Saúde. Elas se perguntam: A Política está sendo implementada na prática? Do conteúdo da Política, o que se faz na prática social em atenção aos usuários de álcool e outras drogas? O que se faz nos CAPS cumpre as diretrizes e pressupostos da Política? Qual é a plasticidade dos serviços para empregar estratégias para a redução dos danos?

Assim, as autoras do presente estudo se propuseram a investigar junto à Coordenação de saúde mental municipal e estadual de São Paulo, bem como em um Centro de referência ou Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas sob a gestão das referidas coordenações.

A tese que as autoras defendem é que esses serviços estão reproduzindo parcialmente as estratégias descritas na Política do Ministério da Saúde para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, uma vez que o entendimento acerca da redução de danos não seja o mesmo daquele proposto pela Política.

1 INTRODUÇÃO

“O homem nasceu livre e por toda parte é posto a ferros”

Jean-Jacques Rousseau

O enfrentamento ao consumo abusivo de substâncias psicoativas constitui uma demanda mundial, pois, segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo as consomem abusivamente independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (Brasil, 2003).

Para a Organização Mundial de Saúde, o uso de drogas se constitui um problema crescente da saúde pública, tanto em países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento. As conseqüências negativas dessa situação se traduzem na ampla gama de problemas de saúde, repercussões familiares e sociais, além de um significativo impacto econômico (Nicastri, Ramos, 2001).

Os transtornos mentais e comportamentais resultantes do uso de substâncias psicoativas são devido ao uso de álcool; opiáceos como ópio e heroína; canabinóides como maconha; sedativos e hipnóticos; cocaína; outros estimulantes; alucinógenos; fumo e solventes voláteis. As conseqüências são intoxicação; uso nocivo; dependência e transtornos psicóticos (Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde, 2001).

A prevalência dos transtornos devidos ao uso de álcool (uso nocivo e dependência) em adultos foi mundialmente estimada em aproximadamente 1,7%. Em relação ao gênero, os percentuais são de 2,8% para o sexo masculino e 0,5% para o feminino. A prevalência de transtornos devido ao uso de álcool apresenta variações consideráveis entre diferentes continentes do mundo, com níveis muito baixos em alguns países do Oriente Médio, e elevados para mais de 5% na América do Norte e regiões da Europa Oriental

(Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde, 2001).

O consumo de substâncias alcoólicas vem crescendo rapidamente em algumas regiões em desenvolvimento, tendendo para o agravamento de problemas sociais e de saúde, decorrentes a ele. É também prevalente e por isso preocupante, nas populações indígenas ao redor do mundo, nas quais são crescentes os problemas (Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde, 2001).

Esse aumento do consumo é devido a diversos fatores, incluindo, propaganda, preço e disponibilidade. Em nações em desenvolvimento, a produção de bebidas alcoólicas tende a ter um preço baixo. Evidentemente que esta é uma estratégia de marketing devido à baixa renda da população local, considerando que os custos com os gastos de fabricação são menores. Como resultado tem-se o acesso e consumo aumentados. No Brasil, um frasco de 1 litro de pinga, com concentração de (álcool de 40%), custa U\$ 0,50, e uma lata de 350 ml da cerveja custa U\$ 0,20. Comparativamente, uma lata de 350 ml de cola (refrigerante) custa U\$ 0,40, e um frasco de 1 litro de leite custa U\$ 0,90. A disponibilidade física é um outro fator igualmente importante, pois dados da indústria brasileira indicam que há 1 milhão pontos de venda de bebidas alcoólicas no país, aproximadamente um ponto de venda para cada 170 habitantes (Laranjeira, 2006).

Em relação às outras drogas, a prevalência mundial de período do abuso e dependência de drogas varia de 0,4% a 4%, mas o tipo de drogas usadas difere muito de um continente para outro (Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde, 2001). Embora o uso dessas substâncias, juntamente com os transtornos associados a elas varie entre os continentes, ressalta-se que o álcool e o tabaco são as substâncias mundialmente mais consumidas e também as que acarretam nas mais graves conseqüências para a saúde pública.

O Projeto sobre a carga mundial de doenças estimou que o álcool seja responsável por 1,5% de todas as mortes no mundo. Estima-se que os Estados Unidos da América gastem US\$ 148 bilhões anuais em tratamentos de doenças decorrentes do consumo de tais drogas (Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde, 2001).

No Brasil, embora nas últimas décadas, o consumo de álcool e outras drogas têm merecido mais atenção por parte de vários setores da sociedade, Saad (2001) diz que, a idéia de que uma pessoa possa consumir determinada substância e, não ter problemas em relação ao consumo é bastante antiga, constituindo-se num paradigma aceito por muito tempo. No entanto, hoje o uso dessas substâncias começa a ser problematizado pela dependência e pelos prejuízos físicos, emocionais e sociais, por ele causado.

A dependência química se impõe como um problema de saúde pública e como tal, requer um modelo de atenção incluindo a promoção da saúde, o enfoque na prevenção do uso e abuso visando produzir as transformações sociais que propiciem uma melhor qualidade de vida da sociedade como um todo (Mauro, 2003).

Nesse sentido, há de se deixar de lado o conceito de que é um problema do usuário, abordando-o por meio de medidas repressivas ou de comiseração na perspectiva do modelo moral, para tratá-lo como uma questão que afeta a todos: usuários, família e sociedade, ou seja, uma visão holística considerando os múltiplos, desdobramentos do fenômeno econômicos, políticos e sócio-culturais (Carraro, Rassool, Luis, 2005).

Portanto, alternativas de atenção à questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, de caráter total e fechada, tendo a abstinência como principal objetivo dificilmente atinge os resultados esperados. A percepção distorcida da realidade com relação ao uso de álcool e outras drogas promove a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são

inertes por natureza, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. Tal percepção é freqüentemente corroborada pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas e terapêuticas consideravelmente ineficazes, e em outros momentos se mostram reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência (Brasil, 2004a).

Para que isso não ocorra, antes de se implantar programas de prevenção adequados à prevenção ao uso de drogas psicotrópicas em determinada sociedade, faz-se necessário que se conheça anteriormente, a realidade desse consumo, pois nenhum dado isolado permite traçar o perfil da população frente às drogas (Carlini-Cotrim, 1991).

Mota, Oliveira (2002), apresentaram em estudo o perfil do indivíduo que consome abusivamente substâncias alcoólicas e outras drogas. Constataram que dentre os sujeitos participantes da pesquisa, a maioria era predominantemente masculina na faixa etária de 21 a 30 anos de idade, desempregada, com ensino médio completo.

No estudo, verificou-se que as relações interpessoais dos sujeitos estavam se tornando cada vez mais superficiais e escassas, sendo o consumo da droga um parâmetro de realização pessoal por viverem de maneira competitiva com os indivíduos de seu convívio, resultando num vazio, que nada o preenchia, levando-os a comportamentos mais compulsivos, tão comuns na atualidade, entre os quais o uso da droga (Mota, Oliveira, 2002).

2 OBJETIVOS

“A glória é tanto mais tardia quanto mais duradoura há de ser, porque todo fruto delicioso amadurece lentamente”

Arthur Schopenhauer

Objetivo geral

- Analisar a Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, por meio da identificação de sua aplicabilidade em Centros de referência ou Centros de atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas – nível II.

Objetivos específicos:

- Apresentar as diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas;
- Identificar e analisar a Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, no discurso do Gestor Estadual e Municipal e dos gerentes dos Centros de referência ou Centros de atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas – nível II, do Município de São Paulo;
- Contribuir na produção de novas estratégias de enfrentamento, na tentativa de subsidiar novos planos que contemplem o fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

“Experiência não é o que acontece com um homem; é o que um homem faz com o que lhe acontece”

Aldous Huxley

3.1 RESGATE HISTÓRICO DO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Durante o século XVII e, sobretudo, no século XVIII o consumo de bebidas alcoólicas nos Estados Unidos era elevado e considerado motivo de orgulho naquele país (Sáad, 2001).

No final do século XVIII, o uso do álcool passou a ser considerado um problema, e surgem as expressões: degenerado, subjugado à bebida e fracos de caráter. Nesse período a cultura e religião protestantes começam a ver no consumidor um problema social. Dessa forma, podem-se distinguir duas fases: a primeira, que faz do bebedor uma vítima e a outra que transforma a vítima em vilão. O foco sai da bebida e passa ao bebedor (Carlini-Cotrim, 1995).

Nesse período surgem as descrições de pais de família chegando em casa embriagado, espancando esposa e filhos. Homens trabalhadores que perdem emprego e dinheiro por conta do consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Aparecem também as suposições de que o alcoolismo seria uma doença, com indicativos de hereditariedade, embora os traços da doença pudessem ser também adquiridos (Sáad, 2001).

A mudança de paradigma influenciada pelo cunho religioso transforma o álcool de boa criatura dos deuses em rum do demônio, e o Movimento de Temperança vigente dá lugar ao Movimento Proibicionista (Medeiros, 2005).

Na Europa, o fim do século XVIII e, o início da Revolução Industrial é acompanhado de mudanças demográficas e de

comportamentos sociais. É nesse período que o uso excessivo de bebida passa a ser visto por alguns como uma desordem ou doença. Ainda, no início e na metade do século XIX, alguns estudiosos passam a tecer considerações sobre as diferenças entre as bebidas destiladas e as bebidas fermentadas, em especial o vinho. Neste sentido, Pasteur em 1865, não encontrando germes maléficos no vinho declara que esta é a mais higiênica das bebidas (Viala-Artigues, Mechetti, 2003).

No início do século XX, países como a França passam a estabelecer a maioridade de 18 anos para o consumo de álcool e em janeiro de 1920 o estado Americano decreta a Lei Seca que teve duração de quase 12 anos. A Lei Seca proibiu a fabricação, venda, troca, transporte, importação, exportação, distribuição, posse e consumo de bebida alcoólica e foi considerada, por muitos, um desastre para a saúde pública e economia americana (Möderler, 2007).

Foi no ano de 1952, com a primeira edição do DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), que o alcoolismo passou a ser tratado como doença (Viala-Artigues; Mechetti, 2003).

No ano de 1967, o conceito de doença do alcoolismo foi incorporado pela Organização Mundial de Saúde à Classificação Internacional das Doenças (CID-8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde. Os problemas relacionados ao álcool foram divididos em três categorias: dependência, episódios de beber excessivo (abuso) e beber excessivo habitual (World Health Organization, 1994). A dependência de álcool foi caracterizada pelo uso compulsivo de bebidas alcoólicas e pela manifestação de sintomas de abstinência após a cessação do uso de álcool (NIAAA, 1995).

Em 1953, surge o Movimento dos Alcoólicos Anônimos. Há uma semelhança entre o movimento de Temperança e os Alcoólicos

Anônimos – A.A, não somente ao apelo à abstinência, mas às experiências individuais do alcoólatra (Levine, 1978).

Ao que parece, a embriaguez passa a ser vista como doença a partir do século XIX, mas tem suas raízes no século XVIII, como a perda de controle, da capacidade de beber moderadamente, como descrito anteriormente. No entanto, a dependência está historicamente associada ao século XIX, com os conceitos de tolerância e abstinência. No século XX, o alcoolismo deixa de ser um problema relacionado ao clero e aos moralistas para ocupar uma posição no saber médico (Sáad, 2001).

Desde a segunda metade do século XX, o comércio de drogas ramificou-se, se tornando uma indústria poderosamente rentável. Comparativamente ao comércio lícito, o nível econômico relacionado aos insumos talvez seja superado apenas pela economia da energia e telecomunicações. O elevado interesse no circuito de produção, circulação, distribuição e consumo faz com que as redes se insinuem e ramifiquem. Esse mundo obscuro tem suas faces no mundo da legalidade, pois o invisível se superpõe a aspectos que revelam essa relação (Birman, 2001).

No Brasil colônia, a bebida estava na centralidade da cultura tupinambá. Raminelli (2005) dedica um capítulo ao título “Da etiqueta canibal: beber antes de comer”, em que apresenta a percepção de colonos e missionários quanto ao emprego da bebida nos rituais de tupis.

Durante o século XVIII e XIX não se viveu aqui os movimentos de Temperança e proibicionista, que incluiu as questões religiosas e sociais, mas pode-se dizer que o país viveu algum movimento de repressão ao uso do álcool (Sáad, 2001). No entanto, até a década de 1920 o uso do álcool não era considerado um problema no Brasil.

A Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) foi fundada em 1923 por Gustavo Riedel no Rio de Janeiro, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência dispensada aos doentes, com a

renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos. Os médicos que constituíam a Liga tinham uma formação francesa, embora a prática fosse pautada na Psiquiatria alemã. O pensamento psiquiátrico vigente considerava o alcoolismo como uma doença hereditária e que deveria ser tratada e prevenida através de medidas eugênicas (Costa, 2007).

A preocupação da Liga Brasileira de Higiene Mental com o alcoolismo era inversamente proporcional aos dados estatísticos relacionados ao número de internações, pois quando essas diminuía, aumentava a preocupação com o problema. Os psiquiatras brasileiros não percebiam que a nova orientação nos programas de higiene mental levava-os a seguir as concepções nazistas que avançavam no seio da Psiquiatria Alemã (Piccinini, 2005; Costa, 2007).

Os tratamentos eugênicos baseavam-se em testes de QI, segregação institucional, restrições ao casamento, esterilização involuntária, controle da imigração, entre outros. Nos EUA, 30 estados tinham leis de esterilização eugênicas e calcula-se que tenham sido realizadas cerca de 15 mil esterilizações cirúrgicas (Piccinini, 2005).

No Brasil, os psiquiatras da Liga Brasileira de Higiene Mental acreditavam numa Psiquiatria universal, e a atitude preventista transformou a Psiquiatria em veículo de propaganda ideológica do nazismo. Aceito o pressuposto de que a eugenia era um conceito científico e, portanto, inquestionável os psiquiatras Brasileiros passaram a pedir a esterilização sexual dos indivíduos doentes, casamentos eugênicos, exames pré-nupciais eugênicos, pregar o desaparecimento da miscigenação racial, a exigir que se proibisse a migração de não-brancos, a solicitar a instalação de tribunais de eugenia e de salário-paternidade eugênico, entre outros (Costa, 2007).

Assim, o alcoolismo tornou-se a causa de pobreza e decadência moral, porque tinha maior prevalência nas camadas mais pobres da sociedade (Costa, 2007).

A relação do uso do álcool com a criminalidade e com as minorias raciais pode ser vista neste momento. A idéia de moral e de eugenia está incrustada na mentalidade psiquiátrica da época e requer medidas mais repressivas para combater o consumo, diminuindo o índice de alcoolismo. Dessa forma, a Psiquiatria do início do século XX é o saber responsável em intervir na questão do álcool e, é responsabilizada também pela entrada de um saber jurídico para conter o uso do álcool (Sáad, 2001).

O código penal de 1940 trata de forma repressiva a questão do alcoolismo, fundamentando na punição a forma de expiação e recuperação (Brasil, 1942). A partir desse período, a justiça assume a responsabilidade pelo alcoolista e depois pelo usuário de drogas, considerando-o viciado, potencialmente inclinado para o mal e para o crime, devendo ser, portanto, apartado do convívio social.

Na década de 1950, quando surge a dupla inserção do dependente como doente e marginal, desaparece a preocupação com o álcool para dar lugar às novas drogas ilegais que entram no país. “O viciado é doente e criminoso ao mesmo tempo” (Sáad, 2001).

A idéia de repressão é voltada para o dependente, pois o álcool nunca foi considerado como uma droga ilícita. O Brasil não passou pela lei seca como vista nos Estados Unidos, mas, contudo, o usuário começa a ser punido, penalizado (Sáad, 2001).

No Brasil, é proibida a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos, pelo artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90) e pela Lei das Contravenções Penais, artigo 63. A lei atual de entorpecentes considera crime o uso e o tráfico de drogas. Embora exista a lei que proíbe a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos, parece uma norma o não cumprimento da mesma (Babor, Lauerma, 1986; Brasil, 1990a).

Somente em um sistema que adote uma racionalidade de saúde pública é que poderão emergir propostas de intervenção para a parcela de usuário de drogas lícitas e ilícitas (Reale, 1997).

A Lei n 10.216, sancionada em 06 de abril de 2001, foi um divisor de águas em relação a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, embora não tenha significado uma real mudança de paradigma, pois do ponto de vista da sociedade brasileira, percebe-se que a dependência de drogas se constitui um problema moral e de caráter. A abordagem da Psiquiatria no início do século era sob a ótica da eugenia, que se apoiou no modelo jurídico de repressão (Sáad, 2001; Brasil, 2002).

Sáad (2001) chama a atenção para a transferência do legado de problema social do álcool/alcoolista para a cocaína/cocainômano. Pode-se constatar isso na falta de controle sobre a venda e acesso ao álcool, que impera no país. O que faz pensar que os brasileiros têm uma maneira própria de se relacionar com esta substância.

3.2 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

3.2.1 Álcool e acidentes de trânsito

Em 1997, a Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito – ABDETRAM realizou um amplo estudo associando acidentes de trânsito e usos de bebidas alcoólicas em quatro capitais brasileiras: Brasília, Curitiba, Recife e Salvador. Os resultados do estudo revelaram que das 865 vítimas, 27,2% apresentou alcoolemia superior a 0,6 g/l que é o limite permitido pelo código Nacional de Trânsito, de 1997 (Abdetran, 1997).

Outros dois estudos que relacionaram consumo de álcool em situações de lazer e acidentes de trânsito foram realizados nos municípios de Salvador e Recife. Em Salvador, dentre os entrevistados, 37, 7% relataram ter ingerido bebidas alcoólicas na

ocasião do acidente (Nery-Filho, Medina, 1995). No Estudo realizado por Oliveira, Melcop (1997), em Recife, dos entrevistados 23% apresentaram alcoolemia de 0,8g/l. Em ambos estudos, os resultados mostraram que os acidentes de trânsito relacionados ao consumo de álcool têm maior ocorrência à noite e nos finais de semana, sendo que os autores são em sua maioria jovens e solteiros.

O I Fórum de qualidade de vida realizado em 2005, em Porto Alegre, divulgou dados da Associação Brasileira de Departamentos de Trânsito e do Instituto Médico legal de São Paulo, acerca dos danos no trânsito causados pelo uso do álcool: 78% das mortes em acidentes de trânsito no Brasil têm presença do uso do álcool; 40% dos acidentes com mortes apresentam dosagem alcoólica acima do permitido por lei e 47% dos mortos em colisões ou atropelamentos tinham álcool no sangue, no momento do acidente. Em quatro grandes capitais do Brasil: 61% das vítimas de acidentes de trânsito apontavam alcoolemia; 75% dos motoristas haviam ingerido alguma quantidade de álcool, dos quais 30% indicavam alcoolemia acima do permitido por lei (Sindicado Médico do Rio Grande do Sul, 2006).

3.2.2 Internações hospitalares devido à dependência

No período de 1988 a 1999, Noto et al., (2002) realizaram estudo em hospitais e clínicas psiquiátricas em todo Brasil e obtiveram como resultados que o álcool foi responsável por 95,3% das internações em 1988 e 84,4% em 1999, de todos os outros diagnósticos por outras substâncias psicoativas. Galduróz, Caetano (2004) creditam a queda de internações por alcoolismo durante a década de 1990 à implementação do tratamento ambulatorial, embora não se tenham dados estatísticos que comprovem a tendência.

Silva, Oliveira, Barros (2001) ao realizarem uma investigação que objetivava a reflexão acerca da internação psiquiátrica de usuários de álcool e outras drogas, constataram a necessidade de ampliação das ofertas de terapêuticas preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras de saúde, a fim de preservar os direitos e deveres de pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como de compreender o indivíduo como sujeito de projetos de vida.

Frente às investigações citadas, percebe-se a necessidade de estender e/ou aprofundar-se em estudos acerca do conhecimento quanto ao uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas, assim como a maneira como são representados na sociedade, e que significado as pessoas atribuem a essas substâncias, a fim de romper com a ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. Em acréscimo, tais estudos devem levar em consideração as implicações psicológicas, econômicas e políticas na compreensão global do problema, sobretudo na análise dos programas governamentais.

3.2.3 Mercado de consumo de bebidas alcoólicas

Estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (1999), posiciona o Brasil em 63º lugar no ranking mundial, entre 153 países para consumo de álcool no grupo etário de 15 anos. Embora o resultado seja relativamente discreto, quando se compara o consumo per capita entre as décadas de 1970 e 1990 em 153 países, observa-se um salto de 74,5% no consumo de bebidas alcoólicas (Aduaneiras, 2007).

A produção de cerveja lidera o mercado interno e externo de bebidas alcoólicas. Entre os produtos processados, a exportação de cerveja em 2005 ficou em 2º lugar, saltando em 125,1% com relação ao ano anterior (Aduaneiras, 2007).

Os dois grandes pólos para as microcervejarias são: o Estado de São Paulo e a região Sul, nos quais a colonização europeia deixou de herança as técnicas de fabricação artesanal (Aduaneiras, 2007).

No Brasil, muitas coisas precisam ser modificadas, tanto em relação ao mercado de álcool, quanto ao consumo do mesmo. Para isso, novas leis precisam ser formuladas, sobretudo com relação a propagandas na mídia relacionadas ao consumo de álcool (Ferreira et al., 2006).

3.2.4 Violência e criminalidade

Entre os anos de 1987 e 1992 Nappo et al., (1996) avaliaram 120.111 laudos cadavéricos do Instituto Médico Legal de São Paulo e verificaram que 18.263 estavam positivos pra a alcoolemia, com uma média de positividade para 2.605 casos por ano.

Em outro estudo, Duarte, Carlini-Cotrim (2000) analisaram 130 processos de homicídio entre os anos de 1990 e 1995, no município de Curitiba - Paraná e obtiveram que 53,6% das vítimas e 58,9% dos autores estavam alcoolizadas no momento da ocorrência.

Uma análise mais profunda e crítica dos dados apresentados pelo Projeto Observatório da Violência contra a Mulher em Pernambuco acerca dos homicídios de mulheres nos anos de 2003 e 2004, disponibilizados pela Secretaria de Defesa Social, revela algumas sinalizações importantes para a compreensão do problema e para a avaliação das políticas que vêm sendo implementadas. Um dado significativo é o crescimento dos assassinatos de mulheres no Recife, onde se supõe haver maior estrutura e avanço na implementação de políticas de combate à violência (Portela, Ferreira, 2005).

Dentre os resultados, um dado importante está relacionado ao dia da semana em que há maior índice de homicídios. Na verdade, é

uma progressão, que se inicia na sexta-feira (11,3%), atravessa o sábado (14,7%) atinge seu ápice no domingo (22,7%) e ainda se mantém alta na segunda-feira (17,3%). A análise aponta que, como acontece com os homicídios em geral, essa ascendência provavelmente esteja associada às tensões domésticas e familiares oriundas da convivência no final de semana, ao uso de álcool e drogas.

3.3 LEVANTAMENTOS POPULACIONAIS

O Brasil é um país com dimensões continentais, pois possui uma área de 8.547.403,5Km², sendo o maior país da América Latina. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o país tem atualmente uma população estimada em 193 milhões de habitantes (IBGE, 2009).

Os primeiros levantamentos acerca do uso de álcool e outras drogas no país foram muito específicos, apenas em 2001 foi realizado o primeiro levantamento nacional.

3.3.1 Levantamento populacional geral

O I Levantamento nacional foi realizado em 2001 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID. Este Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, envolveu as 107 maiores cidades com população superior a 200.000 habitantes, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de 1995. O estudo objetivou estimar a prevalência do uso de álcool, tabaco e o uso não médico de medicamentos psicotrópicos e verificar como a sociedade brasileira se posiciona em relação ao uso de drogas e, com isso, propiciar a elaboração de políticas de Saúde Pública, com a finalidade de

prevenção ao uso abusivo de drogas. A idade dos participantes variou de 12 e 65 anos (Carlini, Galduróz, Noto, Nappo, 2002).

Os resultados mostraram a amplitude do problema no Brasil, e os dados resultantes da investigação na Região Sul, envolvendo dezoito municípios e 947 entrevistados, correspondendo a 17,6% da população regional, mostraram-se muito relevantes. O uso na vida de maconha (8,4%) e cocaína (3,6%) apresentou os maiores percentuais no Brasil. O uso na vida de álcool foi de 69,4% e o tabaco foi de 44,1%, percentuais ligeiramente mais elevados que os dados nacionais (68,7% e 41,1%, respectivamente) (CEBRID, 2002).

O estudo revelou que na Região Sul registrou-se o maior número de dependentes de tabaco (12,8%) e de maconha (1,6%). Comparativamente com dados de outros países, os resultados revelaram que o uso na vida de álcool foi de 68,7%, próximo aos 70,8% do Chile. O uso na vida de tabaco foi de 41,1%, inferior aos EUA (70,5%). O uso na vida de maconha foi de 6,9%, próximo ao da Colômbia (5,4%) e abaixo dos EUA (34,2%). O uso na vida de cocaína foi de 2,3%, inferior aos EUA (11,2%). O uso de solventes foi de 5,8%, bem menor que no Reino Unido (20,0%); Os estimulantes tiveram 1,5% de uso na vida e os benzodiazepínicos com 3,3% (Carlini, Galduróz, Noto, Nappo, 2005).

Os autores concluíram que os achados contribuiriam para a formulação e implantação de políticas públicas adequadas à realidade brasileira (Galduróz, Noto, Nappo, Carlini, 2005).

O II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil foi realizado em 2005, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID.

Os achados relevantes centram-se em 22,8% da população pesquisada já fizeram uso na vida de drogas exceto o álcool e tabaco, em pesquisa semelhante realizada nos EUA, em 2004, essa porcentagem atinge 45,4% e no Chile 17,1%. A estimativa do uso de álcool foi de 12,3% e de tabaco 10,1% (CEBRID, 2005).

3.3.2 Levantamentos populacionais específicos

Galduróz, Caetano (2004) analisam dois estudos epidemiológicos realizados por Galduróz et al., (2000) realizado nas 24 maiores cidades do estado de São Paulo. Segundo os autores, o estudo realizado em 2000, com um total de 2.411 entrevistas estimaram que 6,6% da população estava dependente do álcool. Após dois anos a mesma população foi entrevistada e os autores verificaram um aumento de 9,4% de dependentes, tendo, portanto, um acréscimo significativo.

Em 1997 foi realizado no Brasil, o IV Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas por estudantes dos ensinos fundamental e médio, em 10 capitais brasileiras. A investigação foi realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Galduróz, Noto, Carlini, 1997).

Os resultados revelaram um percentual muito elevado de adolescentes (74,1) que já haviam consumido substâncias alcoólicas pelo menos uma vez na vida, e quanto ao uso freqüente, os percentuais chegaram a 14,7 (Galduróz, Noto, Carlini, 1997).

Em 1997 o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas divulgou o IV Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras, durante os anos de 1987, 1989, 1993 e 1997. Os dois primeiros estudos foram realizados nos municípios de São Paulo e Porto Alegre; sendo que em 1987, o uso na vida do álcool foi de 83% e 71%, respectivamente. Em 1989, no segundo levantamento, observou-se um discreto aumento para o uso na vida de 86%, em São Paulo e 74,5%, em Porto Alegre (Silva-Filho, Carlini-Cotrim, Carlini, 1990).

Os outros dois estudos do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas foram realizados nos municípios de Brasília, Fortaleza, Porto Alegre, São Paulo, Recife e Rio de Janeiro. Entre os entrevistados, o uso de bebidas alcoólicas variou de 7%

para os residentes em São Paulo a 0% entre crianças e adolescentes de rua que residiam em Fortaleza. Em contrapartida, o uso de solventes liderou em todos os municípios, pois 45,1% desses usavam diariamente algum tipo de solvente (Noto, Nappo, Galduróz, Mattei, Carlini, 1998).

Em 2003, o Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas realizou o mais amplo estudo sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua em 27 capitais brasileiras (Noto, 2005). O levantamento teve por objetivo o acompanhamento temporal (uma semana) e a amplitude nacional (as 27 capitais brasileiras). Assim, no segundo semestre de 2003, foram entrevistados 2.807 jovens entre 10 a 18 anos, que estavam recebendo assistência de 91 instituições mapeadas nas 27 capitais. Depois de seguir uma semana de trabalho de cada instituição, a amostra foi composta. As entrevistas foram individuais, tendo como referência um questionário elaborado pela Organização Mundial de Saúde. Entre os entrevistados que relataram residir com suas famílias, o consumo "diário" de drogas foi mencionado por 19,7%, enquanto entre os que não moravam foi muito superior (72,5%). As drogas mais consumidas diariamente foram o tabaco (29,5%), os solventes (16,3%) e a maconha (11,2%). Em relação aos derivados da coca (2,4% com uso diário) foram observadas diferenças regionais entre o tipo de derivado predominante (crack, merla ou pó).

A comparação dos dados com levantamentos anteriores não mostrou muitas mudanças no panorama geral de consumo. As constatações sugeriram que as políticas adotadas nas décadas anteriores não tiveram a eficácia esperada e, portanto, indicam a necessidade de políticas que levem em conta as peculiaridades desses jovens e do seu contexto social (Noto 2005).

Ribeiro, Oliveira, Aranha e Silva, Barros (2002) ao analisarem a trajetória de vida de um grupo de crianças de rua, em idade escolar, constataram que dentre as experiências significativas para as crianças, "as drogas" se constituem num dos agentes sociais

agressores, utilizadas como meio de inserção da criança nos grupos de pares que vivem na rua.

Em 2004, foi realizado o V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio, da Rede Pública de Ensino de 27 capitais brasileiras. Os autores afirmam que os adolescentes estão mais expostos ao uso de drogas e que, quanto mais precoce o início, piores serão as conseqüências. Daí a preocupação de se rastrear o consumo de substâncias psicoativas nesta população. As drogas legais como álcool e tabaco foram as apresentaram menor média de idade para o primeiro uso (12,5 e 12,8 respectivamente). A maconha aparece com uma média de idade de 13,9 anos, e a cocaína com uma média de 14,4 anos para o primeiro uso, o que indica que as estratégias de prevenção devem começar aos 10 anos (Carlini, Fonseca, Galduróz, Noto, 2005).

Nesse estudo, a amostra de 48.155 participantes revelou uma maior defasagem escolar entre os estudantes que tinham feito uso na vida de drogas, comparando-se aos que nunca tinham utilizado; maior porcentagem de uso entre os estudantes das classes sociais A e B; predomínio de uso no sexo masculino, exceto quanto ao uso pesado; maiores porcentagens de usuários a partir dos 16 anos, apesar do uso na faixa de 10 a 12 anos ser expressivo (12,7% de uso nesta faixa etária).

Segundo os autores acima, as drogas mais utilizadas, excetuando-se álcool e tabaco, foram pela ordem: solventes, maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e anticolinérgicos; uso na vida de energéticos foi de 12%; o total estimado de uso na vida de drogas na rede estadual de ensino foi de 22,6%. Houve predomínio de uso na vida entre os homens para maconha, cocaína, solventes, anticolinérgicos, tabaco, crack, energéticos e esteróides anabolizantes, enquanto que entre as mulheres, o predomínio de uso na vida ocorreu para anfetamínicos, ansiolíticos e álcool.

O uso de drogas entre estudantes universitários da cidade de São Paulo apresenta prevalência semelhante àquela entre estudantes do ensino fundamental e do ensino médio quanto ao uso experimental e esporádico. No entanto, as drogas mais utilizadas alguma vez na vida são em ordem decrescente: álcool, tabaco, inalantes, maconha, medicamentos prescritos e cocaína (Magalhães, Barros, Silva, 1991).

Estudo realizado por Dimeff, Baer, Kivlahan, Marlatt (2002) entre estudantes de graduação, revelou que apesar de décadas de esforços para prevenção e políticas de saúde pública, a ingestão pesada de bebidas alcoólicas entre estudantes universitários continua muito elevada, constituindo-se em exasperante problema de saúde pública.

Andrade, Bassit, Mesquita, Fukushima, Gonçalves (1995), em estudo realizado com estudantes de medicina da Universidade de São Paulo, apontam que, com exceção do álcool, os alunos de medicina usam tabaco, maconha, inalantes e cocaína em menor proporção que os outros estudantes universitários.

Em pesquisa realizada com 3.406 estudantes de medicina de outras escolas do Estado de São Paulo, observa-se que, dos alunos que usaram álcool e drogas, na vida e nos últimos doze meses, apenas 10% iniciaram o uso após o ingresso na faculdade (Andrade, Bassit, Kerr-Correa, Tonhon, Boskovitz, Cabral, 1996).

Além das pesquisas realizadas com estudantes universitários, alguns meios de comunicação divulgam os números alarmantes de usuários de álcool e outras drogas em comunidade de docentes, servidores e funcionários, de universidade. Ademais, estudos indicam que a maioria dos usuários álcool e outras drogas é trabalhador, apesar de haver estudos epidemiológicos que demonstram altos índices de usuários destas substâncias entre os desempregados (Oliveira, 2003).

Segundo estudos realizados por Oliveira (2003) há uma visão otimista por parte dos servidores de universidade frente aos

dependentes de álcool e drogas e se referem dispostos a obter mais informações a fim de ajudar outras pessoas com problemas relacionados ao uso de tais substâncias.

Oliveira (2005) em estudo sobre a compreensão dos conceitos e estratégias que norteiam a assistência dos profissionais de um serviço de atendimentos aos pacientes com transtornos decorrentes ao uso e dependência de álcool e outras drogas, considera que essa assistência deva ser planejada e realizada em um território, espaço e suporte, e que se delimite a área de atuação de uma equipe, de um serviço e de um programa, cumprindo a missão de materializar a acolhida e o vínculo, no qual usuários e trabalhadores possam negociar, trocar experiências, ou seja, fazer proliferar a vida.

De tal forma, podem-se tecer algumas considerações que justificam a premência de pesquisas acerca do tema álcool e outras drogas, sendo constatado como grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, e, portanto, encontra ressonância nos mais diversos segmentos da sociedade, devido aos agravos sociais dele decorrente ou por ele reforçados.

No Brasil, a complexidade e a magnitude do problema contemporâneo do consumo de drogas têm sido discutidas por diferentes setores da sociedade civil e do Estado (Brasil, 2003). No entanto, nem sempre foi assim, pois até os anos 90 muito pouco se pesquisava acerca do assunto, tendo a ausência de investigações científicas levado a equívocos, devido à importação de modelos de outras realidades. Embora o consumo de drogas ilícitas no país fosse considerado baixo em relação a outros países, continuava-se a tomar como parâmetro dados totalmente diferentes aos do país (Carlini-Cotrim, 1992, Bucher, 1995).

As ações que estão sendo realizadas, no sentido de compreender e solucionar o problema podem ser divididas em duas fases: até o advento da Aids, quando o Brasil se caracterizava pela ausência quase total de pesquisas e pela inadequação de

programas de prevenção ao consumo de drogas; e após a constatação da epidemia da Aids, quando os programas de prevenção à transmissão do HIV passaram a preocupar-se com o compartilhamento de materiais para o uso de drogas injetáveis – um dos modos de transmissão (Soares, Canoletti, 2005).

3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS

Depois da cafeína, provavelmente o etanol seja a droga mais comumente usada mundialmente, relacionada ao lazer e recreação. No entanto há uma variação significativa de consumo entre os indivíduos (Rajendram, Lewison, Preedy, 2006).

A maioria das pessoas consome o álcool sem prejudicar a si mesmo ou os outros. Além do mais, o consumo parcimonioso pode até trazer benefícios à saúde, reduzindo os riscos de doença isquêmica do coração (Leighton, Castro, Barriga, Urquiaga, 1997). No entanto, o consumo excessivo pode levar à desnutrição ou induzir a aproximadamente 60 diferentes patologias (Manari, Preedy, Peters, 2003; Preedy et al., 2001; Peters, Preedy, 1998).

No Brasil, entre os anos de 1970 e 1996, ocorreu um acréscimo de 74,53% do consumo de álcool facilitado pelo baixo custo e acesso fácil em todas as camadas sociais. Estima-se que 11,2% da população brasileira seja dependente de álcool. Índice este que dividido por gênero, indica dependência em 17,1% da população masculina e 5,7% da população feminina (Carlini, Galduróz, Noto, Nappo, 2002).

Quando se analisa a distribuição etária, os dados tornam-se ainda mais preocupantes, pois 41,2% são alunos dos ensinos Fundamental e Médio, da rede pública, que com idades entre 10 e 12 anos, já fizeram uso de álcool (Carlini; Fonseca; Galduróz; Noto; 2005).

A partir de dados obtidos em 2000 e 2001 a Organização Mundial da Saúde (2004) concluiu que o consumo mundial de álcool, tabaco e outras substâncias regulamentadas está aumentando entre as populações e, contribuindo para a carga de doença em todos os países do mundo. O consumo crescente do tabaco nos países em desenvolvimento está atingindo um maior percentual de mulheres (50% dos homens e 9% das mulheres fumam) em relação ao álcool, embora seu consumo tenha diminuído nos países desenvolvidos nas duas últimas décadas, apresentou um sensível aumento nos países em desenvolvimento. Com relação às drogas ilícitas, as avaliações da United Nations Office on Drugs and Crimes (2003), concluem que cerca de 200 milhões de pessoas em todo o mundo consomem alguma substância ilícita, o que representa 3,4% da população mundial e estima-se que 4,7% tenham quinze ou mais anos.

Segundo Moraes et al., (2006), a etiologia e as conseqüências da Síndrome da Dependência Alcoólica (DA) tem sido estudada há algumas décadas. São muitos os problemas resultantes do uso abusivo e/ou dependência alcoólica que afetam a vida do usuário e de seus familiares como: sofrimentos físicos e mentais, desemprego, violência e criminalidade, morbidade e mortalidade, entre outros.

Evidentemente que todos os problemas enumerados decorrem em elevado custo econômico à sociedade. Infelizmente, no Brasil não se têm estudos quantitativos que mensurem as conseqüências econômicas do alcoolismo, provavelmente por não se ter, entre os pesquisadores da área, tradição metodológica específica para estudos desse monte (Moraes et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde (2002) relatou que em países com economias estabelecidas, 10,3% de doenças fatais qualificadas por disability adjusted life years (DAYLs) foram atribuídas ao álcool. Os percentuais se equivalem às doenças causadas pelo tabaco (11,7%), mas se mostram significativamente maiores se comparados aos de outras drogas não prescritas, ou seja, 2,3% da disability adjusted life years. Os efeitos sociais

causados pelo consumo abusivo de álcool impõem problemas fatais tanto quanto os efeitos sobre a saúde. O uso contínuo do álcool resulta em crimes e comportamentos anti-sociais, ineficiência em trabalhos que exijam a força, e dificuldades para os familiares dos dependentes. O custo social do uso abusivo do álcool é significamente maior que o provocado pela dependência do tabaco e outras drogas (Varney, Guest, 2002; Moraes, Campos, Figlie, Laranjeira, Ferraz, 2006).

Um estudo realizado pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) mostrou que o alcoolismo, quando comparado a outros problemas de saúde, é responsável: por três vezes mais licenças médicas; cinco vezes mais chances de acidentes de trabalho; oito vezes mais a utilização de diárias hospitalares e por fim, leva as famílias a recorrerem oito vezes mais às assistências médica e social (Brasil, 2004b).

Segundo Moraes et al., (2006), o Produto Bruto Interno (PIB), em 2004, foi de R\$1,769 trilhão, sendo que naquele ano o custo social do alcoolismo, considerando tratamento e perda da produtividade, por causa da bebida, foi de 7,3% do PIB, correspondendo a 130 bilhões de reais.

Em 2006, realizou-se O I Fórum de Qualidade de Vida e Saúde, no município de Porto Alegre – RS. No evento, Ramos (2005), apresentou dados obtidos por representante do Serviço Social da Indústria – SESI, de quanto custa o álcool anualmente ao Brasil. O prejuízo anual está na ordem de 3% do PIB.

Os dados apresentados possibilitam uma análise acerca do ônus que o consumo abusivo apenas do álcool, sem considerar o tabaco e outras drogas, representa para os cofres públicos e para a sociedade, de um modo geral.

Como já referido anteriormente, a Organização Mundial da Saúde afirma que o uso de drogas é um problema crescente na saúde pública, tanto em países industrializados, quanto nos em desenvolvimento. As conseqüências negativas dessa situação têm

repercussões familiares, sociais e sobre a saúde, além de um significativo impacto econômico (Nicastri, Ramos, 2001).

A amplitude e a gravidade desses problemas vêm exigindo que os órgãos governamentais de todos os países adotem políticas e estratégias que diminuam o uso de drogas pela população em geral, bem como evitem as conseqüências da utilização abusiva dessas substâncias. Contudo, não se pode traçar uma política com base em um único objetivo: o da abstinência, pois trabalhar dessa forma em saúde é trabalhar com um modo estreito de entendimento (Brasil, 2004a).

A droga como fenômeno macro estrutural se configura numa questão que abrange a saúde internacional. Nessa dimensão, a saúde é vista como uma questão de relações internacionais em que fatores políticos, econômicos, de segurança nacional e desenvolvimentais, desempenham importante papel na determinação da saúde das populações. Envolve também uma dimensão nacional, que é determinada pela internacionalização dos riscos; propostas de ajustamentos e biopolíticas; exportação de modelos de serviços de saúde, ciência e tecnologia; bem como papel da universidade e dos demais organismos de apoio à educação, incluindo também os da saúde.

A seguir serão apresentadas as principais Leis, Portarias e Resoluções que norteiam as ações nas questões relacionadas à atenção ao usuário de álcool e outras drogas:

- Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da promulgação dessa lei, todas as ações governamentais de saúde à população são disponibilizadas pelo SUS;
- Decreto de Lei nº 2632, da Presidência da República De 19 de junho de 1998, dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas;
- Decreto nº 3.696, de 21 de dezembro de 2000. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas;

- Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Trata da defesa e da promoção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e reorienta o modelo assistencial em saúde mental;
- Portaria SNAS nº 224 - de 29 de janeiro de 1992. Estabelece as seguintes diretrizes: organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; multiprofissionalidade na prestação de serviços; ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados;
- A Lei n.10.409, de 11 de janeiro de 2002, dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências (Inverso, 2009);
- Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de serviço CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad, para os Centros de Atenção Psicossocial e define a forma de financiamento dos procedimentos realizados (Brasil, 2002a);
- Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de álcool e outras drogas (Inverso, 2009);
- Portaria SAS nº 305, de 03 de maio de 2002. Aprova as Normas de Funcionamento e cadastramento de Centros de Atenção

Psicossocial para o atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas (Inverso, 2009);

- Portaria GM/MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004 (Brasil, 2004,c). Institui no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Merece atenção especial a instituição dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas em Hospitais Gerais (Brasil, 2004a);
- Portaria GM/MS nº 429, de 22 de março de 2005. Institui o Comitê técnico para a Política de Álcool e outras drogas. O Comitê constituído por profissionais de diferentes segmentos da sociedade, desenvolve atividades de promoção da saúde, prevenção e tratamento do uso de álcool e outras drogas, bem como aqueles envolvidos com o tema redução de danos (Inverso, 2009);
- O Conselho Nacional Antidrogas – CONAD, aprova em 23 de maio de 2005, a Política Nacional sobre drogas (Brasil, 2009a).
- Portaria GM/MS nº 1.612, de 09 de setembro de 2005. Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (Inverso, 2009);
- Portaria GM/MS/MT nº 353, de 07 de março de 2005. Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária (Brasil, 2005a);
- Portaria GM/MS nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria (Inverso, 2009);
- Portaria GM/MS nº 1.059, de 04 de julho de 2005. Institui incentivo de R\$50.000,00 para os municípios sede de CAPS ad com

mais de 100.000 habitantes, que realizam ações de redução de danos(Inverso, 2009);

- Portaria GM/MS/MT nº 1.169, de 07 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para os municípios que desenvolvam projetos de inclusão social pelo trabalho destinado a pessoas com transtornos mentais ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Inverso, 2009);
- Portaria GM/MS/MT nº 1.055, de 17 de maio de 2006. Institui Grupo de Trabalho para viabilizar a constituição do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental (Inverso, 2009);
- 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 (Brasil, 2006a);
- Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD (Inverso, 2009);
- O Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007 aprova a Política Nacional sobre o Álcool, em relação a atenção aos usuários de álcool, com a implementação de estratégias para a redução do uso indevido do álcool e sua associação com violência e criminalidade. O Decreto determina que a Secretaria Nacional Antidrogas articulará e coordenará a implementação da Política Nacional sobre o álcool (Brasil, 2007).

O Decreto que regulamenta a Política Nacional sobre o álcool inclui medidas como: capacitação de garçons para a não venda de álcool para menores de 18 anos e a pessoas com sintomas de embriaguez, além da disponibilização de água potável gratuita nos

estabelecimentos; incentivo aos municípios a legislarem para a restrição de horário de funcionamento para estabelecimentos que comercializem bebidas alcoólicas e proibição da comercialização dessas bebidas nos postos de abastecimento de combustíveis e em estabelecimentos nas faixas de domínio das rodovias federais; regulamentação e fiscalização de publicidade de bebida alcoólica, bem como do horário de propaganda, que será de controle da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – ANVISA.

Em 30 de janeiro de 2008 o Presidente da República do Brasil, regulamentou por meio do Decreto nº 6.366, a Medida Provisória no 415, de 21 de janeiro de 2008, que proíbe a comercialização de bebidas alcoólicas em rodovias federais (Brasil, 2009a).

O Decreto nº 6.488, de 19 de junho de 2008 regulamenta os arts. 276 e 306 da Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro, disciplinando a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito (Brasil, 2009a).

O presente estudo focaliza na Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, revisada em 2004 (Brasil, 2004a), que prescreve:

Uma política nacional de atenção à saúde, de forma relacionada ao consumo de álcool, implica na implementação da assistência, ampliando a cobertura e o espectro de atuação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, o qual contempla a assistência a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool, e seus familiares. A assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em Dispositivos extra-hospitalares, como os Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad),

devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, programa de agentes comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde.

Com relação à assistência para os casos de maior gravidade, a Política estabelece que é fundamental que essa seja aperfeiçoada, sendo dispensada em dispositivos de maior complexidade, como os serviços de emergências médicas (geral e emergência psiquiátrica), principalmente para os casos de urgências como os quadros de intoxicação e abstinência graves e outros transtornos clínicos e psiquiátricos agudos; o mesmo deve ocorrer em hospitais gerais.

Segundo o Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, foi apenas em 2001 que os trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares, entre outros públicos, discutiram mais consistentemente o alcoolismo, produzindo o relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, no qual se insere a importância de se existir uma política na área do álcool. A conferência foi realizada em 2001, ano internacional da saúde mental, que alimentou a discussão. Num levantamento das regulamentações existentes no Ministério da Saúde de 1990 a 2004, encontrou-se apenas em 2002 a primeira norma envolvendo diretamente o problema de drogas e álcool no campo da saúde pública. Segundo Delgado (2007) o Brasil está construindo uma política, que vem avançado, mas ela está acontecendo em um país que tem um débito histórico de não ter levado em conta a questão do álcool como um problema de saúde pública.

Para Delgado (2007) o Ministério da Saúde sinaliza que o álcool é um grave problema de saúde pública e, portanto, o papel da atenção básica é fundamental e ainda pouco explorado no Brasil. A atenção primária de saúde, os Programas de Saúde da Família (PSF) estão incorporando em apenas alguns lugares a dimensão das grandes tarefas que têm em relação à questão do álcool.

Existe uma efetividade comprovada de ações na atenção primária, como intervenções breves, aconselhamento, grupos focais, que são eficazes para interromper uma cadeia que se estrutura desde o uso recreacional da droga até a dependência. É preciso entender isso como uma política global, pois se faz necessário implantar novos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD), que são os serviços de eleição da Rede do Sistema Único de Saúde – SUS para a atenção aos usuários. Localizados no território de abrangência próximo ao domicílio dos mesmos, a acessibilidade o coloca como referência para a comunidade local.

O número de Centros de Atenção Psicossocial para atenção a usuários de álcool e outras drogas - CAPS ad - cadastrados em junho de 2009 era 200, o que evidencia ainda a insuficiência e fragilidade da Rede do SUS (Brasil, 2009b).

Embora existam no Brasil mais de cinco mil unidades da irmandade de Alcoólicos Anônimos, grupos que trabalham séria e comprometidamente com a recuperação de usuários e dependentes do álcool, assim como milhares de clínicas e centros de recuperação para alcoolistas, os objetivos concorrem para a abstinência, que nem sempre é possível e real. Assim os trabalhadores dos serviços de saúde que atendem a essas pessoas na rede SUS precisam mudar a racionalidade para olhar a questão sob um outro paradigma, o da redução de danos.

3.5 REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL

O Brasil nas últimas décadas vem apresentando transformações no perfil de saúde de sua população, de um padrão histórico de subdesenvolvimento, por outro dos países de avançada economia de mercado apresentando perfis epidemiológicos substancialmente diferentes e contraditórios (Buss, 1999). Considerando a mudança do perfil epidemiológico há o aumento das chamadas doenças crônicas não-transmissíveis.

As doenças crônicas não-transmissíveis podem ser desenvolvidas ao longo dos anos e freqüentemente acarretam prejuízos na qualidade de vida do indivíduo; acredita-se que sua ocorrência está relacionada a um conjunto de fatores que se interagem entre si; sendo que os principais desencadeadores desse processo são os fatores comportamentais; tais como dieta, sedentarismo, dependência de álcool, tabaco e outras substâncias (Maciel et al., 2006).

Verifica-se o aumento do consumo mundial de álcool, tabaco e outras substâncias principalmente nos países em desenvolvimento e resultam em impactos negativos sobre a saúde e efeitos sociais que muitas vezes são fatais. A amplitude e a gravidade desses problemas exigem que Órgãos governamentais de todos os países adotem políticas e estratégias que diminuam o uso de drogas pela população em geral, bem como evitem as conseqüências da utilização abusiva dessas substâncias (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Pesquisadores evidenciam que a adolescência é a fase da vida em que há maior exposição e vulnerabilidade aos efeitos nocivos resultantes do uso de substâncias psicoativas sejam elas lícitas, ou ilícitas.

Pesquisa desenvolvida pelas Secretarias Estaduais de Saúde e Educação de Minas Gerais, com estudantes matriculados no

sétimo e nono período do Ensino Fundamental e da primeira e segunda séries do Ensino Médio de escolas públicas do Estado de Minas Gerais, demonstrou que o uso de substâncias psicoativas entre os participantes é bastante freqüente, sem diferença significativa quanto ao gênero, e que mesmo no grupo dos mais jovens, esse consumo é relativamente prevalente. Esses achados ressaltam a necessidade de implantação de públicas abrangentes, incluindo outras questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, pois se sabe que o mesmo exerce efeito modulador para o uso de preservativos (Bertoni et al., 2009; Brasil, 2006a).

As altas taxas de suicídio afetam países desenvolvidos e em desenvolvimento, e entre os fatores de risco encontram-se os transtornos mentais. Pesquisa realizada no Hospital Municipal Souza Aguiar localizado na área urbana do Rio de Janeiro, no período de abril de 2006 a março de 2007; apresentou a admissão de 118 casos de tentativas de suicídio no setor de emergência do referido hospital. Os pesquisadores entrevistaram 96 participantes (90,6%), sendo que dentre eles dez evoluíram para óbito e dois eram reincidentes, mas considerou-se apenas aquela admissão. Dentre motivos relacionados no momento do agravo, a prevalência do abuso/dependência de álcool foi de 17,7% similar aos estudos nacionais e internacionais (Santos; Lovisi; Legay; Abelha, 2009). Dados como esses são importantes para confirmar a relevância em colocar-se o consumo de álcool e outras drogas como um problema de Saúde Pública no País.

O consumo de álcool e outras drogas não se restringem a uma condição étnica, de gênero, estado civil, escolaridade e empregabilidade; o que desperta crescente interesse por parte dos profissionais de saúde e do poder público.

Acauan; Donato; Domingos (2008) realizaram um sistemático estudo de revisão da literatura, com o intuito de identificar textos que abordassem acerca do alcoolismo, com enfoque em Psiquiatria e/ou Saúde Pública, no período de 1980 a 2006, identificou apenas 14

trabalhos que se adequavam aos critérios estabelecidos para a inclusão dos mesmos. Os resultados revelaram que na década de 1980 foram identificadas apenas três publicações sobre o tema. Naquelas publicações percebeu-se a preocupação em focar o uso, o abuso e a dependência do álcool como um problema de Saúde Pública, e as estratégias até então utilizadas começavam a ser contestadas. Começava a ser considerada a importância das ações de prevenção e recuperação da saúde física e mental, e o consumo do álcool como multifatorial.

O referido estudo mostrou que década de 1990, as publicações destinaram especial atenção à participação da família com vistas na reabilitação; contestando o tratamento hospitalocêntrico e curativo vigentes. O hábito de beber até então é considerado uma questão cultural e inofensivo, passa a ser visto como causa de sérios reflexos negativos na família, trabalho e a sociedade. Os anos de 2000 a 2006 surgem políticas públicas para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, cujo objetivo é reduzir o consumo, coibir as internações hospitalares desnecessárias e, ainda, proteger e prover condições terapêuticas aos usuários, internados ou não (Acauan; Donato; Domingos, 2008).

Um dos grandes desafios da Saúde Pública é a dualidade entre conhecimento e mudança de comportamento da população em relação aos fenômenos relacionados à saúde. Por outro lado, são raros os estudos que investigam os fatores de risco para doenças crônicas. A maioria das pesquisas que abordam esse tema tem como objeto de estudo doenças infecto-contagiosas. A ausência de conhecimento populacional sobre algumas associações merece atenção especial. A exemplo disso, em que pese o consumo abusivo do álcool esteja abordado pela mídia; o mesmo não foi identificado como fator de risco para diabetes, câncer de pulmão e osteoporose em pesquisa realizada com o objetivo era avaliar o conhecimento populacional sobre as associações de quatro fatores

comportamentais: sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool e alimentação inadequada; correlacionando oito morbidades. (Borges, Rombald, Knuth, Hallal, 2009).

Estratégias governamentais são necessárias para aumentar o conhecimento acerca dos fatores de risco para doenças de agravos não transmissíveis, a fim de se obter mudanças comportamentais como um processo facilitador e cooperador, respeitando a dignidade do indivíduo.

O álcool e outras drogas são consumidos por muitos ao redor do mundo, e muitos dos usuários não sentem-se prontos a engajar-se em tratamento que lhe imponha como resultado a abstinência, mas que é essencial na perspectiva da saúde pública, assim, a Redução de Danos – RD – revela-se como uma alternativa viável. A RD não exclui a abstinência, como objetivo aos indivíduos dependentes, mas realisticamente, possibilita às pessoas escolhas mais pragmáticas para limitar o seu consumo. Por outro lado, auxilia as pessoas a se engajarem, motivando-as ao contato com serviços de tratamento, quando se sentirem prontas (International Harm Reduction Association, 2007).

A RD tem suas raízes filosóficas no pragmatismo e sua compatibilidade com uma abordagem de saúde pública, que pode ser entendida nos modelos moral e de doença. Diferentemente dos proponentes do modelo moral – que vêem o uso de drogas como ruim ou ilegal e defendem a redução da oferta pela via de proibição e punição, os defensores da RD desviam a atenção do uso de drogas em si para as conseqüências ou para os efeitos do comportamento. Tais efeitos são avaliados, principalmente, por serem prejudiciais e desfavoráveis ao usuário de drogas e à sociedade como um todo, e não pelo comportamento ser considerado, em si, moralmente certo ou errado. Neste sentido, a RD aceita o fato concreto de que muitas pessoas usam drogas e apresentam outros comportamentos de alto risco, e que visões

idealistas de uma sociedade livre de drogas não têm quase nenhuma chance de se tornarem realidade (Marlatt, 1999).

O conceito RD emergiu no campo da droga na década de 1980, em resposta à necessidade urgente de reduzir o risco de epidemia de viroses sanguíneas em pessoas que usavam drogas ilícitas injetáveis, como movimento internacional. Desde então, o conceito tem se tornado elevadamente influente nos campos do álcool, tabaco e outras drogas (DesJarlais, Friedmam, 1993; Stockwell, 2006).

No Brasil, as discussões alimentadas por profissionais da saúde como: clínicos em AIDS ou em tratamento de dependentes, pesquisadores ou gestores da política, ou ainda por profissionais de outras áreas como o Direito, Sociologia, Ciência Política e Filosofia, dentre outros, além das discussões dos ativistas do movimento de usuários de drogas ou ligados ao movimento anti-proibicionista e defensores da legalização, propiciaram uma amplitude no panorama das questões que estavam na cena da redução de danos (Reale, 1997).

Segundo a autora, em 1996, O Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde organizou a primeira reunião para os Projetos de Redução de Danos no País, que favoreceu ao aumento do número de projetos. Naquele ano iniciaram-se o Projeto de Redução de Danos, de Sorocaba e Porto Alegre.

A política de RD não é imposta de cima para baixo. Ela emana da comunidade por pessoas com vivências do objeto que se está a discutir, diferentemente do conteúdo da Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002 (Brasil, 2002b); que afirma no artigo 47:

Art. 47. A União, por intermédio da Secretaria Nacional Antidrogas – Senad poderá firmar convênio com os Estados, com o Distrito Federal e com organismos orientados para a prevenção, repressão e o tratamento de usuários ou dependentes, com vistas à liberação de equipamentos e de recursos por ela arrecadados, para a implantação e execução de programas de combate ao

tráfico ilícito e prevenção ao tráfico e uso indevidos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas ou que causem dependência física ou psíquica.

Atualmente, existem diferentes aplicações do termo para estratégias relacionadas à RD, a distinção usada pela International Harm Reduction Association (IHRA) é a confiança na redução do uso do álcool e outras drogas que foram primeiramente empregadas para a RD, sem necessariamente requerer a redução do consumo.

A RD é um princípio importante e influente na política do álcool, que pode ser incorporado ao lado de estratégias tão efetivas quanto aos controles da viabilidade física e econômica do álcool, e a transferência de intervenções breves para setores de cuidado primário de saúde (Stockwell, 2006); pois é altamente improvável que as reduções significativas de danos relacionadas ao álcool ocorram sem que também ocorra uma redução significativa no consumo, de forma espontânea, pelo indivíduo.

Para a International Harm Reduction Association (2007) o termo RD refere-se a políticas, programas e projetos que objetivam reduzir os prejuízos à saúde, ao social e econômico, associado com o uso de substâncias psicoativas. Suas ações são baseadas em evidências e, portanto, em plano de ataque com custo efetivo, objetivando trazer benefícios para o indivíduo, comunidade e sociedade.

Essa política de tratamento requer dos que estão na linha de frente duas perguntas: 1) Quais são os danos associados especificamente às diferentes drogas psicoativas? 2) O que se pode fazer para reduzir o risco de danos às pessoas que estão sujeitas a eles? Ao responder essas questões nota-se que as estratégias podem ser trabalhadas lado-a-lado com outras; inclusive treinando equipes para trabalhar em locais fora da área de tratamentos, como nos bares e lanchonetes. Essa abordagem sai do caminho das declarações moralizantes, estigmatizantes e julgadoras acerca do uso de substâncias e usuários. Da mesma forma, toma como

abordagem identificar e advogar mudanças nas leis, regulação e políticas que elevam os danos, ou as quais obstruem a introdução de intervenções de RD. As evidências demonstram claramente que a RD diminui o impacto do uso de substâncias para o indivíduo e sociedade, ajudando-os a manterem-se vivos e bem, salvando vidas (International Harm Reduction Association, 2007).

O sucesso dessas abordagens inovadoras como programas de troca de seringas e prescrição médica de substâncias psicoativas, introduzidas na Europa, particularmente nos Países Baixos, Reino Unido, e na Austrália, estimulou ainda mais o desenvolvimento do modelo de RD (Reale, 1997; Marlatt, 1999). As primeiras estratégias dessa política no Brasil voltaram-se para a distribuição gratuita de seringas e agulhas entre usuários de drogas injetáveis com o propósito de prevenir a Aids e a hepatite. No entanto, a realização do projeto foi inúmeras vezes boicotadas, pelas leis e normas morais vigentes com a justificativa de que esse tipo de projeto incentivaria o consumo de substâncias psicoativas (Ferreira et al., 2006).

Essa política pode e deve ser aplicada na diminuição dos riscos ocasionados por álcool, tabaco e outras drogas injetáveis, guardando as devidas diferenças quanto aos meios de administração, efeitos das substâncias e conseqüências para a saúde (Inverso, 2009).

Segundo Stronach (2004), os programas de RD pretendem adotar estratégias realistas e operativas, levando em consideração a constatação de que as drogas sempre existirão, adotando possibilidades concretas na área, sem desconsiderar os direitos individuais e de aceitar a integridade e responsabilidade de cada um.

O álcool é disponibilizado livremente ao redor do mundo, no entanto, algumas comunidades proíbem o seu consumo por questões religiosas (Rajendram, Lewison, Preedy, 2006).

Durante os últimos 25 anos do século passado, houve grandes avanços na prevenção dos problemas relacionados ao

álcool. A maioria desses avanços foi aplicada em países desenvolvidos, onde o consumo de álcool e os problemas decorrentes dele vêm caindo nas últimas décadas. Naqueles países a prevenção de problemas relacionados ao álcool baseia-se em um grande número de políticas de eficácia conhecida, sendo que a RD é uma das estratégias (Reale, 1997).

Por outro lado, no Brasil verifica-se o aumento do consumo do álcool na passagem de um sistema político de comando central para o da globalização. O período de transição, em que se desenvolvem políticas públicas, é o momento ideal para voltar a atenção aos problemas decorrentes do consumo do álcool. O Ministério da Saúde considera extremamente relevante que o paradigma de RD se incorpore à política pública para o álcool.

A Associação Internacional de Redução de Danos realizou uma série de conferências anuais que tiveram início em 1990, na cidade de Liverpool. Já na terceira conferência, em Melbourne, em 1992, a aplicação de políticas de RD em relação ao álcool, tabaco e drogas ilícitas estava presente na agenda. A procura por reduzir diretamente os problemas relacionados ao álcool sem necessariamente reduzir o consumo são complementares, e não concorrentes. Lembrando que o uso e abuso do álcool irão continuar, os princípios e estratégias de RD são lógicos e eficientes (Reale, 1997; Brasil, 2004b).

O estudo realizado na Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul; mapeando e descrevendo 11 programas com ações em RD vigentes no ano de 2004 a 2006, buscou discutir sustentabilidade política, financeira e administrativa e as características de funcionamento dos programas. É relevante salientar que a área Metropolitana de Porto Alegre é a região do Rio Grande do Sul que possui maior coeficiente de prevalência (30-50 por 10 mil habitantes) para casos de AIDS (Fonseca et al., 2007).

O referido estudo revelou que os Programas de Redução de Danos - PRD apresentam diferentes formas de organização do

trabalho. Mostrou também que as equipes geralmente têm um coordenador responsável por questões burocráticas e políticas, e uma equipe de redutores, responsável pelo trabalho de campo na comunidade. A quase totalidade dos trabalhadores não possui acesso às garantias da legislação trabalhista. O financiamento para os programas estava atrelado à política de DST/AIDS, excetuando-se apenas um, em que a ligação se deu com a saúde mental.

Ademais, o estudo mostrou que os coordenadores e suas equipes denotam fragilidade para lidar com a descentralização do financiamento e os mesmos indicam a necessidade do desenvolvimento de competências para lidar com a descentralização do financiamento, incluindo um maior conhecimento a respeito do novo mecanismo de repasse e a criação de estratégias de sustentabilidade neste sistema. Para os coordenadores, os problemas com repasse se devem à ausência de vontade política. O incentivo político e financeiro que vem sendo dado às ações de RD por parte do governo, ainda se mostram insuficiente para garantir a continuidade e a inserção das ações (Fonseca et al., 2007).

O Brasil conta com um sistema de saúde orientado à descentralização; processo de transferências de responsabilidades de gestão das ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, conforme determinações constitucionais e legais do Sistema Único de Saúde – SUS; com a conseqüente transferência de recursos financeiros pela União, além da cooperação técnica. Partindo da idéia de que quanto mais próximo do fato a decisão for tomada maior é chance de acerto. Assim, tem-se gestores nas três esferas do Governo, no nível municipal, estadual e federal. Não há hierarquia entre a União, Estados e Municípios, o que ocorre são diferenças de competências. Os gestores são as entidades encarregadas de fazer com que o SUS seja implantado dentro das diretrizes doutrinárias, da lógica organizacional e seja operacionalizado dentro de seus princípios (Brasil,1990; Brasil, 2006b).

Ao gestor municipal compete programar, executar e avaliar as ações dos programas de saúde parcimoniosamente, assumindo a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território. Os recursos aplicados são próprios e também repassados pela União e Estado; com os quais ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual; podendo também estabelecer parcerias com outros municípios (Brasil, 2006b).

O gestor estadual é o responsável pela coordenação das ações de saúde em seu estado. Seu plano diretor será a consolidação das necessidades propostas de cada município, através de planos municipais, ajustados entre si; cabendo ao estado corrigir distorções existentes e induzir os municípios ao desenvolvimento das ações. Os recursos aplicados são os próprios, e os repassados pela União. Os estados coordenam e planejam o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal; além de formular suas próprias políticas (Brasil, 2006b).

O Ministério da Saúde é o gestor federal. Ele é responsável pela formulação, coordenação e controle da política nacional de saúde. Sua missão é liderar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando riscos e necessidades nas diferentes regiões para a melhoria da qualidade de vida do povo brasileiro, contribuindo para o seu desenvolvimento. O Ministério da Saúde é o principal financiador da rede pública de saúde; aplicando metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil. Estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos (Brasil, 2006b).

Com a descentralização dos recursos, as organizações que pleiteiam recursos no campo da AIDS, como as instituições executoras de Programas de RD, saem da esfera federal para disputar seus projetos no âmbito de estados e municípios.

Fonseca et al., (2007) realizaram no Rio de Janeiro um estudo em que foram avaliados entre os anos de 1999 a 2006 os efeitos da

política de descentralização sobre as transferências de recursos para os Programas de Redução de Danos; com o objetivo de avaliar como a descentralização dos recursos e ações do Programa Nacional de DST e AIDS influenciaram as transferências para os programas de prevenção ao HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Os resultados mostraram que as transferências dos valores para os Projetos de Redução de Danos no município, só se mostrou efetiva a partir de 2006, com a supressão do financiamento direto do Programa Nacional de DST e AIDS/Ministério da Saúde (PN-DST/AIDS), o que obrigou os programas a buscarem fontes alternativas de financiamento.

Os resultados revelaram também que os números de programas financiados foram se reduzindo consideravelmente. Para os autores, uma das possibilidades para justificar o fato, são os obstáculos no âmbito do executivo governamental estadual, impostos por grupos conservadores. Para os autores está em curso um fenômeno de fragilização das instituições e dos grupos de interesse na RD que atuam de forma descontínua e fragmentada no Estado (Fonseca et al., 2007).

Os estudos vêm indicando uma dificuldade no financiamento dos Programas de Redução de Danos, pois os gestores não estão convencidos da importância de se investir nesses programas; principalmente por se tratar de uma abordagem em que não há exigência obrigatória de abstinência. Alguns coordenadores acreditam que não haja investimentos nesses programas porque os municípios não querem passar a idéia de apoio ao uso de drogas, não essa equivocada e contraditória à proposta pelo Ministério da Saúde. A sustentabilidade dos programas e ações em RD, para além da continuidade do financiamento, depende do apoio político contínuo, a fim de sensibilizar gestores para a importância da inserção e/ou manutenção das ações em RD (Nardi, Rigoni, 2009).

A população precisa de mudanças políticas de apoio para que seus estilos de vida tornem-se mais saudáveis; principalmente os

considerados neste estudo. Lembrando que saúde é resultado de um conjunto de fatores determinantes sejam individuais e coletivos. Esses determinantes muitas vezes podem ser influenciados por intervenções políticas onde as pessoas vivem e trabalham. Cabe aqui relembrar uns dos princípios do SUS, a integralidade, cabendo as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formar um todo indivisível; principalmente quando se trata do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas.

A integralidade das ações proporciona condições do aumento na oferta de serviços de saúde; com a estratégia regional de atendimento em parcerias entre estado e municípios, a fim de corrigir distorções de acesso; significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de tratamento. Além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, implica na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho (Brasil, 2006b).

É fundamental para aumentar a efetividade do SUS que o quadro epidemiológico, principalmente das doenças crônicas não transmissíveis seja considerado, a fim de garantir a integralidade da atenção. Dessa forma, os usuários de álcool e outras drogas receberão maior atenção por parte dos gestores; assim como os Programas de Redução de Danos.

Considerando o conceito da integralidade, o trabalho não será realizado somente pelos profissionais dentro de cada serviço de saúde, mas em uma variedade de serviços oferecidas, garantindo o acolhimento (Cecílio, 2001).

A redução de danos favorece o acolhimento entre usuário e serviço respeitando as questões éticas e os direitos humanos. Para tanto, é necessário que os profissionais aceitem os indivíduos no estágio em que eles se encontram com relação ao seu consumo e dependência de substâncias, sem exigir mudanças imediatas ou profundas que não sejam realistas ou aceitas por ele.

Os redutores de danos se articulam na sociedade de modo relevante, promovendo vínculos significativos com as pessoas que consomem drogas, permitindo que estes reforcem sua condição de cidadãos, trazendo os de volta a vida em comunidade. A RD aumenta o grau de liberdade do indivíduo oferecendo-lhe voz, não havendo comandos de ordem e obediência. O usuário é ativo e compreende seus limites, por outro lado, o profissional de saúde busca unir seu conhecimento técnico científico com a realidade singular da pessoa, respeitando suas características individuais, aumentando os fatores relacionados à adesão (OPAS, 2006).

Para tanto, a lógica de redução de danos deve ser considerada como estratégia no planejamento de propostas e ações preventivas (Brasil, 2004b). Assim, quando se pensou em realizar este estudo, as autoras tomaram por desafio seguir uma lógica que não reduzisse a temática a problemas psiquiátricos, mas partir de uma compreensão global do problema.

A seguir as autoras transcrevem dois parágrafos da Política Nacional do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, que conceituam redução de danos (Brasil, 2004b):

A abordagem de redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por que? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa da vida.

O texto continua:

(...) mas vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento, e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam.

Para finalizar, o tema “álcool e outras drogas” indicam a necessidade de uma ação não apenas ampliada, para as quais devem concorrer diferentes saberes e aportes teórico-técnicos, pois repensar as formas de cuidar dentro de uma perspectiva lógica de redução de danos teria impacto altamente positivo sobre a carga global de demandas e sobre o custo direto e indireto associado ao consumo de álcool e outras drogas (Brasil, 2004b).

4 METODOLOGIA

“Tentar e falhar é, pelo menos, aprender. Não chegar a tentar é sofrer a inestimável perda do que poderia ter sido”

Geraldo Eustáquio

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, em que se utilizou uma metodologia de abordagem qualitativa, para melhor compreensão do fenômeno “álcool e outras drogas”, objeto deste estudo.

Bases teórico-metodológicas

Para o presente estudo empregou-se como abordagem metodológica o estudo de caso, que segundo Minayo (2008), utiliza “estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão”.

O estudo de caso é recomendável quando se objetiva focar em um fenômeno para conhecê-lo mais amiúde, empregando-se para isso, estratégias como entrevistas, observações, documentos e bases de dados.

4.2 FASES DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em duas fases

Fase 1 – Realizou-se estudo bibliográfico em documentos como: A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; Portarias; Resoluções e Produção acadêmica disponível em Bibliotecas virtuais da saúde e no Observatório de Álcool e outras drogas.

Fase 2 – Um estudo empírico foi realizado com as Coordenações de Saúde Mental do município e do estado de São Paulo, bem como de dois serviços: um Centro de referência no tratamento à dependência de álcool e outras drogas ou Centro de Atenção Psicossocial de atenção a usuários de álcool e outras drogas, sob gestão estadual e um CAPS ad municipal.

4.3 CENÁRIOS DA PESQUISA

O estudo empírico foi realizado junto às Coordenações de Saúde Mental do município e do estado de São Paulo, bem como em dois serviços: um Centro de referência no tratamento à dependência de álcool e outras drogas ou Centro de Atenção Psicossocial de atenção a usuários de álcool e outras drogas, sob gestão estadual e um CAPS ad municipal.

Para facilitar a compreensão do leitor, as autoras denominaram os serviços como: CAPS E (estado) e CAPS M

(município). Assim, na análise dos dados serão empregadas as referidas siglas.

4.3.1 Centros de Atenção Psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS - são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, além de lhes oferecer atendimento médico e psicológico. Tem como característica principal a busca para integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, o espaço da cidade onde acontece o cotidiano de usuários e familiares, denominado como sendo “seu território”. Constituem-se na principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Os Centros de Atenção Psicossocial são locais comunitários de referência para o tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais como: psicoses e neuroses graves, entre outros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem a sua permanência para cuidados intensivos, personalizados e que promovam a vida.

O objetivo dos Centros de Atenção Psicossocial é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e estreitamento dos laços familiares e comunitários.

4.3.1.1 Modalidades de Centros de Atenção Psicossocial

O Ministro da Saúde, por meio da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, determinou modalidades de Centros de Atenção Psicossocial, de acordo com:

a. Tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidades nas atividades terapêuticas.

b. Quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves.

Assim sendo, os CAPS podem ser classificados em:

CAPS I e CAPS II: São CAPS para o atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, portadoras de transtornos severos e persistentes;

CAPS III: São CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes;

CAPSi: São CAPS para atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais;

CAPS ad: São CAPS para atendimento diário de usuários de álcool e outras drogas e pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência dessas substâncias. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento e desintoxicação.

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, que corresponde a um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e que de acordo com suas

necessidades, proponha atividades durante a sua permanência no serviço.

Dessa forma, de acordo com as determinações da Portaria GM 336/02, os CAPS podem ter atendimento Intensivo; Semi-Intensivo e Não Intensivo.

a. Atendimento Intensivo: Trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, necessitando de atenção contínua. O atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

b. Atendimento Semi – Intensivo: Nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês, em momentos em que o sofrimento e desestruturação psíquica da pessoa diminuam, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. O atendimento pode ser domiciliar ou não

c. Atendimento Não – Intensivo: Oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ ou no trabalho, sendo atendido pelo serviço em até 3 dias no mês. O atendimento pode também ser domiciliar ou não.

Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico do serviço, que considere as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas dos familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional.

Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicamentos,

assembléias ou reuniões de organização de serviço, além de atendimento domiciliar e aos familiares.

Os CAPS possuem especificidades relacionadas ao número de habitantes dos municípios, e funcionam no mínimo durante os cinco dias da semana (2ª a 6ª feira). Seu horário e funcionamento nos fins de semana depende do tipo de CAPS:

<p>CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes</p> <p>Funciona das 8 às 18 horas</p> <p>De segunda a sexta-feira</p>
<p>CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes</p> <p>Funciona das 8 às 18 horas</p> <p>De segunda a sexta-feira</p> <p>Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas</p>
<p>CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes</p> <p>Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana</p>
<p>CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes</p> <p>Funciona das 8 às 18 horas</p> <p>De segunda a sexta-feira</p> <p>Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas</p>
<p>CAPS ad – municípios com população acima de 100.000 habitantes</p> <p>Funciona das 8 às 18 horas</p> <p>De segunda a sexta-feira</p> <p>Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas</p>

Fonte: Ministério da Saúde. A Saúde mental no SUS. Os Centros de Atenção Psicossocial. Pág. 19. 2004.

Breve Contextualização do Município de São Paulo

O município de São Paulo possui uma área demográfica de 1509 km², onde vive uma população de aproximadamente 10.998.813 habitantes. Em 2009, o índice de envelhecimento do município é de 32,2. O maior grupo etário de munícipes é o da população com idades entre 25 e 59 anos, que totaliza 49,6%¹.

Dados do IBGE (2000) mostram que o índice de desenvolvimento humano no município - IDHM é de 0,841. A renda per capita é de 4,03 salários mínimos, sendo 5,02% dos domicílios possuem renda per capita de até ¼ do salário mínimo e 9,48% tem renda per capita de ½ salário mínimo. Em 2000 98,62% dos domicílios eram abastecidos com Rede de Água, 87,23% com Rede de Esgoto e 99,2% tinham o lixo doméstico coletado.

O município de São Paulo é responsável pelo maior percentual do Produto Interno Brasileiro – PIB. Em 2006 o PIB do município foi de 282.852 milhões de reais, correspondendo a 35,24% da participação no PIB do Estado.

Em junho de 2009, o município de São Paulo possuía 215 serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde, com uma cobertura de 0,48 (indicador de CAPS para 100 mil habitantes), sendo considerada regular.

Segundo dados do Ministério da Saúde brasileiro, em junho de 2009, o Estado de São Paulo tem cadastrados 49 CAPS ad, sendo que no município de São Paulo existe apenas um Centro de Referência sob a gestão do Estado e 15 CAPS ad administrados pela Secretaria Municipal de Saúde

¹ Disponível em: <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infogeral.php> Acessado em 19.09.2009.

4.4 COLABORADORAS DA PESQUISA

Primeiramente foram entrevistados os Coordenadores de Saúde Mental do Município e do Estado de São Paulo e por fim, as coordenadoras dos CAPS ad participantes, sob a gestão das referidas coordenações de Saúde Mental.

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

O projeto foi aprovado pela Comissão Examinadora no Exame de Qualificação nas dependências da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no dia 26 de março de 2007.

Uma vez qualificado, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da referida Escola, seguindo as determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS, obtendo o Parecer favorável de nº 656/2007 (Anexo 1).

Posteriormente à aprovação do projeto, alguns procedimentos técnicos que antecedem a coleta de dados foram cumpridos, como se segue:

Encaminhamento do ofício para as Instituições participantes do estudo: Encaminhou-se uma carta explicativa apresentando: título e objetivos do estudo; relevância; isenção de ônus financeiro e sanções, nos casos de desistência às Coordenadorias de saúde mental, e às coordenações dos Centros de Atenção Psicossocial a

usuários de álcool e outras drogas – CAPS ad, selecionados para a investigação (Apêndice 1). Os representantes legais dos setores citados acima, ao concordarem em participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Instituição (Apêndice 2).

4.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

O projeto foi submetido novamente ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, para cumprir o protocolo institucional. Após sua aprovação, uma das autoras iniciou a coleta de dados.

As entrevistas foram agendadas por telefone, em data e horário convenientes aos participantes.

Para a obtenção do material empírico, a técnica empregada foi a de entrevista semi-estruturada, que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (Minayo, 2008).

4.6.1 Instrumentos para coleta de dados

As autoras elaboraram um instrumento semi-estruturado, dividido em quatro partes: a primeira constitui-se de itens para caracterização dos participantes; a segunda parte consta de quatro questões abertas direcionadas aos coordenadores de saúde mental

dos municípios participantes, a identificar a aplicabilidade da Política Nacional de Álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde; a terceira consta de cinco questões abertas direcionadas às coordenações dos CAPS ad, com a finalidade de identificar as estratégias utilizadas para a aplicação da Política. A quarta parte do instrumento foi respondida também pelos diretores de Serviço, onde foram registrados os dados relacionados às características do Serviço e perfil dos usuários (Apêndice 3).

A entrevista é o recurso mais usual no trabalho de campo, e é especialmente adequado para obter informações sobre o que as pessoas sabem, acreditam, esperam, sentem e desejam fazer, bem como suas justificativas e representações a respeito desses temas. Optou-se pela entrevista semi – estruturada para a coleta de dados, pois as autoras consideram que essa entrevista não induz as respostas prefixadas, possibilitando liberdade e espontaneidade necessárias para o enriquecimento da investigação e ao mesmo tempo mantém o foco no tema específico a ser investigado (Minayo, 2008).

As entrevistas foram gravadas para garantir a fidedignidade das respostas das colaboradoras.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Na perspectiva de Minayo (2008), o método hermenêutico-dialético compreende dois níveis de interpretação:

- Nível das determinações fundamentais: que já deve estar estabelecido na fase exploratória da investigação. Trata-se do contexto sócio-histórico dos sujeitos que constitui o marco teórico-fundamental para a análise.

- Nível de encontro com os dados empíricos: baseia-se no encontro com os fatos surgidos durante o estudo empírico; quando se estuda a realidade em toda sua dinâmica.

A operacionalização da análise se deu conforme a proposição de Minayo (2008), apresentada seqüencialmente:

- Transcrição e transcrição dos textos. Os textos resultantes das entrevistas foram transcritos e, posteriormente, transcriados, segundo Bom Meihy (2005). Para o autor, o ato de recriar o texto equivale, na construção civil, a tirar os andaimes, quando a obra fica pronta, ou seja, torná-la gramaticalmente aceitável sem, no entanto, retirar-lhe a essência.

Nessa perspectiva, o entrevistado é visto como colaborador, uma vez que ele é parte do projeto e sem ele não seria possível a sua realização. O termo colaborador é importante na definição do relacionamento entre entrevistado e entrevistador, uma vez que estabelece uma relação de afinidade entre as partes, essencial para o bom desenvolvimento do estudo (Bom Meihy, 2005).

- Ordenação dos dados. Após a transcrição dos textos, o material foi lido, relido e organizado em partes;
- Classificação dos dados. Uma vez organizados, os dados foram caracterizados e classificados por categorias;
- Análise final. Todo o material resultante do processo empírico foi confrontado com o conteúdo da atual Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas do Brasil (2004) e analisado sob a óptica das Sociologias das ausências e Sociologias das emergências, de Santos (2006), referencial teórico-filosófico eleito para a análise dos dados.
- A visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais pesquisados está implicada em todo processo de conhecimento,

desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho (Minayo, 2008).

A Hermenêutica Dialética

O procedimento escolhido para a análise dos dados foi a Hermenêutica Dialética, aqui apresentada por Minayo (2008). Segundo a autora, este referencial filosófico possibilita a compreensão a partir do entendimento dos textos, com base no cotidiano dos sujeitos, enquanto a dialética estabelece uma atitude analítica e crítica, ao voltar-se para o dissenso, às mudanças e os macro-processos.

Entende-se por Hermenêutico dialético uma tecnologia de interpretação de textos que se apresenta como um caminho do pensamento, como uma via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia Minayo (2008).

O termo hermenêutica, segundo a filosofia grega expressa a arte de interpretar. Com o passar do tempo passou a ter um significado mais amplo, conceituando, ainda no campo filosófico, as diversas formas de teoria da interpretação, como o existencialismo, a fenomenologia e a própria hermenêutica, que se mostram como as diferentes formas de expressão da filosofia continental. A hermenêutica se ocupa não somente da existência humana para observá-la, mas para refleti-la. Nessa perspectiva, o homem não é considerado apenas sob o ponto de vista biológico, assim como a medicina não é tomada apenas como ciência médica (Caprara, 2003).

Segundo o autor, somente por meio de um processo de reflexão filosófica como na hermenêutica, é possível refletir acerca dos elementos constitutivos do ser humano. Embora os estudos empíricos sobre os seres humanos permitem descrever o

funcionamento e as ações humanas, é pela hermenêutica que os dados podem ser interpretados sucessivas vezes.

No campo da saúde, a hermenêutica se dirige aos problemas existenciais, que são interpretados nas ações humanas. Dessa forma, levando-se em consideração o objeto do presente estudo “consumo abusivo de álcool e outras drogas”, a problemática não tem que ser apenas diagnosticada sob o ponto de vista clínico, mas se faz necessário um processo de reflexão sobre a existência a pessoa que vivencia o transtorno. A hermenêutica se coloca de forma crítica frente ao modo biomédico de abordar os problemas, como na questão do alcoolismo.

Para melhor elucidar a abordagem hermenêutica, Dreyfus (1991) faz uma reflexão acerca da angústia na perspectiva de Kierkegaard (sd), que é tida como um componente constitutivo dos seres humanos, pois quem não se percebe em algum momento angustiado não é ser humano, já que ela é inerente à existência humana. Na perspectiva de Heidegger (1976), a angústia é um transtorno que revela a natureza da existência humana cotidiana, ou seja, do ser no mundo, de como falo que a reflexão foi realizada na perspectiva dos dois filósofos. Nessa perspectiva, (Dreyfus, 1991) define a angústia como um processo de auto-reflexão, de liberdade, ou seja, a realidade da liberdade. Nessa concepção, a angústia humana se constitui em estado fundamental de auto-reflexão, de atuar livremente, identificando possibilidades de liberdade.

Geertz (1983) analisa o papel da prática cotidiana nos processos de conhecimento, e diz que a análise das ações cotidianas permite definir os códigos que estruturam o pensamento e conferem um significado de mundo. Para o autor, essas ações configuram o que ele define como senso comum e que permite uma leitura direta da realidade.

Na perspectiva hermenêutica, o estado de ansiedade revela a procura de um novo significado de vida; pois não se trata de ser

apenas um problema biológico ou comportamental, mas sim de um problema existencial (Caprara, 2003). Novamente a questão não pode ser vista apenas sob o signo do diagnóstico e tratamento, como faz a abordagem biomédica, neste caso, representado pela psiquiatria, mas é imprescindível que se inicie um processo de autoreflexão e autoconhecimento.

4.7.1 Referencial teórico das Sociologias das Ausências

Conforme citado anteriormente, o arcabouço teórico elaborado pelo sociólogo português (Santos, 2006), nas categorias das Sociologias das ausências, foi utilizado para sustentar esta Tese.

Em 1987, em um momento em que o sociólogo faz uma retrospectiva da Ciência Moderna, da configuração paradigmática que se anuncia no horizonte e das diferentes sínteses apresentadas por pensadores com Ilya Prigogine, Fritjof Capra, Eugene Wigner, Erich Jantsch, Daniel Bell e Habermas, o sociólogo português anuncia outro paradigma: “de um conhecimento prudente para uma vida decente”, afirmando que a natureza científica pela qual atravessava a sociedade naquele momento era estruturalmente diferente daquela que ocorreu no século XVI. Para o sociólogo, numa revolução científica que ocorre numa sociedade ela própria revolucionada pela ciência, o paradigma a emergir dela não pode ser apenas um paradigma científico – o paradigma de um conhecimento prudente, tem que ser um paradigma social – para uma vida decente, o denominando como paradigma emergente (Santos, 2007a).

O sociólogo apresenta um conjunto de teses que visam justificá-lo, que será apresentada a seguir:

a. Todo conhecimento científico-natural é científico social

A dicotomia entre as ciências naturais e sociais deixou de ter utilidade. Distinção esta assentada numa concepção mecanicista da matéria e da natureza que se contrapõem em evidência, nos conceitos de ser humano, cultura e sociedade (Santos, 2007a).

No entanto, não basta apenas apontar a tendência de superação da distinção entre as ciências naturais e sociais, é preciso conhecer o conteúdo dessa superação (Santos, 2007a).

Para alguns filósofos a superação ocorreu sob a égide das ciências naturais, enquanto para outros, os modelos explicativos das ciências sociais estão nas últimas décadas subjazendo ao desenvolvimento das ciências naturais, pela facilidade com que as teorias físico-naturais aplicam-se ou aspiram-se aplicar no domínio social, uma vez que foram formuladas no seu domínio específico (Santos, 2007a).

Segundo Santos (2007a), a superação da dicotomia das ciências naturais/ciências sociais tende a revalorizar os estudos humanísticos.

A concepção humanística das ciências sociais, enquanto agente catalisador da fusão progressista das ciências naturais e sociais coloca a pessoa, enquanto autor e sujeito do mundo, no centro do conhecimento, e ao contrário das humanidades tradicionais, coloca o que se designa por natureza no centro da pessoa. Assim, não existe natureza humana, já que toda natureza é humana (Santos, 2007a).

Santos (2007a). diz que não tardará para que a física das partículas nos fale do jogo entre partículas, ou a biologia do teatro molecular e a química da biografia das reações químicas. Para ele, não se trata de uma amalgamação de conhecimento, mas de

interações e de intertextualidades organizadas em torno de projetos locais, de conhecimento indiviso

A crítica de Santos (2006) às Ciências, na década de 1980, pautava-se na desarticulação existente entre elas. O conhecimento fragmentado e compartimentado cede lugar à construção de um conhecimento em que as unidades, os tijolos, vêm das diferentes áreas da ciência, dando a idéia do todo, da completude. O resultado é então o conhecimento indiviso, como define o autor, que atualmente denomina-se interdisciplinaridade

b. Todo conhecimento é local e total

Segundo o autor, na ciência moderna o conhecimento caminha para a especialização, pois se subentende que o conhecimento é mais rigoroso se restringir o objeto de estudo, sobre o qual incide. Assim, o conhecimento disciplinar é disciplinado, segregando uma organização do saber orientada para limitar-se às fronteiras com as disciplinas, reprimindo os que tentarem transpô-las (Santos, 2007a).

A parcelização e disciplinarização do saber científico torna o cientista um ignorante especializado e esse efeito é muito mais visível nas ciências aplicadas. Na medicina observa-se uma hiperespecialização do saber médio que transformou o doente numa quadrícula sem sentido, pois se adoecemos, o adoecimento é percebido pelo indivíduo pelo seu corpo e mente (Santos, 2007a).

Os males dessa parcelização do conhecimento e do reducionismo arbitrário são percebidos, mas a medida proposta para corrigir os reproduz de outra forma. É o que acontece na medicina atual, quando o médico generalista é ressuscitado para compensar a hiperespecialização médica, corre o risco de ser transformado em mais um especialista ao lado dos demais. Esse efeito não

desaparecerá no paradigma dominante, porque a sua concepção se constitui o problema gerador (Santos, 2007a).

No paradigma emergente o conhecimento é total, tem como pano de fundo a totalidade universal de que fala Wigner ou a totalidade indivisa de Bohm. Embora seja total, é também local (Santos, 2007a).

Eles se constituem em torno de temas, questões problematizadoras que são adotadas por grupos sociais para os projetos locais, como por exemplo, baixar a taxa de mortalidade infantil ou erradicar uma doença. A fragmentação experimentada no paradigma pós-moderno não é disciplinar, mas sim temática. Ao contrário que acontece com o conhecimento no paradigma dominante, o conhecimento avança na proporção que seu objeto se amplia, como a de uma árvore, pela diferenciação e alastramento das raízes em busca de novas e mais variadas interfaces (Santos, 2007a).

A Ciência do paradigma emergente é analógica e também assumidamente tradutora, pois incentiva a emigração de conceitos e teorias desenvolvidas localmente, para outros lugares cognitivos (Santos, 2007a).

Sendo conhecimento total não é determinístico e sendo local não é descritivista. Trata-se de um conhecimento sobre as condições de possibilidade. Objetiva as condições de possibilidade da ação humana projetada no mundo a partir do espaço e tempo local (Santos, 2007a).

Quando o conhecimento não se materializa, não se projeta na realidade, se pulveriza e torna-se inútil, infertil. O conhecimento totalizante, que não se divide e que materializa, se expressa na realidade, se transforma e transforma os contextos sociais locais, resultando em ganho, em qualidade para a vida humana.

c. Todo o conhecimento é autoconhecimento

Na ciência moderna, o conhecimento era pontual, objetivo e rigoroso, não tolerando a interferência dos valores humanos e dogmáticos. O homem foi consagrado como sujeito epistemológico, mas expulso, assim como a Deus, enquanto sujeito empírico. Nessa base se constituiu a dicotomia sujeito/objeto (Santos, 2007a).

A distinção dicotômica entre sujeito e objeto foi mais evidente nas ciências sociais, pois a relação entre eles era mais pacífica nas ciências naturais, uma vez que os objetos de estudo eram homens e mulheres, assim como aqueles que os estudavam. Dessa forma, a diferença epistemológica entre sujeito e objeto teve que se articular metodologicamente com a distância empírica que havia entre um e outro (Santos, 2007a).

Para o contexto atual é possível afirmar que o objeto é a continuação do sujeito por outros meios e por isso, todo conhecimento científico é também um auto-conhecimento (Santos, 2007a).

A ciência não descobre, cria e não é a única explicação do real e não há qualquer razão científica para considerar melhor que as explicações da metafísica, da astrologia, da religião, da arte ou da poesia. Assim, a ciência é autobiográfica (Santos, 2007a).

No paradigma emergente, o caráter autobiográfico e auto-referenciável da ciência é assumido de forma plena. A ciência moderna legou ao cientista um conhecimento funcional do mundo e estendeu as perspectivas de sobrevivência, e assim, hoje não se trata tanto de sobreviver como de saber sobreviver. Para tanto se faz necessária outra forma de conhecimento, que seja íntimo e compreensível, a unir o cientista aquele que estuda (Santos, 2007a).

Nessa leitura, o conhecimento é mais contemplativo do que ativo, pois mais observa do que manipula. A relação é entre dois

sujeitos e não entre um sujeito e um objeto, pois um é a tradução do outro. A ciência do paradigma emergente produz o conhecimento científico que ensina a viver, que é traduzido num saber prático, no senso comum. Um conhecimento que suscita no humano a necessidade de se olhar, de se auto-conhecer e de se expressar, refletir na realidade social.

d. Todo conhecimento científico visa constituir-se em senso comum

A ciência moderna nos ensina muito pouco acerca de como o ser humano vive no mundo, pois ela produz conhecimentos e desconhecimentos e faz do cientista um ignorante especializado e do cidadão comum um ignorante generalizado. Nela nenhuma forma de conhecimento é racional, apenas a configuração de todas elas é que é racional. Tenta comunicar com outras formas e conhecimento, se deixando permear por elas, e a mais importante delas é o senso comum, o conhecimento que emerge do cotidiano, que orienta as ações do ser humano e lhes dá sentido à vida. No entanto, a ciência moderna construiu-se contra o senso comum, considerando superficial, fantasioso e cheio de inverdades (Santos, 2007a).

De outra maneira, a ciência pós-moderna se empenha para a reabilitação do senso comum, que apesar de mistificado e mistificador, conservador, possui uma dimensão utópica e libertadora, que virá a ser ampliada no diálogo com o conhecimento científico, pois é carregado de virtualidades que enriquecerão a relação do ser humano no mundo (Santos, 2007a).

A relação do senso comum com o conhecimento científico possibilita que aflorem e se façam conhecidas características do primeiro. O senso comum faz coincidir causa e intenção, assenta-se numa visão de mundo de criatividade, transparência,

responsabilidade individual e no pragmatismo; se reproduz paralelamente às experiências e trajetórias de vida dos grupos sociais e por isso torna-se credível e secularizante. É cético com relação a opacidade dos objetivos tecnológicos e do esoterismo do conhecimento científico, em nome do princípio de igualdade do acesso ao discurso e à competência cognitiva (Santos, 2007a).

Em que pese seja superficial porque desdenha das estruturas que estão além da consciência, o senso comum é hábil em captar a profundidade horizontal das relações conscientes entre pessoas e coisas. É indisciplinar e imetódito, se reproduzindo no cotidiano da vida. Por aceitar o que existe tal como existe, sua prática não se orienta pelo produzir, privilegiando uma prática que não produza rupturas na realidade. É retórico e metafórico; não ensina, mas persuade (Santos, 2007a).

Se na ciência moderna a racionalidade é de que a ruptura epistemológica simboliza o salto qualitativo do que se produz no senso comum para o conhecimento científico, na ciência pós-moderna o salto mais importante é o que é dado do conhecimento científico para o conhecimento do senso comum. A ciência pós-moderna se consolida como tal na medida em que se transforma em senso comum (Santos, 2007a).

A ciência pós-moderna ao se comunicar com o senso comum não despreza o conhecimento que produz tecnologia, mas entende que esse conhecimento deve se traduzir em autoconhecimento, se traduzindo em sabedoria de vida. É essa característica que assinala, conforme Santos (2007a). “os marcos da prudência, a nossa aventura científica. A prudência é a insegurança assumida e controlada”.

O autor acredita que a superação do paradigma dominante se fará a partir das representações mais completas, incompletas ou inacabadas. Será superar a modernidade a partir da modernidade. Se a modernidade não fornece a solução pelos excessos e déficits

pelos quais é responsável, é bem verdade que suscita formulá-la. Assim pode-se encontrar na modernidade tudo para formular uma solução, menos a solução (Santos, 2000).

Para o teórico, as representações que a modernidade deixou mais abertas e inacabadas são, no domínio da emancipação, a racionalidade estético-expressiva e no domínio da regulação, o princípio de comunidade (Santos, 2007a). Dentre os três princípios de regulação (Estado, mercado e comunidade), o de comunidade foi o mais negligenciado nos últimos duzentos anos, aliás, foi quase que totalmente absorvido pelos princípios de Estado e mercado. Paradoxalmente, por ser o menos obstruído por determinações, é o mais bem colocado para instalar uma dialética agregadora com o pilar de emancipação (Santos, 2000).

O paradigma emergente reconhece o conhecimento na prática social, pois é ali que ele se expressa, se transforma, pelo autoconhecimento e auto-reconhecimento. Diferentemente da ciência moderna, esta leitura fala de um conhecimento que vai para a realidade social e ali toma corpo e de adapta as condições locais. Reconhece a sabedoria do senso-comum e transforma ao atender as demandas sociais locais e totais.

4.7.1.1 Categorias de análise: Sociologias das ausências

Ao trabalhar um projeto para determinar em que medida a globalização alternativa está sendo produzida nos países do Sul, suas possibilidades e limites, denominado “Reinvenção da Emancipação Social”, o autor estabelece modos de produção. Entende-se por países do Sul, assim denominados por ele, os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, e os países do Norte, os desenvolvidos. Esses países são separados, segundo o autor, por uma linha abissal, que é mantida pelos países do Norte (Santos, 2007c).

O autor parte de três pontos de partida: a compreensão do mundo excede a compreensão ocidental, que é impõe como verdadeira, mas que segundo ele é tão importante, quanto parcial e inadequada; a compreensão que o ocidente tem acerca do mundo e a forma como cria e torna legítimo o poder social tem muito a ver com as concepções de tempo e temporalidade; e a característica mais evidente da racionalidade ocidental é a de contrair o presente e expandir o futuro. O presente está entrincheirado entre o passado e o futuro, escondendo a maior parte da riqueza das experiências sociais do mundo. Essa concepção linear de tempo e espaço e a planificação da história permitem expandir o futuro indefinidamente, assim, quanto mais amplo o futuro, mais radiosas serão as expectativas que se confrontam com as experiências do presente. Bloch (1985) apud Santos (2006) já dizia na década de 1940 “se vivemos apenas no presente, por que razão é ele tão fugaz?”

Santos (2006) faz sua reflexão com base no pensamento de Bloch (1985) propondo uma racionalidade cosmopolita que segue uma trajetória inversa: expandir o presente e contrair o futuro, pois só assim se pode criar o espaço-tempo necessários para se

* Bloch E. The principle of hope. Cambridge, Mass. MIT Press; 1985.

conhecer e valorizar a inesgotável experiência social que acontece hoje no mundo, evitando o imenso desperdício que se tem dessas experiências). Para expandir o presente, o autor propõe uma sociologia das ausências e para contrair o futuro, uma sociologia das emergências (Santos, 2006).

Neste estudo será empregada, a sociologia das ausências e das emergências, como categorias de análise da Política Nacional do Ministério da Saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas e do conteúdo coletado no estudo empírico,

As sociedades contemporâneas vivem uma situação de bifurcação, pois a imensa diversidade de experiências sociais não podem ser explicadas por uma teoria geral. Essa compreensão se dará por meio de um procedimento de tradução, capaz de estabelecer uma inteligibilidade mútua entre as experiências possíveis, sem destruir a sua identidade (Santos, 2007b).

Para isso, o autor coloca que é imprescindível uma mudança na racionalidade e tece a crítica à razão metonímica, que é a idéia obcecada da totalidade que se apresenta na forma de ordem, que se afirma como exclusiva e completa. Nessa lógica, tudo o que não faz parte do todo é desprezado, que governa o comportamento do todo e de suas partes. Há uma homogeneidade entre o todo e suas partes, e tudo o que existe fora do todo, inexistente. A forma mais acabada da totalidade nessa racionalidade é a dicotomia, porque combina hierarquia com simetria. A relação entre as partes sempre horizontal, ocultando uma relação vertical. Como exemplo das dicotomias sufragadas pela razão metonímica tem-se a relação homem/mulher; ocidente/oriente; capital/trabalho (Santos, 2007b). Assim, a compreensão do mundo que ela promove não é apenas parcial como internamente muito seletiva. Isso é percebido na visão da modernidade ocidental dominada por essa razão, não tem um somente uma compreensão limitada do mundo, mas de si própria (Santos, 2006).

A razão metonímica, juntamente com a razão proléptica (de evolucionismo e progresso) é a resposta do Ocidente apostando na transformação do mundo pela via do capitalismo, à sua marginalidade cultural e filosófica em relação ao Oriente. Por essa matriz, o Ocidente recupera apenas o que lhe favorece para a expansão do capitalismo. Foi com ela que o Ocidente se apropriou produtivamente do mundo e transformou o Oriente em um centro estagnado e improdutivo, mas mesmo assim a supremacia do Ocidente, criada a partir das margens nunca se transformou culturalmente em centralidade com relação ao Oriente (Santos, 2007b)

A crítica da razão metonímica é condição necessária para recuperar as experiências desperdiçadas, venham elas de onde vierem. O que está em questão é a ampliação do mundo por meio da ampliação e diversificação do presente. Somente um novo espaço-tempo permitirá identificar e a valorizar a inesgotável riqueza do presente e do mundo, o que pressupõe outra racionalidade.

Nessa nova racionalidade não tem em questão ampliar a totalidade, mas de fazê-la coexistir com outras totalidades, assim como pensar que qualquer totalidade é feita de heterogeneidade e que as partes que a constitui possui vida própria fora dela. O que o autor propõe é um procedimento renegado pela razão metonímica, que é pensar os termos das dicotomias fora das relações e articulações de poder que os unem, para revelar outras relações alternativas ofuscadas pelas dicotomias hegemônicas (Santos, 2006).

Santos (2007b) propõe a sociologia das ausências como procedimento para ampliação do mundo e dilatação do presente. Trata-se de uma lógica “que visa demonstrar que o que não existe é, na verdade, ativamente produzido como não existente, isto é, como uma alternativa não-credível ao que existe”.

O objetivo da sociologia das ausências é o de transformar objetos impossíveis em possíveis e com base neles transformar ausências em presenças, centrando-se nos fragmentos da experiência sociais não socializadas pela racionalidade de totalidade metonímica (Santos, 2006).

O que une as diferentes lógicas de produção de não-existência é que todas elas são manifestações da mesma monocultura racional. Não há uma única forma ou maneira de não existir, porque são várias as lógicas e os processos por meio dos quais a razão metonímica produz a não-existência do que não cabe na sua totalidade e no seu tempo linear. Dessa forma, existe produção de não existência sempre que uma entidade é desqualificada irreversivelmente, bem como tornada invisível e descartável (Santos, 2007b).

A sociologia das ausências visa criar uma demanda e transformar a falta de experiência social em desperdício dessa experiência. Assim, gera condições para que o campo de experiências credíveis deste mundo se amplie, contribuindo para a ampliação do mundo e do presente. Essa ampliação não se dá apenas por ampliar as experiências credíveis existentes, mas também porque, com elas, aumentam as possibilidades de experimentação social no futuro.

A seguir serão apresentados as cinco lógicas ou modos de produção da não existência, derivados da monocultura racional, propostos por Santos (2006).

4.7.1.1.1 Cinco modos de produção de não-existência

De acordo com Santos (2006), os cinco modos de produção de não-existência são:

1. Monocultura do saber e do rigor do saber. Esse é o modo de produção de não-existência mais poderoso. A ciência moderna e alta cultura tem seus critérios transformados em únicos de verdade e de qualidade estética. Cada um em seu campo se tornam cânones exclusivos de produção de conhecimento ou de criação artística. Assim, a não-existência assume a forma de ignorância ou de incultura.

Pode-se dizer que nessa lógica, pensar diferente ou ter outro senso estético que não seja aquele determinado pela maioria é não existir.

2. Monocultura do tempo linear. Esta lógica produz não-existência denominando atrasado tudo o que segundo a norma temporal, é assimétrico em relação ao que é declarado avançado. Assim, a não existência assume as designações de primitivo ou selvagem, tradicional, pré-moderno, o simples, o obsoleto e o subdesenvolvido.

É a idéia de que a história tem sentido e direção únicos e conhecidos. Esse sentido e direção tem sido elaborados de diferentes formas nos dois últimos séculos: progresso, revolução, modernização, desenvolvimento, crescimento e globalização. Assim, a modernidade ocidental produz a não contemporaneidade do contemporâneo.

3. Lógica da classificação social. Estabelece a naturalização das diferenças, pois consiste na distribuição das populações por categorias sociais, que naturalizam as hierarquias. A classificação racial e sexual são as manifestações mais evidentes dessa lógica.

De acordo com essa lógica, a não-existência é produzida sob a forma insuperável de inferioridade. “Quem é inferior, porque é

insuperavelmente inferior, não pode ser uma alternativa credível a quem é superior” (Santos, 2007b).

4. Lógica da escala dominante. Nessa lógica a escala adotada como primordial determina a irrelevância de todas as outras. Na modernidade ocidental, a escala dominante se expressa de duas formas: universal e global.

A globalização é a escala adotada nos últimos vinte anos e que adquiriu uma importância sem precedentes nos diferentes campos sociais. Trata-se de uma escala que privilegia entidades e realidades que se globalizam e que, ao fazê-lo, adquirem a prerrogativa de determinar as entidades ou realidades rivais como locais.

Nessa lógica, a não-existência é produzida como sendo algo particular e local, tornando-se aprisionada nessas escalas que a torna incrível ao modo universal ou global.

5. Lógica produtivista. Esta lógica se assenta na monocultura dos critérios de produtividade. O crescimento econômico é um objetivo racional inquestionável e o critério de produtividade serve para alcançá-lo. Esse critério de produtividade se aplica à natureza e ao trabalho humano. Tanto um como outro são considerados produtivos, quando tem maximizada a sua produção em um dado ciclo de produção.

Segundo esta lógica, a não-existência é produzida sob a forma de improdutivo, que aplicada à natureza, é esterilidade e, aplicado ao trabalho, é compreendido com preguiça ou desqualificação profissional (Santos, 2006).

A produção social destas ausências resulta na subtração do mundo e na contração do presente, e, portanto, no desperdício das experiências. A sociologia das ausências visa identificar no âmbito dessa subtração e contração, que as experiências produzidas como ausentes sejam libertadas dessas relações de produção, e assim,

tornem-se presentes. Tornar presentes significa considerá-las alternativas às experiências hegemônicas, ter a sua credibilidade discutida e argumentada e as suas relações com as experiências hegemônicas serem objeto de disputa política (Santos, 2007b).

5. ANÁLISE DOS DADOS

“As palavras tem significados: algumas delas porém, guardam sensações”

Zygmunt Bauman

5.1 APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A atual Política Nacional do Ministério da Saúde Brasileiro para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas foi instituída por meio da Portaria nº 2.197/GM, em 14 de outubro de 2004 (Brasil, 2004c).

No Brasil, a exclusão social e ausência de cuidados marcaram a existência dos portadores de transtornos mentais, usuários e dependentes de álcool e outras drogas, pois as intervenções à saúde dos usuários e dependentes de álcool e outras drogas no País, ao longo da história, se resumiu a iniciativas de atenção de caráter total, fechado, tendo a abstinência como único objetivo a ser alcançado (Brasil, 2004a).

A Lei 10.216 de seis de abril de 2001, que se constitui no marco histórico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, ratificou a Lei 8080/90, que estabelece as diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantindo a todos os indivíduos usuários e dependentes de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso à assistência integralmente, priorizando a descentralização dos serviços de atendimento, determinando que os mesmos devam ser estruturados na comunidade, próximos do convívio social dos usuários. Assim, as redes assistenciais devem centrar-se nas desigualdades existentes,

ajustando suas ações às demandas da população, para atender de forma equânime e democrática (Brasil, 2004a).

A heterogeneidade é de fundamental importância para compreender a complexidade do consumo de álcool e outras drogas, uma vez que afeta as pessoas de distintas maneiras e por diferentes razões. Nesse sentido, a estratégia da reabilitação psicossocial surge como uma resposta às diversas necessidades do usuário, respeitando sua singularidade (Pinho, Oliveira, 2009).

Sustentando-se nessa concepção, iniciou-se a construção de uma rede de assistência baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, localizada no território e articulada com outros setores sociais. Uma rede que objetiva a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos sujeitos que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Os dispositivos se referenciam na lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (Pinho, Oliveira, 2009).

As diretrizes da Política de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas foram elaboradas em consonância com as propostas e pressupostos da Organização Mundial de Saúde, visando as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, no sentido de normalizar todas as ações da Coordenação de Saúde Mental na área. Essas diretrizes visam trabalhar a intersetorialidade, atenção integral aos usuários e dependentes, prevenção, promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas (Brasil, 2004a).

A atenção integral consiste no desenvolvimento contínuo de fatores de proteção, individuais e coletivos no ciclo de vida das pessoas, prevendo a maximização da saúde nos três níveis de atenção (Brasil, 2004a).

Dessa forma, a atenção integral expressa a necessidade de potencializar a prevenção institucional, contrária à culpabilização dos sujeitos, que ofereça de fato, subsídios para o enfrentamento da vulnerabilidade das pessoas em geral e especialmente de populações mais vulneráveis, e por conseqüência, com maior probabilidade de exclusão, tais como os usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2004a).

Faz-se necessário ter uma posição e visão com relação à saúde, para que a mesma seja concebida de forma integral, equânime e justa, com uma mudança no paradigma em que as pessoas saiam da condição de doentes para a de novos cidadãos, merecedores de direitos e exercício pleno da cidadania (Brasil, 2004a).

Entretanto, evidencia-se que a capacidade de resposta para as ações de prevenção e de promoção à saúde quando vistas sob o aspecto da regionalidade apontam para a necessidade de investimento diferenciado para a promoção desta resposta, tanto pelos níveis governamentais quanto pela sociedade civil. Tem que haver a mobilização para o debate com a sociedade e o setor legislativo em várias esferas, visando a otimização e a construção de arcabouços legais que amparem as ações necessárias (Brasil, 2004a).

As políticas relacionadas ao uso de drogas são de responsabilidade da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), criada em 1998 e subordinada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. A SENAD coordena o nível estratégico de atividades de restrição da oferta de substâncias que causem dependência física ou psíquica, e de redução de demanda, entendida como prevenção ao uso indevido, além de aspectos da recuperação de dependentes (Brasil, 2004a).

A SENAD, a partir de 2006, passa a ser denominada Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; que coordena

medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social dos usuários e dependentes de substâncias químicas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes (Brasil, 2006a).

Todas as estratégias específicas de enfrentamento devem convergir para a estruturação e fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços sociais e de saúde, com ênfase na reabilitação e na reinserção social dos mesmos. Assim, a atenção psicossocial deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental, e aos princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2004a).

Dessa forma, a Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002, no âmbito do Sistema Único de Saúde, instituiu o Programa nacional de Ação Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, levando em consideração: a multiplicidade de níveis organizacionais das redes assistências localizadas nos Estados e Distrito Federal; os diferentes perfis populacionais existentes no País e a variabilidade de incidência dos transtornos decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. Com isso, propôs-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas – CAPS ad, dada a sua resolubilidade na assistência em saúde mental, para abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e a abrangência possíveis às demandas dessa população, com uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde (Brasil, 2004a).

A assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como os CAPS ad, devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família,

programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde (Brasil, 2004a).

Os CAPS ad devem oferecer atendimento diário, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, de acordo com o planejamento terapêutico que atenda às demandas individuais, de evolução contínua. As intervenções devem ser aplicadas precocemente, limitando o estigma associado ao tratamento. Esses serviços devem disponibilizar de dois a quatro leitos para desintoxicação (Brasil, 2004a).

Considerando os avanços na acessibilidade, cobertura e qualidade de atendimento em saúde mental, o Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria GM 678 de 2006, a Estratégia Nacional de avaliação, monitoramento, supervisão e apoio técnico aos CAPS e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS (Brasil, 2009c).

A coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde brasileiro divulgou em junho de 2009, que o Brasil conta com 200 CAPS ad no território nacional (Brasil, 2009b).

É imprescindível que se aperfeiçoe a assistência dos casos de maior gravidade nos dispositivos de saúde que demandem por cuidados mais específicos em dispositivos de maior complexidade, como os serviços de emergências médicas, tanto geral como psiquiátrica, principalmente para o atendimento de urgências como os quadros de intoxicação ou abstinência graves e outros transtornos clínicos e psiquiátricos agudo, sendo que o mesmo deve ocorrer, preferencialmente, em leitos de hospitais gerais (Brasil, 2004a).

Segundo a Política Nacional, os serviços comunitários são apoiados por internações em leitos psiquiátricos de hospitais gerais e de outras práticas de atenção comunitária como: internação domiciliar e participação comunitária na discussão dos serviços, de acordo com as demandas da população (Brasil, 2004a).

Em 2005, a Portaria GM 1612 regulamentou os mecanismos de financiamento para os leitos para álcool e outras drogas nos hospitais gerais. Os usuários de álcool e outras drogas passam a serem hospitalizados em leitos de hospitais gerais e não mais em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005b).

Percebe-se que o uso do álcool e outras drogas é um tema transversal a outras áreas da saúde, pois envolve a justiça, a educação, o bem-estar social e o desenvolvimento. Portanto, se faz necessária uma série de articulações intersetoriais com vários setores da sociedade civil, como movimentos sindicais, universidades e organizações comunitárias. Essas articulações são essenciais para a elaboração de planos estratégicos dos estados e municípios, de forma a ampliar as ações dirigidas às populações de difícil acesso, além de serem instrumentos essenciais para a promoção de direitos e controle social (Brasil, 2004a).

Nas grandes cidades é necessário desenvolver ações de forma diferenciada, devido a existência de áreas periféricas, denominadas cinturões de pobreza, onde existem subsistemas sociais de grupos organizados de drogas, crime, gangues, entre outros. Essas comunidades necessitam de dispositivos para maior proteção a fim de diminuir as vulnerabilidades como: implementação de iluminação pública, saneamento, centros sociais e de lazer, jornadas duplas de escolaridade para os jovens, além de atividades profissionalizantes, recreativas e sócio-culturais, entre outras (Brasil, 2004a).

As ações de prevenção e promoção a saúde devem ser disparadas pelos níveis governamentais e pela sociedade civil. A mobilização do setor legislativo e das esferas sociais aperfeiçoou a construção de arcabouços legais que ancorem as ações necessárias (Brasil, 2004a).

Quanto à capacitação, devem ser ampliadas as atividades do Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para

os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do SUS do Ministério da Saúde, capacitando não apenas os profissionais que atuarão nos CAPS ad, como também os que atuam nas demais unidades assistenciais, atividade também extensiva ao PSF e PACS, contemplando também a capacitação para profissionais de nível médio que atuem na assistência aos problemas relacionados ao uso do álcool.

É fundamental o desenvolvimento de ação conjunta com o Ministério da Educação para a modificação do currículo dos cursos de graduação na área da saúde, exigindo a abordagem dos problemas relacionados ao uso do álcool.

Implantou-se, em 2005, o Pacto Nacional para redução de acidentes e violência associados ao consumo prejudicial de álcool, sob a coordenação dos Ministérios da Saúde e Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD e Frente Nacional de Prefeitos. No mesmo ano, a Portaria 1.059 de 2005 regulamentou os incentivos financeiros para os CAPS ad que desenvolvam ações de redução de danos. Para os municípios que tenham apenas CAPS I, autorizou-se a cobrança do SUS pelos atendimentos às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, por meio da Portaria SAS 384 de 2005 (Brasil, 2006c).

No Programa, o controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica é regulado pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344/98, competências executadas pelo Ministério da Saúde sob o amparo do artigo 6º da Lei nº 6368/76. Da mesma forma, os Serviços residenciais terapêuticos, instituídos para possibilitar a reabilitação psicossocial das pessoas com dependência ao álcool e outras drogas são regulados por meio da Resolução da Diretoria Colegiada de nº101/2001, de maio de 2001. Com estas atribuições, a ANVISA inclui entre os atores que aceitaram o desafio do enfrentamento das questões referentes ao álcool e outras drogas,

com seus resultantes psíquicos, sociais e econômicos, um dos maiores problemas da sociedade contemporânea (Brasil, 2004b).

A Portaria GM 1028 de 2005 regulamenta as ações que visam a redução de danos sociais e à saúde, retirando da relativa clandestinidade institucional esta valiosa estratégia de abordagem dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas (Brasil, 2004b).

As diretrizes da Política traçam estratégias de redução de danos causados pelas bebidas alcoólicas, que segundo o Ministério da Saúde deve contemplar a atenção integral à saúde e à vida, buscando atenuar, minimizar e/ou eliminar todos os danos: agravos à saúde física, mental, de relacionamento familiar, interpessoal e social; problemas relacionados ao trabalho (desempenho, absenteísmo, acidentes, relações interpessoais); acidentes de trânsito; situações de violência e acidentes domésticos; e situações de conflito com a lei. Ações como a restrição ao uso de cigarros e outros produtos derivados do tabaco em recintos coletivos são estratégias de redução de danos, que respeitam a opção individual de quem o consome, mas também impedem os efeitos danosos e indesejáveis aos não consumidores, preservando e protegendo a saúde pública. Da mesma forma, aulas que incluem temas de sexualidade, uso de drogas e DST/Aids nas grades curriculares. Essas estratégias funcionam para prevenção e promoção da saúde da população (Brasil, 2004b).

As ações de redução de danos também objetivam a prevenção de doenças transmissíveis crônicas, como a Aids e a hepatite. Assim, o Ministério da Saúde em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas e Crime – UNODC assume a redução de danos como estratégia de prevenção e oferece suporte a projetos de redução de danos, com uma cobertura de mais de 10% da população específica, o que representa uma redução de gastos em tratamentos e

intervenções. Resultados de alguns estudos demonstram que as estratégias de redução de danos com usuários de drogas injetáveis e portadores de HIV obtêm resultados muito bons (Brasil, 2004b).

“Dentre as drogas lícitas e ilícitas, o consumo prejudicial de bebidas alcoólicas é aquele que mais produz danos à saúde e bem-estar, sendo o mais grave do ponto de saúde pública”. Portanto, as iniciativas de prevenção de consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas devem ter as escolas públicas e privadas como local privilegiado, considerando que as crianças, adolescentes e jovens se constituem grupos vulneráveis e a educação em saúde deve tê-los como alvo para a não reprodução do modelo que vigora na sociedade contemporânea (Brasil, 2004b).

Atualmente, o Ministério da Saúde está investindo esforços na incorporação de ações de redução de danos por outros programas do SUS como nos Programas de Agentes Comunitários e da Saúde da Família. No entanto, para o Ministério, a redução de danos deve ser a lógica empregada como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas, em todos os níveis (Brasil, 2009c).

Conforme citado anteriormente, em 22 de maio de 2007, o presidente da República assinou o decreto nº 6.117 que instituiu a Política Nacional sobre o álcool (Brasil, 2007).

A Política Nacional sobre o Álcool contém princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causada pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira (Brasil, 2007).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARTICIPANTES

5.2.1 Características do CAPS sob gestão estadual - CAPS E

O CAPS E funciona em uma construção que foi inaugurada no dia 15 de novembro de 1934, onde funcionou a Caixa de aposentadorias e pensões dos empregados de São Paulo – Railway.

Na década de 1970 passou a abrigar a Central de Psiquiatria do Estado de São Paulo, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, que regulava todas as internações psiquiátricas do Estado.

Em 1991, Orestes Quércia, governador do Estado assinou o Decreto nº 32.897, implantando 49 Núcleos de Gestão Assistencial – NGA, sendo o do Bom Retiro, o de número 10.

Em junho de 2002 é implantado em substituição ao NGA do Bom Retiro, o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas, que é serviço com características de CAPS II.

O CAPS E tem a missão de ser um pólo para coordenar e implementar Políticas Públicas relacionadas à promoção de saúde, prevenção e tratamento de transtornos causados pelo uso de substâncias químicas. Está localizado no centro do município de São Paulo, no Bairro do Bom Retiro, numa zona conhecida como Cracolândia, integrando a Rede de assistência do Sistema Único de Saúde, tendo como área de abrangência as subprefeituras da Sé, Lapa e Mooca.

É mantido com recursos do Ministério da Saúde brasileiro, repassado pela Secretaria do Estado de São Paulo.

Características da clientela

O CAPS E possui núcleos de tratamento para adolescentes e adultos dependentes de álcool, tabaco e outras drogas. Além do mais, desenvolve pesquisas e levantamento de dados. São atendidas no serviço pessoas com idades de 12 anos e acima.

O serviço não disponibilizou dados de caracterização sócio-demográfica da clientela.

Características da Estrutura Física e de Recursos Humanos

O prédio é uma construção assobradada de três pavimentos – térreo, primeiro e segundo andar. A área do terreno é de 2875, 21 m² e a área total construída é de 3015,71 m². A área destinada para atendimento é de aproximadamente 1500 m². Possui emergência, enfermaria feminina e masculina com leitos para desintoxicação, farmácia, refeitório, salas de oficinas, além de 19 salas para atendimento, (consultórios para atendimento médico e odontológico, salas para atendimentos individuais e em grupo).

O CAPS E possui um quadro funcional de 180 funcionários, sendo que o atendimento o Serviço conta com 60 profissionais na equipe técnica, sendo: 10 enfermeiros e 30 auxiliares, sete psicólogos, dois médicos clínico-geral, quatro médicos psiquiatras, um médico neurologista, um assistente social, um nutricionista, um fisioterapeuta, um técnico de reabilitação física, um dentista (atendimento clínico e protético) e um educador físico.

Características do Atendimento

O horário de atendimento é das 7h às 19h, de segunda a sexta-feira.

O modelo de gestão é de colegiado. O CAPS E possui um diretor e diretor de núcleos (enfermagem, patrimônio, recursos humanos, terapêutico, entre outros).

Semanalmente são atendidos em média 400 usuários cadastrados. Mensalmente são atendidos aproximadamente 1550 usuários, que geram em torno de 6.000 procedimentos. A média de usuários cadastrados nos últimos três anos foi de 7.172 atendimentos.

O critério de admissão para iniciar programa de tratamento é que a pessoa procure voluntariamente; ser morador na área de abrangência do CAPS E ou ser indicada por outro serviço do SUS.

O CAPS E possui parceria com a AFIP – Associação do Fundo de Incentivo para Psicofarmacologia, também conhecida como CEAC. É realizada a coleta de material para exames hematológicos no CAPS e a AFIP faz a análise dos materiais.

O Serviço Social do CAPS E encaminha os usuários que são moradores de rua, aos Albergues do município, além de indicar lugares onde os usuários possam comprar refeições, se os mesmos não almoçarem no serviço (não são todos que fazem as refeições no local).

Muitos usuários são encaminhados para a SUTACO, que é um Órgão da Secretaria de Trabalho para a questão da arte, onde se profissionalizam como artesãos.

Funcionários e usuários do CAPS E implantaram uma OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - denominada “Vida Ativa”. Na OSCIP os participantes produzem e vendem seus produtos. Os técnicos saem com os usuários para

feiras, praças e exposições, onde comercializam os produtos da OSCIP. Com o tempo, os usuários vão sozinhos, a fim de se trabalhar a autonomia dos mesmos.

As pessoas atendidas no serviço são atendidas em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Atualmente são 81 usuários em tratamento intensivo, 44 em regime semi-intensivo e sete em não intensivo.

A relação entre os usuários e técnicos de referência do Serviço é de mútua cooperação.

No Serviço são desenvolvidas diferentes oficinas, dentre elas: oficina de xadrez, artes, teatro do oprimido, fuxico, padaria, estória, poesia, memória, música, dança circular, mulheres, papel reciclado, entre outras. As terapias em grupo são associadas às oficinas.

5.2.2 Caracterização do CAPS sob gestão municipal - CAPS M

O Serviço foi implantado em março de 2004, por uma Organização não Governamental – ONG. É mantido com recursos do Ministério da Saúde brasileiro, por meio da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

Características da clientela

Semanalmente são atendidas 490 pessoas, e a média de atendimento anual dos últimos três anos foi 4.650.

Do total de pessoas atendidas, 343 são do sexo masculino e 147 são do sexo feminino. Atualmente o Serviço atende 105 pessoas diariamente.

A idade mínima dos usuários do Serviço é 11 anos e a máxima 73 anos.

Dentre os cadastrados, 42% reside com os pais, 28% com o companheiro e 12% vive sozinho. O restante não possuía registro acerca do dado.

Quanto ao estado civil 28% são casados, 33% amasiados, 27% solteiros e os demais não disponibilizaram a informação.

O grau de escolaridade das pessoas que estão frequentando atualmente o Serviço, 58% possuem o Ensino Fundamental completo, 27% cursaram o Ensino médio, 6% são analfabetos e os demais não possuíam registro acerca do dado.

Dentre as pessoas que freqüentam o Serviço, em média 30% estão trabalhando, sendo 17% do sexo masculino. A maioria está inserida no mercado informal, com uma renda salarial mensal de R\$300, em média.

Características da Estrutura Física e de Recursos Humanos

O CAPS M possui no quadro funcional: um supervisor técnico; um gerente; dois médicos psiquiatras; um médico clínico; seis psicólogos; dois terapeutas ocupacionais; um assistente social; um educador físico; dois enfermeiros; três técnicos de enfermagem; um orientador social; dois redutores de danos; dois oficinairos; um assistente administrativo; três recepcionistas; dois auxiliares de limpeza; um auxiliar de serviços gerais; e um vigilante, contratado de empresa terceirizada.

Quanto a estrutura física, o Serviço possui: duas salas para atendimento individual, três salas para atendimento grupal, um espaço para oficina, duas salas para atendimento médico, uma recepção, uma sala gerência, uma farmácia, um posto de enfermagem, uma sala de coleta, uma horta, uma área coberta, uma sala de equipe, uma cozinha, um refeitório, uma despensa, um depósito (para produtos de limpeza e uma garagem).

Os Recursos materiais disponíveis no CAPS M são: um sofá, seis mesas para atendimento, quatro mesas para computador, três televisores, dois refrigeradores, um fogão, uma mesa de reunião, um aparelho DVD, e um equipamento de multimídia.

Características do Atendimento

O modelo de gestão é o de Colegiado, sendo que anualmente são atendidas 5.800 pessoas (intervalo de 3.100 a 5.800).

O critério de admissão e alta adotado pelo Serviço é que as pessoas residam na região da subprefeitura de São Mateus, dando apoio também às regiões de Sapopemba e Cidade Tiradentes.

O CAPS M possui parceria com o Albergue São Mateus, Organização Não Governamental “É de lei”, Hospital de Diadema e com a Prefeitura Municipal de São Paulo.

As pessoas atendidas no Serviço são atendidas em regime intensivo, semi intensivo e não intensivo.

Atualmente os usuários em tratamento intensivo são 15, em regime semi-intensivo 18 e não intensivo 4.

A relação entre os usuários e técnicos de referência do Serviço é estável e amigável e está em processo a construção de relações do CAPS M com outros Serviços da Rede de Saúde mental, pois essa Rede local está em estruturação.

O Serviço que possui cinco anos está com vagas insuficientes para atender a comunidade.

No CAPS M são realizadas assembléias trimestrais entre gerência, profissionais e as pessoas que são atendidas pelo Serviço.

As atividades desenvolvidas no Serviço são: grupo de acolhimento; grupos de família – Adulto; caminhada e alongamento; grupo de álcool, orientação para adolescentes; grupo passo a passo; grupo de atividades da vida diária AVD; supervisão de redução de danos; terapia comunitária; grupo de tabagismo; grupo sessão aberta; grupo de terapia ocupacional; grupo de atividades para recreação; grupo de mulheres; grupo de intensivos; grupo renascer; orientação religiosa quinzenal; grupo benzo; grupo cidadania; grupo bate-lata; grupo de família – adolescentes; grupo

de adolescentes 1 e 2; atividade esportiva - Futsal; grupo de intensivos; inserção social por meio de projetos; grupo fênix; oficinas de pintura, artesanato, biscuit, dança, garrafa pet/jornal, culinária, reciclagem, vivência corporal, geração de renda, psicodrama e livre-expressão. oficinas de famílias dos usuários em regime de tratamento intensivo.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS COLABORADORAS

A seguir, as autoras apresentam as características sociodemográficas das colaboradoras do estudo.

As quatro colaboradoras do presente estudo são mulheres, com média de idade de 50,5 anos, brancas, brasileiras, sendo duas nascidas no estado de São Paulo, uma no estado do Rio de Janeiro e outra da Paraíba.

Todas possuem formação na área da saúde e são pós-graduadas em *Latu sensu* na área de saúde mental. Uma delas possui o título de mestre.

As quatro colaboradoras são funcionárias em período integral (40 h/s), sendo duas funcionárias da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, uma da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo e uma de uma Organização Não Governamental – ONG. Duas delas são coordenadoras de saúde mental, sendo uma da Secretaria Estadual e outra da Municipal. As duas outras são coordenadoras de CAPS ad, sendo que um dos serviços funciona como Centro de Referência de álcool e outras drogas.

5.4 DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Esta categoria será analisada sob a perspectiva da monocultura do saber e do rigor do saber, e da monocultura do tempo linear, da Sociologia das Ausências (Santos, 2006).

Subcategorias de análise: Reforma Psiquiátrica Brasileira; Desigualdades na saúde; Consonância com a OMS; Princípios do SUS; Atenção Básica; Projeto terapêutico singular; Rede de CAPS; Patologização do usuário de substâncias químicas; hospitalização; Direitos humanos; Atenção à criança e adolescente e Redução de danos.

O movimento de Reforma Psiquiátrica iniciado na década de 1970 com o processo da Reforma Sanitária no Brasil, foi posteriormente encabeçado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental de caráter contra-hegemônico considerado como dispositivo político no projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Assim, emergiram propostas de reformulação do sistema assistencial, que consolidou o pensamento crítico ao saber psiquiátrico (Silva, Barros, Oliveira, 2002).

Partindo desse princípio, pode se afirmar que as mudanças conjunturais que caracterizaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira tiveram o seu escopo nos movimentos sociais dos trabalhadores de saúde mental e, portanto, foram geradas por forças contra-hegemônicas.

Assim, as Políticas públicas para a saúde mental, que foram sendo propostas se apropriaram de idéias e formulações dos Movimentos de Reforma Sanitária e dos trabalhadores da saúde mental, familiares e usuários, objetivando a reabilitação psicossocial das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e/ou usuárias de álcool e outras drogas. Um novo senso que estava a ser instaurado

na racionalidade da sociedade brasileira teve início com a luta antimanicomial nos anos de 1980 e 1990 e com o mote da III Conferência de Saúde Mental, “Cuidar sim, Excluir não” tema proposto pela Organização Mundial da Saúde para o ano de 2001 (Brasil, 2006d).

As recomendações produzidas pelas Conferências nacionais e incluídas na Política para atender as demandas de uma parcela da sociedade brasileira que convivia com a exclusão imposta pelo sofrimento psíquico. Assim, a nova Política admite a diferença ao ser concebida e instrumentalizada, para incluir as pessoas que vivem na exclusão. Acerca da temática uma das colaboradoras expressa-se:

A Política considera as diretrizes recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde, por meio dos documentos da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas para o estabelecimento de serviços voltados à população usuária de álcool e outras drogas [...] E1A.

A Lei nº 10.216 levou quase 12 anos para ser aprovada, sendo que o Projeto-Lei sofreu modificações nesse período (Brasil, 2006d). Foi aprovada no ano de 2001, no mesmo ano em que aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Assim sendo, as autoras entendem que se o Ministério não incluísse em sua agenda as reivindicações sociais de quase duas décadas, estaria indo na contramão dos movimentos sociais em saúde mental, e por outro lado, naquele momento não possuía alternativa mais viável, já que o modelo hospitalocêntrico mostrava sinais de completa deteriorização.

Embora as reformas na saúde, educação ou previdência social anunciadas no mundo pós-moderno sejam, na maioria das vezes, para piorar a vida dos cidadãos, há de que se considerar que teoricamente, a Política Nacional para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde Brasileiro concorre para a emancipação social das pessoas (Santos, 2007b), porque

propõe estratégias que promovem o cuidado; a autonomia; a reabilitação psicossocial e a inclusão social pelo trabalho, uma vez que as pessoas se reconhecem como cidadãos, pelo trabalho.

No entanto, a assistência em saúde mental no Brasil ainda está em transição, pois a Rede de CAPS existente não faz a cobertura populacional ideal, que de acordo com o Indicador preconizado pelo Ministério da Saúde deve ser de um CAPS para cada cem mil habitantes. Os estados que possuem boa cobertura são: Paraíba Sergipe, Alagoas, Rio Grande do Sul, Ceará, Santa Catarina e Rio Grande do Norte. Evidentemente que estes estados têm uma população muito menor que a de São Paulo, que hoje tem uma cobertura regular de CAPS/cem mil habitantes (Brasil, 2009b). A Sesau – Secretaria de Estado da Saúde intenciona que ainda em 2009 se atinja a cobertura CAPS para 88% da população. Uma das colaboradoras refere-se à questão:

No entanto, falta ainda regulamentar, clarear a maneira como se executa, a maneira que ela se realiza na ponta da unidade de saúde. Pode-se fazer com que elas realmente se verifiquem não só nas unidades de saúde, mas em todo o resto, na prática como elas se realizam (E2A).

Segundo o Relatório de Saúde Mental do Ministério da Saúde, correspondente ao triênio 2003 a 2006, é necessário empreender esforços para ampliação dos recursos destinados à saúde mental, para, pelo menos 3% do orçamento da saúde no próximo biênio, e 4,5% até o final de 2010, uma vez que a OMS recomenda mais que 5% do orçamento global da saúde. Do mesmo modo, é preciso gerar recursos em outros Ministérios para os projetos intersetoriais como: cultura, educação, desenvolvimento social, cidades, trabalho e ciência e tecnologia (Brasil, 2006d).

O Sistema Único de Saúde – SUS propõe uma atenção à saúde que seja universal, integral e equânime. Será que isto é possível?

Com relação a essa questão, uma das colaboradoras deste estudo apresenta a seguinte fala:

[...] a Política respeita as determinações da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, sobretudo em relação à universalidade de acesso, à integralidade e o direito à assistência, que devem ser asseguradas aos usuários, por meio de redes assistenciais descentralizadas, mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população (E1B).

No Brasil, a introdução do direito à universalização da saúde pública se deu de forma distinta em um ambiente muito diferente daqueles dos países desenvolvidos, onde se estabeleceu o Welfare-State, após a segunda guerra mundial. Aqui, a universalidade da saúde foi inscrita como direito na Constituição de 1988, constitui-se um caso tardio, tanto em referência ao tempo como ao momento histórico do capitalismo no âmbito mundial (Marques, Mendes, 2007).

A permanência da pobreza como a elevada desigualdade de renda e das regiões brasileiras, bem como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a desigualdade na oferta e na alocação dos recursos federais das ações e dos serviços de saúde, indicam as especificidades e diferenças do Brasil em relação aos países que implantaram a universalização da saúde no pós-guerra. No entanto, a implantação do SUS resultou na melhora das condições de saúde do povo brasileiro, em ampliação do acesso, diminuição das desigualdades regionais e avanços relativos à garantia de recursos. Entre suas ações, destaca-se, no plano da atenção básica, o desenvolvimento da Estratégia da Saúde da Família (Marques, Mendes, 2007).

Levando em consideração os vários significados da palavra integralidade, Camargo Júnior, et al., (2008,) optaram por tomá-la como atributo das práticas profissionais de saúde e da organização

de serviço. Assim, os autores entendem que alguns outros conceitos articulados traduzem a integralidade como: acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção.

Para os autores, acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças relacionadas à forma como se organizam os serviços de saúde, e de como os saberes são ou deixam de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações em saúde. Pode-se pensar no acolhimento nas dimensões: postura, técnica e como princípio de reorientação de serviços (Camargo Júnior et al., 2008). O acolhimento é, portanto, um importante recurso tecnológico que o trabalhador necessita utilizar. Nele, coloca todo o seu “saber” (Nery et al., 2009, grifo do autor), para atender as necessidades do usuário e assegurar a qualidade da assistência no serviço de saúde.

Camargo Júnior, et al., (2008) pensam o conceito vínculo em três dimensões: afetividade, relação terapêutica e continuidade. Na primeira dimensão o profissional de saúde deve fazer um investimento afetivo positivo na sua atuação profissional e no paciente, construindo, dessa forma, um vínculo forte e estável entre eles. O vínculo é um valioso instrumento de trabalho.

Para os autores, a idéia de vínculo como uma relação terapêutica evidencia a palavra terapêutica, relacionada com o ato de dar atenção, como forma de cuidar. Nesse processo, a continuidade é um fator importante para o fortalecimento do vínculo e do conhecimento/confiança mútua entre profissional e o outro. Vínculo também se traduz em responsabilização, pois o profissional passa a assumir a responsabilidade pela condução do projeto terapêutico, numa determinada possibilidade de intervenção, que não seja burocratizada e impessoal. Por fim, a integralidade pode ser também compreendida como um critério de qualidade de atenção à saúde, ou seja, em quanto as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada

pelos serviços de saúde, levando em consideração a distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde.

Com uma Rede insuficiente de CAPS e consequente defasagem existente na assistência em saúde mental, a Coordenação Geral da Saúde Mental do Ministério da Saúde desenvolveu, a partir de 2001, uma série de documentos para o fortalecimento da articulação entre a saúde mental e a atenção básica. As principais diretrizes para esta articulação são: apoio matricial de saúde mental às equipes de PSF, cuja função consiste nas ações de supervisão e atendimento compartilhado, para ter-se o aumento da capacidade resolutiva das equipes; capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica; priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção básica e ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica (Moraes, 2008).

Campos (2009) considera que o processo saúde-doença é complexo e concreto, e que os fenômenos orgânicos são igualmente complexos. O autor pontua que se o conhecimento está fragmentado, compartimentalizado, é preciso ter-se uma equipe multidisciplinar para que a atenção integral seja possível, embora dificilmente alcançada, pois considera o termo como sendo político e místico.

Para o autor, na saúde mental é necessário ter-se uma equipe composta por profissionais que trabalhem vários dias na semana, e que cada um assuma o seu papel de fato na equipe. Não adianta ter o assistente social, o enfermeiro, o médico e o psicólogo, se todos resolverem dedicar-se à psicoterapia. Se isso acontece, a equipe terá um psicólogo assistente social, um psicólogo enfermeiro e as demandas específicas de cuidado do sujeito não serão atendidas.

Se a equipe tem um médico psiquiatra que vai uma vez por semana, esse profissional não terá vínculo com os usuários/sujeitos e não poderá assumir o projeto terapêutico individual, que é a única via possível para se dar uma atenção integral ao sujeito. Assim, o profissional precisa justificar, pela sua atuação e participação, a sua necessidade no grupo, tem que se fazer necessário. Embora se deva estimular o autocuidado, em muitas circunstâncias o sujeito necessita de cuidado e o profissional deve ter habilidades e competências na sua área de atuação para atendê-lo. Evidentemente que o núcleo de trabalho tem que ser poroso, ou seja, ter conhecimento em outras áreas para atuar adequadamente. Um profissional que não pode ter uma vivência longitudinal com o sujeito/usuário pode ser membro de uma equipe matricial, como será apresentado mais adiante, mas não da equipe de referência.

É necessário que se repense o processo saúde-doença, pois o paradigma médico-biologista é reducionista. A determinação social tem que estar associado ao anterior, associados também à análise da subjetividade e vice-versa. A Clínica ampliada sugere essa nova racionalidade. A co-produção singular do processo saúde-doença (Campos, 2009).

Assim, o projeto terapêutico singular permite pensar no biomédico, no social e a subjetividade, esse é o projeto da singularidade. A singularidade não prioriza o que é integral, mas o que é necessário àquela pessoa, é a idéia de singularidade e totalidade. Pode se pensar, mas como fazer este projeto? Não existe a forma mais adequada, pois os profissionais envolvidos é que devem ser criativos para descobrirem qual é a maneira mais assertiva de trabalhar o projeto terapêutico individual.

A equipe ou profissional de referência é constituída por aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. A equipe de referência é

composta por um médico generalista, um enfermeiro generalista e um coordenador de caso (Campos; Domitti, 2007).

Para os autores, essa equipe manterá um contato longitudinal no tempo com os sujeitos/usuários, e isso somente será possível se houver a inserção dos profissionais no serviço, trabalhando diariamente. A inserção vertical somente é justificada aos profissionais que trabalham em regime de plantão. Assim, a equipe de referência se responsabiliza pela condução dos casos cadastrados, mesmo nos casos em que haja a necessidade de apoio especializado. A lógica de equipe de referência é adotada aos profissionais que trabalham em policlínicas ou hospitais, hospitais, centros de referência, enfermarias, como é o caso de psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais, que trabalham em centros de apoio psicossocial; de assistentes sociais, enfermeiros e infectologistas no programa de DST/AIDS; de cirurgiões, enfermeiros e ortopedistas em departamentos de trauma e etc.

Por sua vez, o apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial construirão as diretrizes clínicas e sanitárias. Essas diretrizes devem prever os critérios a serem utilizados para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade de todos os profissionais envolvidos (Campos; Domitti, 2007).

O apoio matricial é um instrumento que se coloca no interior de um conjunto de estratégias fundamentais no processo da construção e transformação da assistência em saúde mental no país, no qual o CAPS é fundamental (Bezerra; Dimenstein, 2008).

Com relação à equidade, está entre os princípios do SUS, mas é pouco desenvolvida e pouco debatida. Nos primeiros anos da implantação do SUS o desafio da igualdade se sobrepunha ao da equidade, porque a igualdade é um desafio que antecede a

equidade. É preciso que primeiramente seja garantido o direito de acesso a todos para, ao ter certeza de se a todos estão sendo garantidas condições iguais, poder oferecer a alguns, condições diferenciadas, elencadas por prioridades (Souza, 2007). O autor completa:

“Desse modo, do ponto de vista dos princípios, a universalidade significa que o SUS é para todos e a integralidade significa que é tudo. Assim, o nosso desafio é assegurar *tudo para todos*. Esse é um grande desafio, porque se fosse tudo para alguns, ou alguma coisa para todos seria muito mais fácil. Mas **tudo para todos** (grifo do autor, Souza, 2007).é o grande desafio e, ao mesmo tempo, é a grande riqueza do SUS”.

A Política Nacional de Saúde Mental vem trabalhando nos últimos anos com o conceito de leitos de atenção integral em saúde mental, nos hospitais gerais, CAPS III, leitos dos serviços hospitalares de referência para álcool e drogas, que se associam aos leitos de hospitais de pequeno porte, onde estes se façam presentes. Espera-se é a rede de leitos de atenção integral, na medida em que se expanda substitua à internação em hospitais psiquiátricos convencionais (Bezerra; Dimenstein, 2008).

Acerca das internações para desintoxicação de usuários de álcool e outras drogas uma das colaboradoras apresenta a seguinte fala:

O período de tratamento desse paciente é completamente diferente do psicótico, do usuário do serviço de saúde mental, em geral. Ele realmente precisa de um espaço diferenciado, separado das pessoas com outros tipos de doença mental, porque o agravo que o álcool e outras drogas promovem nos usuários é de ordem diferenciada, e assim se tem uma preservação maior desses pacientes.(E3A).

Machado, Colvero (2003) expõem que embora as unidades psiquiátricas em hospital geral não sejam a salvação da Reforma

Psiquiátrica, é inegável a sua expressiva contribuição no estabelecimento de uma relação de aceitação e tolerância com a pessoa com transtorno psíquico, muito diferente daquela estabelecida durante a internação em hospital psiquiátrico. Em um espaço de tratamento preferencialmente ocupado por pessoas acometidas por outras patologias, os profissionais envolvidos tem a oportunidade de prestar cuidados que privilegiem a subjetividade, em concordância com outros saberes da saúde que não se limitem ao paradigma biológico.

A colaboradora continua:

[...] antes, quando esta excelente Política não existia, nós os internávamos, e não se valorizavam devidamente os quadros de intoxicação e de dependência de substância. Era muito mais o julgamento moral, e assim, a saúde ficava fora da pauta, e era muito comum que se encaminhasse esse paciente para grupos de mútua-ajuda. Não estou dizendo que não tenham sua função, mas em se tratando de uma questão relacionada à saúde, a equipe profissional de saúde deixava de exercer seu papel. Assim sendo, acredito que a Política foi conduzida nessa direção, para buscar esse público alvo e para colocar a saúde nos trilhos (E3B).

As autoras acreditam que a Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, também denominada por muitos como Programa Nacional, trouxe um norte para as equipes de saúde que trabalham com os usuários de substâncias químicas, pois as alternativas que restavam para a desintoxicação dos usuários eram as hospitalizações nos hospitais psiquiátricos ou em clínicas/centros com denominações sinônimas de recuperação para dependentes químicos, drogaditos, alcoolistas, entre outras. Naqueles espaços institucionais, os programas de recuperação normalmente trabalhavam pela abstinência, na lógica dos doze passos,. O indivíduo permanecia internado até que fosse avaliado como

recuperado, quando retornava para seu espaço social, ingressando nos grupos de mútua-ajuda, sendo-lhe oferecido também o acompanhamento ambulatorial.

Ainda acerca da internação de usuários de álcool e outras drogas, outra colaboradora expressa:

[...] a atual Política de álcool e outras drogas, em comparação ao paradigma da internação do usuário de drogas, como ocorria anteriormente, veio para romper o estigma e desconstruir o processo de internação como a única forma de se oferecer um tratamento para o usuário de droga. Foi muito interessante e eu acredito que a Política foi construída nessa direção, para mudar radicalmente esse paradigma, pois os usuários de drogas eram internados em hospital psiquiátrico, como qualquer outro paciente com transtorno mental (E2B).

Os recursos para a atenção hospitalar psiquiátrica são insuficientes, e isso se manifesta no pagamento que o SUS faz para os procedimentos de média complexidade, com valores muito abaixo dos seus custos. No entanto, há de se considerar, que deve ser constante a pressão para que os leitos em hospitais psiquiátricos sejam reduzidos. Fato é que para que forçar ainda mais a política de redução de leitos, é preciso ousar na expansão da rede substitutiva e no fortalecimento da saúde mental na atenção básica (Bezerra; Dimenstein, 2008).

O Brasil possui uma Rede com 1394 CAPS cadastrados, sendo que 200 são para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, onde se tem de dois a quatro leitos para desintoxicação, que são insuficientes (Brasil, 2009b). Para a atenção a crianças e adolescentes com até 18 anos, o número de CAPS i também é insuficiente, totalizando 106 unidades em todo o Brasil. No entanto, uma das colaboradoras evidencia, no texto a seguir, a importância de se ter serviços específicos para a atenção de usuários de álcool

e outras drogas, além dos CAPS que atendem às crianças e adolescentes:

[...] a Política apresenta ações especificamente voltadas para implantação de serviços para atendimento de pessoas usuárias de álcool e outras drogas, sobretudo, no atendimento de crianças e adolescentes (E1C).

No entanto, a rede para a atenção em saúde mental ainda é incipiente e não se pode dizer que seja substitutiva, pois ainda não faz frente ao hospital psiquiátrico. Poderá se falar em rede substitutiva quando os municípios oferecerem o número de CAPS III suficientes para conterem a crise psiquiátrica em seus territórios. Ademais, a maioria dos municípios atende aos usuários de álcool e outras drogas nos ambulatórios de saúde mental, onde lhes são disponibilizados os medicamentos, o que caracteriza apenas a terapia farmacológica.

Pensando a patologização do usuário de álcool e outras drogas, Nascimento (2006) pontua a necessidade de reorientação das concepções da sociedade e as ações do Estado para outras direções, o que implica mudar o foco da atenção. Para o autor, a relação entre drogas e usuário será relevante quando se constituir em um conjunto de relações comportamentais, caracterizado pelos comportamentos de procurar, adquirir e consumir drogas, com conseqüências que inviabilizem parcial ou totalmente o indivíduo como recurso produtivo ou levem o indivíduo a atividades dilapidadoras, resultando em prejuízos de ordem econômica, produtiva, legal, afetiva e moral.

Uma das colaboradoras refere-se à questão assim:

[...] “afirma-se a importância de não patologizar o usuário de drogas, de qualquer faixa etária, sobretudo, a criança e o adolescente” [...] (E1D).

A desigualdade em saúde, que pode ser verificada por meio de diversos indicadores, pode ser atribuída de fato a fatores como

desenvolvimento econômico, renda, educação, emprego, entre outros. No Brasil, todas essas variáveis são distribuídas de forma desigual, assim, tem-se regiões, estados, municípios, parcelas da população que habitam as cidades com condições absolutamente desiguais nos aspectos de renda, moradia, acesso à educação, à saúde e a várias outras condições de vida (Souza, 2007).

A colaboradora do presente estudo completa:

[...] “os fatores que determinam o uso de drogas são múltiplos, de determinação multifatorial e, eminentemente psicossocial” [...] (E1E).

O modelo atual de saúde, ainda é hegemônico, pois caracteriza-se em focalizar a atenção na doença, centrado na assistência médica individual, que é fragmentada, especializada e direcionada à demanda espontânea. No formato como está estruturado, mesmo com a expansão dos serviços em quantidade adequada aos parâmetros assistenciais, sua lógica de organização mantém o modelo dentro de um paradigma restrito, direcionado aos danos e, portanto, predominantemente no campo curativo. Como consequência, não se ampliam as intervenções que visam evitar os riscos de adoecer e morrer (Nery, et al., 2009).

A influência das Conferências e do controle social, nos Conselhos de Saúde é relevante, mas não suficiente para indicar os rumos e criar os consensos para que prossiga os processos de reforma sanitária e implementação do SUS. O SUS dependeu do movimento sanitário para a sua constituição, e hoje se constata que, a opinião pública, os governantes, a mídia e a intelectualidade não se deram conta da natureza do SUS às políticas públicas, de caráter socialista (Campos, 2007a).

A reestruturação da Saúde Mental no Brasil ainda está em curso, e com ela a construção de um novo saber técnico-científico com enfoque na garantia dos direitos do cidadão em sofrimento mental e de sua família, bem como a constituição de uma rede de

amparo social, que lhe garanta condições mínimas para sobreviver como: moradia, alimentação, acesso ao mercado de trabalho (Mota; Barros, 2008), ao que, uma das colaboradoras expõe:

“Acredito que de uma maneira geral as diretrizes da Política estão bastante afinadas com os direitos humanos” (E2C).

Entre crianças são encontradas altas taxas de prevalência de transtornos mentais, que variam entre 10 e 20%, e desse total 3% a 4% precisam de tratamento intensivo sendo mais freqüentes os transtornos de desenvolvimento psicológico, transtornos emocionais e de comportamento. A taxa de prevalência tende a aumentar proporcionalmente com a idade (Hoffmann, Santos, Mota, 2008; Moraes, 2008; Falavina, Cerqueira, 2008).

A prevalência de consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes é cada vez maior e como já expresso em parágrafo anterior, o número de CAPS i é insuficiente para atender à demanda. Uma das colaboradoras coloca:

[...] tem trabalhado muito nessa perspectiva, mas ainda há muito que ser feito. Por exemplo, este serviço é para homens e mulheres adultos, mas atendemos adolescentes da região, adolescentes da Fundação Casa, enfim, ainda não está bem estabelecida, não está com o formato ideal que se espera para os Serviços que atendem a usuários de álcool e outras drogas, no Brasil (E4A).

Em estudo realizado em CAPS i no município de São Paulo, os autores observaram que o serviço inclui os pais no tratamento do filho interagindo com ele o tempo todo. As famílias são orientadas quanto ao cuidado e melhor forma de interagirem com a criança, no sentido de que as melhoras surjam mais rapidamente. Ademais, os pais também se sentem convocados a participarem e a assumirem responsabilidade no processo de transformação. Os profissionais ressaltam quanto a necessidade de envolvimento e que as mudanças também dependem deles. As crianças, por sua vez

demonstram estar muito satisfeitas com o atendimento recebido. Esse tratamento diferenciado faz com que a auto-estima das crianças melhore, e as estimula a desenvolver atividades variadas e a trocar experiências. O CAPS i passa a se constituir em um espaço de convivência comunitária, que para muitas crianças é o único viável, e por isso mesmo torna-se canal de socialização (Falavina; Cerqueira, 2008).

A desconstrução do paradigma de exclusão da pessoa que tem uma existência sofrimento e a construção de um novo, que traz a perspectiva de conviver com as diferenças, é processual. Ainda mais quando essas figuras humanas excluídas da sociedade, não participam do processo de produção e representam um ônus à parcela produtiva da população.

A estratégia de Redução de danos possibilita que se direcione um olhar de alteridade ao usuário e dependente de álcool e outras drogas, pois permite reconhecer as limitações e escolhas individuais.

Para uma das colaboradoras:

[...] as estratégias de cuidados devem ser pautadas na lógica de redução de danos, em que os serviços tolerem a coexistência de tratamento e uso e que a atuação deva ser articulada ao restante da rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, bem como à rede de cuidados em saúde mental, devendo ainda ser implicada a rede de cuidados em DST/AIDS” (E1F).

Para uma pessoa que ainda não conseguiu abster-se da droga, poder ir ao Serviço mesmo fazendo uso significa ser acolhido, significa a possibilidade de receber o cuidado de que necessita à sua saúde, ser motivado ao autocuidado e tratar a sua dependência química.

A abordagem da redução de danos lança mão de estratégias que promovem o autocuidado, imprescindíveis para diminuição da vulnerabilidade do sujeito que se expõe às situações de risco, além

de ser apontada como forma privilegiada de intervenção em saúde pública para a prevenção de DST/AIDS (Moraes, 2008).

A Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas preconiza a adoção de programas terapêuticos individualizados, elaborados para cada caso, que podem ter como meta final a abstinência ou não. Assim, a lógica da redução de danos não é oposta à abstinência. A supressão do uso de drogas pode ser a melhor forma de reduzir os danos para algumas pessoas, mas é imprescindível que o usuário chegue a essa conclusão, junto com a equipe que o acompanha, e não como uma medida imposta no projeto terapêutico (Moraes, 2008).

Em síntese: a defesa do SUS e o sucesso do SUS dependem da força com que a sociedade brasileira coloque a vida das pessoas acima de todas as outras racionalidades, e ainda compreenda que as políticas públicas podem se constituir em um meio poderoso para a efetiva defesa da vida (Campos, 2007b).

A teoria crítica pós-moderna de oposição do sociólogo estabelece uma discussão acerca das mudanças de paradigma da racionalidade da ciência moderna e contribui para a superação das dicotomias sobre as quais se estabeleceram o paradigma científico vigente. A teoria também abre espaço para a luta emancipatória e o desafio representado pela articulação entre os saberes científicos com outros saberes (Borges, 2008).

Existe atualmente uma tensão entre regulação e emancipação social. Entre ordem e progresso, entre uma sociedade com muitos problemas e a possibilidade de resolvê-los, que são as expectativas. É uma sociedade que pela primeira vez cria a tensão entre as experiências cotidianas do povo, que por vezes são ruins, desiguais, opressoras ou infelizes, mas que também tem expectativas de uma vida melhor. Isso é novo, já que nas sociedades antigas as experiências coincidiam com as expectativas, logo, quem nascia pobre, morria pobre. Quem nascia iletrado morria nessa condição.

Agora é diferente: quem nasce pobre pode morrer rico e quem nasce iletrado pode morrer doutor (Santos 2007b).

A discrepância entre as experiências e expectativas é fundamental para se entender a emancipação social na sociedade moderna, pois todos necessitam de uma sociedade mais justa e melhor. Hoje existem problemas modernos para os quais não se tem respostas modernas. Por isso é que Santos (2007b) diz que é preciso reinventar a emancipação social.

Essa abertura epistemológica é muito importante, pois o saber científico hegemônico exerce uma força opressora sobre os outros saberes. Muitas vezes, em nome do saber científico comete-se uma série de epistemicídio e/ou silenciamento de culturas rivais. O senso comum é considerado um saber em oposição ao saber científico (Borges, 2008).

No campo da saúde a discussão é acerca de uma ciência que seja capaz de reconhecer a diversidade e pluralidade do saber para se fazer saúde, com enfoque na integralidade, que distingue valores éticos e democráticos, importantes para a abordagem em saúde. Assim, uma nova ciência da saúde suscita a idéia da construção de conhecimento emancipatório, que seja comprometido com a vida e a saúde, como valor e direito e direito humano.

Santos (2006) propõe uma razão cosmopolita, pois ao reconhecer outros saberes, esta racionalidade permite reconhecer as muitas experiências sociais que estão sendo realizadas no mundo, mas que a racionalidade ocidental não considera e por isso muita riqueza social está sendo desperdiçada. Essa nova racionalidade se baseia em um conhecimento de caráter solidário que reconhece o outro como sujeito na relação de alteridade. Dessa maneira, revela e torna visíveis outros saberes que o privilégio do cânone da ciência neutralizava e ocultava (Borges, 2008).

Embora a Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas incluída no SUS tenha caráter socialista, como

pontuou Campos (2007a) alguns parágrafos acima, segundo Santos (2006) o marxismo, possui uma lógica de monocultura, ou seja, enxerga na óptica de apenas uma cultura e, portanto, não tem uma racionalidade cosmopolita. Assim sendo, considerará apenas o conhecimento científico que nela está expresso.

A palavra cosmopolita é originária da palavra grega *Kosmopolítes*, que refere-se: 1 À pessoa que se considera cidadão do mundo. 2 À pessoa que vive ora num país, ora em outro, e adota facilmente os usos das diversas nações. 3 Algo a ser distribuído por todo o mundo. – Adjetivos: 1 Que é de todas as nações. 2 Que não reside fixamente em um lugar. 3 Que se acomoda aos usos estrangeiros. 4 Que apresenta aspectos comuns a vários países. (Michaelis, 2004)

A razão cosmopolita procede de uma elaborada crítica à razão indolente, que é uma designação estabelecida por Leibniz (1985), empregada por Santos (2006) para tecer a crítica ao modelo de racionalidade dominante ocidental. A razão cosmopolita, denominada por Santos parte de três aspectos: que a compreensão do mundo está além da compreensão do mundo ocidental que exclui todo o oriente; fundamenta-se na idéia de que a legitimação do mundo ocidental se faz numa sequência linear de tempo e temporalidade; e por fim, que a concepção ocidental de racionalidade indolente consiste em contrair o presente e expandir o futuro.

Levando em consideração que o saber é uma construção híbrida, que exige uma abordagem e contextualização de diversos saberes, os aspectos postos por Santos (2006) mostram que o modelo da racionalidade ocidental moderna favorece ao (“grande desperdício da riqueza social” cunho do autor) (Borges, 2008).

A razão cosmopolita possui uma racionalidade inversa, ou seja, a expansão do presente e a contração do futuro. Para Santos

(2006), somente assim é possível conhecer e valorizar a inesgotável experiência social que está em curso hoje.

Ao refletir acerca das premissas da Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, na perspectiva das gestoras e coordenadoras de serviços, pode-se perceber que não se está se desacelerando o presente, não no sentido de não se fazer, mas no sentido de inclinar-se e dedicar-se ao que está sendo feito. Isto pode ser visualizado pelo número total de CAPS no País. Considerando-se o número total de 1394 CAPS existentes na Federação, desde a implantação do CAPS Professor Luis da Rocha Cerqueira, o primeiro implantado há 12 anos, é ainda demasiadamente insuficiente para a proposta do Ministério da Saúde de ter até o final deste ano a cobertura de 88% da população brasileira.

Embora o processo de implantação do novo modelo esteja acontecendo, fato é que ainda não é totalmente substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. Nessa lógica, uma grande parcela da população brasileira com sofrimento psíquico não está sendo assistida em suas demandas no processo saúde-doença.

Na perspectiva de Santos (2007b) a saúde mental brasileira não precisa de um novo conhecimento, mas de um novo modo de produção de conhecimento. É urgente que se faça uma reflexão epistemológica, já que a compreensão do mundo é muito mais ampla que a compreensão ocidental do mundo. É necessário um conhecimento global. Um conhecimento que se sensibilize com a situação do sujeito que vive no interior do estado do Acre, do Amapá, com o índio que vive nas reservas indígenas ou espalhados pelas cidades do país, da mesma forma com aquele que vive na região metropolitana de Porto Alegre, João Pessoa ou Alagoas, onde se tem as maiores coberturas CAPS/ cem mil habitantes, no território nacional.

O Ministério da Saúde destina em torno de 3% dos recursos totais para a Saúde Mental e parte é destinada ao tratamento da epilepsia que não é considerada transtorno psíquico, mas neurológico (Marchetti; Galluci Neto, 2007). Em acréscimo, em muitos municípios o pouco recurso destinado à saúde mental cai no “fundão”, como se referem os trabalhadores de saúde mental ao Fundo municipal de saúde, e assim, os serviços ficam literalmente “a ver navios”.

Essa racionalidade é chamada por Santos (2006) de “razão indolente”, pois utiliza-se da razão metomínica para contrair o presente e caminhar a passos curtos na implantação do modelo substitutivo em saúde mental e da razão proléptica, ao expandir o futuro. O futuro das pessoas tem um tempo diferente do das instituições, pois o futuro do sujeito que faz uso de substâncias químicas e que vive no interior do Acre é limitado, pois sua existência poderá se limitar a mais 10 anos ou 20 anos, já que tem reduzida a sua expectativa de vida, enquanto que o futuro do Órgão que elabora e executa as políticas públicas para a atenção à saúde dele vai ser infinito enquanto o País existir.

Há de se pensar também nas dificuldades vivenciadas pelos serviços que recebem da federação/estado/município recurso aquém do necessário para as despesas mensais e desenvolver as experiências necessárias para a melhoria da condição de saúde e para a reabilitação psicossocial, que é a missão comum a todos os CAPS.

Em suma, utilizou-se para a análise das diretrizes da Política Nacional em atenção aos usuários de álcool e outras drogas as categorias: monocultura do saber e do rigor do saber e a monocultura do tempo linear, refletindo que a construção da Política Nacional está sendo construída de forma vertical, vindo de cima para baixo, não considerando as especificidades dos estados e

municípios da Federação e a efemeridade das vidas dos sujeitos dependente de substâncias químicas.

O Ministério da Saúde está desenvolvendo estratégias para que se aplique integral e efetivamente a atual Política, respeitando seu tempo linear (considerando o início da reforma na década de 1990, a implantação dos CAPS, dos CAPS ad, da Política Nacional e assim por diante), mas muitas vidas estão sendo desperdiçadas, ao se considerar o sujeito que não tem um serviço disponível para ter a atenção integral, o que fere o princípio de universalidade; ou experiências de vida desperdiçadas, para aquele que tem um CAPS para receber o tratamento, que na maioria das vezes não é o CAPS ad, mas que não tem oficinas terapêuticas e de inclusão social pelo trabalho, porque faltam recursos necessários para que o projeto terapêutico seja executado; tal fato pode ser explicado, às vezes, por forças contrárias à Reforma Psiquiátrica, ou seja, as vozes contraditórias às mudanças.

Para finalizar, Santos (2007a) afirma que para uma ciência ou teoria cega, a prática social é invisível e para uma prática cega a teoria é irrelevante.

5.5 POTENCIALIDADES DA POLÍTICA NACIONAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Esta categoria será analisada sob a perspectiva da lógica da classificação social, que se assenta na monocultura da naturalização das diferenças, uma das quatro formas de produção de inexistência, na Sociologia das Ausências (Santos, 2006).

Subcategorias de análise: Componentes da atenção primária; Expansão do CAPS; Atenção aos usuários e famílias; Redução de danos; Internações de usuários de substâncias químicas em hospital geral; Projetos intersetoriais e Capacitação dos profissionais em saúde mental.

A primeira questão indicada por uma das colaboradoras como pontos fortes da Política Nacional para a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas foi acerca dos componentes da atenção básica na Rede SUS. A esse respeito, a fala da colaboradora expressa:

Penso que um dos pontos fortes é em relação à atenção básica para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas em unidades de atenção básica, ambulatorios não - especializados, Estratégia da Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros dispositivos de cuidados possíveis [...] E1A

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS – federação, estados e municípios - para a implantação do Programa de agentes comunitários de saúde - ACS e da estratégia de Saúde da Família - ESF, que são elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde" no País, e de suas relações com os demais níveis do Sistema (Brasil, 1998).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, constituem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção se propõe à superação da lógica de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, configurando-se sob a forma de trabalho em equipes, dirigido às populações de territórios delimitados, para com os quais assumem responsabilidades (Brasil, 2006e).

No Brasil, os princípios fundamentais da atenção básica são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Assim, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Tem como desafio ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, A estratégia da saúde da família é compreendida como a principal para mudança do modelo assistencial, que deverá integrar-se a todo o contexto do Sistema de saúde (Brasil, 2006e).

As equipes multiprofissionais da Estratégia da saúde da família trabalham em unidades básicas de saúde, sendo responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade em questão. Essa responsabilidade coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, no contexto do SUS (Brasil, 2006e).

O trabalho de equipes da ESF é o elemento-chave para a permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde – ACS. As equipes

mínimas são compostas por: um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando é ampliada, a equipe passa a contar com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (Brasil, 2006e).

O Programa de agentes comunitários de saúde – PACS - é considerado parte da estratégia da saúde da família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um Programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde (Brasil, 2006e). Os ACS podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: ligados a uma UBS ainda não organizada na lógica da ESF e ligados a uma unidade básica de Saúde da Família, como membro da equipe multiprofissional.

Atualmente, encontra-se em atividade no país mais de 230.244 mil ACS, estando presentes em comunidades rurais, periferias urbanas e em municípios altamente urbanizados e industrializados (Brasil, 2006e, Brasil, 2009).

No município de São Paulo, no início da década de 1990 foi implantado um novo modelo de atenção à saúde mental. O cuidado aos pacientes com transtornos mentais graves era oferecido preferencialmente em hospitais-dia durante os períodos de crise e nos ambulatórios na fase em que se encontrava mais estável. As atividades voltadas à reabilitação psicossocial teriam como local privilegiado os Centros de Convivência e Cooperativas (CECCO). Na metade da década de 1990, com a instalação do Plano de Atenção à Saúde (PAS) teve-se uma redução do Programa de atenção à saúde mental, assim, os hospitais-dia e os CECCO continuaram existindo, mas sem articulação entre eles. A partir de 2002, com a municipalização do SUS, houve a expansão do número de CAPS.

A assistência à saúde na atenção primária é oferecida também pelos ambulatórios não especializados e os de saúde

mental. Os últimos dados do Ministério acerca do número de ambulatorios de saúde mental no País são de março de 2005, quando se tinha 390 unidades ambulatoriais de saúde mental na Federação. Os centros de convivência são espaços culturais. Em 2005, o Brasil possuía 35 Centros, sendo que 21 localizavam-se no estado de São Paulo. (Brasil, 2006d).

Estudo realizado em 21 CAPS do município de São Paulo em 2008, de gestão municipal, as autoras verificaram que muitos deles eram ambulatorios ou hospital-dia e que para alguns CAPS a transição do modelo de funcionamento anterior (ambulatorio ou hospital-dia) ainda não foi completada. Observou-se também que em alguns serviços predominaram as atividades artesanais, em outros as psicofísicas e nos demais as atividades psicoterapêuticas. Os diferentes perfis de atividades dos CAPS podem ser resultado de diferenças regionais da cidade e estar também relacionados aos aspectos socioeconômicos do território em que o mesmo está inserido e à disponibilidade de recursos de esportes e cultura, lazer e saúde existentes na região (Nascimento ; Galvanese, 2009).

A partir de 2002, os CAPS ad passam a ser implantados e a constituírem-se os serviços de saúde menta especializados para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas em municípios com mais de 70 mil habitantes.

Uma das colaboradoras discorre acerca de algumas características do serviço, às quais ela considera imprescindíveis:

Em relação ao componente da atenção nos CAPS ad a Política diz que o mesmo obedece a uma lógica de oferta de cuidados baseados na atenção integral, devendo tendo como principais características: a oferta aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, de acolhimento, atenção integral através de práticas terapêuticas, preventivas e de promoção à saúde, além de terem caráter educativo e concorrerem para a reabilitação psicossocial [...] (E1B)

O CAPS ad deve possuir uma equipe técnica com: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O CAPS ad deve para atendimento de vinte e cinco pacientes por turno, tendo como limite máximo quarenta e cinco pacientes/dia e funcionar de 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas. Os usuários que freqüentem o serviço em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária e os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias. Este tipo de serviço deve manter de dois a quatro leitos para repouso e desintoxicação (Brasil, 2002a).

[...] a inserção comunitária de práticas e serviços, os quais devem atender a uma população referida a um território específico (E1C).

As atividades a serem oferecidas aos usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas incluem: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; e tratamento de desintoxicação (Brasil, 2002a).

Acerca das atribuições do CAPS, a colaboradora continua: [...] “O CAPS deve estimular a integração social e familiar dos usuários” (E1D).

Com relação à família, que outrora no modelo manicomial era deixada de fora do tratamento, hoje deve ser vista como um protagonista na cena de intervenção e recuperação do sujeito que vive o sofrimento psíquico. A família é a ponte entre esse sujeito, a equipe técnica e a comunidade. Assim, ela também deve incluída, acolhida e cuidada, pois muitas vezes também adoece.

Assim, a família é deve ser vista não como cúmplice, mas como parceira; não como agente etiológico, mas como uma rede de relações, um suporte para o indivíduo enfrentar as condições adversas da sua existência. A família deve ser o aporte emocional, uma extensão dos laços afetivos. É um organismo com sistema de crenças próprio, costumes, experiências e vínculos sociais, como um modo distinto de organização na sociedade. Assim, a família sobrepõe ao elo de parentesco para ser elevada à condição de aliada na luta contra o sofrimento imposto pelo adoecer psíquico (Pinho; Hernández; Kantorski, 2009)

A tarefa de inserir os vínculos afetivos dos usuários no tratamento parece esbarrar em determinados vieses manicomiais, os quais reproduzem discursos em que a retórica da verdade passa a ser o saber que pouco liberta e muito exclui. Isso também é responsável por perpetuar estereótipos sociais que enxergam a loucura como um potencial limitante da vida e um perigo social, um problema que a família não está preparada para resolver e deve se afastar para permitir o tratamento.

Ter a família como co-partícipe do tratamento é um importante avanço no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas é necessário repensar, acerca das estratégias de negociação com as famílias, a fim de se evitar que a parceria se transforme em responsabilização, e que a contratualidade seja transformada em culpabilização (Pinho; Hernández; Kantorski, 2009).

A redução de danos foi apontada por duas colaboradoras como potencialidades da Política Nacional.

Quando se fala em Redução de danos é necessário levar em conta a questão: danos para quem e para que? A resposta quase sempre relaciona-se aos danos que o uso de drogas provoca para indivíduos, famílias e comunidade entre as classes trabalhadoras e mais frequentemente entre os mais pobres, ou seja, aqueles que utilizam o serviço público de saúde.

Uma das colaboradoras se posicionou a respeito da questão da seguinte maneira:

“Dentre os pontos fortes está em primeiro lugar não ter como única estratégia a abstinência total. Acho que isso é fundamental na Política. É respeitar a liberdade de escolha do indivíduo” (E2A).

A abordagem de redução de danos oferece é uma via que reconhece a singularidade do usuário, permitindo que se trace com ele planos de cuidado para a sua saúde, garantindo os seus direitos como pessoa livre e, portanto, cidadão. Nessa perspectiva, o tratamento é realizado com co-responsabilidade de quem está se tratando.

A estratégia de redução de danos desenvolvida entre usuários de drogas injetáveis pode ser estendida a usuários de outras drogas, tais como álcool, tabaco e crack, com relação à disponibilização de insumos para uso seguro, e no fortalecimento da atuação desses consumidores para a realização de ações entre pares e sua participação na formulação de políticas públicas, elaboração de materiais educativos e estratégias de comunicação (Delbon; Da Ros; Ferreira, 2006).

Em se tratando de drogas injetáveis, existem três diferentes conjuntos de medidas que podem prover informações acerca da cobertura de usuários de drogas injetáveis para os serviços de prevenção ao HIV. As medidas usadas tem como base o tamanho da população em uma dada localidade, mas devido ao uso oculto de

drogas injetáveis na maioria das culturas, uma estimativa desse tipo é difícil de fazer (Burrows, 2006).

Outra colaboradora expressa seu entendimento acerca da Política de Redução de Danos:

“A Política prevê para o nosso plano de trabalho anual a Redução de Danos, como primeiro ponto. Não ficamos preocupados apenas com a abstinência do sujeito, mas cuidar a partir da redução de danos, pois a partir disso cuidamos do sujeito como um todo” [...] (E4A).

A fala da colaboradora dá a entender que para ela redução de danos é o mesmo que atenção integral à pessoa usuária de álcool e outras drogas, e é nessa lógica que ela continua:

O sujeito chega aqui usando drogas: crack, cocaína, enfim, uma série de drogas. Ele não será visto como um drogado, mas sim como um sujeito de direitos, e aí ele será assistido dentro desse Sistema de saúde como pessoa. Se tiver um problema no pâncreas será atendido, se estiver com um problema odontológico será encaminhado, enfim, também utilizará a rede de serviços (E4B).

A sociedade que não reconhece os direitos de uma pessoa que faz uso de substâncias químicas, do ponto de vista ético está afirmando que essas pessoas são menos cidadãos que as outras, e, portanto, não é portador de direitos. A condição de cidadão passa a ser secundária em relação à de usuário de drogas. Assim, se uma pessoa é reconhecida como usuário de substâncias químicas, perde o reconhecimento de sua pessoa como cidadão (Delbon; Da Ros; Ferreira, 2006).

As equipes de redutores de danos são pessoas da própria comunidade, ex-usuárias ou usuárias, que por ter acesso aos usuários e circular livremente pelos locais de compra e consumo fazem a distribuição de kits de redução de danos contendo: seringas, agulhas, swabs, preservativos, água destilada, copo plástico e material informativo. Esta é uma política que visa amparar e incluir socialmente os usuários de drogas.

Em São Paulo existe uma parceria entre as duas áreas temáticas: Saúde Mental Álcool e Drogas e DST/AIDS, que desenvolvem o Programa de Redução de Danos da cidade de S.Paulo – PRD Sampa.

Uma das colaboradoras fala a respeito do trabalho das equipes de redutores de danos:

A implantação de equipes de redução de danos, articuladas aos CAPS ad e Estratégia da Saúde da Família, eminentemente territorial para construir vínculos diretamente nas comunidades [...] fazendo detecção precoce e intervenção breve, com oferta de cuidados sem necessariamente propor abstinência do consumo de drogas ou a ida ao CAPS ad como condição única de tratamento. Este é um ponto importantíssimo na Política (E1E).

No âmbito das políticas públicas brasileiras de saúde, no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente está sendo concedida importante atenção para a articulação entre: serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que atendem a pessoas com transtornos mentais, no interior dos quais se busca implementar processos de transformação para a superação da lógica manicomial, como: centros de atenção integral à saúde, centros regionais de saúde mental, centros de atenção psicossocial, centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos, entre outros; e a ampla rede assistencial de atenção básica, cujas ações estruturam-se nas unidades básicas de saúde (UBS), com ou sem equipes de saúde da família, que também está passando por um processo de reorganização na direção da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dessa forma, visualiza-se que há uma dimensão fértil e produtiva na referida articulação, sendo demarcado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do movimento da reforma sanitária (Vecchia; Martins, 2009).

A internação do usuário de álcool e outras drogas em leitos de hospital geral e a proposta da Política Nacional, embora se tenha

ainda muitos leitos para desintoxicação em hospitais psiquiátricos. A colaboradora se manifesta com relação à internação no texto abaixo:

“Em relação ao componente de atenção hospitalar de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, esses devem ser instalados em Hospitais Gerais” (E1F).

O trabalho de desconstrução do manicômio e da cultura manicomial impõe a necessidade de que as políticas sociais sejam conjuntas, implicando que se reconheça a necessidade de: moradias substitutivas e assistidas para os ex-moradores dos hospitais psiquiátricos; espaços de trabalho protegido, mas não (“tutelado” grifo do autor); inserção em atividades culturais e de lazer, entre outras. É imprescindível que os limites estruturais de iniciativas reformistas ponham em pauta, de fato, um projeto societário e que indiquem claramente o que se compreende com a expressão “inclusão social” (Vecchia; Martins, 2009, grifo do autor).

Outra colaboradora também se manifesta a respeito das internações dos usuários de álcool e outras drogas:

Em primeiro lugar é podermos trabalhar a questão da internação, e esse é para mim o ponto mais forte da Política Nacional, pois permite que, no CAPS ad, as equipes se apropriem desse enfoque que já nem é tão novo, é de 2002. No entanto, ainda tem gente que precisa ser trabalhada para entender que a única forma de tratar não é a internação. Então, eu acho que a Política veio com esse grande ponto forte (E3A)

Embora as internações psiquiátricas e de usuários de álcool e outras drogas devam acontecer em leitos de hospitais gerais o número de leitos é insuficiente.

A redução de leitos dos hospitais psiquiátricos é uma das propostas do Ministério da Saúde para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dessa forma, instituiu o Programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS. Esse Programa, sempre pactuado com os gestores, estabelece que os hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos

contratados/conveniados pelo SUS deverão reduzir progressivamente seus leitos, de acordo com limites máximos e mínimos que atendam às necessidades de garantia da adequada assistência aos usuários do SUS (Brasil, 2006d). Para os Hospitais Psiquiátricos que não aderiram ao Programa de Reestruturação Psiquiátrica, a Portaria 395, de 7 de julho de 2005 determina que os mesmos voltem a ser remunerados pela PT SAS 77, de 1º de fevereiro de 2002. No período de 2002 a junho de 2009 foram desativados 15.967 leitos (Brasil, 2009b)

O Ministério Público de São Paulo está instaurando inquéritos civis em todo o Estado para apurar o não cumprimento de uma lei estadual nº 12.060 sancionada em 2005, que determina que todos os hospitais gerais do SUS no Estado a implantarem leitos psiquiátricos. A lei previa três anos para a implantação dos leitos, mas o prazo de adequação encerrou em setembro de 2008 e não foi cumprida (Brasil, 2009d).

Segundo levantamento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – atualmente São Paulo tem 744 hospitais gerais, mas apenas 60 oferecem leitos de psiquiatria pelo SUS. Presentes em 41 das 645 cidades do Estado, esses hospitais disponibilizam 692 leitos.

A Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde reconhece que o País tem uma rede insuficiente de CASPS, que há pouca disponibilização de leitos em urgências e emergências, para internações de curtíssima duração e de leitos em hospitais gerais. Tem-se reduzido leitos em hospitais gerais, mas não se tem aberto igual número de leitos em hospitais gerais (Brasil, 2009b).

Atualmente o município de Campinas é o que tem uma rede melhor estruturada. Estudo mostrou que a rede de CAPS se destaca pela implantação de seis CAPS III, e pela eficácia na continência com os usuários e familiares no momento de crise. A organização por técnico e/ou equipe de referência prevalece, bem como a

construção de projetos terapêuticos. No entanto, o estudo destaca duas fragilidades: a redução das equipes noturnas que desponta como principal problema e fonte de estresse para os trabalhadores., e a formação dos profissionais se mostrou insuficiente para os desafios enfrentados por esses serviços (Campos et al., 2009) .

A precária rede extra-hospitalar tem sido utilizada como impedimento à desativação dos leitos psiquiátricos, embora esta gere os recursos necessários para a ampliação daquela. O responsável pela área da saúde mental da Prefeitura de São Paulo, o município mais abastado do país, declarou em 2004 que a cidade não tinha capacidade para suportar uma redução de leitos psiquiátricos e impediu o fechamento de uma clínica recomendado pelo Ministério da Saúde (Kilsztajn et al., 2008).

O Brasil tem carência de CAPS III e somente com a implantação desses serviços é que a crise psíquica poderá ser contida no município, mas os Departamentos Regionais de saúde e as Secretarias municipais de saúde não sinalizam disposição para assumir integralmente a atenção em saúde mental em suas regiões e municípios.

A reforma do sistema hospitalar e do atendimento especializado depende centralmente de sua reorganização segundo regras de vínculo e em acordo com um sólido processo de contrato de responsabilidades em cada uma das regiões de saúde do Brasil (Campos, 2007b).

A Integralidade em saúde mental se faz na perspectiva da intersetorialidade (Jardim et al., 2009). Para os autores, a intersetorialidade se constitui em uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades complexas das pessoas. Constitui-se em uma estratégia de articulação de recursos e implica necessariamente na negociação de propostas no horizonte político do território e das políticas públicas. Identifica-se também uma idéia de rede que perpassa movimentos em conselhos, grupos, ações no contexto social, no sentido de construir uma intervenção

ampliada para modificar ou intervir em um quadro de preconceitos sociais.

Uma das colaboradoras expõe seu entendimento acerca do tema integralidade:

[...] o uso e abuso de álcool e outras drogas, por sua gravidade e abrangência, não admite soluções apenas no campo da saúde, mas deve envolver uma abordagem amplamente intersetorial, que trate dos problemas da violência urbana, das injustiças sociais, das graves desigualdades de acesso à educação, ao trabalho, ao lazer e à cultura, assim, recomenda-se a promoção de projetos intersetoriais [...] E1G

Em estudo realizado em CAPS ad do município de Recife, com funcionários, usuários e acompanhantes, tendo como uma das categorias analisadas a intersetorialidade, definida no estudo como ações capilarizadas, articuladas com a sociedade civil e a comunidade, a autora verificou que as percepções expressas pelos usuários e acompanhantes centraram-se na falta de ações relacionadas ao esporte e à profissionalização que, para eles, deveriam ser oferecidas dentro da unidade, por perceberem como necessário que o corpo e a mente estarem ocupados, para tirar de foco as drogas. Houve pouca referência sobre a necessidade do estabelecimento de parcerias com outros setores para contribuir na geração de renda ou inserção no mercado de trabalho, conforme preconizado pela Política de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas (Moraes, 2008).

A colaboradora continua:

[...] que dada a urgência da problemática, sobretudo, na associação das drogas à criminalidade e violência, que de imediato seja identificadas as ações das Secretarias da Justiça e da Assistência e Desenvolvimento Social, no intuito de desenvolver projetos em conjunto visando a redução de danos e inclusão social das pessoas usuárias de álcool e outras drogas. (E1G)

Percebe-se a compreensão da interface política que esta diretriz assume, especialmente em se tratando de questões ligadas às políticas públicas e gestão, dos serviços e dos trabalhadores de saúde em romper com práticas orientadas pela centralidade da saúde, como campo inquestionável (Jardim et al., 2009).

A última questão abordada por uma colaboradora acerca dos pontos fortes da Política Nacional para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas foi com relação à capacitação dos trabalhadores nos CAPS ad e na atenção básica.

Vejo também para a capacitação dos profissionais, que precisam entender melhor as questões da dependência, do consumo de substâncias, dos agravos físicos e mentais que elas promovem nas pessoas (E3B).

O Programa Nacional DST/aids investiu no treinamento das equipes dos CAPS, para a construção de uma rede de referência e contra-referência com os serviços de HIV/aids estaduais e municipais. Além disso, está investindo também na atenção às pessoas que vivem com HIV/aids que usam álcool e outras drogas, incorporando a estratégia de Redução de Danos como uma das prioridades no cuidado à saúde mental dessas pessoas*.

A seguir as autoras iniciam a reflexão do conteúdo do presente capítulo no referencial de Santos (2006).

A terceira monocultura apresentada por Santos (2006) é a da lógica de naturalização das diferenças que ocultam hierarquias, das quais a classificação racial, sexual, étnica e de castas são as mais freqüentes e perceptíveis.

Contrariamente à relação trabalho e capital, nessa categoria a hierarquia não é causa das diferenças, mas sua conseqüência. Os que estão nas escalas inferiores da sociedade o estão “por natureza” (grifo do autor) e assim, a hierarquia é uma conseqüência de sua inferioridade. Dessa maneira se naturalizam as diferenças. Para Santos (2006) esta é uma outra característica da racionalidade

* <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS8597625BPTBRIE.htm>

preguiçosa ocidental: não sabe pensar diferenças com igualdade, porque nesta perspectiva as diferenças são sempre desiguais. Em consequência, o terceiro modo de produção de ausência é “inferiorizar” (grifo do autor), considerar desqualificada qualquer maneira de alternativa ao hegemônico, por ser inferior.

Refletindo as falas das colaboradoras acerca dos pontos fortes da Política Nacional para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, Sousa (2006) se pauta em Gottfried Leibniz quando propõe a Crítica à Razão indolente, que segundo o autor pode se expressar de quatro formas: 1. a razão impotente, como sendo aquela que não faz, ou não exerce porque considera que nada pode fazer contra uma necessidade concebida no espaço fora dela, no seu exterior.

Os países desenvolvidos, no contexto da globalização decidem o rumo econômico de todo o ocidente. A reunião dos sete países mais desenvolvidos do mundo acontece anualmente, tendo como participantes ministros de economia e presidentes dos bancos centrais da Alemanha, Canadá, Estados Unidos, França, Itália, Japão e Reino Unido.

Nos últimos três anos o grupo dos 20 países ricos e dos principais emergentes têm se reunido, embora tem o poder de decisão é o G7.

Esta alusão é para melhor explicar a racionalidade indolente que se considera única, exclusiva e que não se exercita suficientemente para ver a inesgotável riqueza do mundo. O mundo tem uma diversidade epistemológica inesgotável, mas essa razão preguiçosa é reducionista (Santos, 2007b).

Projetando essa racionalidade para a formulação das políticas públicas, pode-se refletir a participação da sociedade nos Órgãos Colegiados. Como representante de Instituição de Ensino Superior, uma das autoras já participou de Conselho Municipal de Saúde – COMUS, e o que pode perceber é que apesar das discussões produzidas nas reuniões, as decisões acabavam sendo as

adequadas ao gestor municipal de saúde, ou seja, à secretaria de saúde. Os participantes acabavam se sentindo um tanto fantoches ou marionetes no contexto.

Da mesma forma, as duas vezes em que participou das Conferências Municipais de saúde daquele município, viu repetir a mesma racionalidade: a de aprovação de projetos que caíam sob medida aos interesses do gestor da saúde. Assim, o que se percebe é que pode mudar o cenário, os atores, mas a cena sempre repete, podendo se tratar do G7, do G20 ou do COMUS de um pequeno município.

Durante os anos de luta antimanicomial, o movimento dos trabalhadores em saúde mental contribuiu efetivamente para a formulação das Políticas públicas, e pode-se dizer que trouxe grande contribuição aos discursos da Saúde Coletiva. No entanto, hoje se observa um esvaziamento, pois falta a representatividade dos Movimentos Sociais no Ministério da Saúde, nos Órgãos colegiados. É preciso resgatar a força de representatividade dos trabalhadores em Saúde Mental, para resgatar as subjetividades insurgentes tão marcantes e transformadoras forte que atuaram nas duas décadas anteriores.

A experiência de Santos, com o fechamento do Hospital Anchieta e a implantação do NAPS está apagada na memória das pessoas e dos atores que vivenciaram aquela experiência. Aquele momento na história da psiquiatria brasileira permitiu a todos pensarem. O fechamento do hospital mostrou que era possível a implantação de um outro modelo e isso foi revolucionário, porque teve a participação dos Trabalhadores da Saúde Mental.

A última Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em abril de 2001, portanto, há 8 anos. É imprescindível que aconteça a IV Conferência para que se avance o processo de Reforma Psiquiátrica, para que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental se revitalize e pressione o Ministério e gestores, para a implantação de Centro de Atenção Psicossocial nível III, para que

de fato a internação da pessoa em crise psíquica seja na comunidade. Para que a Rede seja de fato SUBSTITUTIVA (grifo das autoras) e não complementar ao hospital psiquiátrico, já que em quase a totalidade dos municípios brasileiros não se tem leitos de retaguarda nos Hospitais Gerais, e por isso as pessoas são ainda internadas no hospital psiquiátrico, e em regiões distante de sua moradia. Outra questão que pode se por em discussão é a questão da moradia. Cotas de casas populares que são construídas pelo Governo deveriam ser destinadas às pessoas portadoras de transtornos mentais. Essas e outras questões entrarão na pauta da Conferência, onde se farão presentes os representantes dos movimentos sociais.

2. A razão arrogante não sente necessidade de exercer-se porque se considera livre da necessidade de fazer porque se vê incondicionalmente livre, e, portanto, livre da imposição de demonstrar a sua própria liberdade. Traduzindo para o português mais coloquial, seria “eu não tenho que dar satisfação a ninguém” (grifo das autoras).

Se uma Política de saúde vem de cima, na hierarquia social, respeitando os “direitos e interesses” das classes dominantes, está sob uma racionalidade indolente – arrogante.

Se o hospital psiquiátrico foi responsável por danos morais, psicológicos e físicos de milhões de brasileiros, porque ainda existe? Porque o número de CAPS III é ainda insuficiente para conter a crise psiquiátrica nos municípios? Os secretários de saúde dos estados e municípios não são funcionários do Ministério? Então porque os CAPS III não saem do papel para integrar a Rede substitutiva ao hospital psiquiátrico?

3. A razão metonímica. Segundo Santos (2006) metonímia é uma figura da teoria literária e da retórica que significa tomar a parte pelo todo. Essa racionalidade toma facilmente a parte pelo todo, porque pensa que o todo é constituído por partes homogêneas, e nada do que fica fora desse todo interessa. Ela é responsável por

contrair e subtrair o presente e assim, desperdiçar as experiências sociais.

Nessa perspectiva de totalidade as políticas públicas para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas serve tanto para o sujeito que reside na região metropolitana de Porto Alegre ou de Campinas, como para aqueles que vivem no interior do Amazonas ou em Rio Branco. A Política não consegue ler as diferenças culturais, geográficas e de acesso, porque para ela todas as partes são homogêneas.

Se temos uma visão contraída do presente é porque a nossa racionalidade não nos permite ampliar o presente. “se vivemos sempre no presente, por que ele é tão passageiro, tão fugaz”? (Bloch,1985 apud Santos, 2006). O sociólogo português completa ponderando que o presente é um momento, mas um momento, entre o passado e o futuro, no qual sempre estamos. Na razão metonímica o presente é contraído e deixa de fora muitas realidades e experiências e, ao deixá-las de fora, as torna invisíveis e desprezíveis.

4. A razão proléptica. A prolepse é uma figura literária encontrada com freqüência nos romances, no qual o narrador passa a idéia de que conhece o fim da estória, mas não vai contar. Segundo Santos (2007b) a racionalidade ocidental é muito proléptica, pois já se antevê no presente o que será no futuro, em termos de desenvolvimento e progresso. É conhecer no presente a história futura e nessa perspectiva o futuro tem a conotação de infinito e para o olhar do propositor, aumenta demais o futuro.

Assim, Santos (2006) propõe uma estratégia contrária a essa racionalidade indolente: expandir o presente e contrair o futuro. Para ele existe uma discrepância entre o futuro individual e o futuro da sociedade. Sabe-se que o futuro individual é limitado porque a vida é limitada, e nesse sentido, investi-se no cuidado pessoal com boa alimentação, período de sono e repouso, medidas de promoção

e prevenção de doenças. O mesmo não acontece com o futuro da sociedade, porque pensa-se que esse sim, é infinito.

Cuidar do futuro é imperativo porque é impossível blindar a esperança contra a frustração, a redenção contra o desastre e é impossível ter a esperança sem a eventualidade do caixão, que é uma alusão à fala de Bloch (1995) apud (Santos, 2006) quando diz que junto de cada esperança está um caixão à espera.

Transpondo essa racionalidade à execução da Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, quem são as pessoas que investirão no futuro dos sujeitos que são os objetos de atenção da Política a ser analisada? Segundo Sousa (2006) essas pessoas são as subjetividades rebeldes.

Para o autor as subjetividades rebeldes são aquelas pessoas inconformadas que se mobilizam para alargar a vida das pessoas com o máximo de experiências, desacelerando o presente de forma que as pessoas possam apreender das experiências as condições necessárias para enriquecerem o seu futuro.

Sousa (2007) coloca como sendo fundamental intensificar essa inconformidade, mas que se constitui um problema para a construção teórica ocidental, porque, há uma dimensão racional dos argumentos, mas há também uma dimensão mítica em todos saberes, que está ligada à crença, à fé na validade do conhecimento.

Todo conhecimento tem um elemento de logos, e um elemento de mythos, que é a emoção, sentimento que certo conhecimento nos proporciona, seja ele amor ou repugnância.

Na perspectiva de Santos (2007b) há uma dimensão emocional no conhecimento que trabalhamos muito mal, e para equilibrar a razão e a emoção deve-se distinguir duas correntes, tanto na vida dos indivíduos como nas sociedades: a corrente fria e a corrente quente. A corrente fria é a consciência dos obstáculos, já a corrente quente é a vontade de ultrapassá-los. As culturas se

* Bloch E. The principle of hope. Cambridge, Mass. MIT Press; 1985.

distinguem pela importância que dão a uma ou outra corrente. O autor acredita que a corrente fria é necessária para que o indivíduo não se engane, mas a corrente quente é igualmente importante para que não desista facilmente de seus propósitos.

Em muitos serviços de saúde mental espalhados pelo Brasil existem pessoas que passam a ter muito mais significado na vida dos usuários que as pessoas da sua família.

5.6 FRAGILIDADES DA POLÍTICA NACIONAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Esta categoria será analisada sob a perspectiva da lógica da escala dominante, da Sociologia das Ausências (Santos, 2006).

Subcategorias de análise: falta de clareza para o financiamento em saúde mental; judicialização; liberdade de escolha x determinantes socioeconômicos; território de abrangência do CAPS; dimensão e atribuições da equipe técnica; metodologias de trabalho nos CAPS; leitos de desintoxicação em CAPS ad; articulação entre os serviços da Rede; leitos de retaguarda em hospitais gerais.

Acerca das temáticas financiamento e judicialização apenas uma colaboradora manifestou-se:

“A não clareza do financiamento destes projetos e a abertura na Política, ou seja, as brechas para as ações judiciais, resultando na judicialização da saúde” (E1A).

Quanto ao financiamento, entre os anos de 2000 e 2003 o Ministério da Saúde gastou mais de meio bilhão por mês com os 60 mil leitos psiquiátricos espalhados pelo país, o que significa em média mais de 8 mil reais por leito, ao mês. Assim, o SUS destinou boa parte dos recursos aplicados na saúde mental em internações, que na maioria das vezes proporcionam um tratamento desumano. Somente 5% do montante destinado à área é destinado aos serviços substitutivos como CAPS, hospitais-dia e ambulatórios (Brasil, 2004a).

No relatório de gestão 2003 – 2006, o Ministério da Saúde divulgou que o final do ano de 2006 marcou histórica e significativamente, a efetiva reorientação do financiamento em saúde mental, que primeira vez, o financiamento do componente extra hospitalar superou o hospitalar (Brasil, 2006d).

Segundo o relatório, o pacto pela saúde mental objetivou:

[...] a manutenção e ampliação progressiva do financiamento da rede extra-hospitalar, garantindo que os recursos totais não sejam reduzidos por conta da desejável mudança do modelo assistencial, que desloca recursos financeiros e humanos do componente hospitalar para o comunitário. Propomos a criação de um *fator equidade* no financiamento da política de saúde mental, que pode se constituir em incentivo para projetos sociais inclusivos (Brasil, 2007).

Atualmente, observa-se, como referido anteriormente, que a rede continua sendo insuficiente para substituir as internações hospitalares, e o financiamento para a ampliação e manutenção dela é igualmente insuficiente.

Como resultado, o montante que o Ministério repassa aos serviços não é suficiente para as despesas mensais; o Estado por sua vez não está destinando recursos para financiar os serviços e os municípios não conseguem prover o suficiente para as despesas mensais dos serviços. Assim, o que se observa na prática é coordenadores alegando que faltam itens básicos para manterem os serviços em funcionamento, e não é incomum ver profissionais da equipe técnica trazer materiais de casa ou buscar recursos externos, por meio da venda de produtos das oficinas desenvolvidas nos Serviços, ou literalmente “passando a sacolinha”, o que é no mínimo, muito constrangedor.

Souza (2007) ao abordar acerca das políticas e práticas de saúde e equidade tece um comentário em relação à afirmativa que se faz de que o principal problema do SUS é de gerenciamento e não de financiamento. O autor diz que inegável que o Sistema tem um problema de gerenciamento, pois como se conseguiria implantar um sistema descentralizado com mais de 5.500 municípios em pouco tempo, sem ter um período de carência e sem dispor de recursos humanos qualificados? Mesmo reconhecendo que muito tem se esforçado para a qualificação de recursos humanos para a

gestão do SUS, tal esforço precisaria ser ainda muito maior, principalmente, nos pequenos municípios.

No entanto, Souza (2007) argumenta que se forem levados em consideração os dados de 2004, em que o gasto do sistema público nacional chegou a mais ou menos R\$ 360 per capita por ano, para a atenção integral e universal, vê-se que a quantia é insuficiente. Como referência, o autor toma os gastos dos planos e seguros de saúde, que no mesmo período foram de aproximadamente R\$ 864 per capita/ mês. Considerando que nenhum plano ou seguro de saúde garante a integralidade da atenção à saúde, boa parte da população com necessidade de tratamento para câncer, doença mental, transplante, entre outras situações, recorre ao SUS. Diante desses dados, finaliza Souza (2007) que o SUS está operando alguns pequenos milagres, cotidianamente, de conseguir com esse financiamento insuficiente os resultados obtidos.

Existem vozes e decisões incongruentes entre as três esferas públicas, pois no I Encontro Paulista de Saúde Mental, realizado em agosto de 2009, durante o 11º Congresso Paulista de Saúde Pública, as reflexões produzidas durante os trabalhos dos participantes, em grupos, geraram a Declaração de São José dos Campos, município do Vale do Paraíba paulista, onde aconteceu o Evento (Congresso Paulista de Saúde Pública, 2009). Uma das questões levantadas pelos presentes foi quanto à possibilidade da implantação de Ambulatório de Especialidade Médica – AME em Psiquiatria, que a Secretaria Estadual de Saúde, do governo José Serra está estudando. Os participantes do Evento redigiram o texto:

“Que a Secretaria do Estado de São Paulo, reveja sua política de implantação de leitos de álcool e drogas em hospitais psiquiátricos, a criação de AMES Psiquiátricas e providencie o fechamento da Unidade Experimental de Saúde para adolescentes em conflito com a lei, que ferem os princípios da Política Nacional de Saúde Mental”.

Mesmo divulgando que a dependência de álcool e outras drogas é a segunda causa de internações psiquiátricas no país, o Ministério da Saúde ainda destina muito pouco recurso à estruturação da rede comunitária, que garante o cuidado a essas pessoas em base territorial privilegiando o atendimento fora dos hospitais.

No dia 10 de outubro de 2008, o Ministério da Saúde publicou um edital para financiar ações relacionadas à redução de danos à saúde por uso de álcool e outras drogas. Segundo o documento, foram destinados R\$ 1,4 milhão às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, universidades públicas, organizações da sociedade civil e não-governamentais sem fins lucrativos que desenvolvessem projetos nessa área (Sociedade brasileira de infectologia, 2008).

Segundo o Ministério, esse trabalho se daria por meio de informações sobre proteção e distribuição de kits com seringas, cachimbos e camisinhas para os usuários, pois ações como essas foram responsáveis por reduzir os casos de Aids entre os usuários de drogas injetáveis (UDI). Em 2000 a proporção de novos casos em UDI foi de 13%, mas em 2005 esse número caiu para 7%.

Assim, o Ministério objetivou a ampliação e qualificação da atenção integral às pessoas que usam álcool e outras drogas, na perspectiva da redução de danos; destinando até cem mil reais para projetos que abrangessem dois ou mais estados e até R\$ 60 mil para os que contemplassem três ou mais municípios.

As propostas realizadas por grupos ou entidades que atuassem em rede com abrangência regional deveriam entrar nas seguintes linhas: implementação da rede de cuidado no SUS para as pessoas que usam álcool e outras drogas; ampliação das ações de diagnóstico, prevenção, assistência e direitos humanos em HIV/aids e hepatites virais para as pessoas que usam álcool e outras drogas; fortalecimento da participação das pessoas que vivem com HIV/aids, hepatites virais e/ou transtornos mentais na formulação de políticas,

na organização de serviços, mobilização comunitária e controle social; fortalecimento de parcerias entre sociedade civil e serviços públicos de saúde; estímulo à participação social e política da sociedade civil no âmbito do SUS; e implementação da produção e utilização de conhecimentos técnico-científicos sobre uso de álcool e outras drogas e redução de danos (Brasil, 2009e).

Com relação à questão de judicialização, expressa por uma das colaboradoras como sendo uma das fragilidades da Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, as autoras identificaram apenas um artigo científico que aborde a temática, no contexto de álcool e outras drogas. Os trabalhos identificados abordam a respeito de ações judiciais individuais relacionadas à aquisição de medicamentos, cirurgias, órteses e próteses.

A reforma inscrita na Constituição Brasileira de 1988 pressupunha uma nova proposta de modelo intervencionista do Estado nas questões da saúde e a reconfiguração do papel das três esferas de governo. Para o Legislativo federal, o projeto trouxe implicações imediatas para a definição da base legal na organização desse sistema, por meio de leis reguladoras (Baptista, Machado, Lima, 2009).

Segundo os autores, no âmbito do Executivo federal, o projeto prescrevia: integração institucional com a configuração de uma política nacional de saúde única; inserção da política de saúde nas políticas públicas; reconfiguração das relações entre o gestor federal da política e atores governamentais, não governamentais, setoriais e extrasetoriais; além de alterações do papel e funções federais no contexto da saúde.

A Constituição de 1988 deu abertura para que houvesse, com maior frequência, a interferência do judiciário em questões que são consideradas de competência primária dos poderes legislativo e executivo. Com essa interferência, as ações judiciais na garantia dos direitos individuais tornaram-se muito comum, caracterizando na

área da saúde, a judicialização da saúde. Nesse campo tem-se traduzido como a garantia de acesso a bens e serviços, por intermédio do recurso a ações judiciais. Assim, os gestores do sistema de saúde, nas esferas municipal, estadual e federal tentam resolver, de diferentes formas, os impasses criados por essas ações, principalmente aqueles gerados pela impossibilidade de previsão orçamentária e gastos por elas gerados (Chieffi; Barata, 2009).

Durante os anos 1990 e 2000, teve-se um aumento progressivo do número de mandatos judiciais com reivindicações ao direito à saúde. As atuações do Judiciário e do Ministério Público tem se mostrado inconsistentes e contraditórias no âmbito legal e normativo do SUS, assim como problemas não equacionados pela política de saúde, questionando a atuação do Executivo e criando novas demandas que precisam ser legisladas (Baptista, Machado, Lima, 2009).

Para os autores, fica evidente a extensão da atividade jurídica, em resposta às deficiências da administração pública, podendo ter efeito positivo na responsabilização do Estado em desenvolver procedimentos corretos quanto à incorporação, compra e distribuição de procedimentos terapêuticos pela rede pública. No entanto, com essa prática, corre-se o risco de se fazer da via judicial o principal meio para se obter acesso a medicamentos, procedimentos, interdições e internações psiquiátricas, o que no mínimo é contraditório, quando se pensa em saúde como direito social de cidadania.

Vianna, Burgos (2005) descrevem uma ação civil pública, ajuizada pelo Ministério Público em dezembro de 2002, que objetivava obrigar a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro a criar serviço ambulatorial e de internação para crianças e jovens dependentes de álcool e outras droga, ou seja, uma política de assistência até então inexistente, exigindo da prefeitura a criação de pelo menos 16 leitos, distribuídos pelas cinco áreas do município. O pedido de liminar foi acolhido, sendo o mérito considerado

precedente, pois se fundamentou na Constituição Brasileira de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente, em especial em seu artigo 7º, que prevê a obrigatoriedade de políticas para a proteção à criança, e em seu artigo 11, que assegura às crianças e adolescentes, o atendimento médico através do SUS.

Assim como outras regiões do Brasil, São Paulo tem número insuficiente de CAPS i, pois atualmente possui 24 serviços cadastrados no estado. Dessa forma, os articuladores de álcool e outras drogas da Secretaria de Saúde do Estado, recebem com muita frequência ações judiciais ajuizadas pelo município ou de familiares.

A liberdade de escolha foi apontada por uma das colaboradoras como uma das fragilidades da Política, o quanto ela como gestora percebe o quanto o governo e a sociedade não conseguem oferecer ao indivíduo as condições de vida que lhe são necessárias para suportar os desafios da abstinência, pois há de se considerar que escolher em aderir ao tratamento e decidir pela abstinência, exigirá do sujeito um coping eficaz (Silva, Serra, 2004), necessário para ajustar-se à nova condição, o que para ele não é fácil.

A liberdade de escolha é principal ponto fraco, porque a pessoa quando tem essa liberdade precisa ter consigo uma série de sustentáculos sociais que estão faltando. Para que a pessoa fizesse uso dessa liberdade de escolha essas coisas tinham que estar estruturadas e não estão (E2A).

A pessoa necessitará de medicamentos, atendimento psicoterápico, um lar para onde possa retornar depois de um dia de tratamento no CAPS, ter uma rede de apoio social, além de condições financeiras para sobreviver. No entanto, sabe-se que na maioria das vezes, essa não é a realidade do dependente de substâncias psicoativas, pois já perderam a família, os amigos, e a comunidade local os ignora e os trata com repulsa, vivem em um albergue, e não possuem emprego, ou seja, não possuem uma rede

social que os ampare. Essa condição de vida faz com que sua auto-imagem e auto-estima fiquem muito baixas, e fiquem sem perspectivas de futuro.

Estudos realizados com adolescentes a respeito de propostas terapêuticas fundamentadas em redução de danos, propostas essas que respeitam a liberdade do sujeito e não trabalham com a confrontação e imposição de resultados esperados mostram que os colaboradores se surpreenderam com uma proposta que trabalhava com a perspectiva de não lhes ser imposta a abstinência, focando-se nos contextos e nos danos causados pelas drogas. Nessa perspectiva, a abordagem centrava-se na ajuda em fazer a escolha entre usar ou não e os profissionais eram vistos como parceiros e não sinônimo de autoridade e impositores. Ademais, observou-se aumento do desejo, por parte dos adolescentes, de mudar de vida. Passaram a perceber as situações de risco às quais se expunham com muita frequência, por conta da dependência (Kamon, Budney, Stanger, 2005; Andretta, Oliveira, 2005).

Em estudo realizado com adolescentes Muza, Costa (2002) verificaram que na perspectiva dos colaboradores, o contexto social não lhes supria as necessidades materiais, o que acabava por refletir nas relações afetivas com os pais, que por sua vez também tinham afetada a expressão do papel de provedores para de filhos.

A respeito dessa questão, uma das colaboradoras do presente estudo manifestou que:

Essa Política tinha que ser intersetorial, ela não podia ser somente de saúde, e o arcabouço jurídico tinha que estar melhor costurado. Todo o aparato social tinha que estar bem construído no momento do lançamento da Política e não estava (E2B).

De acordo com Siqueira (2007) o governo brasileiro precisa enfocar em aspectos que são determinantes para o processo saúde-doença no Brasil, como: dificuldade de acesso a educação; violência; desemprego/subemprego; habitação inadequada; fome/má

alimentação; urbanização inadequada e qualidade do ar e da água ameaçadas.

A orientação da atual Política Nacional sobre Drogas se direciona para a redução da demanda, redução da oferta e redução de danos, no entanto, questiona-se a possibilidade de associação dessas três propostas, tendo em vista que a redução da demanda e a redução da oferta estão pautadas principalmente em abordagens repressivas, enquanto que as ferramentas empregadas para a redução de danos tem como base a liberdade de escolha do sujeito e o não julgamento moral do mesmo (Souza, Kantorsky, 2007).

Outra temática apontada por uma das colaboradoras foi com relação à área de abrangência do CAPS

[...] a abrangência territorial é uma fragilidade, porque quando você condiciona a 70.000 habitantes ou a 100.000 habitantes para implantar um CAPS ad, você cria uma limitação que tem se mostrado prejudicial, mas daí tem o argumento do consórcio da regionalização (E3A).

O País tem atualmente mais de 191,5 milhões de habitantes espalhados em suas 27 unidades da federação e 5.565 municípios. A unidade da federação mais populosa é a de São Paulo, com 41,4 milhões de habitantes, seguida por Minas Gerais, com 20 milhões e Rio de Janeiro com 16 milhões. Assim, mais de 70,3 milhões de pessoas vivem em municípios metropolitanos, no entanto, apenas 547 municípios possuem população acima de 50 mil habitantes, o que significa que pouco mais de 5000 mil municípios brasileiros são de pequeno porte (Observatório das metrópoles, 2009).

Os critérios do Ministério da Saúde para a implantação de um CAPS I é que o município tenha mais de 20 mil habitantes. Para se implantar um CAPS ad, o município necessita ter mais de 70 mil habitantes. Essa delimitação demográfica gera limitações para os gestores municipais, principalmente quando se trata de municípios de pequeno porte (Brasil, 2002a).

O relato de experiências que se toma conhecimento em Eventos ou pequenos encontros entre gestores, coordenadores de saúde mental e coordenadores de serviços, é na maioria das vezes pontuado por críticas à morosidade nos processos de cadastramento de CAPS pelo Ministério da Saúde.

Se o município é muito pequeno, mas tem uma prevalência elevada de dependentes de substâncias psicoativas, esse indicador deveria prevalecer os parâmetros populacionais, como sugere a seguinte fala:

Acho que o estado de São Paulo mostra isso, pois quando você precisa de um Serviço, seja no município de 2 mil, 5 ou 11 mil habitantes, você vai ver que o CAPS ad é muito necessário para aquela população, seja ela de qual for o tamanho (E3B).

No I Encontro Paulista de Saúde Mental, realizado em agosto de 2009, durante o 11º Congresso Paulista de Saúde Pública, as reflexões produzidas durante os trabalhos dos participantes, em grupos, geraram a Declaração de São José dos Campos, município do Vale do Paraíba paulista, onde aconteceu o Evento, conforme citado anteriormente. Dentre sete pontos abordados, as autoras destacam aqui dois deles: a insuficiência de financiamento federal e a inexistência de recursos estaduais para a construção da rede substitutiva; e que Secretaria Estadual de Saúde institua um processo de financiamento estadual para a ampliação da rede substitutiva, conforme os princípios da Política Nacional de Saúde Mental.

Na Declaração citada acima não se fez nenhuma alusão a estruturação de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no estado de São Paulo.

[...] precisamos fazer com que a saúde chegue nesses lugares e não adianta você ficar fazendo consórcio. Ao meu entender essa questão carece de uma avaliação, e a gente percebe isso pelas nossas conversas com os articuladores municipais, e o desejo dessas equipes de resolver o seu problema localmente [...] (E3C).

Na tentativa de resolver esses problemas, muitos municípios fazem consórcios para obterem o credenciamento de CAPS I, pois não possuem serviços especializados para atendimento de portadores de transtornos psíquicos e de dependentes de substâncias psicoativas.

Os consórcios intermunicipais são arranjos organizacionais tradicionais no setor da saúde. Frequentemente são objetos avaliações de resultado, impacto e mecanismos de implementação, e muitas vezes geradores de polêmicas (Neves, Ribeiro, 2006).

Estudo realizado no estado do Paraná para analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS - no âmbito do SUS, concluiu que os CIS estão se configurando como importante estratégia para potencializar a assistência de saúde especializada, embora gere uma série de questões a serem discutidas. Assim, os autores propõem fóruns de discussões sobre os CIS, entre gestores, trabalhadores e usuários, a fim de construir-se coletivamente soluções para os entraves que se colocam no processo (Nicoletto, Cordoni, Costa, 2005).

A dimensão e atribuições da equipe técnica mínima foram questões apontadas como fragilidades da Política Nacional.

Outra coisa é a equipe que constitui esse CAPS ad, porque dentre as atribuições que a Portaria 336 estabelece estão as da equipe. Com aquela equipe determinada pela Portaria, ou você fica dentro do CAPS ad ou você vai para rua. Você tem que escolher o que você vai fazer na vida, se vai para rua com as ações externas ou se vai ficar lá dentro trabalhando com a equipe, ou não faz nada de forma completa. Então fica complicado! Acho que deve ser revisto o quadro de profissionais estabelecido (E3D).

Para tecer uma análise da fala da colaboradora, as autoras sentem a necessidade de apresentar características de dois tipos de serviços em saúde mental.

Tomando por referência a classificação dos CAPS segundo tipologia e número de unidades no País, segundo dados do

Ministério da Saúde (2009) divulgados em junho deste ano, o CAPS I é o tipo que possui o maior número de unidades na federação, totalizando 660. Este tipo de serviço pode atender aos usuários de álcool e outras drogas, em municípios com menos de 70 mil habitantes, que é o critério determinante para se ter um CAPS ad.

Para o CAPS I, a Portaria 336, de 19 de fevereiro 2002 estabelece uma equipe técnica mínima com: um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Embora a Portaria não exija enfermeiro com especialidade em saúde mental, muitos municípios tem dificuldades para o cadastramento do CAPS I em seu território porque o enfermeiro que comporá a equipe não possui a titulação *Latu sensu* em saúde mental (Brasil, 2002a).

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I descrita acima deve destinar atendimento para no máximo 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, ou seja, que recebe atendimento diário, de segunda a sexta-feira.

Segundo a Portaria 336, as atribuições da equipe são: responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; estar capacitada tecnicamente para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS).

De acordo com a determinação do gestor local; a equipe deve ainda: coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica,

serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial. O período de funcionamento desse tipo de serviço é de segunda a sexta-feira no horário das 8 às 18 horas, em dois turnos (Brasil, 2002a).

Os usuários do CAPS I devem receber os seguintes cuidados: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os usuários assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias (Brasil, 2002a).

Uma vez apresentadas a composição das equipes técnicas, as atribuições e as atividades desenvolvidas nos CAPS I, neste capítulo, e do CAPS ad, no capítulo anterior, as autoras se sensibilizam com as falas da colaboradora, pois a equipe técnica, na maioria das vezes, não é competente para dar todos os tipos de atendimentos descritos acima, pois além de trabalhar com os usuários e suas famílias, essas equipes técnicas devem realizar ações com a comunidade com ênfase à reinserção social dos mesmos, realizar atividades de supervisão de leitos psiquiátricos hospitalares e supervisionar e capacitar as equipes na atenção básica. Com o número de pessoas envolvidas no processo, torna-se humanamente impossível (Brasil, 2002a).

Embora a Portaria nº336 de 2002, descreva o médico com membro da equipe técnica, e assim o mesmo deveria trabalhar como determina sua categoria profissional 20 horas semanais*. No entanto, em um CAPS I, onde uma das docentes supervisiona alunos de graduação em Enfermagem em Estágio Curricular, três médicos atendem às consultas uma vez por semana cada um, com uma média individual de três horas de atendimento.

Segundo Campos (2009) uma proposta para solucionar essa disparidade e injustiça dentro do SUS, que são cunho hegemônico e histórica, seria uma adequação normativa, retirando o médico da equipe técnica e o inserindo nos núcleos de atenção integral na saúde da família, que atendem entre 9 e 11 unidades da saúde da família. O médico das chamadas equipes matriciais fariam o atendimento das consultas nos CAPS, uma vez que esse tem sido o seu papel nos serviços. Não se pode dizer que um profissional que não se envolva com o projeto terapêutico individual dos usuários, seja membro de uma equipe que se desdobra para atender às demandas geradas pelos usuários e familiares, além de outras atribuições determinadas pela Portaria.

Essa questão é corroborada pela fala de uma das colaboradoras:

[...] "as equipes acabam inventando um monte de soluções, às vezes equivocadas, e nesse sentido acho que a Portaria dos CAPS e suas restrições, deixam a desejar" (E3E).

Entende-se que uma equipe que tem excessivas atribuições e reduzido número de pessoas para desempenhá-las, deve elencar e priorizar as ações no cotidiano do serviço, já que não será suficiente para resolver atender todas as demandas que chegam aos CAPS, assim a colaboradora expressa em sua fala:

*<http://www.portalmedico.org.br/remuneracao/index.asp?opcao=pccs&link=principio>

[...] “quanto às metodologias que tem que se utilizar, estas devem ficar a critério da equipe, que nem sempre está capacitada e qualificada, e que por isso se perde um pouco” (E3H).

Ao falar-se em metodologias de trabalho é relevante pensar que a equipe técnica é composta de profissionais com diferentes formações e por isso denomina-se equipe multidisciplinar. Nela, os profissionais devem trabalhar na lógica da interdisciplinaridade.

Segundo Waidman; Elsen (2005) o trabalho multidisciplinar é mais fácil de ser conseguido do que o interdisciplinar, no entanto, o que se percebe é que em saúde mental ainda não se consegue trabalhar nessa lógica. Embora se tenha uma equipe bem estruturada, contemplando subáreas da saúde e das ciências humanas, parece que cada profissional se empenha em desenvolver a sua parte no todo. As autoras exemplificam citando a dinâmica de trabalho da equipe técnica de instituições que conhecem: “o psicólogo atende, encaminha para o psiquiatra ou para as oficinas com enfermeiros e psicólogos [...] o psiquiatra atende e encaminha para as outras atividades do serviço com outros profissionais”. Alegam que a atitude a ser tomada com o cliente não é discutida entre os profissionais, que na maioria das vezes cada um faz a sua parte isoladamente, e individualmente no prontuário, ou seja, uma evolução diferenciada de cada profissional.

Realidades como a do Centro de Referência de álcool, tabaco e outras drogas, que embora seja da modalidade de um CAPS ad tem uma equipe privilegiada, com aproximadamente 80 profissionais na equipe técnica são raras, ou até mesmo única.

[...] acho que uma prática que tem que ser reavaliada e implementada, porque assim como há locais que, como o município de São Paulo, que pode criar um Centro de Referência, como este, há lugares que não podem fazer o que fazemos [...] então acaba ficando a equipe com uma limitação, principalmente quando se está em municípios do interior, que a realidade é outra (E3I).

Levando em consideração as falas da colaboradora e a problemática apresentada pelas autoras acima, entende-se que é importante que a equipe técnica conheça suas potencialidades e dificuldades, para buscar o seu empoderamento. No entanto e, infelizmente vê-se atualmente que os profissionais brigam entre si para a garantia do seu espaço profissional. A vaidade é um defeito que mina as relações interpessoais e muitas vezes não se é ético com relação aos colegas por envaidecimento. Para a pessoa vaidosa não interessa o resultado da equipe e sim o dela. É o nome dela que tem que aparecer e a vontade dela é que deve prevalecer. Essa questão dificulta o crescimento das pessoas individualmente e do grupo a que pertencem.

Outro ponto fraco diz respeito ao número de leitos de desintoxicação do CAPS ad. A meu ver a Política Nacional e a Portaria 336 reduzem muito o trabalho do CAPS, atribuindo muitas atitudes e muitas funções, porém fornecendo poucas condições para que a equipe que está possa fazer o que é proposto (E3F).

A Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002 determina que o CAP ad II disponibilize de dois a quatro leitos para desintoxicação de usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2002a).

Na perspectiva da colaboradora essa questão se contrapõe às características do CAPS ad, quanto às dimensões da equipe e a tipologia do serviço. Como é que um serviço que possui 11 profissionais que trabalham diariamente para atender até 45 usuários por dia, e com horário de funcionamento no período das 8 às 18 horas e tendo todas as atribuições, conforme descritas no início deste capítulo pode oferecer leitos de desintoxicação? Essas pessoas conseguiram atender as demandas desse usuário? E o que fazer com o usuário quando o serviço encerrar o expediente às 18 horas?

A colaboradora continua:

“Daí fica aquele enfoque “ah! Em CAPS de adolescente usa medicação, não usa não, usa, não tem medicação” então assim fica solta também esta questão” (E3G).

A colaboradora enfatiza que essas questões que não foram bem definidas na Portaria e na Política impõem entraves para os trabalhadores de saúde mental dos CAPS ad e do CAPS i, que são serviços que atendem a uma clientela específica no contexto da saúde mental. Os documentos dão as linhas gerais, mas não conseguem responder às demandas próprias de cada serviço.

Em se tratando da estruturação dos serviços de saúde mental tem-se muito a trilhar ainda.

O CAPS é o serviço por onde o usuário entra na Rede SUS, mas não é o único serviço da rede. No entanto, como o usuário do CAPS, o louco, é uma batata quente que ninguém quer, muitas vezes o CAPS o encontra dificuldades em articular ações com as Unidades Básicas de Saúde – UBS, unidades da Estratégia da Família, emergências e hospitais gerais.

“Penso que a Rede de atendimento poderia tornar o atendimento do CAPS ad mais eficaz. Quando digo que a Rede funciona, ela funciona dentro dessa lógica” (E4D).

Delfini et al., (2009) relatam um trabalho de parceria entre uma UBS e o CAPS de um bairro central do município de São Paulo. Para os autores, “a realização de parcerias entre serviços de saúde é vital para os cuidados em saúde mental no território e para operar os processos de reabilitação psicossocial”.

O trabalho foi de apoio matricial do CAPS para as equipes de saúde da família da UBS, dessa forma, as equipes da saúde da família seriam referências para as pessoas da comunidade e a equipe do CAPS, das ações territoriais, desempenhando o papel de apoiadores matriciais.

Com relação ao tratamento, os resultados não foram imediatos, até mesmo porque a loucura de um membro da família

tende a circular entre todos os outros e a precariedade da situação de vida da maioria das pessoas contribui para o adoecimento. No entanto Delfini et al., (2009), notaram que o olhar voltado ao grupo familiar e ao contexto social mostrou resultados mais positivos. O trabalho conjunto das equipes, e principalmente com o agente comunitário, enriqueceu a prática, desmistificou preconceitos, aproximou e transformou os territórios. Por fim, concluíram que é possível e necessário que a atenção básica encarregue-se da saúde mental.

Um dos maiores problemas que as equipes dos CAPS, de um modo geral enfrentam, é com relação à internação de um usuário do serviço, quando ela se faz necessária.

Eu e a nossa equipe somos contra a questão da internação psiquiátrica duradoura, mas um dos grandes pontos que precisaria melhorar, que parece incoerente, é que por sermos CAPS II temos atendimento das 7 às 18h. Quando o paciente chega numa condição bastante complicada, o colocamos na desintoxicação e no final do dia se o médico avaliar que ele precisa de uma internação, não se tem respaldo” (E4E).

Essa questão faz com que as autoras voltem à uma questão abordada anteriormente, quando se discutiu a disponibilização dos leitos de desintoxicação e as características do CAPS ad.

Aqui a questão envolve também a articulação da rede, que continuará a ser discutida aqui.

A colaboradora em sua fala seguinte traz à tona a dificuldade que a equipe do CAPS ad tem para se articular com o hospital geral:

Existe a referência, temos um hospital geral de referência, mas já tivemos situação do enfermeiro entrar com o paciente na ambulância e eu segui-la em meu carro para buscarmos por uma vaga para a internação de pessoas que, em algumas vezes, chegam a óbito por falta de assistência (E4G).

Em capítulo anterior foi apresentada a questão dos números insuficientes de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Se o

Ministério da saúde não possui leitos em hospitais gerais que atendam à demanda de internações necessárias no setor, terá que diminuir o ritmo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos, o que interfere diretamente no processo de desinstitucionalização de moradores desses hospitais.

Existem duas forças hegemônicas na área da saúde, para as quais não interessa que o processo de Reforma Psiquiátrica avance. De um lado os donos de hospitais psiquiátricos que recebe muito dinheiro oferecendo leitos para internações psiquiátricas ao SUS, internações essas que nessa modalidade de hospital sempre foram de longa duração. Do outro lado estão os gestores municipais que também não querem trazer para o município a responsabilidade de conter a crise no território municipal, questão já foi apresentada e discutida em capítulo anterior. Resta perguntar: Qual lobby há de ter mais força?

Waidman, Elsen, (2005) fazem algumas indagações a respeito do compromisso com o trabalho e com o ser humano portador de transtorno mental, principalmente por parte daquele profissional que não está satisfeito com seu trabalho ou que não concorda com a desinstitucionalização e que por isso, não quer o portador de transtorno mental em sua unidade no hospital geral.

Na fala seguinte, a coordenadora expõe que o problema não é vivenciado apenas por ela, como coordenadora de um serviço, mas por muitos outros gestores:

“Então isso é uma questão muito polêmica. Converso com outros gerentes da nossa região, de outras regiões e tem momentos que a gente fica num impasse, no chamado “saias justas” (E4H).

Como podemos mostrar interesse e preocupação por alguém que é diferente e que muitas vezes nos causa medo e repulsa, que é chamado louco? Neste ponto, chamo a atenção para a questão da responsabilidade profissional. Trata-se de uma atitude relacionada ao ser humano, ao seu semelhante, cuja necessidade a ser satisfeita, naquele momento, depende do profissional.

Não sabemos o que fazer, pois temos uma vida ali, e ao chegar em outro serviço, no hospital geral por exemplo, eles dizem –“não vamos atender porque é de álcool e outras drogas”. A psiquiatria precisaria funcionar mais para essas emergências e não para internação de longa duração (E4I).

Em estudo realizado a respeito de internações psiquiátricas em hospital geral, os autores constataram que mais de dois terços de 80% dos pacientes apresentaram significativa remissão dos sintomas em menos de três semanas, o que comprova a efetividade do tratamento instituído na unidade. Em conclusão, constatou-se que a internação em UIPHG foi eficaz para a maior parte dos pacientes (Dalgalarrodo, Botega, Banzato, 2003).

A atenção psicossocial proporcionada pela internação de pessoas com transtornos psíquicos decorrentes do uso de álcool e outras drogas pode ser visualizada como um “conhecimento prudente”, capaz de criar espaços de inclusão do doente mental na sociedade, ou seja, de investir na “vida decente” dos sujeitos (Machado, Colvero, 2003).

A partir da citação que as autoras acima fazem ao paradigma emergente de Sousa (2007a), com relação ao conhecimento prudente, necessário para uma vida decente, as autoras partem para a reflexão das fragilidades da Política nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, na perspectiva do referencial filosófico que está sendo empregado para tecê-la.

Na lógica da escala dominante das Sociologias das ausências, a não existência é produzida sob a lógica do particular ou local. As entidades ou os contextos definidos como locais ou particulares estão aprisionados em escalas que as incapacitam de serem alternativas críveis ao que existe de modo universal e global. Nesse estudo fez-se a reflexão apenas da escala universal (Santos, 2006).

Para Santos (2006) nos termos dessa lógica, a escala adotada como primordial determina a irrelevância de todas as outras

possíveis escalas. Na racionalidade da modernidade ocidental, a escala dominante é apresentada sob duas formas: o universal e o global. Nessa perspectiva, o universalismo é a escala de entidades ou realidades que estão em vigor independentemente dos contextos específicos. Tem precedência sobre todas as outras realidades e que por essa razão são consideradas particulares ou vernáculas.

Pensando a Política nacional para as questões relacionadas ao álcool e outras drogas e as fragilidades que lhes foram apontadas nesse capítulo, muito provavelmente o êxito da Política esteja muito aquém das análises de resultados que o Ministério da Saúde faz a seu respeito, que neste estudo representa a escala universal.

Quantitativamente o número de CAPS ad existentes no país é insuficiente, pois o número de unidades em todo o território nacional deveria ser 1930 e não as 200 existentes hoje, considerando que um CAPS ad deva oferecer atendimento para cem mil pessoas que vivem no seu território de abrangência e que o Brasil tem mais de 193 milhões de habitantes.

Refletindo as falas das colaboradoras, quando indicam as fragilidades da Política, na óptica de quem vive a realidade como gestoras ou coordenadoras de serviços, vê-se que os contextos, ou seja, as realidades vivenciadas pelos trabalhadores de saúde mental nesses serviços, não são consideradas ao se tecer uma análise do todo, que é comum à razão metonímica, apresentada e discutida no capítulo anterior.

A Política não considera as especificidades dos serviços quando determina a dimensão da equipe técnica do CAPS ad e lhes atribui uma série de responsabilidades, impondo dificuldades no cotidiano do serviço. Se a Política não consegue visualizar as especificidades dos serviços e o Ministério se mostra incompetente para exigir que hospitais gerais destinem leitos para a internação de dependentes de substâncias químicas e/ou portadores de transtornos psíquicos, em se tratando de áreas demograficamente privilegiadas como o estado de São Paulo, há de se pensar em

como serão resolvidas as questões relacionadas às outras populações, que além de serem longínquas as áreas territoriais onde residem, apresentam especificidades étnicas e culturais como as populações indígenas brasileiras, que se constituem um dos grupos mais vulneráveis à dependência de substâncias químicas.

Estudo realizado com indígenas de três aldeias pertencentes aos troncos lingüísticos Tukáno, Aruáke Makú, para investigar sobre a magnitude do problema do uso abusivo do álcool no Alto Rio Negro, no estado do Amazonas, uma vez que esses assentamentos são identificados pelos agentes políticos indígenas como áreas em que a alcoolização é intensa, freqüente e violenta, prejudicando o desenvolvimento de atividades rotineiras para a subsistência (Souza, Garnelo, 2007).

Para essas populações, as atividades rituais estão associadas ao consumo de bebidas alcoólicas. Em sua cosmologia, a origem do mundo está ligada ao consumo de caxiri e de tabaco pelos deuses primordiais. No entanto, consomem a bebida também durante a realização de trabalhos coletivos, nos quais os laços de solidariedade e obrigações mútuas são reforçados.

Nos locais pesquisados, o caxiri ainda é a bebida mais consumida. Atualmente seu preparo difere da forma como seus ancestrais a produziam, pois a fermentação pela saliva das mulheres foi substituída pelo uso de açúcar e aquecimento ao fogo. Segundo os colaboradores do estudo, essa forma de preparação produz uma bebida com maior teor alcoólico. Depois de preparado, o caxiri é consumido até seu término, sendo esta a forma reguladora da quantidade de bebida ingerida. Caso não seja consumida no mesmo dia, a bebida preparada o será na manhã seguinte, por não poder ser estocada.

Segundo os colaboradores do estudo, a cachaça aparece como a segunda bebida mais consumida, além de outras contendo álcool, tais como o álcool de farmácia, desodorante e perfume. No entanto, o seu consumo é visto como inadequado pela população.

Os colaboradores alegam que atualmente o primeiro uso na vida do caxiri e da cachaça é em torno de 12 anos, ou até mesmo antes, tanto para os adolescentes do sexo masculino, quanto os do sexo feminino.

Souza; Garnelo (2007) elencam como fatores determinantes para o crescente uso de álcool entre os grupos indígenas rionegrinos investigados: mudanças trazidas pela escolarização e assalariamento; domínio da língua portuguesa e da etiqueta política que hoje rege o exercício da etnicidade gerou um tipo de atuação política indígena que é exercida através de competências técnicas, políticas e econômicas, muito diferentes dos laços de parentesco que antigamente regiam o sistema de prestígio dos chefes e os comportamentos que eram permitidos pelo grupo. Os autores acreditam que a procura pelos modos urbanos de vida e o distanciamento deliberado de comportamentos e da moral tradicional parecem contribuir para que os mais jovens percam os parâmetros de orientação frente ao consumo de álcool.

Estudo com a abordagem acerca do alcoolismo e a violência em etnias indígenas indicou que: a violência em geral; violência seguida de morte; suicídios; acidentes; alta incidência de desnutrição em crianças; aumento de tensão dentro das comunidades, estimulando a sexualidade fora das regras do grupo, assim como abuso sexual e prostituição nos centros urbanos e em rodovias, demonstra a necessidade de intervenções específicas, pois a questão do alcoolismo e de violência pode ter significados e interpretações muito diferentes para cada grupo étnico, em relação ao mesmo fenômeno (Guimarães, Grubits, 2007).

Os autores concluíram que o alcoolismo não deve ser visto de uma forma isolada, pois a sua compreensão deve considerar o contexto sociocultural, uma vez que as bebidas alcoólicas sempre foram utilizadas como arma de dominação em relação às populações indígenas, sendo que muitas delas apresentaram resistência diminuída, como resposta.

Segundo dados do Instituto Socioambiental de 2009, vivem no país aproximadamente 421 mil indígenas, sendo que destes 57,64% vivem em território da Amazônia legal, que corresponde a 98,57% do território ocupado por povos indígenas em todo o Brasil*.

Os principais grupos indígenas brasileiros em expressão demográfica são: Tikuna, Tukano, Macuxi, Yanomami, Guajajara, Terena, Pankaruru, Kayapó, Kaingang, Guarani, Xavante, Xerente, Nambikwara, Munduruku, Mura, Sateré-Maué.

No estado do Mato Grosso do Sul, encontra-se a segunda maior concentração de indígenas do país, mais de 62 mil indígenas em 31 municípios. No entanto registra-se a presença de grupos em quase todas as unidades da Federação, excetuando-se o Rio Grande do Norte, Piauí e Distrito Federal.

Em abril deste ano, os presídios de Mato Grosso do Sul abrigavam 148 indígenas, segundo levantamento da Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário (Agepen)**. No entanto, a Procuradoria do estado ressaltou que a violência dentro das comunidades é muito forte, por isso, nem todas as prisões de índios podem ser atribuídas à criminalização. Segundo ele, essa violência se deve em grande parte à “situação de confinamento” que os indígenas vivem nas reservas e nos acampamentos.

As autoras disponibilizaram esses dados para dar visibilidade a uma fração da população brasileira que vive na invisibilidade e para que se possa perceber a complexidade das questões relacionadas aos povos indígenas.

Voltando à monocultura da escala dominante, eleita para a análise do presente capítulo, se a Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas não ajustar a sua lente para compreender o fenômeno álcool e outras drogas sob a óptica das observações apontadas pelas colaboradoras deste estudo, não

* <http://img.socioambiental.org/v/publico/pibmirim/onde-vivem/mapa.jpg.html>

** <http://noticias.ambientebrasil.com.br/noticia/?id=46145>

visualizará questões muito mais complexas, como as culturas dos povos indígenas, e conseqüentemente não dará visibilidade às demandas geradas naqueles contextos.

5.7 FATORES QUE INVIABILIZAM A APLICABILIDADE DA POLÍTICA

Esta categoria será analisada sob a perspectiva da classificação social, da Sociologia das Ausências, de Santos (2006).

Subcategorias de análise: definição das regras de financiamento; segurança pública; cunho ideológico dos fatores que inviabilizam a aplicabilidade da Política; predominância da lógica da abstinência na Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD; resistência dos hospitais gerais em disponibilizar leitos para internação de dependentes químicos; internação psiquiátrica em oposição ao tratamento nos CAPS ad; índices de internação e número insuficiente de CAPS ad na Rede SUS.

A falta de clareza quanto ao financiamento do Ministério da Saúde – MS para a Saúde Mental foi abordada no capítulo anterior, indicada como umas das fragilidades da Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, e coerentemente apontada por uma das colaboradoras como sendo fator que dificulta a aplicação da Política, neste capítulo. A sua fala expressa:

[...] “acho que falta clareza quanto aos financiamentos” (E1A).

Segundo o Sistema Integrado de Gestão Governamental – SIGGO, em 2009 o Ministério destinou R\$2.3200 mil para a saúde mental, sendo R\$1.010 mil direcionados para a implantação de CAPS; R\$ 100 mil para as atividades desenvolvidas pela INVERSO (Instituto de convivência e de recriação do espaço social) que é uma instituição sem fins lucrativos que tem como objetivo primeiro a garantia do cuidado e dos direitos das pessoas com transtornos mentais; construção da nova sede de um Centro de Orientação Médico Psicopedagógico (COMPP); R\$ 10 mil reais para construção de residências terapêuticas para o Distrito Federal; R\$ 500 mil reais

para a atenção à saúde mental no país; R\$ 200 mil para o desenvolvimento de ações psicossociais (Brasil, 2009f).

As autoras chamam a atenção para os valores destinados para a atenção em saúde mental em todo Brasil e para a construção do COMPP, uma vez que, para ambos foram destinados R\$ 500 mil reais. Para a construção de residências terapêuticas foram destinados dez mil reais, o que é insignificante, considerando que se trata de investimentos para a construção de uma rede de serviços que venha a substituir o modelo anterior durante os 12 meses do ano de 2009. É de se questionar também os valores destinados para o apoio das atividades da INVERSO, e para as ações psicossociais que não são discriminadas no orçamento.

O segundo fator indicado por uma das colaboradoras, que se impõe com dificultador para a aplicação da Política em questão, é a segurança pública. Segundo sua percepção expressa no texto a seguir:

[...] acho que é a segurança pública. Acho que as questões de segurança pública não estão afinadas com a nova Política, assim, horas radicaliza para um lado e horas para outro. Então depende muito do quanto o gestor assimila e concorda com aquilo. Como se estivesse na governabilidade dele poder fazer essa escolha, mas na prática é isso que acontece” (E2A).

Na perspectiva da colaboradora, a segurança pública, que é oferecida pela Polícia Militar (PM) não está bem articulada com a Política, pois a abordagem acerca da temática dependerá do perfil do alto comando da PM do estado e município em questão. Assim, essa abordagem poderá ser repressora, mas com a autuação e detenção de usuários em primeiro flagrante ou repressora, atuando e detendo traficantes, o que a faz ser completamente diferente em uma e outra situação.

As autoras consideram que a esse respeito, deveria existir uma articulação coerente entre o articulador para a questão de álcool e outras drogas, da coordenação de saúde mental do

município e do militar comandante das intervenções da PM relacionadas ao álcool e outras drogas, para que as mesmas coadunassem com as propostas da Política Nacional. As autoras salientam que para esta questão se fazem necessárias as propostas e projetos intersetoriais, entre Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, que inclusive, foram apontadas como uma das fragilidades da Política Nacional, no capítulo anterior deste trabalho.

Com relação às drogas vem se construindo discursos científicos que tendem a configurar a problemática como questão de segurança pública, relacionada ao narcotráfico e a repressão da oferta, ou como questão de saúde pública, relativa à repressão da demanda por um lado, ou à redução de danos, por outro.

O Brasil vive contextos de guerra de baixa intensidade, como no município do Rio de Janeiro, que teve em um final de semana 29 pessoas mortas, dentre elas três policiais, no confronto da PM com traficantes*.

Segundo Perdensen (2006), atualmente na América Latina existem lutas emergentes contemporâneas, guerras de baixa intensidade e interpessoais, que resultam em violência desproporcional afetando tanto populações que vivem nas cidades, quanto de populações indígenas como de indígenas lanomâmis, na fronteira entre Brasil e Venezuela.

O Brasil possui dois Programas com vistas à segurança pública: o Plano Nacional de Segurança Pública foi lançado em junho de 2000, pelo Ministério da Justiça, com o objetivo de reprimir a violência, prevenir a criminalidade, reduzir a impunidade e aumentar a tranquilidade e segurança dos cidadãos brasileiros (Brasil, 2001a); e o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – PRONASCI, que é uma iniciativa que reúne ações de prevenção, controle e repressão da violência com atuação focada nas raízes sócio-culturais do crime. O PRONASCI articula programas de segurança pública com políticas sociais já

* <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u640978.shtml>

desenvolvidas pelo governo federal, sem abrir mão das estratégias de controle e repressão qualificada à criminalidade. As ações desenvolvidas por esse programa seguem ainda as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Segurança Pública, cujo eixo central é a articulação entre União, estados e municípios para o combate ao crime (Brasil, 2009g).

O PRONASCI foi desenvolvido pelo Ministério da Justiça em 2007, e articula políticas de segurança com ações sociais; prioriza a prevenção e busca atingir as causas que levam à violência, sem abrir mão das estratégias de ordenamento social e segurança pública. Tem como público-alvo, os jovens de 15 a 29 anos de idade, recém egressos do sistema prisional (Brasil, 2009g).

Não são somente as intervenções da PM que se alteram dependendo do perfil de quem comanda, independentemente da concordância dos coordenadores municipais e estaduais de saúde mental. Em se tratando de formulação e aplicação de políticas sociais, as sociedades se colocam à mercê de quem se põe a frente, dos que são eleitos pelo voto popular, mas que na maioria das vezes não governa para quem os elege.

Acerca das sociedades e seus chefes, Rousseau (2008) diz que a espécie humana é “dividida em manadas de bois, cada qual com seu chefe, que os aguarda para devorá-los”. O autor apresenta como exemplo, a *polítia* de Luis IX, rei da França, que suspensa na paz de Deus, o levou a cometer os abusos que cometeu em seu governo feudal, que para ele, não existiu outro tão voraz. Nessa lógica, uma das colaboradoras expõe em sua fala:

Acho que todos os fatores são de cunho ideológico e de mercado, e eu acredito que no ponto de vista de ideologia, dependendo da gestão governamental, os gestores é que dão a direção da Política. Sob o ponto de vista da aplicabilidade dele, sem dúvida não dá para se questionar (E3A).

Segundo a fala da colaboradora não se coloca em questão a aplicabilidade da Política, mas sim a direção dada a ela pelos

gestores com diferentes perfis. Assim, quando se trata de uma pessoa envolvida com a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, mobilizará todos os esforços necessários para desenvolver projetos e propor estratégias, que na perspectiva de Santos (2006) expanda o presente e contraia o futuro das pessoas. Se o gestor for uma subjetividade rebelde fará com que as experiências sejam abundantes e não as desperdiçará. No entanto, no Serviço Público é muito comum indicações para cargos de confiança, e muitas vezes, essas pessoas são subjetividades conformadas, que apenas desempenharão suas funções em seus cargos, objetivando remuneração almejada e status social.

Nessa lógica, outra colaboradora fala:

[...] falta uma Política Pública mais focada na questão da dependência química e eu desconheço qual seja o fator, mas se levanta hipóteses que de acordo com a Secretaria de Saúde que está coordenando, gerenciando o serviço, tem um olhar com um determinado foco. Assim, em alguns anos de gestões políticas ele foi melhor e em outros deu uma decaída (E4A).

É muito comum ao final de uma gestão, independentemente do âmbito em que se dê verem-se Programas desmantelados e Políticas públicas caírem por terra dando lugar a outras, que caem sob medida aos interesses hegemônicos de quem governa.

Ainda nessa lógica, uma das colaboradoras apresenta em sua fala, as tendências ideológicas de pessoas que compõem os conselhos municipais e estaduais ou que fazem consultoria para a SENAD, acerca da abstinência dos usuários de substâncias químicas, uma vez que o Ministério da Saúde propõe a redução de danos como estratégia para intervenção em álcool e outras drogas.

A colaboradora alega:

Nos conselhos de drogas e álcool nos municípios, em geral, inclusive o de São Paulo, ainda existe a idéia dos doze passos dos alcoólicos anônimos – AA, e dos narcóticos anônimos - NA. Parece que essa é a Política do álcool e outras drogas (E2B).

Essa colocação expõe as dificuldades que vivenciam os gestores municipais e estaduais para fazer prevalecer a proposta que se adequa à realidade dos usuários de substâncias químicas e sua subjetividade.

As autoras pensam que existe a possibilidades de que membros dos Conselhos municipais e estaduais de saúde desconheçam ou não compreendam os objetivos das estratégias redutoras de danos. Uma vez as compreendendo, essas subjetividades podem reformular suas convicções paradigmáticas e assim, não responderem aos interesses hegemônicos, que nessa questão, são muitos, e que manipulam direta e indiretamente as opiniões e decisões opositoras à redução de danos.

Assim, outra colaboradora continua a expor a questão:

A existência na SENAD, de consultores afinados com esse ideário e de alguma maneira fazendo uma coisa um tanto esquizofrênica [...] assim outras estratégias que deveriam caminhar juntas como propaganda, reestruturação jurídica, legislativa, entre outras, ficam capengas e não vão prá frente, ficam sujeitais a lobs e etc. e tal. Eu acho que isso é um grande problema para nós (E2C).

Rousseau (2008) diz que a soma de forças só pode surgir da cooperação de muitos. No entanto, sendo a força e a liberdade de cada homem os primeiros instrumentos de sua conservação, como ele as empenhará sem que negligencie a si mesmo? O autor completa: as pessoas tem que encontrar uma forma de associação que defenda e proteja com toda a força comum, a pessoa e os bens de cada associado, que aqui as autoras expressam como usuário, e

pela qual cada um ao unir-se a todos, obedeça a si mesmo e continue livre como antes.

O controle social realizado por meio dos Conselhos nos âmbitos federal, municipal e estadual deve estar fortalecido, para se fazer cumprir o seu papel “de controle social”, do contrário torna-se vulnerável às ações maniqueístas.

Garcia, Leal, Abreu (2008) realizaram uma reflexão realizada de como a política de enfrentamento às drogas no país tem em seu bojo uma luta entre as lógicas de segurança pública e saúde pública. Os autores defendem que esse processo se configura no embate entre a Política Nacional antidrogas instituída em 2003 pela SENAD, implantada no governo federal anterior ao vigente e modificada pelo governo atual intitulada Política Pública sobre drogas, e a Política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas. Segundo os autores, como espaços contraditórios, as políticas refletem a arena em que se confrontam interesses de diferentes ordens: dos produtores, comerciantes, governo, usuários, especialistas, entre outros.

Os embates ideológicos ocorrem em vários cenários: nos bastidores em que se concebem as políticas; nas ações intersetoriais nos três âmbitos de governo; nos conselhos federal, estadual e municipal de saúde, onde faz o controle social da aplicabilidade das políticas; no cotidiano dos serviços, onde se discute se o sujeito deve ou não fumar nas dependências dos CAPS ad, entre outras questões. Esses embates se dão também com relação às questões relacionadas à internação do usuário de substâncias químicas.

A esse respeito uma das colaboradoras expõe a seguinte idéia:

“Os hospitais gerais ainda tem forte resistência à adoção do novo modelo e ainda tem-se a existência do modelo antigo” (E2D).

A questão da internação em hospital psiquiátrico de usuários de substâncias químicas também foi abordada no capítulo anterior.

A faceta que as autoras trazem à discussão neste capítulo com relação a temática, é acerca das resistências à adoção do novo modelo que traz em seu bojo múltiplos interesses. Aliás, os embates ideológicos marcam acentuadamente as reflexões que estão sendo tecidas no presente capítulo.

Na Declaração de São José dos Campos elaborada como resultado da assembléia dos participantes do I Encontro de saúde mental em agosto de 2009 pontuou-se a reivindicação para que a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo reveja sua política de implantação de leitos para a internação de usuários de substâncias químicas em hospitais psiquiátricos.

Ao ler a declaração, a primeira reação é em repúdio à posição contrária da Coordenação de saúde mental da Secretaria às diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que é a de atender o usuário de drogas sem discriminação, o incluindo no Sistema Único de Saúde, com a internação em leito do hospital geral. No entanto, sabe-se que os trabalhadores de saúde mental que estão à frente da Coordenação são os mesmos que lutaram pela Reforma na década de 1990. Assim, as autoras supõem que essas idéias contrárias, muito provavelmente emanam das forças dos donos de hospitais psiquiátricos, indústrias farmacêuticas e médicos psiquiatras tradicionais, entre outros.

A cultura de proliferação de leitos psiquiátricos no Brasil, a fim de beneficiar interesses de terceiros, remonta a década de 1970, quando durante o governo ditatorial do Presidente Costa e Silva, o Ministério da Saúde foi ocupado por um dos maiores representantes da indústria hoteleira psiquiátrica. Naquele período triplicou o número de leitos nessa especialidade no país (Resende, 1987).

Lucchesi, Malik (2009) realizaram um estudo acerca da viabilidade de implantação de unidade psiquiátrica em hospital geral em município do Vale do Paraíba, que objetivou compreender o estigma voltado aos portadores de transtornos mentais na cultura de

hospitais gerais, enquanto fator limitante para a implantação de unidades psiquiátricas nessas instituições de saúde.

O hospital participante do estudo pertence à universidade do município, que é uma autarquia municipal, e segundo os autores, é histórica a resistência da universidade, bem como do hospital universitário, à implantação de uma unidade psiquiátrica no hospital geral – UPHG. Para Lucchesi, Malik (2009) essa resistência não se devia ao estigma ou a qualquer outra especificidade relativa à saúde mental, mas a uma visão auto-referenciada, alheia ao sistema de saúde, que restringia a incorporação de serviços mais sofisticados no hospital universitário. Enfim, a questão dos baixos custos relacionados à internação psiquiátrica foi o principal fator de resistência à implantação da UPHD.

No estudo apresentado, os autores concluem que a visão é semelhante a das demais instituições de saúde do município, que até 2006 não havia obtido o estatuto de gestor pleno do SUS, nem assumido o papel de sede do módulo assistencial microrregional. Eles pontuam que a expressão da resistência observada no estudo realizado à implantação da UPHG era reforçada por uma postura deliberadamente passiva do órgão gestor que, apesar de ter descredenciado do SUS os hospitais psiquiátricos, não estabeleceu políticas indutoras para a criação da rede alternativa em saúde mental.

Assim como no estudo citado, a principal argumentação dos profissionais e interessados na internação em hospitais psiquiátricos, seja de pessoas portadoras de transtornos psíquicos, seja de usuários de substâncias químicas, é a de que os custos da atenção dada nos CAPS são superiores ao do leito em hospital psiquiátrico.

Uma das colaboradoras se posiciona a respeito quando fala:

Sempre nos posicionamos nos embates mais duros com o pessoal que defende a outra forma de trabalhar, pois contestam dizendo que esta Política é inviável porque os custos são absurdos. Eu pergunto: e a possível

internação e o custo da hotelaria? O que é isso? Não vai tratar? (E3B).

Na verdade cada qual defende o paradigma adotado para tratar o usuário de substâncias químicas. Assim, a colaboradora continua:

[...] “para cada argumento que você possa ter, questionando o modelo extra hospitalar, você terá vinte para provar que ele é melhor, inclusive quanto aos custos” (E3C).

As autoras concordam com a colaboradora quando questiona se não vai tratar a pessoa que necessita de cuidados. Pode-se se afirmar com segurança que a internação psiquiátrica em hospital psiquiátrico não pressupõe a realização de cuidados, pois sem se tratando de hospitais que vendem leitos para o SUS, as condições de hotelaria e de cuidado são deficientes, aliás, nesses espaços quase sempre inexistente o cuidado.

Com relação ao tratamento a colaboradora coloca:

Porque só internar não é tratamento, essa é a minha opinião. Não se trata internando, porque você não aborda integralmente o ser. Tem que fazer o trabalho extra-hospitalar mesmo, para tomar conta da integridade dessa pessoa, no biopsicossocial, inserindo socialmente, articulando com outras instituições. Isso o CAPS ad faz magnificamente. De fato sou grande defensora deste modelo, tanto que eu não acredito no outro modelo (E3D).

Há de se ressaltar sempre, que é a rede de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não-governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente, alimentando-se enquanto rede – que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida (Brasil, 2004b).

Acerca da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a colaboradora continua sua fala:

Eu acho que as pessoas procuram mais o ambiente extra-hospitalar, e eu posso ter uma abrangência absurda ao número de pessoas que nos procuram, completamente diferente da internação, porque estamos aqui, e eles estão perto de nós, tanto é que já vimos isso: de 2004 para 2006, na pesquisa que fizemos na Secretaria de Estado da Saúde observamos que aumentou muito o registro do número de usuários de drogas, mas por quê? Aumentou o número de usuários? Não! Aumentou a procura, porque o serviço é acessível e é tão rápido (E3E).

A existência de um serviço próximo à residência do usuário de substâncias químicas viabiliza o seu tratamento, pois no CAPS ad ele participa das sessões psicoterápicas individuais ou grupais, recebe as doses diárias dos medicamentos, participa das oficinas terapêuticas, enfim, tem a possibilidade de ir ao serviço diariamente, dependendo da periodicidade estabelecida pelo seu projeto terapêutico individual, e de retornar para casa ao final do período de tratamento, ao que a colaboradora expõe:

Então você disponibiliza um serviço que antes não havia e se dizia: “- ah! só tem que internar!”. Agora a pessoa passa na porta, entra e vê as outras lá dentro sendo atendidas e não precisa de toda aquela confusão que envolve a internação (E3F).

Proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades/famílias/usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos são práticas que devem ser obrigatoriamente contempladas pela Política de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas, em uma perspectiva ampliada de saúde pública (Brasil, 2004b).

Uma das colaboradoras do presente estudo abordou neste capítulo acerca da redução dos índices de internação dos usuários

do serviço, porque a cuidado que é destinado a eles, segundo o projeto terapêutico individual elaborado, faz com que se tenha acentuada redução. Assim ela argumenta:

Qual é o nosso índice de internação? É baixíssimo, e olha que o Serviço só funciona de segunda a sexta-feira e fecha às 18 ou 19 horas, dependendo do paciente que estiver aqui. Porque eu resolvo! Percebe? Isso eu mostro e provo aqui no Serviço, mostramos isso o tempo todo, porque de fato eu acho que o CAPS ad é resolutivo (E3I).

As autoras concordam com a colaboradora quanto à capacidade resolutiva da atenção proporcionada no CAPS ad, que resulta em menor incidência de internação psiquiátrica. Elas salientam ainda que, de um modo geral, esse evento é observado no cotidiano de todas as modalidades de CAPS, sendo relatado pelos profissionais das equipes técnicas.

No entanto, as autoras concordam também com Nunes (2005), que afirma que essa resolutividade apenas se torna possível se o CAPS estiver bem integrado e articulado com uma rede ampla em que, além das condições mínimas e fundamentais de espaço físico, onde acontecem as atividades, tem-se a manutenção de recursos humanos em constante qualificação e aperfeiçoamento, e a contínua oferta de medicamentos essenciais no processo de tratamento dos usuários. Em acréscimo, considera-se também a existência e articulação com a unidade psiquiátrica em hospital geral, serviço ambulatorial especializado, serviços residenciais terapêuticos, programas da estratégia da saúde da família, a atuação dos agentes comunitários, e o envolvimento da comunidade como um todo, para que a rede tenha mobilidade e o CAPS seja resolutivo.

Ainda acerca da internação em hospital geral, a colaboradora expõe que:

Somente internamos o paciente quando de fato é necessário. Temos essa consciência maior, porque se eu tenho um nível de hospital geral acessível, que eu

possa dizer: - “desse nível de atendimento eu preciso...”
Por exemplo: o paciente chegou na sexta-feira e não tenho como atendê-lo. Preciso que ele fique sábado e domingo no hospital, pois na segunda-feira às 7 horas da manhã, o hospital o manda de volta para mim ou vou buscá-lo. Preciso disso e não mais do que isso para ter a garantia de que verei o paciente bem na segunda-feira. Assim, ele é beneficiado com esse regime e para isso, eu preciso ter esta continência no hospital E2J).

Se os CAPS possuem uma parceria com os hospitais gerais para que esses sejam a referência quando houver a necessidade de internação, ou ainda, proporcionar a continuidade ao atendimento realizado no CAPS durante o dia, torna-se muito mais fácil conter a crise no território. Essa parceria foi relatada por profissionais da equipe técnica do CAPS II Jabaquara, no bairro paulistano que possui o mesmo nome, a uma das autoras. Como CAPS II, o serviço não dispõe de leitos para internação, assim, possui uma parceria com o Hospital Jabaquara, que recebe o usuário no final da tarde e o devolve na manhã seguinte. Nos finais de semana e feriados, o mesmo procedimento é realizado. É exatamente esse tipo de parceria que a colaboradora acima se refere.

No entanto, segundo Lucchesi, Malik (2009) observa-se em alguns hospitais gerais o desinteresse pela prestação de serviços de saúde mental, sem que se apresente justificativa clínica ou mesmo financeira. Como exemplo, os autores citam que onze dos dezenove hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS) do estado de São Paulo, embora recebam recursos financeiros do governo estadual compatível com sua despesa, resistiram à implantação de leitos psiquiátricos a despeito da demanda por internações em suas áreas de abrangência.

O CAPS ad não possui as características de CAPS III, e, portanto, não possui leitos para internação, apenas de dois a quatro leitos para desintoxicação. As autoras pensam que o CAPS ad deveria ser classificado como uma modalidade de CAPS III, para

que a existência dos leitos fosse coerente com o atendimento em turno de 24 horas, quando se faz necessária a permanência do usuário no período noturno, durante o período de desintoxicação.

A colaboradora expressa a capacidade que um dos CAPS ad participantes do estudo tem em resolver muitas das demandas dos usuários que surgem no cotidiano do serviço.

Acho realmente que no CAPS ad vai desde casos de internação para outros extremos. Quando falo de extremos me refiro a casos de internação em UTI, eu vou internar aquele que de fato necessita. Porque até quadro de psicose chega aqui no Serviço. Não somos um CAPS III e por isso não temos internação (E3H).

Apesar da alta resolutividade do CAPS ad, duas colaboradoras apontam o número insuficiente dessa modalidade de CAPS II para atender a população brasileira dependente de substâncias químicas, como um fator que impossibilita a efetividade da Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Uma delas refere-se à questão:

“Acho que os equipamentos de saúde são poucos ainda e por isso não fazem frente à necessidade, de maneira nenhuma” (E2E).

Outra colaboradora completa:

O que precisa mudar é termos um maior número de CAPS ad. [...] a questão que acho é quanto ao número de pessoas atendidas no CAPS ad. Na Portaria o Ministério restringe o número de pessoas a serem atendidas a cerca de 180 ou 200 e poucos. Isto é um absurdo! Você não pode restringir um CAPS ad a esse número! O CAPS ad tem o potencial de atender mais, desde que tenha maior número de pessoas trabalhando. Tem é que aumentar a eficácia do CAPS ad, de fato, aumentar o número de leitos de observação de um CAPS ad, o que otimiza muito e é fantástico (E3G).

Dentre as 26 unidades federativas do Brasil e o Distrito Federal apenas seis delas tem uma boa cobertura de CAPS, sem discriminar os tipos de serviços. O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab., considera que o CAPS I dá resposta efetiva a

50.000 habitantes, que os CAPS II, CAPS I e CAPS ad dão cobertura a 100.000 habitantes.e o CAPS III, a 150.000 habitantes.

O Ministério da Saúde estabelece como parâmetros de cobertura: muito boa (acima de 0,70); cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69), cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20) (Brasil, 2009b).

Considerando os parâmetros de cobertura apresentados acima nenhum estado da Federação, incluindo o Distrito Federal não possui nem mesmo cobertura regular/boa em CAPS ad. Em quase a totalidade dos dados, os estados da Federação apresentam de cobertura baixa a cobertura insuficiente/crítica (Brasil, 2009b).

Os dados apresentados mostraram que há muito o que se fazer para que a Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas seja de fato efetiva.

Ao longo de todo o capítulo as autoras tecerão reflexões pautadas em Santos (2006) e todos os fatores que inviabilizam a aplicabilidade da Política Nacional foram apresentados e submetidos à hermenêutica dialética. No entanto, as mesmas finalizam o capítulo com uma breve reflexão, na perspectiva da classificação social, da Sociologia das ausências, do referido autor.

As autoras adotam essa categoria de análise porque ao pensar os fatores que se colocam como entraves para a efetividade da Política, estabelecem dois corpos sociais: dos existentes e dos inexistentes.

Para Santos (2006) a lógica da classificação social se assenta na monocultura das diferenças, ou seja, na hierarquia social, a classe dominante observa todas as demais como inexistentes.

Ao longo da história, o portador de transtorno mental sempre foi visto como louco, diferente, aquele que vive na desrazão. Embora este trabalho não tenha como objeto de estudo o louco, mas sim o drogado, o bêbado, o vagabundo, o descontrolado e irresponsável. A

lente que olha tanto um como o outro é a mesma, pois é a lente que os torna inexistente, porque não os enxerga.

Há alguns parágrafos acima as autoras pontuaram que os números de CAPS ad em todo o território nacional apresentam uma cobertura baixa ou insuficiente, o que significa que muito poucos usuários de álcool e outras drogas em todo o país não estão incluídos no SUS, o que os torna invisíveis, pois é como se não necessitassem dessa assistência. Aliás, essas pessoas são mesmo invisíveis, pois quando estão jogadas nas calçadas, sob o efeito da (s) droga (s) que consumiram, não são visualizadas. Na maioria das vezes, os que passam por elas não as vê, não as enxerga.

As colaboradoras trouxeram à baila algumas temáticas como, por exemplo, a dificuldade de articulação com a PM, que dependendo do comandante geral, as condutas são articuladas com os coordenadores de saúde mental estadual e municipal ou não. Elas também apontaram a racionalidade dentro da SENAD e dos Conselhos de Saúde, nos três âmbitos, para a política de abstinência do álcool e outras drogas, e não a de redução de danos, que é a estratégia adotada pela Política Nacional, além da dificuldade de articulação com os hospitais gerais, para que os mesmos disponibilizem leitos para a internação dos usuários dos CAPS ad, e da expressiva insuficiência do número de CAPS lad em todo o país. As autoras chamam a atenção para o que uma das colaboradoras chamou de cunho ideológico, aos fatores desencadeados por gestores que manipulam a Política, de acordo com suas convicções e interesses.

Por todas as considerações realizadas pelas colaboradoras, entende-se que na hierarquia social, os direitos à saúde e à inclusão social ainda não constam como possibilidades para os usuários de álcool e outras drogas, porque a sociedade brasileira como toda sociedade ocidental, na perspectiva de Santos (2006), possui uma racionalidade metonímica, pois compreende apenas o todo, e por isso, considera apenas uma lógica que governa tanto o

comportamento do todo, como o de cada uma de suas partes, desconsiderando-as individualmente. Logo, as partes são visualizadas pelo todo.

Na racionalidade da classificação social, o usuário de drogas se constitui um problema social, que não contribui para a produção do capital como os demais cidadãos e, portanto, não deve ser atribuído a ele o mesmo valor e o mesmo direito de cidadão, porque ele é compreendido como parte do todo e avaliado pelo todo. As suas demandas individuais inexistem para a sociedade, que se faz no todo.

A sociedade, segundo (Becker, 1977) é um mito vivo do significado da vida humana, que desafiadoramente estabelece significados, assim, loucos e drogados são significados não compartilhados. No entanto, a loucura não é loucura quando compartilhada, da mesma forma que o dependente de benzodiazepínicos não é considerado um drogado.

5.8 ESTRATÉGIAS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, ADOTADAS PELAS COLABORADORAS

Esta categoria será analisada sob a perspectiva da lógica de não existência, ou seja, a lógica produtivista, da Sociologia das Ausências, de Santos (2006).

Subcategorias de análise: ações direcionadas ao álcool e outras drogas na Rede - SUS; articulação com o Poder Judiciário; redução de danos x abstinência; atividades terapêuticas no CAPS.

A primeira questão abordada neste capítulo está relacionada às ações direcionadas ao álcool e outras drogas na Rede – SUS. Uma das colaboradoras apresenta, o que ela chama de política de rastreamento, como expressa a seguir:

Estamos querendo fazer uma política de rastreamento nas unidades básicas de saúde; e estamos instituindo a aplicação do ASSIST^{*}, que é um instrumento internacionalmente validado, para detectar os diferentes níveis de uso e o correto encaminhamento na Rede (E2A).

Pesquisadores de diversos países desenvolveram, sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde, um instrumento para detecção do uso de álcool e outras drogas, denominado ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). Traduzido para diversos idiomas, inclusive para o português falado no Brasil, o instrumento já teve sua confiabilidade e factibilidade testadas por muitos pesquisadores. Assim, tem seu uso considerado factível em locais de assistência primária.

O ASSIST possui algumas características como: estrutura padronizada, rapidez de aplicação, abordagem simultânea de várias

* <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20784.pdf>

classes de substâncias, facilidade de interpretação e a possibilidade de ser utilizado por profissionais de saúde de formações, que sugerem que o mesmo seja adequado para o uso em serviços de assistência não especializados (Henrique et al., 2004).

Em estudo multicêntrico coordenado pela OMS, os autores acima concluíram que a versão brasileira do ASSIST apresentou boa sensibilidade, especificidade, consistência interna e validade. Dessa forma, pode ser empregado para a detecção do uso abusivo de substâncias químicas, mas necessita de testagem quando for utilizado por profissionais de saúde na sua prática diária, em assistência primária e secundária à saúde.

Além do CAPS ad e das intervenções hospitalares para intoxicações mais agudas, outra estratégia empregada por uma das colaboradoras é apresentada a seguir:

[...] o uso de estratégias de intervenção breve como terapias comunitárias, medicinas tradicionais para usos que são menos prejudiciais [...] (E2B).

Feuerkerker, Merhy (2008) afirmam que a desinstitucionalização e a substitutividade são elementos fundamentais para a produção de novas maneiras de cuidar, de novas estratégias a serem empregadas para a promoção da saúde, em que o compromisso com a defesa da vida direciona o pacto de trabalho das equipes.

Além dos CAPS, as equipes de atenção domiciliares, os agentes comunitários de saúde e os agentes redutores de dano, na maioria das vezes se pautam pela garantia de: direito do usuário garantido pela democracia; direito do usuário desejar o cuidado; atendimento clínico e coletivo das demandas dos usuários; acolhimento e assistência na crise; construção de vínculos e referências para os usuários e seus familiares cuidadores ou equivalente; matriciamento como outras complexidades do sistema de saúde; produção de lógicas substitutivas em rede e geração e

oferta de redes de reabilitação psicossocial inclusivas. Se isso ocorre, esses serviços e estratégias tornam-se ao mesmo tempo dispositivos efetivos de tensão entre as novas práticas e o modelo hegemônico, e entre velhos hábitos e lugares que produzem melhorias reais na construção de formas sociais de intervir, cuidar do sofrimento do outro. Nesse processo, a ruptura parecer ser fundamental para a invenção.

No entanto, é imprescindível que se cuide também desses cuidadores, criando espaços de escuta e apoio, produzindo dispositivos para sua educação permanente, de maneira que o novo, a singularidade e o desafio de defrontar a vida produzam compromisso e potencialize o agir individual e coletivo desses trabalhadores.

Em estratégia coletiva para a promoção à saúde, a proposta de terapia comunitária possibilita que se desenvolvam sessões com usuários e familiares, gerando resultados muito positivos (Gianini et al., 2008).

Uma das colaboradoras abordou acerca da articulação dos gestores em saúde mental com o Poder Judiciário:

[...] estamos tentando nos articular com o judiciário para fazê-lo entender essa nova estratégia, que continua compreendendo que as pessoas precisam ser internadas. Assim, não é difícil sermos assombrados com as medidas judiciais do tipo: interna definitivamente [...] (E2C).

Para Luzio, L'abbate (2009), faz-se necessária a interlocução com o Poder Judiciário para que se tenha uma mudança na cultura jurídica das concepções acerca da doença mental e das formas de tratamento que envolve a exclusão, segregação e confinamento de pessoas com transtornos psíquicos ou dependentes de substâncias químicas, com conseqüente compreensão e aceitação dos serviços de atenção psicossocial.

As orientações dispostas no texto da Lei nº 10.216 de 2001 recriminam a lógica das instituições totais. Essa lei afirma o direito

ao tratamento respeitoso e humanizado das pessoas com sofrimento psíquico, priorizando os serviços existentes no território, em que a atenção à saúde do indivíduo se dê integralmente. Conforme essa legislação, a internação psiquiátrica se coloca como último recurso, sendo deliberada pelo parecer médico, com a devida explicação de seus motivos (Brasil, 2004b).

De acordo com a Lei nº 10.216 de 2001, independentemente das circunstâncias que motivaram a internação psiquiátrica, esta deve ser um recurso terapêutico comprometido com a reintegração social dos internos, coerente com os princípios éticos e de garantia dos direitos humanos (Correia, Lima, Alves, 2007).

Para se ter uma rede de resistência ao modelo hospitalocêntrico e dispadora de mudanças, devem existir nos municípios: um maior estímulo para a organização e participação de usuários e familiares; a integralidade dos dispositivos de saúde, da assistência social e de cultura neles existentes, objetivando construir uma rede de cuidados e reinserção social emancipadora (Luzio, L'abbate, 2009).

A colaboradora fala acerca problemática que envolve a criança e adolescente usuária de substâncias químicas e/ou portadora de transtorno psíquico.

Também instituímos um fórum, da infância em primeira instância, e no fórum mantemos uma negociação com o judiciário, com a educação e com assistência social, onde discutimos permanentemente essas dificuldades da Política, não só de álcool e outras drogas, mas de saúde mental também, para fazer compreender as várias nuances de como lida com essas diferenças (E2D).

Com relação à dependência de substâncias química, hoje se vê não somente nas metrópoles brasileiras, mas também nos municípios do interior, famílias usuárias de substâncias químicas, ou seja, os pais são dependentes e os filhos nascem e crescem na dependência. As autoras entendem essa mudança de

comportamento como sendo um fenômeno pós-moderno, e muito preocupante.

O Ministério da Justiça está estimulando os juízes de Varas da Infância e Juventude a encontrarem soluções criativas para os problemas que fazem das crianças e jovens vítimas do abandono, maus-tratos, abuso, exploração, maldade e opressão (2006f).

O Fórum Nacional da Infância e Juventude se responsabilizará em fazer o monitoramento estatístico das ações judiciais em que os jovens sejam vítimas e das atividades das Varas com competência para processo e julgamento dessas ações; propor medidas concretas para otimizar as rotinas processuais garantindo uma maior estruturação das unidades judiciárias; definir estratégias nas questões que envolvam infância e juventude e identificar ações, campanhas ou projetos já existentes e efetivos, no âmbito do Poder Judiciário implementadas sobre o tema da infância e juventude (2006f).

Com relação ao adolescente em conflito com a lei, as autoras Priuli, Moraes (2007) avaliaram que são necessários construir estratégias, planos de ações articulados e complementares, de forma ágil e competente junto à família, à sociedade civil, aos Poderes Executivo Municipal, Estadual e Federal, junto ao Ministério Público e Poder Judiciário,

As autoras citadas acima pontuam que experiências bem sucedidas em 11 estados brasileiros comprovaram a eficácia de medidas em ambiente aberto como: liberdade assistida, prestação de serviços à comunidade e a de semi-liberdade. Essas estratégias envolveram custos menores que a internação e índices mais baixos de reincidência infracional; além disso, teve como marca a criatividade, o envolvimento da família, da comunidade e das autoridades. Pontuam ainda que o reconhecimento de que o jovem em conflito com a lei é uma pessoa em desenvolvimento e que poderá superar a prática de infrações se lhe forem assegurados os

meios adequados. As autoras constataram que o adolescente é ao mesmo tempo, autor e vítima da violência.

Outra estratégia referida pelas colaboradoras como sendo adotada é a redução de danos, embora as autoras não percebam muita clareza em algumas falas, como a reproduzida a seguir:

Na verdade penso que trabalhamos com a questão das estratégias no Serviço, desde o trabalho com a questão da redução de danos, no que entendemos que pode ser feito com nossa população atendida. Não somente trabalhar com a abstinência, mas também utilizando a questão da abstinência, porque precisamos trabalhar com a questão da saúde, quando atendemos o paciente (E3A).

Entende-se que o objetivo da colaboradora é a abstinência, que é entendida como sendo uma estratégia para reduzir danos aos dependentes.

Uma vez considerado doente mental, perverso, incapaz, criminoso, a trajetória comum de um dependente de substâncias químicas está sempre entre o risco de extinção física e o completo dano cognitivo, fisiológico, moral e social, que começa antes de ser capturado pelos aparelhos de defesa da sociedade, como os sanitários e jurídico-policiais (Alarcon, 2008).

O autor considera que a possibilidade de se ter um dependente de substâncias químicas parece ser o motivo legítimo para se disparar uma série de medidas preventivas de gestão dos riscos e redução de danos, uma vez que os riscos e os danos são inerentes ao uso. Essas medidas exercem uma função social cada vez mais importante, porque uma vez fazendo uso de substâncias químicas, o dependente torna-se a confirmação da condição *sine qua non* para a gestão dos riscos, como para a redução de danos relativos ao uso.

Alarcon (2008) considera o termo redução de danos polissêmico e que não se entende como sendo “apenas as práticas

que estão sendo construídas no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira”.

A polissemia do termo redução de danos se confirma no texto a seguir, em que colaboradora refere-se à redução de danos como sendo estratégia empregada para contribuir com a saúde geral dos dependentes de substâncias químicas, como vacinação, reabilitação oral, entre outros. Ela não a relaciona às estratégias adotadas preventivamente, para que a pessoa possa utilizar a droga, com menor dano à sua saúde, à sua família e à comunidade, mas como práticas de promoção e reabilitação da saúde.

Não podemos esquecer de que se está trabalhando com pessoas, que por usarem álcool e outras drogas estão expostas a muitas doenças, a muitos riscos. Essas pessoas expostas não se vacinaram e assim realizamos a vacinação delas, por exemplo [...](E3B).

Ela completa:

Observamos a questão da saúde bucal dessas pessoas, porque elas ficam muito mal com sua aparência e existem agravos relacionados à mastigação, e tudo mais. Isso tudo resolvemos no Serviço e encaminhamos para resolver as demandas, portanto, quando se fala em redução de danos muitas vezes não se entende o que você diz quando fala: “oh! Você não pode beber”, por exemplo, se ele está com hepatite, cirrose ou com gastrite (E3C).

Marchesini et al., (2007) realizaram um estudo para identificar a prevalência de Hepatites B e C em usuários de substâncias químicas injetáveis portadores do vírus HIV – Human Immunodeficiency Virus, em São Paulo. Os autores concluíram que a elevada taxa de compartilhamento de seringas e agulhas entre os usuários paulistanos denotou que na época em que o estudo foi realizado, os programas de redução de danos ainda eram incipientes.

Para os autores, as atividades de prevenção nos serviços participantes do estudo foram pouco citadas, sendo que as de maior

impacto foram as campanhas divulgadas por rádio, TV ou jornal, o que confirma a necessidade de intensificação desse trabalho e de outras ações mais específicas para atingir a população, a fim de se reduzir a incidência de infecções virais. Entendem que a alta prevalência de hepatites B e C e o baixo nível de conhecimento acerca da doença justificam a inclusão de esclarecimentos sobre as infecções hepáticas e de vacinação contra hepatite B nas estratégias de redução de danos pelo HIV.

O serviço não disponibilizou as características sócio-demográficas dos usuários e o tipo de substância química utilizada por eles, assim as autoras não puderam confrontar as informações dadas pela colaboradora com dados acerca da tipologia das drogas.

A colaboradora se refere ao conceito de redução de danos como sendo muito amplo, o que corrobora a afirmativa de Alarcon (2008).

Para nós do Serviço, o conceito de redução de danos é muito amplo, porque agora não fazemos aqui, por exemplo, aqueles procedimentos de trocar seringas. Não utilizamos isso porque nossa população não é basicamente de usuários de drogas injetáveis. Não temos isso aqui no Serviço, pois não somos procurados por usuários de drogas injetáveis, e quando eles eventualmente nos procuram e querem se tratar, obviamente utilizaremos os mesmos procedimentos: o examinaremos, veremos o que ele apresenta e faremos o mesmo com todos. E ele provavelmente chegará à conclusão de que está usando aquilo e está piorando a sua saúde (E3D).

Des Jairlais et al., (2005) questionam como que pessoas vivendo com HIV e em acompanhamento em serviços públicos de saúde não dispõem de informações acerca da prevenção das hepatites B e C. Os autores realizaram um estudo na cidade de Nova York durante os anos de 1990 a 2001 e verificaram a redução das prevalências de HIV e de Hepatite C de 54% para 13% e 80% respectivamente, em decorrência à expansão do programa de troca

de seringas. Segundo os autores, os participantes do estudo não identificaram qualquer ação preventiva que partisse dos serviços, mas apenas aquelas procedentes da mídia.

Pautadas no texto acima, as autoras chamam a atenção para o risco que se corre quando os coordenadores de serviços que atendem usuários de substâncias químicas se fecham às estratégias de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas injetáveis.

Na perspectiva de Santos (2006) essa resistência faz parte da razão indolente metomínica e proléptica, de contrair o presente da pessoa e expandir o seu futuro, desperdiçando as experiências possíveis que lhe trariam maior expectativa de anos de vida, pois um usuário de drogas injetável que compartilha seringa com outros usuários, mais cedo ou mais tarde se contaminará com os vírus de HIV e de Hepatite C.

No texto abaixo a colaboradora expõe seu pensamento acerca do não consumo, ou seja, que a abstinência não é uma imposição por parte do serviço para que o usuário receba tratamento, o que caracteriza que o serviço embora não adote estratégias de redução de danos, não inviabiliza o tratamento para aquele que ainda não deixou de consumir, embora a abstinência seja o objetivo maior.

No entanto, não é uma obrigatoriedade que para frequentar o Serviço, a pessoa pare de beber. Ninguém pára de beber ou de cheirar assim e não é a condição para receber tratamento, mas às vezes, dependendo do quadro clínico, precisamos orientar bem esse paciente para que ele possa decidir. Muitos acabam ficando em abstinência e tocam sua vida normalmente (E3E).

O consumo abusivo de álcool e outras drogas traz múltiplas conseqüências ao organismo como enfermidades do fígado, pâncreas, estômago, pulmões, sistema cardiovasculares e cerebrais, além da associação de transtornos psíquicos. As condições de

adecimento associados à dependência de substâncias químicas são chamados de comorbidades.

Com relação às co-morbidades a colaboradora expõe que:

Outros, de fato, em razão da suas comorbidades não conseguem parar de consumir e então temos que trabalhar no sentido de informá-lo, para tomar consciência dos riscos aos quais ele está exposto o tempo todo, para ele decidir. Aí não tem o que fazermos para ele parar, porque às vezes há casos mais fáceis, mas em outros, as co-morbidades dificultam muito o atendimento (E3F).

Rodrigues (2008) realizou um estudo para identificar o perfil de pacientes internados para tratamento de transtornos decorrentes do uso de substâncias químicas e avaliar a prevalência de comorbidades psiquiátricas. Realizado no período de dois anos, com uma amostra de 117 pacientes, o estudo obteve as informações nos prontuários dos participantes. Os resultados mostraram que 84,62% eram homens e 15,38% mulheres, sendo que a maioria estava sem vínculo empregatício. A média da faixa etária dos participantes era de 25 a 34, mas que se apresentou maior entre os usuários de álcool, que também apresentam um tempo médio de 22,4 anos de consumo.

No estudo, as mulheres possuíam como nível de escolaridade, o terceiro grau incompleto e entre elas prevaleceu o consumo de maconha. Os solteiros mostraram preferência pelo consumo da cocaína e os casados pelo álcool. Dentre as substâncias químicas, a prevalência de consumo foi de cocaína e o diagnóstico comórbido foi o transtorno afetivo bipolar.

Sousa et al., (2009) realizaram um estudo para estudar os fatores de risco para as doenças cardiovasculares entre alcoolistas e detectaram outros fatores de risco para a hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares, além do uso abusivo de álcool. Os autores observaram que essas doenças estavam presentes nos participantes do estudo e concluíram que os profissionais de saúde

que cuidam de usuários de álcool atuem na prevenção e controle de doenças cardiovasculares, a fim de reduzir as complicações causadas por essas doenças.

Outra estratégia adotada por uma das colaboradoras do presente estudo refere-se às oficinas terapêuticas. Neste sentido, uma colaboradora se expressa:

“Otimizar o tempo do usuário, tirando o foco da droga e tratando da reabilitação, da inclusão, da reinserção social” (E4A).

As oficinas terapêuticas e as cooperativas sociais são dispositivos da atual Política nacional de saúde mental, que tem por objetivo se diferenciar das práticas antecessoras, decorrentes da idéia de recorrer ao trabalho como recurso terapêutico, ou seja, como estratégia de tratamento moral. Nessa lógica, entende-se que as oficinas não são uma forma inaugural de lidar com a loucura, mas torna-se positiva quando um de seus objetivos é também intervir no campo da cidadania. Dessa forma, ao atuar-se no campo social, contribui-se também para a possibilidade de transformação da realidade atual, no que se refere ao tratamento psiquiátrico (Valladares, 2009).

A transformação da realidade atual, na perspectiva de Santos (2006) é expandir o presente dos usuários de substâncias químicas e contrair o futuro, propondo experiências que concorrerão à reabilitação psicossocial, que as autoras entendem ser na óptica do referencial adotado para o presente estudo, a emancipação social do sujeito. A seguir, as autoras apresentarão o conceito de reabilitação psicossocial trabalhados na Reforma Psiquiátrica Brasileira por (Pita, 1996; Saraceno, 1999).

Pita (1996) questiona que para se pensar em reabilitação psicossocial é preciso definir quem será o sujeito das políticas e práticas reabilitadoras: o exército de moradores cronificados dos hospitais psiquiátricos? Os milhares de des-habilitados que vão se produzindo às margens de uma sociedade desigual e intolerante para com seus homens e idiosincrasias? Que tem como alternativa

de sobrevivência a via marginal, sem nunca ter tido a chance de se habilitar em coisa alguma?

Segundo a OMS (2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar as possibilidades de recuperação das pessoas e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através de insumos individuais, familiares e comunitários.

Para Saraceno (1999) a reabilitação não é pura substituição da desabilitação pela habilitação, mas o conjunto de estratégias destinadas a aumentar as oportunidades de trocas de recursos e de afetos, e é somente no interior dessa dinâmica de trocas que se obtém um efeito habilitador. Assim, a reabilitação é um processo em que se estabelece espaços de negociação para o indivíduo, para sua família, para a comunidade ao seu redor e para o serviço que assiste esse usuário. A dinâmica de negociação é constante e não pode ser codificada de uma vez por todas, uma vez que os atores e os poderes em jogo são muitos e multiplicantes.

Pinho, Oliveira (2009) pontuam que é nessa perspectiva que se insere a dialética da Reabilitação Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas, no sentido de se desenvolver estratégias e ações intra-setoriais e intersetoriais que sejam efetivas e que tenham como propósito habilitá-los a assumir sua condição de sujeito social.

A colaboradora apresenta a seguir, as oficinas terapêuticas como estratégia para a reabilitação psicossocial dos usuários de substâncias químicas:

Então, não tem como tirar o indivíduo da droga se você não oferecer algo para ele que lhe dê prazer. Assim, uma das estratégias são os trabalhos oferecidos, as oficinas temáticas, de geração de renda com uma visão social e incluir os familiares daqueles que ainda tem, porque muitos chegam para nós já sem seus familiares (E4B).

Segundo Pitta (1996) a reabilitação psicossocial se constitui como um arcabouço conceitual que anima pessoas, grupos e países a desenvolverem programas eticamente responsáveis, que deem conta de todas as demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem, assim como a dependência de substâncias químicas. Para a autora não se trata de técnicas específicas para populações específicas, pois reabilitação é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidado para pessoas que são vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais, que necessitam de cuidados igualmente complexos e delicados.

A colaboradora apresenta vários tipos de oficinas propostas no serviço que atendam ao perfil dos usuários:

Quando digo que temos 56 oficinas de geração de renda; oficinas temáticas; grupos de dança; musicalidade e corporeidade, assim, tiramos a droga de foco e nossa estratégia é focar em um outro olhar que lhe dê prazer, entendemos que quem está aí trabalhando na saúde mental, na perspectiva de álcool e outras drogas entende que a droga vem para saciar algo, uma ausência de prazer (E4C).

Neste sentido, a colaboradora mostra-se sensível à singularidade de cada usuário em tratamento no serviço, procurando atender às demandas individuais de cada um deles.

Para Pitta (1996) no contexto em que a sociedade pós-moderna existem pessoas, grupos, movimentos de usuários, organizações, profissionais e governos vem produzindo uma contrapolítica, em que a solidariedade e responsabilidade para com as pessoas que tem suas atividades limitadas pela dependência de substâncias químicas e/ou transtornos psíquicos atualizando a rede histórica que tem Ulisses Pernambuco, Nice da Silveira, e movimentos sociais como o dos trabalhadores de saúde mental, entre outros.

Na perspectiva de Santos (2006) essas pessoas são as subjetividades rebeldes que marcaram a história da saúde mental brasileira.

Pita (1996) faz uma analogia quando afirma que falar em reabilitação psicossocial no Brasil, é estar ao mesmo tempo falando de amor, ira e dinheiro. Amor pela possibilidade dos profissionais realizarem o seu trabalho sendo amorosos, capazes de exercitar a criatividade, amizade e fraternidade no fazer cotidiano; ira traduzida na indignação saudável contra o cinismo das políticas técnicas e sociais para a inclusão dos diferentes; e dinheiro para transformar as políticas do desejo em políticas do agir, incluindo a preocupação com o destino dos poucos recursos que tem a incubência de reduzir as formas de violência que exclui e segrega um grande número de brasileiros.

A analogia apresentada leva as autoras a pensar em outra analogia feita por Santos (2006), já descrita no capítulo dois, acerca da corrente fria, que é definida por ele como a consciência dos obstáculos e a corrente quente é a vontade de ultrapassá-los. Na analogia, o autor afirma que a corrente fria é necessária para que o indivíduo seja racional e não se engane quanto aos objetivos que verdadeiramente concorram para a emancipação dos sujeitos, já a corrente quente é representada pela subjetividade, pelos afetos, que impulsionam o profissional a transformar as políticas do desejo, em políticas do agir.

Verifica-se que a heterogeneidade é de fundamental importância na complexa problemática do consumo de álcool e outras drogas, uma vez que afeta as pessoas de distintas maneiras e por diferentes razões. Nesse sentido, a estratégia da Reabilitação Psicossocial surge como uma resposta às diversas necessidades do usuário, respeitando sua singularidade, partindo da construção de um projeto terapêutico sensível à ocorrência de uma ou mais comorbidades, uma vez que o indivíduo que não as apresenta se

mostrará mais resistente à adesão ao tratamento (Pinho, Oliveira, 2009).

Acerca do usuário de álcool, a colaboradora fala:

O público de álcool é um público que devido à cultura de aceitação do consumo do álcool como algo natural tem outro tipo de comportamento dentro da clínica. Assim para cada público existe uma temática, para cada indivíduo temos um projeto terapêutico individual e fazemos o encaminhamento de acordo com o que a gente entende ser a sua necessidade (E4D).

As principais hipóteses levantadas e discutidas no meio científico estão relacionadas ao déficit de habilidades sociais, enquanto fator de risco para o abuso de substâncias químicas, privando o indivíduo a desenvolver um repertório bem elaborado de habilidades sociais, aos diferentes estilos interpessoais, determinando o comportamento de beber e à ansiedade social, como produtora de abuso de substâncias (Aliane, Lorenço, Rondani, 2006).

As oficinas terapêuticas empregadas como estratégia para a reabilitação psicossocial é para Santos (2006) sair da lógica produtivista do capitalismo, em que tudo o que é produzido fora do cânone, da cultura de produção capitalista é considerado não existência, ou seja, é desqualificado.

Na perspectiva de Santos (2006) a lógica produtivista ou da monocultura da produtividade capitalista hegemônica, na qual o crescimento econômico é racionalmente inquestionável. A natureza e o trabalho estão a serviço dessa lógica, assim, o estéril e o desqualificado para o trabalho são descartados. As formas alternativas de produção, como os modos familiares da agricultura orgânica, a produção em pequena escala, como os trabalhos artesanais são atrasados e primitivos. Nessa lógica, os recursos naturais e humanos devem ser explorados de forma predatória, em nome do desenvolvimento econômico (Pizzio, Veronese, 2008).

A experiência de trabalho nas oficinas é positiva quando uma de suas funções é o de gerar cidadania. Dessa forma, atuando no campo social agrega na realidade atual do usuário, como possibilidade de transformação (Valladares et al., 2008).

As possibilidades de emancipação entendidas na forma de acesso e cidadania devem ser dar no espaço público, e é nesse âmbito que se encontram as possibilidades de rompimento com a dependência social e a desqualificação social das pessoas vulneráveis, o que permite analisar o conjunto de resistência à dominação, que Santos (2006) chama de cosmopolitismo subalterno. Esse conceito traduz a grande diversidade de práticas, movimentos sociais, concepções alternativas de vida, de economia, sociedade, comércio e comunidade. O termo cosmopolita aqui não quer dizer cidadão do mundo, mas o de poder apropriar-se de uma condição globalizada e irmanada de pessoas e culturas de outros lugares, na busca de outro mundo, possível a partir da globalização da esperança e da solidariedade. Ao muitos projetos e lutas progressistas globalizadas, o autor denomina cosmopolitismo subalterno (Pizzio, Veronese, 2008).

Borges (2008) realizou um estudo em buscou compreender as bases epistemológicas e éticas relacionadas ao modo de cuidar de parteiras e benzedeiras. A abordagem na perspectiva de Santos (2006) permitiu a compreensão do conhecimento como produção e não como apropriação linear a realidade das participantes. O ritual do cuidado das parteiras e benzedeiras ganhou significado no contexto de sua produção, ratificando o caráter de resistência do saber do senso comum, pela sua importância na manutenção da vida.

A autora conclui que é importante investir no diálogo permeado por uma razão racionalmente sensível, capaz de elaborar uma ciência humanamente transformadora e inclusiva. Uma nova ciência da saúde exige a intermediação entre a teoria, o contexto e a intersubjetividade dos agentes envolvidos no processo de cuidar.

Santos (2006) afirma que a sociologia das ausências opera substituindo monoculturas por ecologias, que segundo o autor é a prática de agregação de diversidade pela promoção de interações sustentáveis entre entidades parciais e heterogêneas. Assim para cada monocultura apresentada na sociologia das ausências, o autor propõe uma ecologia.

A tese de Santos (2006) em que se sustenta a sociologia das ausências na monocultura do saber e do rigor científico afirma que não há saberes nem ignorâncias completas, assim, visa substituir a monocultura do saber científico por uma ecologia dos saberes, assim, ela se concretiza por meio do confronto entre o sensu comum e o saber científico, e transita no campo das experiências sociais, ricamente moldadas numa perspectiva situacional (Borges, 2008).

Em outras palavras, em uma ecologia de saberes, a ignorância não é necessariamente um ponto de partida ou estágio inicial. Poderá ser o esquecimento de algo aprendido e que não foi suficientemente importante para não ser esquecido. Dessa forma, é crucial questionar se o que se está aprendendo é válido ou se deverá ser esquecido ou desaprendido. No entanto, a busca de credibilidade para os conhecimentos não científicos não implica no descrédito do conhecimento científico. Implica pura e simplesmente a sua utilização de forma contra-hegemônica (Santos, 2006).

A segunda lógica, a da monocultura do tempo linear é confrontada por uma ecologia das temporalidades. O sociólogo coloca que as relações de dominação mais resistentes são as que assentam nas hierarquias entre as temporalidades que continuam a ser constitutivas no sistema mundial. Essas hierarquias reduzem as experiências sociais à condição residual. As experiências são residuais porque são contemporâneas, de forma que a temporalidade hierárquica, em seu tempo linear não é capaz de reconhecê-las.

A diversidade dos códigos temporais dos movimentos e organizações luta contra a exclusão e a discriminação produzida ou

intensificada pela globalização neoliberal convida ao desenvolvimento de um novo tipo de literacia temporal, que Santos (2006) denomina multitemporalidade. A compreensão dos diferentes ritmos só se dará em um literacia multitemporal.

Para a terceira lógica da produção de ausências, que é a da classificação social, Santos (2006) propõe a ecologia dos reconhecimentos. Nessa lógica a desqualificação incide prioritariamente sobre os agentes e sobre as experiências sociais de práticas e saberes de que são protagonistas.

Segundo Santos (2006), as lutas feministas, pós-coloniais, camponesas, dos povos indígenas, dos grupos étnicos e dos homossexuais trouxeram à baila um âmbito mais amplo de subjetividades e temporalidades. Ao alargar o círculo da reciprocidade, o das diferenças iguais, a ecologia dos reconhecimentos estabelece novas exigências de inteligibilidade recíproca.

A ecologia das trans-escalas é a proposta de Santos (2006) à quarta lógica que é a do universalismo abstrato e da escala global. Trata-se de um falso universalismo, pois é constituído pelos princípios gerais e abstratos como: o livre comércio, democracia, primado do direito, individualismo e direitos humanos.

Por esta via, verifica-se que não globalização sem localização e que da mesma forma que há globalizações alternativas, também há localizações alternativas. A sociologia das ausências opera des-globalizando o local em relação à globalização de impacto e explorando a possibilidade de re-globalizar como forma de globalização contra-hegemônica. Dessa maneira, muitos dos movimentos sociais emancipatórios das últimas décadas começaram como lutas locais travadas contra a exclusão social imposta ou reforçadas pela globalização neoliberal, no entanto, recentemente desenvolveram articulações locais/globais mediante as quais se globalizaram de forma contra-hegemônica (Santos, 2006). Como exemplo tem-se os índios da reserva Raposa Serra do Sol, que em

2008 fizeram turnê por vários países da Europa, para conseguir apoio externo para que o governo brasileiro fosse pressionado a garantir a proteção da reserva. A iniciativa foi uma frente de oposição contra a idéia do governo de garantir que os conflitos na Amazônia não ganhem uma dimensão internacional*.

Por fim, a ecologia das produtividades de Santos (2006) se opõe à monocultura produtivista consiste na recuperação e valorização dos sistemas alternativos de produção, das organizações econômicas populares, das cooperativas operárias, da economia solidária e das empresas autogeridas, entre outras, que o cânone produtivista capitalista ocultou e desacreditou. Como já referido anteriormente, as oficinas terapêuticas empregadas nos CAPS ad são classificadas na ecologia das produtividades.

* <http://defesabrazil.com/site/notdelacias/noticias/indios-da-raposa-serra-do-sol-vao-a-europa-buscar-apoio.php>

5.9 ESTRATÉGIAS A SEREM IMPLEMENTADAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Esta categoria será analisada sob a perspectiva da lógica de não existência, ou seja, a lógica produtivista, da Sociologia das Ausências, de Santos (2006).

Subcategorias de análise: política específica para as outras drogas, além do álcool e tabaco; adequação das leis trabalhistas; abrangência populacional; número de leitos de observação no CAPS ad; número de profissionais na equipe técnica; ações comunitárias desenvolvidas pela equipe técnica do CAPS ad; avaliação da efetividade dos CAPS; cultura e lazer; e dependência do usuário à equipe técnica do serviço.

Em 30 de março de 2006, o Ministério da Saúde aprovou a Política de Promoção da Saúde por meio da Portaria nº 687.

O texto da Política traz estratégias de prevenção e controle do tabagismo como: ações educativas, legislativas e econômicas; ações educativas de sensibilização da população para a promoção de comunidades livres de tabaco, divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos; articulações com a mídia para divulgação de ações e de fatos que contribuam para o controle do tabagismo em todo o território nacional; promoção de ambientes de trabalho livres de tabaco; e articulação com MEC/Secretarias Estaduais e Municipais de Educação para o estímulo e iniciativa de Promoção da Saúde no ambiente escolar (Brasil, 2006).

Em 22 de maio de 2007, o presidente da República em exercício assinou o Decreto nº 6.117 que regulamenta a Política Nacional do Álcool (Brasil, 2007).

Conforme apresentado em capítulo anterior, a Política Nacional do Álcool tem por objetivos os princípios fundamentais à

sustentação de estratégias ao enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, priorizando a intersectorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo desta substância, assim como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira (Brasil, 2007).

Uma das colaboradoras do presente estudo refere-se às políticas para outras drogas especificamente, como uma estratégia a ser implementadas pelo Ministério da Saúde.

[...] acho que as políticas para as demais drogas deveriam seguir o mesmo exemplo, não deveriam parar só na publicação da lei. Acho que a regulamentação dela à semelhança do que aconteceu com o tabaco, por exemplo, no que diz respeito à propaganda, aos ambientes, à venda e ao uso, precisa estar pensado e construído (E2A).

No dia 7 de agosto, no Estado de São Paulo, entrou em vigor da uma nova legislação antifumo, por meio da qual tornou-se proibido fumar em ambientes fechados, de uso coletivo como bares, restaurantes, casas noturnas e outros estabelecimentos comerciais. Mesmo os fumódromos em ambientes de trabalho e as áreas reservadas para fumantes em restaurantes tornaram-se proibidas. A nova legislação estabelece ambientes 100% livres do tabaco (Governo do estado de São Paulo, 2009).

Segundo o governo estadual, a medida acompanha uma tendência internacional de restrição ao fumo, já adotada em cidades como Nova York, Londres, Paris e Buenos Aires, uma vez que inúmeros estudos realizados comprovaram os males do cigarro não apenas para quem fuma, mas também para aqueles que se vêem expostos à fumaça do cigarro. É principalmente a saúde do fumante passivo que a nova lei buscou proteger, porque de acordo com dados da OMS, o fumo é a terceira maior causa de mortes evitáveis no mundo (Who, 2003; Governo do estado de São Paulo, 2009).

A segunda questão abordada pela colaboradora foi com relação às leis trabalhistas brasileiras, se expressando no texto a seguir:

Acho que as leis trabalhistas precisam ser repensadas à luz da nova realidade de álcool e drogas. As nossas leis trabalhistas são da época de Getúlio Vargas e elas são muito, muito, muito radicais, muito duras (E2B)

As leis trabalhistas vigentes no Brasil foram deliberadas pelo Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943, pelo Presidente da República Getúlio Vargas. A consolidação das leis do trabalho - CLT entrou em vigor no dia 10 de novembro daquele ano, unificando toda legislação trabalhista então existente no Brasil. Seu principal objetivo é a regulamentação das relações individuais e coletivas do trabalho, nela previstas (Brasil, 1943).

Embora as leis trabalhistas vigentes sejam muito duras em algumas questões, como por exemplo, com relação ao dependente de substâncias químicas, as autoras pensam que a flexibilização da Lei poderá contribuir em alguns aspectos e prejudicar o trabalhador em outros, como por exemplo, a contratação formal do trabalhador; a contribuição do empregador para com o recolhimento do funcionário para o INSS com 12%; a garantia do fundo de garantia, entre outros.

A colaboradora expressa ainda:

Elas não facilitam nem a contratação das pessoas, nem mesmo a manutenção delas, assim, se o individuo for pego fazendo uso de álcool e outras drogas, e se a empresa não teve uma modernização interna, sua vontade é mandá-lo embora e o destino dessa pessoa é muito triste. Acho que tem que ter uma modernização nesse sentido (E2C).

Segundo Antunes (2006), no contexto atual da chamada economia globalizada, o capitalismo exige dos governos nacionais a flexibilização, que na concepção do autor é "precarização" da legislação do trabalho, o que significa o desmonte dos direitos que foram conquistados ao longo de muitas lutas e embates operários.

Nessa lógica capitalista claramente destrutiva, os governos nacionais estão sendo pressionados a adequar sua legislação social às exigências do sistema global capitalista, destruindo profundamente os direitos do trabalho.

A colaboradora completa:

A lei deveria se voltar um pouco mais para a pessoa que está trabalhando e que é dependente químico, porque se pressupomos a reinserção social do indivíduo, o trabalho é importante, e se as leis não estiverem afinadas com isso (E2D).

Segundo Roberto et al., (2002) para conseguir-se modificações na cultura há muito estabelecida, que concebe o uso de drogas como algo natural no ambiente de trabalho, as intervenções devem ser dirigidas à organização como um todo, o que pode ocorrer por meio de uma política institucional, com a implantação de programas sistemáticos que integrem intervenções de saúde e medidas administrativas, que sejam legitimadas formalmente pela organização

Os autores acima consideram fundamental que as intervenções aliem medidas administrativas a intervenções de saúde, com a oferta de tratamento pelo credenciamento de serviços diversificados acessíveis aos funcionários, abrindo perspectivas para a resolução de situações de conflito interpessoais, como relativas a questões de trabalho, o que implica em reavaliação das relações na instituição.

Estudo realizado por Castro (2002) com trabalhadores alcoolistas de uma instituição de ensino superior pública do município do Rio de Janeiro, revelou que de um modo geral, os trabalhadores foram indicados ao tratamento pela própria chefia e os mesmos admitiram que essa iniciativa foi em decorrência à diminuição do desempenho produtivo dos mesmos. A autora concluiu que os servidores públicos federais participantes do estudo, consideravam-se de certa forma estáveis, pois não receavam a

demissão. No entanto, sentiam-se ameaçados a entrarem em licença médica ou aposentadoria, devido ao consumo abusivo do álcool, pois se isso acontecesse lhes trariam um sentimento de humilhação, uma vez que dessa forma, seriam considerados inaptos socialmente, ou melhor, “inúteis”.

De acordo com Vaissman (2004), o alcoolismo é a terceira causa para absenteísmo no trabalho, o fator que mais determina os acidentes no trabalho e que mais frequentemente leva as pessoas a se aposentarem precocemente, além de ser a oitava causa para concessão de auxílio-doença pela Previdência Social.

A segunda questão abordada por uma das autoras foi com relação à abrangência populacional que é determinada pela Portaria nº 336 de 2002 (Brasil, 2002a).

A mesma colaboradora em capítulo anterior pontuou a abrangência como imposição da abrangência populacional como uma fragilidade da Política Nacional de Saúde Mental que repercute sobre a Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Sua fala a respeito é:

“Acho que primeiramente deva se implementar na questão da abrangência populacional” (E3A).

A colaboradora refere-se à determinação do Ministério da saúde para que um município tenha uma população de 20 a 70 mil habitantes para se implantar um CAPS I, por exemplo. Se hipoteticamente, um município que não disponha de um serviço de saúde mental e que tenha alta prevalência de transtornos psíquicos e conseqüentes internações psiquiátricas, mas com uma população de aproximadamente 15 mil habitantes, o mesmo terá que fazer um consórcio com outro município igualmente pequeno para implantar um CAPS I? Atualmente, os processos de credenciamento de um CAPS junto ao Ministério da Saúde levam aproximadamente dois anos. Para o município se articular com outro, a fim de comporem o consórcio e buscarem o credenciamento será consumidos um tempo maior ainda. Essas dificuldades impostas fazem com as pessoas

usuárias de álcool e outras drogas e/ou com transtornos psíquicos em muitos municípios fiquem na desassistência.

A colaboradora suscita ainda outra questão, agora relacionada ao número de leitos de observação no CAPS ad.

[...] em segundo lugar é aumentar o número de leitos de observação no CAPS ad, pelo menos um leito é o que diz na Política. Pelo menos um não! É preciso ter mais leitos, principalmente quando se está em municípios distantes que não se tem como encaminhar essas pessoas para hospitais gerais (E3B).

Evidentemente que a colaboradora não traz a questão à tona pensando no serviço em que trabalha, pois além de se localizar no município de São Paulo, funciona como um Centro de referência na área e tem uma estrutura física, de recursos humanos e um rol de atividades que provavelmente nenhum outro serviço no Brasil dispõe. Ela levanta a questão porque outros coordenadores compartilham as dificuldades do cotidiano, o que a torna sensível à temática.

As autoras não encontraram no texto da Política Nacional nenhuma menção à existência de leitos de observação ou desintoxicação nos CAPS ad e a Portaria nº 2.197 de 2004, que redefine e amplia a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. A Portaria nº 336 de 2002 faz uma única menção a obrigatoriedade de se ter leitos de desintoxicação e repouso no serviço no parágrafo segundo do artigo V (Brasil, 2002a), conforme citação a seguir:

A criação do Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHR-ad) não exclui a obrigatoriedade da existência de leitos para desintoxicação e repouso, conforme previsto pela Portaria nº 336/02/GM, mencionada anteriormente (Brasil, 2004).

Dessa forma, as autoras entendem que ao referir-se aos leitos de observação, na verdade a colaboradora está se referindo aos leitos para desintoxicação, que são citados na Portaria nº 336 de

2002, como uma das características dos CAPS ad, que é manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso (Brasil, 2002a).

O tema acerca do número de profissionais que compõem a equipe técnica mínima é trazido à dialética como uma das estratégias a serem implementadas na atual Política nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Em capítulo anterior foi apresentada a composição da equipe mínima para o CAPS ad que consta de: um médico clínico geral responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (Brasil, 2002a).

A respeito da questão, a colaboradora alega que:

Também deve ser revisto o número e o tipo dos profissionais da equipe porque acho que fica muito vago quando a Portaria coloca assim: um médico psiquiatra, um enfermeiro, e outro profissional. Ah! Isso não existe! Você tem que definir quais profissionais que vão trabalhar (E3C).

As autoras entendem que a colaboradora considera que a Portaria deveria discriminar quais devem ser os profissionais da equipe técnica e não colocar como opções, como faz.

Em estudo realizado por em um CAPS no Rio Grande do Sul, Mielke et al., (2009) descreveu a equipe técnica que compõe o serviço, sendo formada por: uma médica psiquiatra, um médico clínico geral, duas enfermeiras, três auxiliares de enfermagem, três psicólogas, uma assistente social, uma artista visual, uma artesã, dois professores de educação física, uma professora de música, dois merendeiros, uma profissional de serviços gerais e três burocratas, totalizando 22 profissionais de níveis médio e superior.

Com relação ao serviço onde trabalha, a colaboradora contextualiza:

No serviço eu tenho todos: tenho psiquiatra, psicóloga, assistente social, médico clínico, médico neurologista, fisioterapeuta e nutricionista. Alguém pode perguntar: “ah! mas por que um nutricionista no CAPS ad?” Eu respondo: Quem que cuida da dieta dos alcoolistas, dos hipertensos que ficam aqui, que precisam comer aqui! Como é isso? Como é que eu fico com os pacientes tabagistas que começam a parar de fumar e começam a engordar? Quem é que vai dar orientação nutricional a eles? [...] (E3D).

Embora a Portaria não mencione o profissional de nutrição, a colaboradora considera que esse profissional é fundamental para a atenção à saúde dos usuários do serviço onde trabalha, porque elabora o programa de dieta para os que necessitam. No serviço em questão a alimentação dos usuários é preparada no local e isso justifica a presença de um nutricionista na equipe. No entanto, em muitos serviços a alimentação é fornecida por terceiros, o que não a requer.

A colaboradora continua:

Tenho que ter outros profissionais nessa equipe, e do jeito que é posto acho que as estratégias ficam bem dificultadas, principalmente quando se vai trabalhar com atividade externa, que a Portaria do CAPS ad preconiza, e assim fico dividida entre qual atividade optar. Quem vai hoje para rua? (E3E).

Segundo a Portaria nº 336 de 2002 também fazem parte do rol de atribuições do CAPS ad, as visitas domiciliares; os atendimentos à famílias dos usuários e as atividades comunitárias, enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social (Brasil, 2002a).

Com o número de profissionais prescrito pela referida Portaria fica realmente difícil para a equipe técnica realizar as atividades intra-CAPS e as atividades nos espaços comunitários, incluindo-se

aí as visitas domiciliares. Isso as autoras percebem quando levam seus alunos da graduação em estágio de saúde mental em serviços desse tipo.

As atividades voltadas para a comunidade são muito importantes para se trabalhar o paradigma acerca do sofrimento psíquico e a inserção e do usuário de álcool e drogas e/ou portador transtorno psíquico.

Fechando a questão da dimensão da equipe técnica do CAPS ad e as atribuições da mesma, a colaboradora completa:

[...] você tem que ter a equipe maior que lhe possibilite ter ações comunitárias, de fato na rua, para ajustar o CAPS ad para que se possa potencializar internamente aquilo que se faz com campanhas e com vários outros procedimentos: pesquisas, levantamentos que se tem que fazer local e regionalmente. Isso é papel do CAPS ad, mas como? Com a equipe que ele tem hoje? É impossível de se fazer! (E3F).

Outra questão abordada por uma das colaboradoras foi a respeito do sistema de avaliação da efetividade dos CAPS.

Na fala da colaboradora

Outra estratégia é a avaliação. Acho que se precisa começar a avaliar a efetividade dos CAPS ad, de fato, porque eu tenho a crença e eu estudo o que faço aqui, então eu sei que é bom. Precisamos ter efetividade, e saber o que de fato está se resolvendo em termos de saúde, porque o CAPS ad é um Equipamento de saúde pública. (E3F).

O CAPS é uma proposta de espaço de reabilitação psicossocial, de inserção, de resgate da autonomia e da identidade, e por isso precisa ser questionado permanentemente. Se não for dessa maneira, corre-se o risco de reproduzir, nos CAPS, o mesmo espaço de cronificação, comum no hospital psiquiátrico.

Esses serviços também precisam investir mais em sua potencialidade para o atendimento de crises e quadros agudos, introduzindo tecnologias voltadas para uma clínica ampliada, que

permitam ao usuário e sua família ter em seu espaço o suporte nos momentos em que o sofrimento é muito maior.

A não responsabilização pelas crises pode caracterizar como natural o encaminhado do usuário para o hospital psiquiátrico, com o risco de tornar o CAPS um serviço complementar e paralelo a essa instituição. Na verdade o que se espera é que os CAPS sejam dispositivos transformadores que resultem na extinção dos hospitais psiquiátricos, pela efetiva assistência às pessoas que dela necessitam (Wetzel, Kantorski, 2006).

A avaliação dos CAPS pode ser compreendida e utilizada como um instrumento para a efetividade das práticas psicossociais, no contexto da mudança paradigmática na área da saúde mental, tendo como atores os diversos usuários, familiares e profissionais, entre outros (Wetzel, Kantorski, 2006; Mielke et al., 2009).

A Portaria nº 678 de março de 2006, Institui a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS – O avaliar CAPS (Brasil, 2009c).

O Avaliar CAPS foi realizado pela terceira vez em 2008. O Instrumento tem como objetivos o levantamento de informação sobre os serviços, possibilitando a caracterização dos CAPS, o efetivo acompanhamento da assistência prestada aos usuários, além da estimativa de qualidade e proposição de indicadores. O Avaliar CAPS é um instrumento de gestão, de produção de informação nos serviços e de oportunidade para uma reflexão diante das práticas cotidianas nos serviços de saúde mental (Brasil, 2009c).

Em 2008 responderam ao Avaliar CAPS 1041 serviços, sendo: 464 CAPS I, 315 CAPS II, 33 CAPS III, 146 CAPS ad e 83 CAPS i, que representa 78,51% dos CAPS cadastrados do País. Participaram da avaliação 58 CAPS que ainda não foram cadastrados.

O percentual de CAPS avaliados foi considerado bastante satisfatório e representativo como participação no processo de

avaliação. Os resultados estão sendo analisados pela área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que serão utilizados de subsidiarem as instâncias gestoras federal, estaduais e municipais com informações que deem um panorama da assistência em saúde mental nos CAPS do território nacional e possibilitem a proposição de indicadores de qualidade específicos para este tipo de serviço (Brasil, 2009c).

A avaliação se faz necessária, mas para a sua efetividade é preciso que estejam estabelecidos os indicadores, que lhe darão um norte. Se os serviços não tem parâmetros para avaliar o trabalho que está sendo desenvolvido corre-se o risco de haver uma acomodação dos envolvidos e engessamento das estratégias empregadas. No entanto, os serviços avaliados devem ter acesso aos resultados da avaliação, para que os profissionais das equipes técnicas saibam quais são as potencialidades e fragilidades dos mesmos, a fim de que o processo avaliativo, de fato, avance. Do contrário, a avaliação será apenas pró-forma.

Uma das colaboradoras apresentou como questão as estratégias de cultura e lazer desenvolvidas pelos serviços e o quanto elas modificam de pessoa para pessoa que está na coordenação do serviço.

Falta a inserção de cultura e lazer, porque fica muito focado de gerente para gerente. Se eu sou uma gerente dinâmica vou procurar o que tenho, propicio passeio, vou otimizar e utilizar os parques regionais, o Ibirapuera (E4A)

De acordo com a fala da colaboradora, dependendo do perfil do coordenador, o serviço poderá apresentar diferentes características. Na perspectiva de Santos (2006), se o coordenador for uma subjetividade rebelde o serviço terá muitas propostas de geração de renda, lazer, cultura, esporte, entre outras, mas se ele for uma subjetividade conformista, o CAPS se assemelhará em muito ao ambulatório de saúde mental, ou seja, será um serviço que

apenas distribui consultas e medicamentos, sem propostas inclusivas, para a reabilitação psicossocial

Nascimento, Galvanese (2009), associam os diferentes perfis de atividades desenvolvidas nos CAPS como ser resultado de diferenças regionais do município e estar relacionados aos aspectos socioeconômicos do território em que o CAPS está inserido e à disponibilidade de recursos de saúde, esportes, cultura e lazer, existentes na região.

Peres et al., (2005) ressaltam o papel das lideranças comunitárias como mediadores sociais e destacam que lazer, esporte e cultura são assuntos fundamentais na vida da comunidade e na implementação de programas sociais e de saúde. O estudo realizado pelos autores mostrou que iniciativas nas áreas de lazer, cultura e esporte possuem centralidade no fortalecimento da cidadania e das redes de solidariedade. Essas iniciativas tem um grande potencial de sociabilidade que amplia o campo de possibilidades, pois estabelecem outros caminhos e opções, frente às dificuldades do contexto social. Ademais, as iniciativas agregam valores simbólicos através da mediação cultural, reconstitui identidades e estabelece relações que muitas vezes vão além dos campos do lazer, esporte e cultura, além de proporcionar a reafirmação de valores relacionados ao diálogo, cooperação, conscientização, mobilização, disciplina, autoridade, que são valores fundamentais para a reflexão e crítica em relação ao seu contexto social.

Desde 1996 tem-se implantado no estado de São Paulo o Programa “Agita mundo”*, com abordagem à promoção de atividades físicas entre os 37 milhões de habitantes do estado. O programa foi desenvolvido pelo Centro de estudos e pesquisa do laboratório de aptidão física de São Caetano do Sul e Secretaria de Saúde do estado de São Paulo (Matsudo et al., 2003).

* Agita Mundo - Programa que objetiva o desenvolvimento de atividades físicas semanais. A palavra agita enquanto verbo significa movimentar o corpo, mas sugere também mudança de pensamento, para tornar o cidadão mais ativo.

Segundo os autores, o programa segue a recomendação do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dos Estados Unidos e da American College of Sports Medicine (ACSM), para que todos desenvolvam pelo menos 30 minutos de atividade física por dia de intensidade moderada, em uma ou mais sessões por dia, na maioria dos dias da semana. Esse programa tem utilizado uma série de estratégias e atividades inovadoras.

Com relação à participação dos usuários do CAPS ad do Programa, a colaboradora alega que:

Nas chamadas que vem para o “Agita Mundo”, os nossos pacientes participam, mas se eu não tiver esse dinamismo e a equipe não estiver nessa mesma energia o trabalho fica focado na droga e aí o CAPS passa ser uma outra droga na vida da pessoa (E4B)

Por fim, a colaboradora abordou acerca da dependência do usuário ao serviço e aos profissionais do serviço, principalmente do terapeuta, que é com quem possui maior vínculo e compartilha os fenômenos de sua vida pessoal. Ela expressou:

Tem paciente que entende o Serviço como sendo um hotelzinho, e então dizemos: “opa meu amigo, não é por aí não” e já ouvimos relatos de outras experiências e até aqui mesmo que o CAPS é a droga. Ele diz: Não consigo ir embora porque se não for ao CAPS não dou conta da minha abstinência, da minha redução, então essa é uma das questões [...] (E4C).

Para a família do usuário, o CAPS pode ter o significado de um lugar para onde o familiar adoecido vai pela manhã e volta no final do período ou da tarde, o que lembra a rotina de uma criança que a mãe deixa na creche antes de ir para o trabalho e a pega no final do dia. As autoras entendem que uma estratégia para mudar essa condição é a ampliação da rede social do usuário, pois para muitos deles as únicas pessoas com as quais convive, além dos familiares, são os funcionários e profissionais do CAPS. Como são acolhidos por essas pessoas, é normal e esperado que estabeleçam

vínculos, o que pode levá-los a ter uma dependência afetiva com elas.

Para Santos et al., (2000) o envolvimento da família é fundamental para o sucesso do tratamento do usuário de álcool e outras drogas e/ou com transtorno psíquico, e inúmeras são as associações de familiares e usuários que se organizam e reivindicam por direitos à assistência digna, à integração social, ao resgate da cidadania. Mesmo sendo a participação familiar fundamental para o tratamento de seus usuários e que esse discurso seja repetido com muita frequência pelos profissionais das equipes técnicas dos CAPS, essa participação limita-se às reuniões em que são abordadas as questões relativas à medicação e aos comportamentos inerentes à doença. O mesmo acontece com a Associação de técnicos e familiares, fundada já anos em muitos CAPS há anos e que não está tendo uma adesão significativa e nem desenvolvendo ações efetivas no sentido de se ampliar as discussões que tangem à assistência e a sociabilização dos usuários dos CAPS.

No campo protegido da clínica os usuários transitam e até conseguem, mesmo que, com alguma limitação, estabelecer seus “laços sociais”, mas é no espaço da pólis (cidade) que as barreiras permanecem quase que inalteradas. O ideal de construção de um outro lugar social para a loucura parece esbarrar na histórica impossibilidade da sociedade conviver com a diferença. Para se ter transformações reais se fazem necessárias ações mais efetivas, no que diz respeito ao trabalho da instituição fora da própria instituição (Santos et al., 2000).

As autoras concordam com os autores acima que os profissionais da equipe técnica do CAPS precisam trabalhar os espaços comunitários, para que a comunidade local conheça o serviço e acolha os usuários como cidadãos de direitos, que precisam de cuidados e não de ironia, hostilidade, descaso e destrato.

A atividade a ser desenvolvida na comunidade é uma das atribuições do CAPS, como foi abordado neste capítulo, mas com o número de profissionais que compõe a equipe técnica mínima determinada pela Portaria nº 336 de 2002 fica muito difícil e as autoras concordam com a fala de uma das colaboradoras quando disse que: [...] “assim fico dividida entre qual atividade optar. Quem vai hoje para rua?” Para que os resultados sejam efetivos as ações tem que ser assertivas e isso demanda trabalho constante, consistente e abrangente, que só é possível quando se tem pessoas disponíveis, para estarem envolvidas.

No capítulo anterior as autoras apresentaram as cinco ecologias dos saberes, assim denominadas por Santos (2006) para contraporem-se à sociologia das ausências, enfatizando que as oficinas terapêuticas, geradoras de renda são classificadas na ecologia das produtividades. Comum a todas as ecologias é a idéia de que a realidade não pode ser reduzida ao que existe. Propõem uma configuração mais ampla da realidade, incluindo todas as realidades feitas ausentes pela via do silenciamento, da supressão e da marginalização, enfim, das realidades que são produzidas pelo capitalismo como não existentes. Santos (2006) afirma ainda que a ecologia dos saberes cria uma nova forma de relacionamento entre o conhecimento científico e outras formas de conhecimento.

Essas concepções e práticas alternativas não são apenas projetos coerentes de economia alternativa ao capitalismo global, mas na maioria dos casos, são esforços localizados de comunidades e trabalhadores para criar espaços de produção solidária, frequentemente com apoio de redes como Organizações Não Governamentais (ONGs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). O autor considera que essas iniciativas partilham de uma concepção abrangente de “economia” (Santos, 2006, grifo do autor).

Nessa concepção, a sociologia das ausências amplia o cenário da realidade social por meio da experimentação e reflexão

acerca das alternativas econômicas realistas para a construção de uma sociedade mais justa. Ao defender valores opostos ao capitalismo global, as alternativas econômicas expandem o princípio de cidadania para além do limite estreito do liberalismo político e faz viva a promessa de acabar com a separação entre a democracia política, em que todos tem direito, e o despotismo econômico, em que apenas alguns tem acesso (Santos, 2006).

Para Santos (2006) a dilatação do presente é resultado da sociologia das ausências, a contração do futuro é obtida pela sociologia das emergências. O papel da sociologia das emergências é o de substituir o vazio do futuro segundo o tempo linear, (um vazio que tanto é tudo como é nada) por um futuro de possibilidades plurais e possíveis, portanto, concretas. Isso se dá com as atividades de cuidado que se tem no presente.

Bloch (1985) apud Santos (2006) tem seus conceitos: como não e ainda-não, trabalhados pelo sociólogo português. Acontece que o filósofo se insurge contra a filosofia ocidental, que em sua concepção é dominada por conceitos como tudo e nada. Para ele o possível é o conceito mais ignorando pela filosofia ocidental e apenas o possível permite revelar a totalidade inesgotável do mundo. O autor introduz dois novos conceitos: não e ainda-não. O não se difere do nada porque é a falta de algo e a expressão da vontade de superá-la. O dizer não é dizer sim a algo diferente. Nessa perspectiva, o ainda-não é a categoria mais complexa, porque exprime o que existe apenas como tendência. O ainda-não é o modo como o futuro se inscreve no presente e o dilata. Não é um futuro indeterminado nem finito. Objetivamente o ainda-não é por um lado a capacidade (potência) e por outro a possibilidade (potencialidade).

Na óptica de Santos (2006) a sucessão de horizontes leva para um estado final e aborda três características modais da existência: realidade, necessidade e possibilidade, sendo a última

desprezada pela ciência moderna e é nela que o filósofo centra seu olhar.

Santos (2006) descreve a possibilidade como sendo o movimento do mundo. Os momentos dessa possibilidade são a carência (manifestação de algo que falta), a tendência que é caracterizada pelo processo e sentido e a latência, que consiste no que está na frente desse processo. A carência consiste no domínio do não, a tendência, o domínio do ainda-não e a latência é o domínio do tudo e nada, assim, a latência pode resultar em esperança ou frustração.

A sociologia das emergências de Santos (2006) é a investigação das alternativas que se encaixam no horizonte das possibilidades concretas. Essa sociologia amplia o presente, incorporando a ele todas as possibilidades e expectativas que ele comporta. A ampliação do presente implica na contração do futuro, na medida em que o ainda-não, longe de ser um futuro infinito e vazio, é um futuro concreto, mesmo incerto e sempre em perigo.

A sociologia das emergências consiste em proceder uma ampliação simbólica das práticas, saberes e agentes, de maneira a identificar as tendências do futuro, ou seja, o ainda-não, sobre os quais se pode atuar para maximizar a possibilidade de esperança em relação à probabilidade de frustração. Essa ampliação simbólica é na verdade, uma imaginação sociológica e política que tem duplo objetivo: conhecer melhor as condições de possibilidade de esperança e definir as ações que promoverão a realização dessas condições Santos (2006).

No estudo acerca das práticas de cuidado das parteiras e benzedeiros Borges (2008) pontua que como a sociologia das emergências é a investigação das alternativas que se encaixam no horizonte das possibilidades concretas, a autora transpõe o referencial para a busca das possibilidades e realidades na prática do cuidado em saúde. A emergência desse cuidado enfoca as possibilidades/potencialidades e a capacidade/realidade, buscando

assim, uma relação mais equilibrada entre a experiência e a expectativa, ou seja, não é maximizar as expectativas, mas racionalizá-la às possibilidades reais.

Pode-se inferir que quanto maior a multiplicidade e a diversidade de expectativas disponíveis e possíveis (conhecimentos e agentes) maior serão a desaceleração do presente e a integralidade do cuidado. (Borges, 2008).

A autora conclui em seu estudo que uma nova ciência da saúde exige a intermediação da teoria, a realidade e a intersubjetividade dos agentes envolvidos no processo de cuidar. A formação de uma rede solidária de conhecimento em saúde sinaliza contra o desperdício social.

Enquanto o componente subjetivo da sociologia ausências é a consciência cosmopolita, o da sociologia das emergências é a consciência antecipatória e o inconformismo diante de uma carência, em que a satisfação está no horizonte das possibilidades. Há por trás de toda intencionalidade uma carga de emoções. Essa sociologia substitui a idéia mecânica de determinação por uma idéia que atribui valor ao cuidado. A mecânica do progresso dá lugar à axiologia do cuidado. Nessa perspectiva, Santos (2006) afirma que o não, o nada e o tudo trazem à luz emoções básicas como a fome/carência, o desespero/aniquiração e a confiança/resgate.

Tanto na sociologia das ausências quanto das emergências essas emoções estão presentes no inconformismo que equilibram as correntes da personalidade das pessoas envolvidas, que são a corrente fria e a quente, já abordadas em capítulo anterior. Um equilíbrio entre elas é difícil, assim, por exemplo, o medo exagerado pode levar a pessoa a criar obstáculos incontornável, ou para evitar a desilusão, não acreditar em nada em que não seja visível ou paupável, tendo em um ou outro caso, como resultado, o conformismo (Santos, 2006).

As expectativas legitimizadas pela sociologia das emergências são contextuais, uma vez que são medidas por

possibilidades e capacidades concretas, e porque no âmbito dessas possibilidades e capacidades reivindicam uma realização forte, que as defende da frustração. São essas expectativas que indicam para os novos caminhos da emancipação social do sujeito o das emancipações sociais.

Ao longo de todo o capítulo abordou-se, pela fala das colaboradoras, pela dialética com outros autores e com Santos (2006) estratégias que uma vez adotadas incrementarão a Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Todas as estratégias apontadas pelas colaboradoras pautam-se nos contextos em que estão inseridas e nas possibilidades que elas percebem ser viáveis. Assim, na perspectiva de Santos (2006), elas trabalham para uma sociologia das emergências, fazendo inclusive, o trabalho de tradutor das práticas de saúde realizadas por si e seus pares.

Se as autoras começassem aqui a abordar acerca do trabalho de tradução que Santos (2006) anuncia, estariam a dar cabo de um outro trabalho, dada a complexidade e extensão que envolve a temática, mas a verdade é que nesse estudo, as colaboradoras desempenharam o trabalho de tradutor, pois “o trabalho de tradução incide tanto sobre os saberes como sobre as práticas (e seus agentes)” Santos (2006).

Pautada na sociologia das ausências e das emergências, a Economia solidária é uma importante ferramenta, que atualmente está sendo empregada no País em pequena escala, já que apenas 345 iniciativas de Economia Solidária em desenvolvimento no Brasil, sendo que no estado de São Paulo são 94 (Brasil, 2009b).

Os Ministérios da Saúde e do Trabalho instituíram por meio da Portaria nº 353, de 7 de março de 2005, o grupo de trabalho de saúde mental e economia solidária (Brasil, 2005a). As atribuições do grupo são:

propor e estabelecer mecanismos de articulação entre as ações das políticas de saúde mental e economia

solidária; elaborar e propor agenda de atividades de parceria entre as duas políticas; realizar mapeamento das experiências de geração de renda e trabalho, cooperativas, bolsa-trabalho e inclusão social pelo trabalho, realizadas no âmbito do processo de Reforma Psiquiátrica; propor mecanismos de apoio financeiro para as experiências de geração de renda e trabalho; propor atividades de formação, capacitação e produção de conhecimento na interface saúde mental e economia solidária, bem como do marco jurídico adequado; estabelecer condições para a criação de uma Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária; e propor mecanismos de parceria interinstitucional, no âmbito nacional e internacional (Brasil, 2005a).

A economia solidária é uma das armas de luta por uma globalização não-hegemônica e da indignação e resistência às epistemologias e práticas que estão no núcleo central do capitalismo (Santos, 2005). Nesse sentido, a economia solidária representa uma opção política, pois reside na posse coletiva dos meios de produção, na autogestão e nas relações sociais de produção, já que ela desafia o capitalismo, que se retroalimenta na desigualdade de recursos e poder, nas relações patriarcais e na destruição do meio ambiente (Pizzio, 2007).

A Economia Solidária não restringe a esfera econômica, porque apóia-se nas relações sociais de produção que extrapolam o espaço restrito da produção. Além da esfera econômica, estão envolvidas ainda as esferas social, política, cultural. Dessa forma, a economia Solidária é um campo potencial de emergência de formas de organização social muito diferente daquelas geradas pelo capitalismo. Orientada pelos princípios da solidariedade e da reciprocidade, essa modalidade de economia é potencialmente capaz de construir uma coletividade, onde a riqueza social seja distribuída de forma justa (Veronese, 2007; Godoy et al., 2009).

Embora a economia solidária tenha sido inventada por operários na fase inicial do capitalismo industrial, como resposta à

pobreza e desemprego gerados pela reprodução desregulamentada das máquinas-ferramenta e do motor a vapor no início do século XIX, no Brasil surge como resposta à grande crise de 1981/83, quando muitas indústrias, mesmo de grande porte, pedem concordatas e entram em processo falimentar (Singer, 2005).

O autor citado acima expõe que a construção de um modo de produção alternativo ao capitalismo no Brasil ainda está no começo, mas que as etapas iniciais foram vencidas. Embora suas dimensões são muito modestas diante da extensão geográfica do país e sua demografia, dezenas de milhares de pessoas já se libertaram pela solidariedade.

O resgate da dignidade humana, do respeito próprio e da cidadania destas mulheres e homens já justifica todo esforço investido na economia solidária. É por isso que ela desperta entusiasmo (Singer, 2005)

As autoras não propõem uma nova estratégia para a implementação da Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, mas além das propostas apresentadas pelas colaboradoras, elas acreditam e reafirmam as teses dos autores citados de que a economia solidária é a estratégia econômica, política, social e cultural, de inclusão social, pelo trabalho, dos usuários de substâncias químicas e/ou portadoras de transtornos psíquicos.

A economia solidária desperta entusiasmo porque envolve emoções, conforme Santos (2006) afirma serem necessárias para se trabalhar na racionalidade de uma sociologia de emergências, em que pensar em possibilidades, não significa, na maioria das vezes, para um usuário, trabalhar no mercado formal, com a carteira de trabalho assinada, mas trabalhar com a sua realidade possível. Significa que subjetividades insurgentes, não conformadas, se empenharão com esses sujeitos, se guiando por suas correntes quentes e frias, sem desistir, mas esperançosos com os resultados que os inclua de fato, nessa sociedade pós-moderna.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se vivemos o presente, por que razão é ele tão fugaz?

Ernst Bloch

Sob a óptica da Política Nacional, o conteúdo das falas das colaboradoras foram submetidos às cinco categorias da sociologia das ausências de Santos (2006), submetendo o conteúdo das falas das colaboradoras às cinco lógicas de não-existência produzidas ou legitimadas pela razão metonímica: do conhecimento hegemônico; do tempo linear; da classificação social; da escala dominante; e do produtivismo.

Na Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas foram identificadas as seguintes diretrizes:

- **Acolhimento.** O modelo de atenção comunitária, no CAPS ad permite que a equipe de saúde acolha o usuário. O tratamento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva se constitui em um componente facilitador das relações da equipe técnica com os usuários, familiares e que se estendem à comunidade;
- **Intersetorialidade.** As ações intersetoriais devem ser empregadas para a promoção da saúde, a fim de impedir ou retardar o uso de substâncias químicas na sociedade.

As ações como articulação entre a rede de atenção em saúde composta pela Rede básica de saúde, Estratégia da saúde da família (ESF), Programa de agentes comunitários (PACS), Programas de Redução de Danos, Ambulatório de saúde mental, Hospital geral e articulação com outros setores, por meio de legislações interministeriais, e ações intersetoriais com a sociedade civil e comunidade possibilitam que os usuários recebam atenção integral nos três níveis e que construa uma rede de apoio social,

imprescindível para o processo de reabilitação psicossocial dos usuários.

- Redução de danos. Essa proposta visa desviar a atenção do uso de substâncias químicas para as conseqüências ou para os efeitos do comportamento. Esses efeitos são avaliados por serem prejudiciais ao usuário e à sociedade como um todo, e não pelo comportamento ser considerado certo ou errado, do ponto de vista moral (Marllat, 1999). Na perspectiva de redução de danos, o usuário deixa portador de doença para ser cidadão, portador de direitos.

A abordagem terapêutica na lógica de redução de danos tem obtido resultados positivos em todo o mundo, e assumido importância considerável no tratamento dos usuários.

- Reinserção psicossocial. O CAPS ad tem potencialidade para utilizar recursos terapêuticos que promovam a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos usuários. As ações intersetoriais nas áreas de esporte, cultura e lazer podem contribuir efetivamente para o processo;
- Atenção à família. A família deve ser incluída no tratamento do usuário, pois é co-participante do contexto e traz consigo uma série de demandas;

Os grupos terapêuticos com familiares nos CAPS ad auxiliam a aproximação do familiar com a equipe técnica e na resolução de conflitos entre o usuário e família – feedback positivo;

- Tratamento individualizado. O plano terapêutico singular permite dar atenção integral às demandas de cada usuário, levando em consideração o processo saúde-doença e sua subjetividade.

As diretrizes da Política foram abordadas pelas colaboradoras do estudo nas subcategorias: desigualdades na saúde; consonância com a OMS e III Conferência Nacional de Saúde Mental; princípios do SUS; assistência integral na atenção básica; projeto terapêutico singular; Rede de CAPS; patologização do usuário de substâncias

químicas; hospitalização; direitos humanos; atenção à criança e adolescente, por fim, Redução de danos.

As referidas diretrizes da Política Nacional foram analisadas na óptica da teoria crítica pós-moderna de oposição de Santos (2006), que discute as mudanças de paradigma da ciência moderna e contribui com vias para a superação das dicotomias sobre as quais se assentam o conhecimento científico hegemônico. Essa teoria crítica abra horizontes para a emancipação social e articulação entre os saberes científicos com outros saberes (Borges, 2008). A produção de não existência foi analisada sob a lógica da monocultura do rigor do saber e do tempo linear, da sociologia das ausências.

Pelas falas das colaboradoras observou-se que o modelo em curso não pode ser chamado de substitutivo ao hospital psiquiátrico, mas ainda complementar, pois o número de CAPS ad é expressamente insuficiente para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas; a rede de atenção não está bem articulada para que possa dar a assistência integral a eles, pois falta a articulação entre a ESF e o CAPS, os leitos para urgência e emergência psiquiátrica são insuficientes, e igualmente insuficientes são os leitos para internação em hospital geral e o número de CAPS III, indispensáveis para a contenção da crise no âmbito dos territórios municipais, evitando assim, a internação em hospital psiquiátrico.

Na perspectiva de Santos (2006) a Política Nacional se fundamenta em uma monocultura, pois foi construída sem considerar as diferenças étnicas, culturais e regionais do povo brasileiro. Assim, pode-se dizer que a sua construção se deu de forma verticalizada, não considerando as especificidades dos estados e municípios da Federação.

Na lógica da teoria crítica de Santos (2007b) as questões relacionadas ao álcool e outras drogas não precisa de um novo conhecimento, mas de um novo modo de produção de

conhecimento, que se sensibilize com a situação do sujeito que vive no interior do estado do Acre, do Amapá, com o índio que vive nas reservas indígenas ou espalhados pelas cidades do país, da mesma forma com aquele que vive na região metropolitana de Porto Alegre, João Pessoa ou Alagoas, onde se tem boas coberturas de CAPS/cem mil habitantes.

Ao implantar apenas 200 unidades de CAPS ad em sete anos de regulamentação da Portaria nº 336 de 2002, desconsiderou-se com isso, a efemeridade das vidas dos sujeitos dependente de substâncias químicas, o que para Santos (2006) caracteriza a racionalidade indolente das razões metonímica e proléptica, em que se contrai o presente e expandi o futuro respectivamente, entrincheirando o presente entre o passado e o futuro, e conseqüentemente, desperdiçando as experiências de vida dos usuários.

As colaboradoras abordaram acerca do que elas consideram potencialidades da Política Nacional. Dessa forma surgiram as subcategorias: componentes da atenção primária; expansão do CAPS; atenção aos usuários e famílias; redução de danos; internações de usuários de substâncias químicas em hospital geral; projetos intersetoriais e capacitação dos profissionais em saúde mental. Vê-se que todas elas estão relacionadas às diretrizes da Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Na perspectiva da Teoria Crítica de Santos (2006), as autoras submeteram o conteúdo das falas das colaboradoras nas subcategorias citadas acima e observaram que na racionalidade indolente as diferenças sociais são naturalizadas, já que os que estão nas escalas inferiores da sociedade o estão por natureza, pois nasceram assim e nessa condição devem continuar, o que dá a idéia de perpetuação das castas. Nessa perspectiva, qualquer alternativa apresentada ao hegemônico é considerada inferior. Santos (2006) denomina essa racionalidade como sendo preguiçosa, indolente.

Se uma Política de saúde vem de cima, na hierarquia social, respeitando os “direitos e interesses” das classes dominantes, está sob uma racionalidade indolente – arrogante.

Projetando essa racionalidade para a formulação das políticas públicas, refletiu-se quanto a participação da sociedade nos Órgãos Colegiados e Conferências Municipais de Saúde, porque se percebe que apesar das discussões produzidas nessas reuniões, na maioria das vezes, as decisões coadunam com os interesses do gestor de saúde. Talvez o termo “controle social” não se adeque muito bem à realidade.

Em um Encontro de Saúde Mental há aproximadamente dois meses, uma das autoras ouviu um trabalhador de saúde mental do estado de São Paulo, que possui uma expressiva participação na Coordenação Nacional de Saúde Mental, dizer que até mesmo no Conselho Nacional de Saúde tem-se um esvaziamento da participação popular e de trabalhadores de saúde mental, o que orrobora a percepção das autoras.

É preciso resgatar a força de representatividade dos trabalhadores em Saúde Mental, para resgatar as subjetividades insurgentes tão marcantes e transformadoras que atuaram nas duas décadas anteriores, durante o período de luta antimanicomial.

As subcategorias estabelecidas para a análise do conteúdo das falas das colaboradoras quanto às fragilidades da Política Nacional foram: falta de clareza para o financiamento em saúde mental; judicialização; liberdade de escolha x determinantes socioeconômicos; território de abrangência do CAPS; dimensão e atribuições da equipe técnica; metodologias de trabalho nos CAPS; leitos de desintoxicação em CAPS ad; articulação entre os serviços da Rede; e leitos de retaguarda em hospitais gerais.

As subcategorias descritas acima foram submetidas à análise na perspectiva na lógica da escala dominante. Para Santos (2006) nos termos dessa lógica, a escala adotada como primordial determina a irrelevância de todas as outras possíveis escalas. Na

racionalidade da modernidade ocidental, a escala dominante é apresentada sob duas formas: o universal e o global. Nessa perspectiva, o universalismo é a escala de entidades ou realidades que estão em vigor independentemente dos contextos específicos.

Nessa óptica, muito provavelmente o êxito da Política esteja aquém das análises de resultados que o Ministério da Saúde faz a seu respeito, que neste estudo representa a escala universal.

Nas falas das colaboradoras, quando indicam as fragilidades da Política, na óptica de quem vive a realidade como gestoras ou coordenadoras de serviços, vê-se que as realidades vivenciadas pelos trabalhadores de saúde mental nesses serviços, não são consideradas ao se tecer uma análise do todo, que é comum à razão metonímica abordada por Santos (2006).

As colaboradoras apontaram que a Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas não considera as especificidades dos serviços quando determina a dimensão da equipe técnica do CAPS ad e lhes atribui uma série de responsabilidades, impondo dificuldades no cotidiano do serviço.

De acordo com o exposto pelas colaboradoras, entende-se que Política não consegue visualizar as especificidades dos serviços. Ademais, o Ministério vem desenvolvendo intensa negociação para que hospitais gerais destinem leitos para a internação de dependentes de substâncias químicas e/ou portadores de transtornos psíquicos, tanto quanto para a articulação com gestores de saúde, na implantação de CAPS III, isso se tratando de áreas demograficamente privilegiadas como o estado de São Paulo.

Os fatores elencados pelas colaboradoras do presente estudo, que contribuem para que a Política não seja de fato efetiva foram: a definição das regras de financiamento; a questão da segurança pública; o cunho ideológico dos fatores que inviabilizam a aplicabilidade da Política; a predominância da lógica da abstinência na Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD; a resistência dos hospitais gerais em disponibilizar leitos para internação de

dependentes químicos; a internação psiquiátrica em oposição ao tratamento nos CAPS ad; e por fim, os índices de internação e número insuficiente de CAPS ad na Rede SUS. A análise foi realizada sob a perspectiva da classificação social, da Sociologia das Ausências, de Santos (2006).

Na perspectiva da classificação social, os usuários de substâncias químicas se localizam na base da hierarquia social o que os faz inferiores e na lógica da sociologia das ausências, inexistentes, são invisíveis.

São criaturas que, na óptica do capitalismo não produzem, ao contrário, representam um ônus à sociedade economicamente ativa, e por isso não lhes deve ser creditado o mesmo valor e o mesmo direito como cidadão. Na razão metonímica, de Santos (2006) essas pessoas fazem parte de um todo, são compreendidos como parte do todo e avaliado pelo todo. Assim, suas demandas individuais inexistentes para a sociedade, que se vê refletida no todo.

As colaboradoras abordaram acerca das subjetividades conformadas, aqui representadas pelos gestores de saúde e coordenadores de serviços, que muitas vezes são indicados para seus cargos e por isso não se mobilizam para produzir experiências, e contrariamente, reproduzem invisibilidades e ausências.

Embora a redução de danos seja a racionalidade apropriada pelo Ministério da Saúde Brasileiro para dar direção ao tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, a racionalidade da abstinência predomina no interior da SENAD, como relatou uma das colaboradoras, o que estabelece uma postura que ela chamou de “esquizofrênica” e que as autoras consideram muito pertinente, porque com essas dissonâncias dentro da SENAD não há uma interação entre as concepções epistemológicas do Órgão e a experiência do fenômeno álcool e outras drogas pelos usuários, para os quais as DST/AIDS, a violência e a produção de inexistência são reais.

As colaboradoras abordaram também acerca das estratégias da Política Nacional de álcool e outras drogas que adotam em seus campos de trabalho, sejam como gestoras ou coordenadoras, e as subcategorias estabelecidas a partir de suas falas foram: as ações direcionadas ao álcool e outras drogas na Rede - SUS; a articulação com o Poder Judiciário; redução de danos; além dos tipos de atividades terapêuticas que são desenvolvidas nos CAPS. Para a análise dessas subcategorias, as autoras elegeram a lógica produtivista, da Sociologia das Ausências, de Santos (2006), por considerarem que essa categoria alinha-se mais aos conteúdos apresentados.

Nas falas das colaboradoras, as autoras perceberam que algumas delas também possuem resistências acerca da redução de danos, principalmente quando se referem ao conceito como se fosse atenção integral à saúde, porque tratar co-morbidades relacionadas à dependência de substâncias químicas é dar atenção integral às demandas da pessoa e não reduzir os danos que o consumo lhes traz.

Para cada uma das não existências da sociologia das ausências Santos (2006) propõe uma estratégia para a produção alternativa de existências, por meio das Ecologias dos saberes.

Assim, as oficinas terapêuticas foram apresentadas como formas alternativas de produção. Os conhecimentos que emanam das práticas cotidianas nos CAPS não podem ser desprezados pelo Ministério da Saúde, gestores e coordenadores, porque são conhecimentos, que embora alternativos, são críveis

O tempo que cada um dos usuários leva para avançar no tratamento, na busca pela abstinência é diferente de um para o outro e isso deve ser respeitado. A temporalidade tem que ser trabalhada em outra lógica, na lógica da ecologia das temporalidades de Santos (2006); assim como as práticas locais precisam ser valorizadas, porque são grandiosas para aquelas pessoas, naquele contexto. Por outro lado, a ecologia dos reconhecimentos estabelece novas

exigências de inteligibilidade recíproca, em que as experiências de um CAPS podem ser trocadas com as de outro e ambos se fortalecerem e crescerem. Por fim, em uma ecologia das produtividades, Santos (2006) propõe as formas alternativas de produção que sejam equânimes, como as cooperativas e economia solidária, entre outras.

A última categoria abordada foi acerca das estratégias que as colaboradoras indicaram a serem implementadas na Política Nacional de álcool e outras drogas, que concede informações para que as autoras respondam ao último objetivo estabelecido para o presente estudo. A análise foi realizada sob a lógica produtivista, da Sociologia das Ausências, de Santos (2006).

As subcategorias geradas a partir das falas das colaboradoras foram: a elaboração de uma política específica para as outras drogas, como as realizadas para o álcool e tabaco; adequação das leis trabalhistas; abrangência populacional; maior número de leitos de observação no CAPS ad; rever o número de profissionais na equipe técnica; o número de profissionais na equipe limita as ações comunitárias desenvolvidas pela equipe técnica do CAPS ad; avaliação da efetividade dos CAPS; cultura e lazer; e dependência do usuário à equipe técnica do serviço.

O trabalho dos coordenadores de CAPS ad será facilitado se a Coordenação Nacional e Estadual de Saúde Mental aproximarem as determinações expressas no texto da Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, às realidades dos Coordenadores desses serviços. Cada serviço possui necessidades que lhe são peculiares, dada a especificidade de sua clientela. Assim, o que é possível para um serviço não o é para outro.

Para Santos (2006) realidade, necessidade e possibilidades são três características modais que ele se apropria para construir a lógica da sociologia das emergências. Sendo que possibilidade é descartada pela lógica da ciência moderna e é nela que o sociólogo centra seu olhar.

As propostas que as autoras fazem, em consonância ao exposto pelas colaboradoras, que aqui são tidas como as subjetividades rebeldes, descritas por Santos (2006), e que trabalham como gestoras e coordenadoras de serviços, e que portanto, vivenciam as dificuldades em um CAPS ad, se baseiam na Sociologia das emergências, ou seja, assentadas nas realidades, necessidades e possibilidades.

O grande nó que impossibilita a reabilitação psicossocial dos usuários de substâncias químicas é o trabalho. Muitos foram excluídos do mercado de trabalho formal por causa da dependência e outros muitos nunca estiveram nele, e o capitalismo global não dá conta de incluir essas pessoas.

As autoras pensam que é pelas vias alternativas que os usuários de álcool e outras drogas poderão ter uma renda financeira que lhe permita sobreviver com dignidade e a economia solidária é a via que se mostra muito oportuna, pois ela tem grande potencial de emergência, porque envolve não somente a questão econômica, mas estabelece espaço para trocas sociais, culturais e políticas.

As autoras concordam com Veronese, (2007); Godoy et al., (2009) quando dizem que essa modalidade de economia é potencialmente capaz de construir uma coletividade, onde a riqueza social seja distribuída de forma justa.

Da mesma forma que as colaboradoras foram as tradutoras de realidades em CAPS ad, quando suas falas foram reproduzidas no texto, as autoras também o trabalho de tradução, porque fizeram a dialética com o conhecimento de outros autores, e do próprio Santos (2006) denominado por ele de “saberes”, como também incidiram sobre a prática das colaboradoras, visando conhecer os outros saberes que elas trouxeram do seu cotidiano no serviço.

Observou-se durante a coleta de dados que um dos serviços não disponibilizou os dados epidemiológicos acerca dos usuários, como foi pontuado na caracterização dos serviços, embora tenha sido solicitado por telefone, por email e pessoalmente, por mais de

uma vez. É estranho como em alguns serviços que são considerados públicos, como o nome já expressa, as pessoas se apropriam dos usuários e de suas informações.

Se as informações estivessem publicadas neste trabalho e daqui para outros, seriam os resultados do trabalho daqueles trabalhadores que estariam sendo divulgados e promovidos, e isto só viria a contribuir e valorizar a experiência deles, já existente. Essa racionalidade é chamada por Santos (2006) de racionalidade indolente e ignorante, porque é preguiçosa, e essa racionalidade precisa ser superada pelas subjetividades com racionalidade cosmopolita subalterna.

POSFÁCIO

Uma das autoras, ao iniciar o doutoramento, não tinha nenhum contato prévio com a temática, o que a impediu de se aprofundar no estudo como o teria feito um pesquisador já enfronhado com o objeto de estudo. Em uma analogia seria como se duas pessoas ao se aproximarem de um rio ou mar, uma sabendo nadar e a outra não. A que soubesse nadar se atiraria n'água, nadaria nas modalidades que soubesse, boiaria, e até mergulharia, se quisesse. A que não sabia, se aproximaria muito receosa, entraria n'água muito cautelosamente, e dependendo da idade, até colocaria um par de bóias. Sem bóias certamente se molharia até a região da cintura, e com bóias, se sentirá um pouco mais à vontade. Para a situação que está a ser apresentada, a autora preferiu colocar o par de bóias e em alguns momentos até tirou uma delas, colocou a cabeça dentro d'água, forçou o corpo para baixo, bateu as pernas n'água, mas não saiu da superfície, por um tempo, mas aos poucos ousou à profundidade.

Ainda na analogia, a outra autora, como orientadora, embora seja nadadora exímia, foi muito habilidosa ao orientar a colega para que não se afogasse, mas soube respeitar a falta de conhecimento e a temporalidade da outra, permitindo que ela experenciasse o seu processo de ensinagem.

Com essa analogia, a autora-doutoranda pode expressar realmente o que pensa e sente acerca do estudo que foi realizado e aquele que ainda poderá sê-lo por outra pessoa que conheça mais consistentemente o referencial de Santos (2006) e o trabalho com usuários de álcool e outras drogas.

Como tudo tem o lado positivo e o negativo, o lado que a autora doutoranda considera positivo, e que fez toda a diferença, foi que pode construir o seu objeto de estudo o problematizando, e isso fez com que essa experiência fosse para ela, de fato, grandiosa.

Construir a própria percepção a partir das leituras e dos contextos é muito gratificante. Algumas questões que foram abordadas na discussão em que foram citadas falas de sanitaristas e trabalhadores da saúde mental eram também as da autora-doutoranda, que antes de ouvi-los questionava se essas leituras eram pertinentes. Ao ouvi-los falar em eventos da área, e tomar ciência que suas leituras coadunavam com as dela, a autora vibrava porque se certificou que estava no caminho certo.

Se neste momento, em que finaliza este estudo, a autora-doutoranda pudesse novamente iniciá-lo, com a bagagem que carrega na mala hoje, certamente o mesmo teria outro corpo epistemológico, mas de qualquer forma, fica aqui a proposta do desafio para outrem.

REFERÊNCIAS

- Acauan L, Donato M, Domingos AM. Alcoolismo: um novo desafio para o enfermeiro. Esc Anna Nery Rev Enferm [periódico na internet]. 2008 set. [citado 2009 Set. 24];12(3):566-70. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20083/artigo%2024.pdf.
- Aduaneiras Informações sem fronteiras [homepage na Internet]. Brasil; ano. Exporta produtos mais caros, de carnes a cerveja. [atualizado 2007; citado 2007 jan. 23]. Disponível em: http://www.aduaneiras.com.br/noticias/noticias/default.asp?noticia_id=75348.
- Alarcon S. O Diagrama das Drogas: cartografia das drogas como dispositivo de poder na sociedade brasileira contemporânea. [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz Fio Cruz, 2008. [citado 2009 out 29]. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/6/0/1806-Alarconsd.pdf>
- Aliane PP, Lourenço LM, Ronzani TM. Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. Psicol. estud. [periódico na internet]. 2006 [citado 2009 Out 29];11(1):83-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a10.pdf>
- Andrade AG, Bassit AZ, Mesquita AM, Fukushima JT, Gonçalves EL. A Prevalência do uso de drogas entre alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Revista ABP/APAL. 1995;17(2):41-6.
- Andrade AG, Bassit AZ, Kerr-Correa F, Tonhon A P, Boskovitz E P, Cabral M. Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do Estado de São Paulo. Revista ABP-APAL. 1996;19(4):117-26.
- Andretta I, Oliveira MS. - A técnica da entrevista motivacional na adolescência. Rev Psic Clin. 2005;17(2):127-39.
- Antunes R. De Vargas a Lula. Caminhos e descaminhos da legislação trabalhista brasileira. Pegada [periódico na internet]. 2006 [citado 2009 Nov 01];7(2):83-8. Disponível em: http://www4.fct.unesp.br/ceget/Pegada7n2_20065Ricardo%20Antunes.pdf

Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito. Impacto do uso do álcool e outras vítimas de acidentes de trânsito. ABDEDTRAN: CETAD/RAID. Brasília; 1997. p. 87.

Babor T, Lauerman RJ. Classifications and forms de inebriety: historical antecedents of alcoholic typologies. *Recent Dev Alcohol* [serial on the Internet]. 1986 [cited 2007 Febr 23];4:[about 113-44p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Mail&DB=pubmed>.

Baptista TWF, Machado CV, Lima LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2009 mai-jun. [citado 2009 Nov 20];14(3):829-839. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/18.pdf>

Becker E. *The denial of death*. New York: Free Press; 1977. p.26-7.

Bertoni N, Bastos FI, Maeve BM, Makuch MY, Sousa MH, Osis MJ, Faúndes A. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009;25(6):1350-1360.

Bezerra E, Dimenstein M. Os Caps e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. *Psicologia ciência e profissão*. 2008;28(3):632-45.

Birman J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.

Borges TT, Rombaldi AJ, Knuth GA, Hallal PC. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009;25(7):1511-1520.

Borges MS. Incorporção do saber de parteiras e benzedeadas às práticas de saúde. *Comun. ciênc. saúde* [periódico na internet]. 2008 [citado 2009 Out 29];19(4):323-32. Disponível em: http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol19_4art05.pdf

Brasil. Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos decreta a seguinte Lei do Código Penal. [legislação na Internet]. Brasília;1942 [citado 2007 fev. 23]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848.htm>.

Brasil. Presidência da República. Consolidação das leis trabalhistas. [legislação na internet]. 1943 [citado 2009 nov 01]. Disponível em: <http://www.rhportal.com.br/clt.pdf>

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. [homepage na Internet]. Brasília; 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>

Brasil. Ministério da Saúde (MS). ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. Ministério da Saúde Secretária Nacional de Assistência à Saúde [periódico na internet]. 1990b dez [citado 2009 set. 23]. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde 1998.

Brasil. Ministério da Justiça. Avança Brasil. Apreensão recorde de drogas no primeiro ano do Plano Nacional de Segurança Pública. [homepage na Internet]. Brasília; 2001. [atualizado 2009 set; citado 2009 out 21] Disponível em: <http://www.abrasil.gov.br/noticia.asp?id=123&cod=BUSCA>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial [legislação na internet]. Brasília; 2002a [citado 2009 nov 02]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Brasil. 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília; 2004b

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.197/GM de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. [legislação na internet]. Brasília; 2004c [citado 2009 nov 01]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>

Brasil. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho. Portaria nº 353 de 7 de março de 2005. Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências. [legislação na internet]. 2005a [citado 2009 nov 08]. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/11953.html>

Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. [legislação na Internet]. Brasília; 2006a. [citado 2009 dez 01]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Série Pacto da Saúde 2006. [periódico na internet]. 2006b out [citado 2009 out. 4]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados. [base dados na Internet]. Brasília; 2006c. [citado 2009 out. 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_dados_2.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação geral de saúde mental. Relatório de Saúde mental gestão 2003-2006. [relatório de pesquisa na Internet]. 2006d. [citado 2009 nov. 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Cartilha Entendendo o SUS. [homepage na Internet]. Brasília; 2006e. [atualizado 2006 jun. 6; citado 2009 set. 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a política de promoção da Saúde. [legislação na internet]. 2006f [citado 2009 nov 01]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_687_30_03_06.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional do álcool. [legislação na internet]. 2007 [citado 2009 nov 01]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6117.htm

Brasil. Observatório brasileiro de informação sobre drogas. [homepage na Internet]. Brasília, 2009a. [atualizado 2009 out; citado 2009 dez 1]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Dados em Saúde Mental [base dados na Internet]. Brasília; 2009b. [citado 2009 out. 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925

Brasil. Avaliar CAPS faz um retrato do trabalho dos CAPS. Fev 2009c. [citado em 2009 nov 05] Disponível em: <http://www.google.com.br/search?hl=pt->

BR&q=resultado+da+avalia%C3%A7%C3%A3o+dos+caps&meta=&aq=f&oq=

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. [homepage na Internet]. Brasília, 2009c. Atenção básica e saúde da família. [atualizado 2009 set; citado 2009 set 27]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

Brasil. Portal da Saúde. Saúde Mental Passo à Passo: orientação aos gestores.[homepage na Internet]. Brasília; 2009d. [atualizado 2009; citado 2009 out. 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?dtxt=24355&janela=1

Brasil. Ministério libera R\$ 1,4 milhão para projetos de redução de danos por uso de álcool e drogas. Agência Brasil [homepage na Internet]. Brasília, 2009e. [atualizado abr 16; citado 2009 out. 8]. Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2009/04/16/materia.2009-04-16.7966613337/view>

Brasil. Orçamento saúde mental 2009. [homepage na internet]. Brasília;2009f [atualizado 2009 jan. 22; citado 2009 out. 21] Disponível em: http://www.mpdf.gov.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Setor_Psicossocial/Orçamento%20Saúde%20Mental2009.pdf

Brasil. Ministério da Justiça. Pronasci. [homepage na Internet]. Brasília; 2009g. [atualizado 2009 out; citado 2009 out 21]. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/pronasci/data/Pages/MJE24D0EE7ITEMIDAF1131EAD238415B96108A0B8A0E7398PTBRIE.htm>

Bucher R. Prevenindo contra as drogas e DST/ AIDS: populações em situação de risco. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/ AIDS. Brasília;1995. 28p.

Buss, PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1999;15(Sup.2):177-185.

Camargo Júnior KR, Campos SEM, Bustamante-Teixeira M, Mascarenhas MT M, Mauad NM, Franco TB, Ribeiro LC, Alves MJM. Avaliação da atenção básica pela ótica políticoinstitucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2008;24 Supl 1:S58-S68.

Campos GWS. In: III Jornada de Sociologia de Saúde: Interdisciplinaridade no Processo de Saúde-Doença; 2009 set. 25; Curitiba, Paraná. [evento na Internet]. Curitiba: Centro Acadêmico de

Farmácia e Bioquímica; 2009. [citado 2009 out. 7]. Disponível em: <http://cafabpuc.wordpress.com/2009/08/09/iii-jornada-de-sociologia-de-saude-interdisciplinaridade-no-processo-saude-doenca/>

Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007a;12(Sup):1865-74.

Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007b;12(2):301-06.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2007;23(2):399-407.

Campos GWS. 2009 – Interdisciplinaridade no processo de saúde-doença. Conferência de abertura. In: III Jornada de sociologia. Universidade Federal do Paraná. 2009 set. 25. Paraná, BR. Paraná: III jornada de Psicologia. URFP; 2009.

Campos RTO, Furtado JP, Passo E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*. 2009;43 Supl.1:16-22.

Canoletti B, Soares CB. Drug consumption prevention programs in Brazil: analysis of the scientific production from 1991 to 2001, *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2005;16(9-2):115-29.

Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(4):923-31.

Carlini-Cotrim B. O consumo de substâncias psicotrópicas por estudantes secundários: o Brasil frente à situação internacional. *Rev Assoc Bras Psiquiatr*. 1991;13(3):112-6.

Carlini-Cotrim B. [homepage na Internet]. São Paulo Summus; 1995. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. [atualizado 2007 jan.; citado 2007 fev. 23]. Disponível em: http://pedagogia.incubadora.fapesp.br/portal/DISCIPLINAS%20-%20Elie%20Ghanem/CARLINICOTRIMBeatrizDrogasNaEscolaPrev en_c3_a7_c3_a3oToler_c3_a2nciaEPluralidadeInAQUINOJGOrgDrogasNaEscolaAlternativasTe_c3_b3ricasEPr_c3_a1ticasS_c3_a3oPauloSummus1998P1930

Carlini-Cotrim BH. A escola e as drogas: realidade brasileira e contexto internacional. [Tese]. São Paulo: Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, 1992.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo

envolvendo as 107 maiores cidades do país. SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional – São Paulo; 2002. 380p.

Carlini EA, Fonseca AM, Galduróz JCF, Noto ARV. Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médico da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004. In: XVII congresso da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas – ABEAD Responsabilidade social e prevenção ao uso de drogas: O papel da comunidade e das políticas públicas; 2005 agos. 31- set. 3; Ouro Preto, MG.

Carraro TE, Rassool GH, Luis MAV. [homepage na Internet]. Brasil; 2005. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. [atualizado 2005 out.; citado 2006 nov. 26]. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [periódico na Internet]. 2005 out. [citado 2006 nov. 26];13(spe):863-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

Castro K. Álcool e trabalho: uma experiência de tratamento de trabalhadores de uma universidade pública do Rio de Janeiro [tese na internet]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ/CESTHE; 2002. [citado 2009 nov 01]. Disponível em: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/castrokcm.pdf>

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade eqüidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. IMS-UERJ. Rio de janeiro; 2000. p.113-126.

Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e eqüidade. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2009 agos. [citado 2009 Set 11];25(8):1839-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/20.pdf>.

11º Congresso Paulista de Saúde Pública; 2009. Carta de São José dos Campos [editorial]. [evento na Internet]. São José dos Campos; 2009. [citado 2009 out. 8]. Disponível em: http://www.apsp.org.br/divulga/congressos/11_Congresso/CPSP_11_CartaSJCamos.pdf

Correia LC, Lima IMSO, Alves VS. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2007 [citado 2009 Out 29];23(9):1995-2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n9/02.pdf>

Costa JF. História da psiquiatria no Brasil. Um corte ideológico. Garamond Universitária. 5ªed. 2007. 140p.

Dalgalarrodo P, Botega, Neury J, Banzato CEM. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2003 mai. [citado 2009 nov 20];37(5):629-34. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17479.pdf>

Delbon F, Da Ros V, Ferreira EMA. Avaliação da disponibilização de Kits de redução de danos. Saúde Soc [periódico na internet]. 2006 [citado 2009 Out 29];15(1):37-48. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n1/05.pdf>

Delfini PS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2009 jan. [citado 2009 Nov 20];14:1483-92. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a21v14s1.pdf>

Delgado PGG. Coordenador geral de saúde mental do Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental: o Contexto Decisivo do Pacto pela Saúde. Jornal do CONASSEMS [periódico na Internet]. 2007 agos. [citado 2009 Set 27];(8):8-9. Disponível em:
<http://www.inverso.org.br/blob/187.pdf>

Des jarlais DC, Friedman SR, Ward TP, Harm reduction: A public health response to the AIDS epidemic among injecting drug users. Annual Review of Public Health. 1993;14(5):413-450.

Des Jairlais DCA, Perlis TA, Arasteh KB, Torian LVC, Hagan HB, Beatrice SC, et al. Reductions in hepatitis C virus and HIV infections among injecting drug users in New York City, 1990-2001. AIDS. 2005 [citado 2009 out 29];19(3):20-5. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16251819>

Dimeff LA, Baer JS, Kivlahan DR, Marlatt GA. Alcoolismo entre estudantes universitários: uma abordagem de redução de danos. UNESP São Paulo; 2002.

Dreyfus HL. [homepage na Internet]. Being in the world. A commentary on Heidegger's being and time. Cambridge: Mit press. 1991. [atualizado 2007 fev; citado 2007 fev. 14]. Disponível em:
<http://books.google.com/books>.

Falavina OP, Cerqueira MB. Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. Revista Espaço para a Saúde, Londrina. 2008;10(1):34-46.

Ferreira S, Soares B, Oliveira R, Pinto G, Silva V, Becker L, et al. Perfil dos serviços de atendimento a alcoolistas no Estado do Rio de Janeiro e a política de redução de danos. In: VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de

saúde. [evento na internet] Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006 out. 3 - 6. [citado 2007 fev. 13]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=706&sid=20>.

Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica* [periódico na internet]. 2008 [citado 2009 Out 29];24(3):180-88. Disponível em: <http://journal.paho.org/uploads/1222885979.pdf>

Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira R. Parar de beber – guia prático de auto ajuda. [homepage na Internet]. Brasil; 2007. [atualizado 2007; citado 2007 fev. 24]. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/independencia/manual%20alcohol.htm>.

Fonseca EM, Nunn A, Souza Júnior PB, Bastos FI, Ribeiro JM. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro [periódico na internet]. 2007 set. [citado 2009 set. 23];23(9):2134-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/14.pdf>

Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de 1º e 2º Graus, em Dez Capitais Brasileiras. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid). Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina. São Paulo; 1997.

Galduróz JCF, Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Rev. Bras. de Psiquiatr.* São Paulo. 2004;26 supl1:5.

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país. 2001. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(9-10):888-95.

Garcia MLT, Leal FX, Abreu CC. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicol. Soc.* [periódico na Internet]. 2008. [citado Out 21];20(2):267-276. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a14v20n2.pdf>

Geertz C. *Local knowledge. Further essays in interpretative anthropology*. New York: Basic Books; 1983.

Gianini RJ, Carvalho TC, Anjos RMP, Pinto PLS, Maluf ME, Lanza LB, et al. Prática de rastreamento no cenário do Programa Saúde da Família em Sorocaba (SP). *Rev. bras. educ. med.* [periódico na

internet]. 2008 [citado 2009 Out 29];32(1):15-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n1/03.pdf>

Godoy TMP, Santos AM, Gonçalves VC, Lima CF. Ecosol-CES: outros olhares - aspectos metodológicos e epistemológicos sobre a Economia Solidária. In: XIV Congresso Brasileiro de Sociologia; 2009 jul. 28-31; Rio de Janeiro, BR [evento na internet]. Rio de Janeiro; 2009. [citado 2009 nov. 08]. Disponível em: http://starline.dnsalias.com:8080/sbs/arquivos/15_6_2009_18_56_48.pdf

Governo do estado de São Paulo. Lei antifumo. [Homepage na Internet]. São Paulo; 2009 [atualizado em 2009 mai 7; citado 2009 nov. 1]. Disponível em: <http://www.leiantifumo.sp.gov.br/>

Guedes JS. Oito anos construindo o SUS no Estado de São Paulo. Estud. av. [periódico na Internet]. 2003. [citado 2007 jan. 21];17(48):229-240. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n48/v17n48a19.pdf>

Guimarães LAM, Grubits S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. Psicol. Soc. [periódico na Internet]. 2007 abr. [citado 2009 Nov 20];19(1):45-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a07v19n1.pdf>

Heidegger M. Essere e Tempo. Milano: Longanesi; 1976.

Henrique, Micheli IFSDD, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). Rev. Assoc. Med. Bras. [periódico na internet]. 2004 [citado 2009 Out 29];50(2):199-206. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20784.pdf>

International harm reduction association. [homepage in the Internet]. Liverpool; 2007. What is harm reduction? [updated 2007; cited 2007 febr. 10]. Available from: <http://www.ihra.net/Whatisharmreduction>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [homepage na Internet]. Brasil; 2009. População estimada. [atualizado 2009 dez 3; citado 2009 dez 3]. Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/home/>

Inverso. [homepage na Internet]. Brasília; 2009. Legislação Brasileira em Saúde Mental. [atualizado 2009; citado 2009 fev. 22]. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12222.html>

Jardim VMR, Cartana MHF, Kantorski LP, Quevedo ALA. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de centros de atenção psicossocial. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. [periódico na Internet]. 2009 abr-Jun. [citado 2009 Set 27];18(2):241-8. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/06.pdf>

Kamon J, Budney A, Stanger C. A contingency management intervention for adolescent marijuana abuse and conduct problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [serial on the Internet]. 2005 [cited 2009 Nov 20];44(6):[about 6 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15908833>

Kierkegaard S. *Il Concetto di angoscia*. Firenze: Sansoni; [s.d.]

Kilsztajn S, Lopes ES, Lima LZ, Rocha PAF, Carmo MSN. Leitões hospitalares e Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2008. [citado 2009 Out 21];24(10):2354-2362. <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n10/16.pdf>

Laranjeira R, Caetano R. Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Drogas (ABEAD). [homepage na Internet]. Porto Alegre; 2006. Crescimento econômico e indústria do álcool. [atualizado 2006 fev 9; citado 2007 jan. 12]. Disponível em: <http://www.abead.com.br/noticias/exibNoticia/?cod=10>

Laranjeira, R. [homepage na Internet]. São Paulo; 2006. Avaliar e Tratar a Abstinência do Álcool. Associação brasileira de estudos do álcool e outras drogas. [atualizado 2006 Out 18, citado 2007 fev. 18]. Disponível em: <http://www.abead.com.br/tratamento/exibTratamento/?codigo=1>

Leighton PF, Castro DC, Barriga PC, Urquiaga RI. *Vino y salud: estudios epidemiológicos y posibles mecanismos de los efectos protectores / Wine and health: epidemiological studies and possible mechanisms for protective effect*. *Rev. méd. Chile*. 1997;125(4):483-91.

Levine HG. *Temperance Cultures: Alcohol as a Problem in Nordic and English-Speaking Cultures*". In: Malcom L, Griffith E, Colin D. *The Nature of Alcohol and Drug-Related Problems*. New York: Oxford University Press; 1993 16-36; New York, Oxford University Press [evento na internet]. [citado 2007 febr. 22]. Disponível em: <http://soc.qc.cuny.edu/Staff/levine/temp-cult.htm>.

Lucchesi M, Malik AM. Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. *Rev Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2009. [citado 2009 Out 21];43(1):161-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/7141.pdf>

Luzio CA, L'Abbate S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da Reforma Psiquiátrica. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na internet]. 2009 [citado 2009 Out 29];14(1):105-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a16v14n1.pdf>

Machado AL, Colvero LA. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2003 set. [citado 2009 Nov 20];11(5):672-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n5/v11n5a16.pdf>

Maciel ES, Modoneze DM, Gomes GAO, Sonati JG, Tirabassi JP, A Prevenção de Doenças Crônicas Não - Transmissíveis na Escola: Controle do Peso Corporal, Atividade Física Regular e Alimentação Adequada. [periódico na internet]. 2006 [citado 2009 set. 9]. Disponível em: http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns_interdisciplin角度_saude/afqv/livro_afqv_cap6.pdf

Magalhães MP, Barros RS, Silva MTA. Uso de drogas entre universitários: A experiência com maconha como fator delimitante. Revista ABP-APAL. 1991; 13(3):97-104.

Manari AP, Preedy VR, Peters TJ. Nutritional intake of hazardous drinkers and dependent alcoholics in the UK. [PubMed - indexed for MEDLINE 2003]. Addict Biol. Porto Alegre. 2003;8(6):201-10. PMID: 12850779.

Marchesini, AM, Prá-Baldi ZP, Mesquita F, Bueno R, Buchalla CM. Hepatites B e C em usuários de drogas injetáveis vivendo com HIV em São Paulo, Brasil. Rev. Saúde [periódico na internet]. 2007 [citado 2009 Out 29];41(2):57-63. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v41s2/5950.pdf>

Marchetti RL, Galluci Neto J. Transtornos mentais associados à epilepsia. In: Louzã Neto MR, Elkis H e colaboradores. Porto Alegre: Artmed. 2007;(2):174- 94.

Marlatt GA. Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Porto Alegre: ARTMED; 1999.

Marques RM, Mendes Á. Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar. Saúde Soc. São Paulo. 2007;16(3):35-51.

Matsudo SM, Matsudo VR, Araújo TL, Andrade DR, Andrade EL, Oliveira LC de, et al. The Agita São Paulo program as a model for using physical activity to promote health. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health [periódico na internet]. 2003 [citado 2009 Nov 7];14(4):265-72 Disponível em: http://www.sportsalut.com.ar/articulos/act_fis_salud/2_2006.pdf

Mauro MYC. El papel de las escuelas de enfermería en el área de la reducción de la demanda de drogas en América Latina. Washington (DC): Florianópolis: UFSC/PEN; 2003.

Medeiros RC. Adulto jovem, prazer e drogadicção: nos caminhos de uma paixão, a construção de um olhar. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

Michaelis. Moderno dicionário da língua portuguesa. Melhoramentos; 2004.

Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2009 [citado 2009 Nov 06];14(1):159-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a21v14n1.pdf>

Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ªed. São Paulo Rio de Janeiro: Hucitec; 2008.

Möderler C. [homepage na Internet]. 1917: Projeto da Lei Seca nos EUA. [atualizado 2007; citado 2007 fev. 2]. Disponível em <http://www.dw-world.de/dw/article/0,1564,319341,00.html>.

Moraes E, Campos GM, Figlie NB, Laranjeira RR, Ferraz MB. Conceitos Introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2006;28(4):321-325.

Moraes M. 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. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2008 [citado 2009 Out 29];13(1):121-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/16.pdf>

Mota TD, Oliveira MAF. Álcool e outras drogas: preconceito e estigma na visão do usuário. [relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Mota TD, Barros S. Saúde Mental, Direitos, Cidadania: o escritório de advocacia como agência para inclusão social. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(2):220-6.

Muza GM, Costa MP. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes - o olhar dos adolescentes. Cad. Saúde Pública. 2002;18(1):321-28.

Nardi HC, Rigoni, RQ. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2009 fev. [citado 2009

set. 9];25(2):382-392. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/17.pdf>

Nascimento AB. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. *Psicologia em Estudo*, Maringá. 2006;11(1):185-190.

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação dos CAPS do município de São Paulo *Rev Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2009. [citado 2009 Set 27];43 Supl 1:8-15. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43s1/747.pdf>

Nascimento, AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública* [periódico na internet]. 2009 [citado 2009 Nov 5];43(1):8-15. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43s1/747.pdf>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [homepage on the Internet]. Diagnostic Criteria for Alcohol Abuse and Dependence – Alcohol Alert, No 30; 1995 [cited 2007 febr. 23] Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa30.htm>.

Nery-Filho A, Miranda M, Medina MG. Estudo da alcoolemia numa amostra da população urbana de Salvador. In: *Seminário Internacional: o uso e o abuso de drogas*; 1995; Bahia BR, Bahia: CETAD; 1995.

Nery SR, Nunes EFPA, Carvalho BG, Melchior R, Baduy RS, Lima JVC. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009;14 Supl 1:1411-19.

Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2006 [citado nov. 20];22(10):2207-217. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n10/20.pdf>

Nicastri R, Ramos SP. Prevenção do uso de drogas. *J Brás Dep Quim*. 2001;2 Supl1:34-7.

Nicoletto SCS, Cordoni Junior LC, Nilson R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2005 [citado out. 7];21(1):29-38. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18066976200700020003&lng=pt&nrm=iso>

Noto AR, Nappo S, Galduróz JCF, Mattei R, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de seis capitais brasileiras – 1997. Centro de informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de

Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina: São Paulo; 1998.120 p.

Noto AR. Uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas capitais brasileiras. Boletim Informativo. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID. Secretaria Nacional Antidrogas. 2005.

Nunes JAB. Para além dos muros da nossa casa: a construção de uma história em movimento. Psico. Porto Alegre. [periódico na Internet]. 2005 set-dez. [citado 2009 Out 21];36(3):293-8. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1400/1100>

Observatório das metrópoles [homepage na Internet]. Copyright © 2006-2008. População metropolitana é de 70,3 milhões de pessoas. [atualizado 2009 agos. 14; citado 2009 out. 10]. Disponível em: http://web.observatoriodasmetropoles.net/index.php?option=com_content&view=article&id=1119%3Aibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-em-2009&catid=43%3Anoticias&Itemid=50&lang=pt

Oliveira E, Melcop AG. Álcool e trânsito. Instituto RAID/CONFEN-MS/DETRAN – PER, Recife; 1997. 120 p.

Oliveira ER. Estudo das opiniões de servidores e docentes de uma comunidade universitária sobre álcool e drogas. [dissertação]. São Paulo Escola de Enfermagem. Ribeirão Preto; 2003.

Oliveira E. O desafio de assistir aos pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança; 2001.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório mundial de saúde. [base de dados na internet]. Genebra; 2001. [citado 2009 nov. 01]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch3_po.pdf

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Guia para atenção e manejo integral de usuários de drogas vivendo com HIV/AIDS na América Latina e Caribe [homepage na Internet]. Washington, D.C ; © 2006. [atualizado 2006 10 20; citado 2009 out. 4]. Disponível em: http://www.paho.org/Portuguese/DD/PUB/guia_sida_port_HR.pdf

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública. [periódico na Internet]. 2001 jan. [citado 2007

fev. 20];35(1):103-109. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034.

Pedersen D. Reframing political violence and mental health outcomes: outlining a research and action agenda for Latin America and the Caribbean region. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2006 abr.-jun. [citado 2009 Out 21];11(2):293-302. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n2/30418.pdf>

Peres FF, Bodstein R; Ramos CL, Marcondes WB. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. *Ciênc saúde coletiva* [periódico na internet]. 2005 [citado 2009 Nov 6];10(3),757-69. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a32v10n3.pdf>

Peters TJ, Preedy VR. Metabolic consequences of alcohol ingestion. *Novartis Found Symp.* [periódico na Internet]. 1998. [citado 2007 fev. 18];216:19-24; discussion 24-34. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9949785>

Piccinini WJ. [homepage na Internet]. História da Psiquiatria. Eugenia e Higiene Mental. *Psychiatry On-line Brazil* (6) Setembro 2001. [atualizado 2007; citado 2007 fev. 23]. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/wal0901.htm>

Piccinini WJ. [homepage na Internet]. Higiene Mental e a Imigração (III). *Psychiatry On-line Brazil* (10) Fevereiro 2005.[atualizado 2007; citado 2007 fev, 23]. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/wal0205.htm> .

Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Reforma Psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* [periódico na Internet]. 2009. [citado 2009 Out 10]. No prelo. Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo158.pdf>

Pitta A, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? p.19-26.

Pizzio A. A qualificação social nos empreendimentos econômicos solidários de reciclagem. *ESAC - Economia Solidária e Ação Cooperativa* [periódico na internet]. 2007 jun. [citado 2009 Nov 8];2(1):23-34. Disponível em: http://www.unisinos.br/arte/files/023a034_art02_pizziodasilva.pdf

Pizzio A, Veronese MV. Possibilidades conceituais da sociologia das ausências em contextos de desqualificação social. *Cad. psicol. soc. trab.* [periódico na internet]. 2008 [citado 2009 Out 29];11(1):51-67. Disponível em:

<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/cpst/v11n1/a05v11n1.pdf>

Portela AP, Ferreira V. [homepage na Internet]. Violência contra as mulheres em Pernambuco. Dados e análises SOS corpo. 2005; ano II.(3). [atualizado 2007 jan; citado 2007 jan. 20]. Disponível em: http://www.soscorpo.org.br/download/dados_e_analises_ano2_n3.pdf

Preedy VR, Adachi J, Ueno Y, Ahmed S, Mantle D, Mullatti N, et al. Alcoholic skeletal muscle myopathy: definitions, features, contribution of neuropathy, impact and diagnosis. Eur J Neurol. [periódico na Internet]. 2001 nov. [citado 2007 fev. 18];8(6):677-87. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11784353>

Priuli RMA, Moraes MS. Adolescentes em conflito com a lei. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2007 [citado 2009 Out 29];12(5):1185-192. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n5/09.pdf>

Rajendram R, Lewison G, Preedy VR. Worldwide alcohol-related research and the disease burden. Alcohol and alcoholism. Oxford University Press [periódico na Internet]. 2006 nov. [atualizado 2007 jan. 05; citado 2007 fev. 24];41(11):9-106. Disponível em: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17450473>.

Raminelli R. Da etiqueta canibal: beber antes de comer. In: Venâncio RP, Carneiro H. Álcool e drogas na história do Brasil. Belo Horizonte: Alameda Casa Editorial; 2005. C.2. p. 29-46.

Ramos SP. [homepage na Internet]. Muito além do alcoolismo. In: É bom se preparar que a conversa vai ser muito forte. Porto Alegre. SIMERS. 2005 68p. [atualizado 2005; citado 2007 fev. 02]. Disponível em: http://www.simers.org.br/livro_forum_alcool_2005.pdf

Reale DO. Caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade. [dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo; 1997.

Resende H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis AS, Costa NR organizador. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental do Brasil. Rio de Janeiro, Vozes/ABRASCO; 1987.

Ribeiro MO, Oliveira MAF, Aranha e Silva AL, Barros S. O papel das drogas na vida da criança em situação de rua. Revista de Terapia Ocupacional da USP. 2003;14(02):79-84.

Roberto CS, Conte M, Mayer RTR, Torossian SD, Vianna TR. Drogas e trabalho: uma proposta de intervenção nas organizações. Psicol Ciên Prof [periódico na internet]. 2002 mar. [citado 2009 Nov 1];22(1):18-29. Disponível em: <http://pepsic.bvs->

psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932002000100004&lng=pt&nrm=iso

Rodrigues SMS. Comorbidades psiquiátricas em dependentes de álcool e drogas / Psychiatric comorbities in alcohol and drugs dependent subjects Rev. para. Med [periódico na internet];22(2):53-61 2008 [citado 2009 Out 29] Disponível em:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=521081&indexSearch=ID>

Romano M, Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2007 abr. [citado 2009 out. 22];41(4):495-501. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5621.pdf>.

Sáad AC. Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. In: Cruz MS, Ferreira SMB. Álcool e drogas – usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro: Edições IPUB – Cuca; 2001.

Santos AS, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2009 set. [citado 2009 set. 24];25(9):2064-2074. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n9/20.pdf>.

Santos BS. Da ciência moderna ao novo senso comum. In: Santos BS. A crítica da razão indolente. Contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2000. p. 55-117.

Santos B, organizador. Produzir para viver. Os caminhos da produção não capitalista. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira; 2005. 514p.

Santos BS. Uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: A gramática do tempo: para uma nova cultura política. [para um novo senso comum. A ciência, o direito e a política na transição paradigmática]. Porto: Edições Afrontamento; 2006. p. 87-124.

Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 15ª ed. Porto: Edições Afrontamento; 2007a. 59 p.

Santos BS. Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social. Boitempo São Paulo; 2007b. 126 p.

Santos BS. Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. 2007c. [citado em 23 de ago 2009]. Disponível em:

http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/Para_alem_do_pensamento_a_bissal_RCCS78.PDF

Santos NS, Almeida PF, Venâncio AT, Delgado PG. A fantasia e o baile de máscaras do final do milênio. *Psicol Ciên Prof* [periódico na internet]. 2000 [citado 2009 Nov 7];20(3):28-33. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pcp/v20n4/v20n4a06.pdf>

Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá, 1999. A reabilitação como cidadania; 111-42

Seligman M. Alcoolismo e responsabilidade social. presented at the international forum of quality of life and health – alcoholism: who pays the bill. Porto Alegre, Brazil; 2005 abr. p.8.

Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2002;36(1):4-9.

Silva CJ, Serra AM. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. *Rev. Bras. Psiquiatr* [periódico na Internet]. 2004 mai. [citado 2009 Out 5];26 Supl 1:33-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a09v26s1.pdf>

Silva-Filho AR, Carlini-Cotrim B, Carlini EA. O uso de psicotrópicos por meninos de rua. Comparações entre dados coletados em 1987 e 1989. In: *Abuso de drogas entre meninos e meninas de rua no Brasil*. Centro de informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia;

Silva JP, Oliveira MAF, Barros S. O indivíduo dependente de substâncias psicoativas e a internação psiquiátrica. *O Mundo da Saúde*. 2001;25(3):299-304.

Silva ATMC, Barros S. O trabalho de enfermagem no Hospital Diana perspectiva da Reforma Psiquiátrica em João Pessoa – Paraíba: *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(3):310-6.

Silveira CM, Silveira CC, Silva JG, Silveira LM, Andrade AG, Andrade LHS. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. psiquiatr. clín.* [periódico na internet]. 2008. [citado 2009 Out 11];35(1):31-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a08v35s1.pdf>

Sindicato médico do Rio Grande do Sul (SIMERS). [homepage na Internet]. Porto Alegre; 2006. Estatística. In: *I Fórum Internacional de Qualidade de Vida: Quem paga essa conta?* Porto Alegre. SIMERS; 2006. [atualizado 2007 fev. 24; citado 2007 fev. 24]. Disponível em: http://www.simers.org.br/livro_forum_alcool_2005.pdf

Singer P. A recente ressurreição da economia solidária no Brasil. In: Santos B, organizador. Produzir para viver. Os caminhos da produção não capitalista. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira; 2005. p. 84-127.

Soares M. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. [periódico na Internet] 2008 [citado 2008 Nov 12]; 13(1):121-33. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3216

Sociedade Brasileira de Infectologia. [homepage na Internet]. São Paulo; © 2001-2009. R\$ 1,4 milhão irá financiar ações de redução de danos para usuários de álcool e outras drogas. [atualizado 2008 out. 10; citado 2009 out. 10]. Disponível em: http://www.infectologia.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=249&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciald=2461

Sousa FFA, Abreu RNDC, Costa FLP, Brito EM, Vasconcelos SM, Escudeiro SS, et al. Pessoas em recuperação do alcoolismo: avaliação dos fatores de risco cardiovasculares. *SMAD* [periódico na internet]. 2009 [citado 2009 Out 29];5(2). Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/SMAD2009v5n2a04.pdf>

Sousa KKB, Ferreira Filha MO, Silva ATMC. A práxis do enfermeiro no programa saúde da família na atenção à saúde mental. *Cogitare Enferm*; jul-dez.. 2004;9(2):14-22.

Souza RR. Políticas e práticas de saúde e equidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(n. esp):765-70.

Souza MLP, Garnelo L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2007 jul. [citado 2009 Out 5];23(7):1640-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/15.pdf>

Stockwell T. Alcohol supply, demand, and harm reduction: What is the strongest cocktail? *International Journal of Drug Policy*. 2006 July. 4. V.17, p. 269-77.

Stronach B. Álcool e redução de danos. In: Brasil/MS. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora em países em transição. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro. 2009;(2):14.

- Trivinos ANS. Introdução A Pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1995. 176 p.
- United Nations Fund for Drug Abuse Control, São Paulo; 1990. 161p.
- United Nation Office on Drugs and Crime. Global illicit Trends 2003. New York, Ny: United Nations Office on Drugs and Crime; 2003.
- Vaissman M. Alcoolismo no trabalho, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Garamond; 2004. 220p.
- Valladares ACA, Lappann-Botti NC, Mello R, Kantorski LP, Scatena MCM. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. Revista Eletrônica de Enfermagem [periódico na internet]. 2003 [citado 2009 Out 29];5(1):4-9. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista>.
- Varney S J, Guest J F. The Annual Societal Cost of Alcohol Misuse in Scotland. *Pharmacoeconomics*. 2002;20(13):891-907.
- Vecchia MD, Martins SF. De-institutionalization of care for people with mental disorders within primary healthcare settings: contributions towards implementation of actions. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* [serial on the Internet]. 2009 [cited 2009 Sept 9];13(28):[about p.151-64]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a13.pdf>
- Veronese MV. As possibilidades de constituição de uma liderança autogestionária na economia solidária. In: Anais do XIV Encontro nacional da ABRAPSO: Diálogos Psicologia Social; 2007; Rio de Janeiro, BR [evento na internet]. Rio de Janeiro; 2007. [citado 2009 nov. 08]. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/html/sessoes/3276_sessoes_resumo.htm
- Viala-Artigues J, Mechetti C. [homepage on the Internet]. 2003. Histoire de alcool les temps modernes partie 2. [updated 2007; cited 2007 febr 22]. Available from: <<http://www.alcoologie.org/Histoire-de-l-alcool-archeologie.html>>.
- Vianna LW, Burgos MB. Entre princípios e regras: cinco estudos de caso de Ação Civil Pública. *Dados rev. Ciênc. Sociais.* [periódico na Internet]. 2005 dez. [citado 2009 Out 5];48(4):777-843. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dados/v48n4/28479.pdf>
- Waidman MAP, Elsen I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto contexto - enferm.* [periódico na Internet]. 2005 jun.-set. [citado 2009 Out 7];14(3):341-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a04.pdf>

Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. Texto Contexto Enferm [periódico na internet]. 2004 [citado 2009 Nov 5];13(4):593-98. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3822

World Health Organization (WHO). [homepage on the Internet]. Lexicon of alcohol and drug terms. Genebra; 1994 [updated 2007; cited 2007 febr 23]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/.

World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol. Genebra: World Health Organization; 1999. 391 p.

World Health Organization (WHO). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneve: World Health Organization; 2004.

World Health Organization (WHO). Tobacco control country profiles, [base de dados na internet]. Genebra; 2003. [citado 2009 nov. 01]. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles/Introduction.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo, de de 2007

Prezado(a) Sr(a),

Vimos por meio desta, solicitar autorização para que Maria Odete Pereira H. de Araújo, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, possa realizar a pesquisa intitulada: “ANÁLISE DA POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS”, para a obtenção de título acadêmico, nível doutorado.

Na oportunidade, esclarecemos que a pesquisa será realizada com o Coordenador de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Município e do Estado e com o coordenador de um CAPS ad, nas respectivas instâncias.

A pesquisa tem por finalidade analisar o programa desenvolvido no Brasil e identificar na práxis dos trabalhadores dos CAPS ad, as estratégias que estão sendo empregadas sua para aplicação efetiva, na tentativa de subsidiar novos programas que contemplem estratégias de enfrentamento e fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas.

Pretende-se especificamente: 1. Identificar e analisar as diretrizes da Política Nacional de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde em Centros de referência ou Centros de atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas - nível. 2. Identificar e descrever as estratégias empregadas para a

aplicabilidade da Política Nacional de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde em Centros de referência ou Centros de atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas - nível. 3. Contribuir na produção de novas estratégias de enfrentamento, na tentativa de subsidiar novos programas que contemplem o fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas.

Agradecemos antecipadamente, e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Prof^a Dr^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Professora Assistente do Departamento de Enfermagem
Materno-Infantil e Psiquiátrica

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Ilm^o Sr.

Coordenador de Saúde Mental do Município de São Paulo

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP: (11)
3061.7548

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Dados de identificação:

Nome do entrevistado _____

II - Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: “ANÁLISE DA POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS”.

Pesquisadoras: Maria Odete Pereira (RA 5.043.265) - Doutoranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, área de concentração em Enfermagem Psiquiátrica da EEUSP – SP.

Fone: (12) 9145-4722 email: m.odetepereira@gmail.com

Prof^a. Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira - Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

III – Registro das explicações acerca da pesquisa ao participante:

Este estudo tem como objetivos: apresentar as diretrizes da Política Nacional de Álcool e outras Drogas do Brasil; identificar e analisar as diretrizes do Política Nacional de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde em Centros de referência ou Centros de atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas - nível II; contribuir na produção de novas estratégias de enfrentamento, na tentativa de subsidiar novos programas que contemplem o fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas.

Você é livre para expressar suas idéias e poderá fazer questionamento acerca do estudo e sobre sua participação nele, se tiver

alguma dúvida procurarei esclarecê-la em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária, você não é obrigado (a) a participar do estudo. Você tem o direito de sair da pesquisa em qualquer etapa e em momento algum isto lhe trará prejuízos ou constrangimentos. Se você se negar a participar da pesquisa ou interrompê-la, não sofrerá nenhum prejuízo.

Os dados da presente pesquisa serão registrados e gravados; posteriormente transcritos, lidos e analisados, mas o seu nome não constará dos registros. Sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e publicação do estudo.

IV – Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias do sujeito da pesquisa:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.
3. Salvar da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. Não sofrerá qualquer prejuízo, caso se negue a participar do estudo ou interrompa sua participação.

V – Consentimento Livre e Esclarecido:

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”.

São Paulo, _____ de _____ de 2007

Assinatura do colaborador da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Parte 1- Dados pessoais do(a) Gestor(a) Coordenador (a)

Idade: _____

Etnia: _____

Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____

Formação Profissional

Graduação: _____

Pós-Graduação: Latu sensu: _____

 Stricto sensu: _____

Período de exercício da função atual: _____

Função anterior: _____

Regime de Trabalho: _____

Horas semanais trabalhadas: _____

Parte 2 – Dados relativos à aplicação da Política Nacional de Atenção ao usuário de álcool e outras drogas – Gestor Municipal e Estadual

1. Em linhas gerais, como o senhor entende o Política Nacional de Álcool e outras Drogas do Brasil?
2. Quais são os pontos fortes e pontos fracos da Política?
Pontos fortes:
Pontos fracos:
3. Como gestor, que fatores o senhor considera inviáveis à aplicabilidade da Política Nacional de Álcool e outras Drogas do Brasil?
4. Quais estratégias o senhor sugere para a implementação da atual Política Nacional de Álcool e outras Drogas do Brasil?

Parte 3 – Dados relativos à aplicação da Política Nacional de Atenção ao usuário de álcool e outras drogas – Coordenador do CAPS ad

1. Em linhas gerais, como o senhor entende a Política Nacional de Álcool e outras Drogas do Brasil?
2. Sob seu ponto de vista, quais são os pontos fortes e pontos fracos da Política?
Pontos fortes:
Pontos fracos:
3. . Quais estratégias o senhor adota para aplicar a Política Nacional de Álcool e outras Drogas do Brasil?
4. Quais fatores inviabilizam a aplicabilidade da Política Nacional de Álcool e outras Drogas do Brasil?
5. Que estratégias o senhor sugere para a implementação da atual Política Nacional de Álcool e outras Drogas do Brasil?

Parte 4 - Dados relacionados às características do Serviço

Data do início das atividades: _____

Atividades oferecidas: _____

Número de usuários atendidos:

Diariamente: _____

Semanalmente: _____

Mensalmente: _____

Anualmente: _____

Média dos 3 últimos anos: _____

Média anterior (Se houver): _____

Número de usuários atendidos segundo sexo: _____

Idade mínima e máxima dos usuários atendidos: _____

Com quem reside os usuários (em média): _____

Estado Civil dos usuários (em média): _____

Número de filhos (em média): _____

Média do grau de escolaridade dos usuários(em média): ____

Grau de autonomia (em média): _____

*Grau de Independência(em média): _____

Quantos usuários possuem trabalho? _____

Homens: _____ Mulheres: _____

Área de atuação: _____

Média de Renda salarial mensal: _____

Nome de medicamentos (mais usados por todos): _____

a) Quanto à estrutura física do CAPs ad:

- Número de funcionários – equipe terapêutica
- Número de usuários:
- Estrutura física / dimensões da construção (número de cômodos, área livre, jardim, dentre outros);
- Distribuição do espaço físico da casa:
- Localização da casa;

- Recursos materiais disponíveis (camas, sofás, televisão, geladeira, chuveiros, fogão, freezer, eletrodomésticos, decoração, dentre outros):

b) Quanto à organização diária do serviço:

Modelo de gestão:

Tipologia (modelo organizativo adotado, presença de técnicos em diversos períodos):

Objetivo do serviço:

Critérios de admissão e alta:

Coesão e integração do serviço com os atores envolvidos (quantidade e qualidade das conexões que o serviço pode gerar e desenvolver);

Inserção nos circuitos assistenciais e sociais (parcerias);

Relação do serviço com os projetos terapêuticos reabilitativos individuais dos moradores (como são formulados);

Relação entre equipe terapêutica e moradores;

Relação entre usuários e técnicos de referência (afirmação da liberdade, responsabilidade, reciprocidade, terapeutividade, controle, dentre outros);

Relação do serviço com os outros serviços da Rede de Saúde Mental do Município;

Relação do serviço com as políticas públicas do Município;

Relação de número de habitantes no município e oferta de número de vagas;

Personalização / flexibilidade do serviço frente às necessidades dos usuários;

Respeito aos direitos dos usuários;

Participação dos usuários em projetos de inserção no trabalho;

Atividades realizadas pela equipe técnica no dia- a - dia;

c) Como são feitas a divisão e organização das tarefas referentes ao funcionamento diário do serviço;

Apropriação física e afetiva do serviço pelos usuários;

Produção ou não de avaliação da experiência (questionamentos e mudanças produzidas)

ANEXO
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone.: 3061-7548 - Fax.: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

Caixa 67

São Paulo, 27 de junho de 2007.

Ilm.^a Sr.^a
Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Ref.: Processo nº 656/2007/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “Análise da política do Ministério da Saúde do Brasil para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Dulce M.R. Gualda
Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Recbi 10/07/07.
[Assinatura]