

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS – CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

**“FAZENDO A CABEÇA”:
ESTUDO DA REDE DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ALCOOL E OUTRAS
DROGAS NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DE JESUS**

ANA CARLA DAMASCENO BRÁS

Cachoeira- BA
2012

ANA CARLA DAMASCENO BRÁS

**“FAZENDO A CABEÇA”:
ESTUDO DA REDE DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ALCOOL E OUTRAS
DROGAS NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DE JESUS**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado a Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia – UFRB, para a
obtenção do grau de Bacharela em Serviço
Social.

Prof^ª: Msc. Heleni Duarte Dantas de Ávila
Orientadora

Cachoeira- BA
2012

B823F Brás, Ana Carla Damasceno

“Fazendo a cabeça”: estudo da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas no município de Santo Antônio de Jesus / Ana Carla Damasceno – Cachoeira, 2012.

91 f. : il. ; 22 cm.

Orientadora: Prof^a. Ms. Heleni Duarte Dantas de Ávila.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2012.

1. Assistência social – Usuários de drogas – Santo Antônio de Jesus (BA). 2. Política de assistência social – Santo Antônio de Jesus (BA). 3. Política social - Santo Antônio de Jesus (BA).

I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. II. Título.

CDD: 361.

ANA CARLA DAMASCENO BRÁS

**“FAZENDO A CABEÇA”:
ESTUDO DA REDE DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ALCOOL E OUTRAS
DROGAS NO MUNICIPIO DE SANTO ANTONIO DE JESUS**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado a Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia – UFRB, para a
obtenção do grau de Bacharela em Serviço
Social.

Aprovada em: ____ de _____ de _____

Prof^a Msc. Heleni Duarte Dantas de Ávila
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha Miranda
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB

Bel.^a Daiana Carolina Barbosa de Andrade
Psicóloga do NASF do Município de Cruz das Almas- BA

A memória de Ramiro Brás, meu tio, que se fez um verdadeiro pai, exemplo de pessoa e caráter que já conheci.

Aos meus pais queridos, e a toda minha família e amigos.

A minha orientadora Heleni de Ávila

Aos usuários, familiares e profissionais dos serviços de saúde, que trabalho e que estagiei, meu respeito e gratidão por toda aprendizagem proporcionada.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a **DEUS** pelo amor e compreensão que tem comigo, meu grande amigo de todos os momentos, obrigada pela inspiração e oportunidade de realizar este trabalho.

A meu **tio Ramiro(in)** que sempre me incentivou a estudar e buscar alcançar meus objetivos. Essa conquista é nossa.

Aos meus **pais**, que sempre sonharam ter as filhas formadas, pelo incentivo, que desde menina me fez buscar a escolha de uma profissão como uma meta de vida.

Aos minhas irmãs **Nayara, Cássia e Carol** pelo incentivo e apoio em todos os momentos.

Ao meu sobrinho **Neto**, meu grande amor!

As minhas tias **Very, Bitá, Raimunda, Valdelice, Vera, Lina, Sônia e Márcia** pelo carinho e apoio de sempre.

Aos meus afilhados **Lucas, Jefinho, Geice, Railan e Taila** pela alegria proporcionada.

Aos meus primos em especial a **Ane, Binha, Chirlei, Edy, Quinho, Veveu, Jucy, Ida, Daí, Ramine, Piu, kal, Erick, Neto, Nailton.**

A **Sr. Raimundo da Topic**, pelo carinho e por nunca se esquecer de pegar meu almoço, adoro o senhor...

Aos **amigos da Topic**, que alegravam a minhas idas e vindas a Cachoeira.

Ao **MOVIMENTO ESCALADA**, pelo aprendizado e por ser o meu canal de encontro com Deus.

Aos meus amigos, em particular a **Victor, Natalice, Sarigué, Monique, Lilian, karine, Jau e sua família.**

Aos meus amigos de cursinho **Rita e Eber** pelas vezes que me acordavam no meio da aula e pelos momentos de estudo e alegrias juntos.

As minhas comadres **Verônica e Mirian**, vocês são como irmãs para mim.

As minhas amigas do IPER, em especial **Luanda, Tamy, Eme e Giovanna**, obrigada pelas trocas de plantão, e pela amizade sincera.

A minha professora orientadora **Heleni de Ávila** que com seriedade, paciência, conduziu as orientações para a construção desta monografia. Obrigada pelos momentos de companheirismo, nossa amizade perpassam os muros da universidade. Adoro você lindinha...

Ao **CA de Serviço Social** que me proporcionou ensinamentos valiosos.

As minhas professoras **Valéria e Albany**, pelo aprendizado desses anos que marcaram toda minha vida. Admiro muito vocês.

A todos os professores que fizeram parte da minha graduação, em especial aos do colegiado de Serviço Social.

Ao Serviço Social do Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus, em especial a **Luciana, Elenice e Gloria**.

A todos aqueles que me concederam entrevistas

As minhas **crismandas 2012 e a Sileia** pelos lindos momentos de partilha.

Aos padres Antonio e Gil, por serem mensageiros da fé, que tanto me fortalece.

A minha querida Igreja Católica, que contribuiu para a formação do meu caráter.

Aos colegas de trabalho da secretaria de saúde de Cruz das Almas, em especial a **Conce, Rosana e meu chefe Franio** pelo apoio nos momentos em que eu mais precisei.

A minha amiga **Tiana Paz** um agradecimento especial pela disponibilidade e paciência com que me ensinou a dar os primeiros passos na vida acadêmica, nossas madrugadas de estudo juntas foram momentos muito importantes para mim. Admiro-te muito.

Aos amigos da UFRB, meus amores **Tica, Sama, Viny, Thi, Lane, Carol, Vick e Rafa** a nossa falta de paz é essencial em minha vida, muito obrigada por todos esses anos de grandes conquistas e felicidades juntos.

Em fim, a todos que colaboraram direta ou indiretamente ao longo desta graduação, período que vivi momentos especiais e inesquecíveis. Que foi a realização de um grande sonho de uma menina que estudou toda vida no berço da precariedade da escola pública. Universidade Federal sonho realizado. Obrigada a todos.

“Caminhar é ir em busca de metas. Significa mover-se para ajudar muitos outros a moverem-se, no sentido de tudo fazer para criar um mundo mais justo e humano”.

Dom Helder Camara.

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

Antonio Nery Filho

RESUMO

As discussões em relação às drogas vêm se expandindo de modo expressivo nos últimos anos. O que é percebido de maneira positiva devido à grande importância da temática para a nação brasileira. O objetivo do presente trabalho foi analisar como está configurada a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas e como está sendo desenvolvida a Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas do município de Santo Antonio de Jesus – BA, atentando para as conquistas, perspectivas, desafios e forma de organização da rede. Foi possível notar que a assistência é desenvolvida basicamente pelo CAPS ad, com pouca participação de outras instituições, fator que contribui para o enfraquecimento da perspectiva de redução de danos. O conhecimento acerca da Política Nacional que regulamenta questões que envolvem as drogas é muito baixa, a maioria dos profissionais são admitidos mediante contratos temporários, o que tem contribuído para uma transição muito grande, prejudicando assim a capacitação e a atualização desses profissionais. Apesar de a cidade ser uma referência regional, poucos são os serviços capacitados e especializados disponíveis, a implantação do CAPS ad não foi suficiente para mudar a realidade, pois a instituição ficou sobrecarregada no que se refere aos atendimentos, o acesso dos usuários a outras instituições é apenas para encaminhamentos. A implantação do CRR foi um grande avanço para a capacitação dos profissionais que trabalham na saúde e na assistência, esse é um benefício importante para todo o Recôncavo, mas ainda é preciso avançar na consolidação da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

Palavras-Chave: Drogas, Redução de danos, Caps ad, usuários de drogas.

ABSTRACT

Discussions regarding drugs are expanding so impressive in recent years. What is perceived positively because of the great importance of the topic for the Brazilian nation. The objective of this study was to analyze how the network is configured to observe users of alcohol and other drugs and is being developed as a national political attention users of alcohol and other drugs in Santo Antonio de Jesus - BA, noting achievements, prospects and challenges of the network form of organization. It was possible to note that assistance is basically developed by CAPS ad, with little contribution from other institutions, a factor that contributes to the weakening of harm reduction perspective. The knowledge of that Regulation National Policy issues involving drugs is very low, most professionals are allowed on temporary contracts, which has contributed to a very large transition, thus impairing the training and upgrading of these professionals. Although the city is a regional referral, there are few qualified and specialized services available, the implementation of CAPS ad was not enough to change the reality, because the institution was overloaded with regard to attendance, users' access to other institutions is only for referrals. The implementation of the CRR was a breakthrough for the training of professionals who work in health and care, this is an important benefit for the entire Reconcavo, but we still need to move forward in the consolidation of the network of care to users of alcohol and other drugs.

Keywords: care network users of alcohol and other drugs, drugs, harm reduction.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CASE – Comunidade de Atendimento Socioeducativo
CDS – Centros de Desenvolvimento Social
CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CRASS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializada da Assistência Social
CRR – Centro de Regional de Referência
CSU – Centro Social Urbano
DENARC – Departamento de Narcóticos da Polícia Civil
ECA – Estatuto da Criança e Adolescente
HRSAJ – Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PBF – Programa Bolsa Família
PROERD- Programa de Orientação e Prevenção ao uso de Drogas
SAJ – Santo Antonio de Jesus
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Sócio-educativo
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
UFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UNEB – Universidade Estadual da Bahia

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	12
2. POLÍTICA DE DROGAS	16
2.1 Política Social e Políticas Públicas	16
2.2 Situando A Política De Álcool e Outras Drogas	19
a) Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental	19
b) Trajetória dos modelos de intervenção a questão do uso de drogas no Brasil: da repressão à assistência integral	23
c) A Política Nacional de Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas.....	26
d) Drogas e Criminalização ao uso de drogas.....	29
3. POLÍTICA PARA DROGAS: O CAPS AD E A REDUÇÃO DE DANOS.....	33
3.1 O Caps ad no fortalecimento da Rede de atenção a Usuários de Álcool e outras drogas	33
3.2. Perspectiva da redução de danos na atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.....	37
3.3 Rede de atenção a Usuários de Álcool e outras drogas na Bahia	43
4. O LÓCUS DA PESQUISA: MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DE JESUS.....	51
4.1 A atenção a usuários de álcool e outras drogas no município de Santo Antonio de Jesus	51
4.2 O estudo, a coleta dos dados e discussão dos resultados.	61
4.3 Desafios e possibilidades no fortalecimento da rede de atenção integral a usuário de álcool e outras drogas em Santo Antonio de Jesus	77
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
7.APÊNDICE.....

1. INTRODUÇÃO

O estudo do Serviço Social proporciona um amplo campo de pesquisa, com conteúdos voltados para a compreensão do ser social e para as transformações nele produzidas, a partir dos elementos que o compõem. Este trabalho atenta-se para as mudanças que ocorrem no espaço das redes de atendimentos na saúde e na assistência, de modo particular o espaço da atenção a usuários de álcool e outras drogas, pois se trata de uma área em que o Serviço Social vem se apropriando, além disso, o trabalho neste campo requer uma aproximação maior da realidade em que vivem esses usuários.

Acredita-se que o uso/abuso de álcool e outras drogas é uma temática relevante para ser tratada por assistentes sociais. Sendo assim objetiva-se com o presente trabalho analisar a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, no município de Santo Antonio de Jesus, bem como as conquistas, desafios e forma de organização dos serviços oferecidos.

Ainda, pretende-se ratificar, também, com esta pesquisa, a necessidade de identificação de como se dá a interlocução da rede de saúde e assistência social, na Política de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas. Parece que este é um grande desafio: instaurar em todos os campos da saúde pública e da assistência social uma prática que, ao mesmo tempo, garanta as especificidades acumuladas ao longo do tempo em cada núcleo de saber e, para além disso, consiga fazer atravessar tais saberes uns sobre os outros, de modo a construir novos olhares, novos dispositivos de intervenção.

Para que as ações conjuntas sejam efetivadas é fundamental a existência de redes de proteção social, envolvendo um diálogo constante dentre vários campos de intervenção e do saber, como a saúde, a justiça, a assistência, a segurança, a educação, dentre outras.

O município de Santo Antonio de Jesus faz parte do Recôncavo da Bahia, distante, aproximadamente, 192 km da capital. A análise, deste estudo, é ampla trazendo o panorama da assistência aos usuários de drogas no Brasil, no entanto se debruçará especialmente partir de 2006, quando foi regulamentada a Lei de Drogas que trata sobre drogas de maneira geral, e também quando foi possível perceber a

efetivação de algumas políticas públicas a existência de uma rede de atenção a usuários de drogas no país, a exemplo do CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas), até 2012.

Não se podem negar os avanços no que se refere às políticas públicas para as drogas, mas para uma rede plenamente digna, será que ainda não almejamos novas conquistas? Os profissionais da rede tem formação técnica e psicológica para que o desempenho de suas atividades ocorra de forma humanizada e sustentável? Como se dá a valorização do individuo em face da descriminalização? E como se dá o acesso a rede? Existem atividades educativas na própria rede que favoreça toda família? Estes e outros questionamentos são inquietantes e dignos de busca de respostas. Portanto, esta pesquisa, sobre a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, constitui-se como um mecanismo-estratégico oportuno para tais reflexões e, quem sabe, para se galgar novos passos, na busca do fortalecimento da rede.

Discutir os problemas inerentes à atenção a usuários de álcool e outras drogas e, principalmente, investigar o processo de desenvolvimento da rede de saúde e assistência, evidenciando as principais dificuldades ainda presentes no desenvolvimento das políticas, que desestimulam a continuidade de trabalhar e vivenciar a área da saúde é imprescindível para a busca de incentivos e para o estímulo do trabalho como assistente social.

Para atingir os objetivos propostos foram utilizados como procedimentos metodológicos um levantamento bibliográfico, através de livros, artigos, leis, sítios eletrônicos, decretos, dados do IBGE, revistas, entre outros, a fim de fundamentar teoricamente o trabalho em questão, bem como pesquisa de coleta de dados junto a Secretaria de Saúde de Santo Antonio de Jesus, através da coordenação de saúde mental e a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), através do CCR (centro de capacitação regional) com pesquisas produzidas pelo PET saúde mental.

As técnicas são os procedimentos operacionais que servem de mediação prática para a realização das pesquisas (SEVERINO, 2007, p.124). Para a realização deste trabalho foram adotadas as seguintes técnicas de pesquisa: observação e entrevistas. A observação, conforme Severino, 2007, é todo procedimento que permite acesso aos fenômenos estudados. Trata-se de uma etapa imprescindível em qualquer tipo ou modalidade de pesquisa. A observação foi realizada, neste trabalho, em todo momento em que foi oportunizada a visita nas

organizações, seja em trabalho de campo para a pesquisa ou por causa do estágio curricular desenvolvido no município, tendo em vista a necessidade de contato com toda a rede para encaminhamento nos atendimentos do estágio. A partir da observação direta foram registradas algumas ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham nos serviços, usuários e familiares a espera de atendimento, enfim de elementos considerados pertinentes à pesquisa. Isto se fez desde o início do estágio no ano 2010, até novembro de 2012 fases de conclusão da pesquisa.

Em 2012, foram aplicadas entrevistas individuais através de visitas aos representantes da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Assistência Social, Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus e da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, entidades que, de alguma forma, têm relação com os serviços da rede em estudo. No período do mês de outubro e novembro de 2012, foram aplicadas de forma aleatória dez entrevistas estruturadas aos funcionários representantes das unidades da rede no município supramencionado, sendo as entrevistas gravadas e transcritas posteriormente. Para Severino, 2007, entrevistas estruturadas são aquelas em que as questões são direcionadas e previamente estabelecidas, com determinada articulação interna. Aproxima-se mais do questionário, embora sem a impessoalidade deste.

Na compreensão e interesse por tal técnica, as entrevistas aconteceram na própria instituição de trabalho do entrevistado, com duração de aproximadamente uma hora e meia, a participação dos mesmos foi espontânea, sendo anteriormente convidados. Foram convidados e selecionados, preferencialmente, como sujeitos de pesquisa, assistentes sociais e psicólogos, por entender que esses no cotidiano do fazer profissional lidam com elementos centrais de total importância para esta pesquisa. No entanto, por questões diversificadas, como disponibilidade e maior propriedade com a temática, profissionais de outras áreas também concederam entrevistas, isto por que o maior interesse da pesquisa era obter o máximo de informações de como se dá o atendimento a usuários de álcool e outras drogas. Nesta perspectiva qualquer funcionário a par do serviço prestado colaboraria. Posteriormente, foi feita a análise e interpretação dos dados coletados.

O trabalho encontra-se estruturado, além desta introdução, em três capítulos. No primeiro, busca-se através de estudo bibliográfico relacionar o que alguns teóricos dizem a respeito das políticas sociais e públicas, bem como, evidenciar

alguns dados referentes a mesma no Brasil. E ainda algumas discussões sobre a questão da reforma psiquiátrica, reforma sanitária e saúde mental, apresentando a trajetória dos modelos de intervenção, a questão do uso de drogas no Brasil e a gênese e caracterização das drogas e da criminalização ao seu uso. No segundo capítulo, apresenta-se a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na Bahia, com base nos serviços oferecidos e na análise de alguns estudiosos da área, assim como a importância do trabalho desenvolvido no CAPS ad, principalmente no âmbito da Redução de Danos. No terceiro são apresentados os resultados da pesquisa de campo com argumentos sobre as possibilidades de fortalecimento da rede nas instituições visitadas e no município em estudo. A partir daí tem-se as considerações finais, referência e anexos.

2. POLÍTICA DE DROGAS

2.1 Política Social e Políticas Públicas

Neste trabalho reforça-se a defesa de políticas sociais como forma imprescindível de fortalecimento das ações de atenção a usuários de álcool e outras drogas, levando em consideração as necessidades expressas por estes indivíduos em situação de vulnerabilidade. Neste tocante, as políticas sociais vêm apresentando significativas mudanças nos últimos tempos como destacam Silva, Yazbek e Giovanni (2004),

Os últimos anos do século 20 e o início do século 21 têm sido marcados por intensas alterações na esfera das políticas sociais, tanto nos países centrais quanto nos países periféricos. As grandes transformações econômicas e sociais, especialmente com o rearranjo do mercado capitalista, a regionalização dos mercados e aumento da concentração do capital financeiro, vêm gerando o crescimento da pobreza e da exclusão de vastos contingentes populacionais. Nesse cenário, crescem as demandas por ações estatais voltadas à proteção social dos que se encontram fora do mercado de trabalho ou vivendo de forma precária. (Silva, Yazbek e Giovanni, 2004).

Para adentrar no universo das políticas sociais, cabe, inicialmente, uma breve incursão sobre o sentido da política. Arendt (2006) diz que a política baseia-se na pluralidade dos homens e mais, trata da convivência dos diferentes. Para a autora, a política surge da convivência entre os homens, ela surge entre estes e não é inerente a cada um por si só, mas construída através de suas convivências. Ainda com relação à importância da política para as relações humanas, afirma:

A política, assim aprendemos, é algo como uma necessidade imperiosa para a vida humana e, na verdade, tanto para a vida do indivíduo como da sociedade. Como o homem não é autárquico, porém depende de outros para a sua existência, precisa haver um provimento da vida relativo a todos, sem o qual não seria possível justamente o convívio. Tarefa e objetivo da política é a garantia da vida no sentido mais amplo. (ARENDR, 2006)

Assim, vale destacar o pensamento de Behring e Boschetti (2010), acerca da política social, afirmando que esta tem sua origem no modo capitalista de produção, não como uma política do capital e, sim, como uma luta dos trabalhadores na ampliação da garantia de direitos, outrora expropriados. Na sua origem, não é uma política para atender ao “mercado”, mas para se contrapor a ele, e garantir espaços de consolidação de atendimentos a necessidades sociais não mercantilizáveis em si mesma. Daí, inclusive, o caráter público da política social.

A política social, longe de ser a soma de um substantivo com um adjetivo, é uma área de estudo e de ação, que lida com diferentes forças em disputa e requer: conhecimento, amparo legal, estratégias, organização, necessidades/demandas e pessoas para planejá-la, geri-la e executá-la.

Refletir sobre a política social a partir de seus fundamentos históricos nos possibilita entendê-la como uma política que, mesmo originada na ordem burguesa, se contrapõe à lógica do capitalismo. Em si mesma, a política social é uma política de garantia de direitos sociais e de estabelecimento de um sistema de proteção social para que as pessoas possam se manter, e sobreviver, usufruindo em algum grau da riqueza socialmente produzida. Isto significa o reconhecimento da necessidade de proteção dos indivíduos.

A estruturação da política social de um país pode se configurar de diferentes formas. A maneira como é posta vai depender da definição dos objetivos que os programas sociais pretendem alcançar, está sujeito também ao tipo de estado e qual a sua filiação política, considerando que o objetivo dos programas sociais deveria ser redução das desigualdades na distribuição da renda e nos níveis de pobreza, decorrentes de falhas no funcionamento dos mercados.

Outros aspectos a serem levados em conta: é o resultado do funcionamento do mercado que gera uma distribuição da renda e níveis de pobreza indesejáveis para a sociedade, as políticas sociais poderiam ser utilizadas para equilibrar estes resultados. O segundo aspecto irá depender dos programas sociais que têm por objetivo criar uma rede de proteção social para todos os cidadãos do país. O terceiro depende de considerar o objetivo dos programas à manutenção do padrão de vida de todos os cidadãos, diante de situações imprevistas ou previsíveis, mas não devidamente antecipadas. Todas estas possibilidades são respostas possíveis e não excludentes entre si. Desta forma, a estrutura da política social será dada por uma

combinação destas respostas, adotando-se diferentes ênfases em determinados momentos do tempo e em condições sociais divergentes.

A seguridade social possui um caráter de política de proteção social articulada a outras políticas do campo sociais, voltadas à garantia de direitos e de condições dignas de vida e dentro da Seguridade estão inseridas as políticas de assistência e de saúde (SILVA, 2007). A proteção social exige a capacidade de maior aproximação possível do cotidiano da vida das pessoas, pois é nele que riscos, vulnerabilidades se constituem.

A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco através do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras).

A proteção social na política de assistência social é uma modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, dentre outras. São serviços que requerem acompanhamento individual e maior flexibilidade.

A proteção social na política de assistência social pode voltar-se para medidas de prevenção do acesso de indivíduos com contato com o uso de álcool e outras drogas, assim como podem realizar encaminhamentos e acompanhamento a estes usuários, levando em consideração que os programas da assistência social são uma porta de entrada para a assistência como um todo.

Os serviços de proteção especial têm estreita interface com o sistema de garantia de direito exigido, muitas vezes, uma gestão mais complexa e compartilhada com o Poder Judiciário, Ministério Público e outros órgãos e ações do Executivo. A proteção social especial pode ser de média complexidade ou de alta complexidade.

Segundo o Dicionário de Política, a política pública é definida como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas

de interesse público, atuando e incluindo sobre as realidades econômica, social e ambiental, (BOBBIO, MATTEUCI & PASQUINO, 1995).

Historicamente no panorama das políticas públicas no Brasil, estas são dadas de forma isolada e restritivas, fator que vem contribuindo para avanços poucos significativos, em vários aspectos, contudo não é diferente no cenário das políticas públicas desenvolvidas para lidar com a questão da droga no país. Para OLIVEIRA, 2012, o grande desafio para pensar qualquer política, seja ela federal estadual ou municipal é, sem dúvida, a incorporação do conceito de globalização do consumo de drogas. A autora supramencionada afirma que a política ministerial não consegue em nenhum momento, fazer-se globalizada. Com este panorama a interlocução entre as redes que compõe a saúde e a assistência social torna-se individualizadas e não efetivadas.

2.2 Situando A Política De Álcool e Outras Drogas

a) Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental

É notório que ao longo de toda a história, o preconceito e estigmas fazem parte da vida de pessoas com algum tipo de transtorno mental. Neste panorama, “foram-lhe atribuídas várias caracterizações: como castigo dos deuses, como experiência trágica da vida, como possessão por demônios, como poderes sobrenaturais.” (BISNETO, 2007, p.173).

Segundo Foucault (1987) apud Bisneto (2007), com o advento da Idade Moderna na civilização ocidental e a ascensão do pensamento racional, o fenômeno da loucura passou a ser considerado como uma falta de razão, sendo que o que representava um fenômeno complexo passou a ser negativizado, desvalorizado e fora da normalidade.

Já no início da Idade Contemporânea, o fenômeno da loucura passou a ser apropriado pelo discurso médico, sendo que o que era considerado antes uma anormalidade tornou-se agora uma patologia.

Mesmo com o surgimento da psiquiatria no século XIX, tenta-se realizar algum tipo de tratamento nos pacientes, mas na maior parte dos casos, essa intervenção era apenas medicamentosa. Os internos permaneciam presos em celas e sofrendo violência física e psicológica através de isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições como a ducha, pregações morais, engajamentos ou repressões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e medico- tudo isso tinha por função fazer do medico o “mestre da loucura”.

Mais adiante, principalmente após a Segunda Grande Guerra, surgiram várias indagações a respeito do estatuto de doença para a loucura questionando se o fenômeno é realmente uma doença, um problema genético, um preconceito por parte da sociedade ou uma alienação mental, etc. Desse modo, nota-se que a partir dessas contestações, “a loucura passa a ter como referência a base social e cultural, e não apenas a base biológica” (BISNETO, 2007, p.174).

Nessa perspectiva, surge a primeira tomada de consciência da importância de tratar a pessoa com sofrimento mental como cidadão de direitos resultando na Reforma Psiquiátrica e na lei 180 de 1978, século XX, na Itália que determinou a extinção dos Manicômios.

No Brasil, o modelo psiquiátrico denominado hospitalocêntrico (tratamento em hospitais) ou hospiciocêntrico (tratamento em hospícios), foi inspirado na experiência europeia, mais precisamente a francesa. Na história do país, anteriormente à criação dos hospícios, os loucos eram acolhidos pela sociedade caso fossem afáveis e tranquilos, mas se fossem agitados eram enviados às cadeias públicas.

Com a ascensão do movimento sanitário, na década de 70, tem início o processo de Reforma Sanitária no país. Tal movimento teve como objetivo a luta pela mudança dos modelos de saúde, pela valorização de usuários e trabalhadores de saúde. A Reforma Sanitária obteve grande destaque no âmbito nacional, beneficiando o início do processo de Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2005).

A partir desse episódio, surge no Brasil em 1989 a Reforma Psiquiátrica que propõe transformar o modelo assistencial em saúde mental e construir um novo estatuto social para o louco, o de cidadão como todos os outros, mostrando que é possível que as pessoas com sofrimentos mentais possam assumir diversos papéis na sociedade.

Neste mesmo período, o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado fora enviado ao Congresso Nacional, objetivando a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, demonstrando, assim, a luta pela Reforma Psiquiátrica através da via legal. No ano seguinte, consolidou-se a Lei Orgânica da Saúde que aponta para construção do Sistema Único de Saúde (SUS) determinado pela Constituição de 1988 e são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental.

Após 12 anos de tramitação a Lei Paulo Delgado ou Lei nº 10.216 é sancionada. Esta Lei traz um redirecionamento na política de assistência à saúde mental, oferecendo serviços e assegurando proteção e direitos às pessoas com transtornos mentais, dando um direcionamento na Reforma Psiquiátrica no país. A Lei Paulo Delgado juntamente com III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 2001, e o processo de Reforma Psiquiátrica, passam a dar maior visibilidade à política de saúde mental na esfera federal.

Vale destacar que, a Reforma não pretende acabar com o tratamento clínico do sofrimento mental, mas sim eliminar a prática do internamento como forma de exclusão social dos indivíduos. Para isso, propõe a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede de serviços territoriais de atenção social, de base comunitária.

Neste novo modelo de cuidados os usuários dos serviços têm à sua disposição equipes multidisciplinares para o acompanhamento terapêutico. Adquirem também o status de agentes no próprio tratamento e conquistam o direito de se organizar em associações que podem se conveniar a diversos serviços comunitários, promovendo a inserção social de seus membros.

O novo modelo de atendimento pretende, portanto, instaurar, sobretudo, uma nova significação da loucura na sociedade e que o louco seja respeitado em seu sofrimento, em sua individualidade e em sua condição de cidadão. Desse modo, surgiram diferentes modelos substitutivos dos Manicômios, os Centro de Convivência e cultura, Casa Lar, Hospitais-Dia, Programa de volta para casa e os CAPS.

Os CAPS têm exercido papel estratégico nesse processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois é sua função prestar atendimento diário e diverso (como atendimento clínico e reinserção social através do exercício da cidadania e do acesso aos direitos civis) a pessoas que sofrem de transtornos mentais, evitando

assim a inserção destas nos hospitais psiquiátricos. Não devem funcionar, portanto, como complemento dos hospitais psiquiátricos, mas como substituto desses.

De acordo com o Ministério da Saúde (2007):

Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2007).

Segundo o artigo 1º de que trata a Lei Paulo Delgado, os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Em seguida, no artigo 2º revela que, nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos no parágrafo único deste artigo:

Parágrafo único- Constituem alguns direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I. Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II. Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III. Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV. Ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V. Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; e VI. Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis (LEI PAULO DELGADO, 2001).

Portanto, é pautado nesta lei que trata dos direitos e a da proteção da pessoa com transtorno mental, que o caráter educativo da orientação como instrumento de viabilização de direitos sociais é fundamental para a reinserção social de pessoas com sofrimento mental.

Segundo Rosa (2003), no tocante a relação da família com a pessoa com transtorno mental, o primeiro momento é árduo e complexo, pois a ciência e a

aceitação da doença desencadeiam na mesma, um processo simultâneo de culpa e medo, tornando-se um ponto dificultador no tratamento, gerando conseqüentemente ansiedade e desgaste na relação intrafamiliar.

A autora supramencionada ainda afirma que a própria invisibilidade da doença mental ocasiona diversos questionamentos e dúvidas acerca do transtorno, causas e conseqüências concomitantes a expectativas do tratamento psiquiátrico e/ou psicológico. Contudo, sabe-se que a maioria das famílias não está devidamente apta para lidar com a pessoa com transtorno mental, pois é fato que na sociedade atual o diferente acaba tornando-se alvo de “preconceito”, sendo perceptível que continue frequente a rejeição à “doença mental” dentro e fora do contexto familiar.

Diante do que foi exposto, a reforma psiquiátrica, dentre outras questões relevantes traz como extrema necessidade, a participação da família no cuidado às pessoas com transtorno mental, sabendo que esta, muitas vezes, por não estar apta totalmente para lidar ou conviver com o portador de transtorno mental, acaba desconhecendo os reais direitos que são inerentes a este. E, incluindo a família nesse processo é possível afirmar os direitos que estão contidos na lei, bem como estreitar os laços entre usuário e família, até porque esta deve proporcionar proteção, cuidado e acolhimento para seus integrantes.

Portanto, a família sendo o cuidador primário do indivíduo com adoecimento psíquico, torna-se de suma relevância pra alcançar bons resultados no tratamento realizado no CAPS, tendo em vista que o núcleo familiar quando acompanha a rotina do paciente participa das decisões tomadas e conseqüentemente promove sua recuperação física e o empoderamento do mesmo.

No tocante dessa discussão, ressalta-se que é necessário que os profissionais da Saúde Mental, busquem soluções quanto aos interesses dos indivíduos com transtornos mentais, através da sua atuação como agente consolidador de direitos contribuindo de fato para um atendimento mais humanizado que proporcione a autonomia do sujeito em favor da defesa da cidadania.

b) Trajetória dos modelos de intervenção a questão do uso de drogas no Brasil: da repressão à assistência integral

As políticas de assistência a usuários de álcool e outras drogas configuraram-se durante muito tempo como serviços ofertados de maneira não sistematizada, focados no consumo abusivo apenas do álcool, OLIVEIRA 2012, afirma que o álcool ainda é o maior problema mundial, a síndrome alcoólica fetal hoje é um dos pontos importantes para nós que pensamos em Sistema Único de Saúde (SUS). Como já supramencionado, o álcool continua sendo a substância que tem o maior número de dependentes, porém o cenário do uso e abuso de drogas vem ao longo dos anos apresentado uma necessidade de se tratar a dependência química com ações mais amplas, com intervenções que foquem o indivíduo e não a substância psicoativa.

O Ministério da Saúde lançou em 2011 um programa para dar assistência a dependentes químicos, denominado Plano de Enfrentamento ao Crack, neste estão estruturadas ações divididas em três eixos sendo eles: o cuidado, autoridade e prevenção. Os recursos serão liberados mediante adesão de estados e municípios. O ministério acredita que o enfrentamento ao crack e outras drogas se dará por meio de um grande esforço para reorganizar a rede, que funcionará integrada, oferecendo acolhimento e qualidade no atendimento.

Nas redes de proteção no âmbito da saúde, podem-se elencar serviços que assistem a usuários de álcool e outras drogas como: ambulatório especializado, disponibilizando atendimentos clínicos pontuais direcionados a públicos específicos como, por exemplo, usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, assim como em outras áreas.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados como fortes dispositivos substitutivos dos hospitais psiquiátricos que oferecem atendimento clínico e de suporte social a pessoas com sofrimento mental em regime de atenção diária. Nesta mesma perspectiva o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) são dispositivos substitutivos dos hospitais psiquiátricos que oferecem atendimento clínico e de suporte social a pessoas em situação de sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas e a seus familiares em regime de atenção diária.

Na mesma vertente os Hospitais Psiquiátricos¹ atendem pessoas com transtornos mentais oferecendo serviços ambulatoriais e internação, leitos para

¹Até o momento não foram encontrados serviços como estes em Hospitais Gerais da Bahia que constem no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Fonte : Endereço eletrônico do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA).

internação psiquiátrica em hospitais gerais e suporte hospitalar para a rede de atenção psicossocial, no que tange a situações de urgência e emergência decorrentes dos transtornos mentais, incluindo o uso de álcool e outras drogas, que demandem por internações de curta duração.

Em meio ao novo panorama traçado pelo consumo de drogas, as pesquisas e tratamentos vêm desenvolvendo meios alternativos, como é o caso da redução de danos (RD) que (NARDI; RIGONI, 2000?) define como um conjunto de medidas em saúde que tem a finalidade de minimizar as consequências adversas do uso/abuso de drogas. Tais ações possuem como princípio fundamental o respeito à “liberdade de escolha”, uma vez que, mesmo que, nem todos os usuários consigam ou desejem abster-se do uso de drogas, preconiza-se, como medida de saúde, a redução dos riscos de infecção pelo HIV e hepatite, e todos os outros diversificados danos (MS, 2001). Outro princípio da RD refere-se à possibilidade do usuário de droga refletir sobre o que é melhor para sua saúde, fazer escolhas de acordo com seu julgamento, apesar de saber-se que isso não é possível em todos os casos – afirmando a responsabilidade do indivíduo em relação ao seu tratamento e ao uso de drogas (CRUZ, 2000).

Neste modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas proposto pela política nacional, a inserção de ações em RD como programa de saúde é relativamente nova: pouco mais de duas décadas de inserção internacional e apenas dez anos no Brasil em caráter oficial, apesar de algumas iniciativas interrompidas por medidas legais, datarem de 1989. Os primeiros estudos científicos acerca do tema foram publicados no início da década de 1990 e, desde então, a produção trabalhos tem aumentado consideravelmente. (NARDI, RIGONI, 2004)

A construção da agenda do atual governo para responder ao desafio das drogas no território nacional, foi fundamentada pela integração das políticas setoriais com a política nacional sobre drogas, a descentralização das ações, o estabelecimento de parcerias com a comunidade científica e organizações sociais, além da ampliação e do fortalecimento da cooperação internacional voltados ao tema.

Dentro do novo modelo de atenção são desenvolvidas ações que perpassam atendimentos e distribuição de medicamentos. A estratégia de governo está definida em três eixos de atuação, articulados e coordenados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). As ações emanadas destes eixos, desenvolvidas

em parceria com diversos atores do governo e da sociedade, permitem a realização de um diagnóstico situacional, sobre o consumo de drogas, seu impacto nos diversos domínios da vida da população e as alternativas existentes. Este diagnóstico vem se consolidando, por meio de estudos e pesquisas de abrangência nacional, na população geral e naquelas específicas que vivem sob maior vulnerabilidade para o consumo e o tráfico de drogas.

A capacitação dos atores sociais que trabalham diretamente com o tema drogas, e também de multiplicadores de informações de prevenção, tratamento e reinserção social. Esse esforço tem permitido a formação e a articulação de uma ampla rede de proteção social, formada por conselheiros municipais educadores, profissionais das áreas de saúde, de segurança pública, entre outros.

A implantação de projetos estratégicos de alcance nacional que ampliam o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade. Também no cenário internacional, o Brasil além de participar dos principais fóruns de discussão sobre o tema vem fomentando a cooperação por meio de acordos com organismos internacionais e com países das Américas, Europa e África.

Alves (2009) ressalta que uma característica desta rede seria a diversidade de opções assistenciais, conferindo aos usuários e seus familiares o acesso às diferentes modalidades de atenção. Ressalta-se, contudo, a importância de tais modalidades assistenciais estarem referenciadas em conhecimentos científicos e apresentarem efetividade comprovada.

c) A Política Nacional de Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas

No Brasil, que segue o modelo proibicionista, a Política para Drogas aparece como a necessidade de enfrentamento da “guerra as drogas” (BRITES, 2009) e é nessa lógica que em 2011 é lançado oficialmente a Política Nacional de atenção aos usuários de álcool, Crack e outras drogas, o chamado Plano de Enfrentamento ao Crack, que tem gerado inúmeras preocupações em movimentos e entidades que trabalham e militam no campo da RD, luta antimanicomial, direitos humanos e direitos de crianças e adolescentes.

A Política Nacional sobre Drogas e as leis federais, são recentes, no entanto ainda são apresentadas com traços conservadores, trazendo imbuídos interesses econômicos e políticos e ressaltando valores moralistas. Configuram-se na dicotomia entre as drogas lícitas e ilícitas. Esta forma dicotômica de ver as drogas está pautada em um conteúdo preconceituoso com uma dada perspectiva ideológica que serve muito mais para controlar/punir e segregar ainda mais o comportamento de grupos sociais e não uma preocupação com a segurança e saúde pública como é comumente divulgado nos discursos oficiais, associado ao uso de drogas ilegais.

Um fator muito discutido no que diz respeito ao combate ao abuso de drogas é a postura proibicionista, que para Sodeli (2012) é a resposta da sociedade a complexidade do uso de drogas e pode ser caracterizada como um processo de simplificação e reducionismo desse fenômeno. O autor acrescenta que projetos preventivos balizados pelo “diga não as drogas” trata essa questão de modo idealizado, já que almeja alcançar uma sociedade livre dessas substâncias (o que contraria a história humana, pois não conhecemos sociedade que não tenha algum tipo de uso).

Segundo o Plano De Drogas (2011) são propostas da política nacional sobre drogas “considerar a rede sociocultural da população e responder as suas necessidades; fundamentar-se em estudos epidemiológicos e achados científicos atualizados; envolver todos os setores da sociedade”; tomando como eixos estruturantes os seguintes tópicos; prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais e a saúde; redução da oferta; estudos pesquisas e avaliações.

O Plano Crack, contém elementos que desrespeitam avanços já consolidados nas políticas públicas do país e traz ameaças aos direitos humanos e sociais dos usuários quando propõe a inclusão das comunidades terapêuticas – instituições religiosas que trabalham na lógica da moralidade e da segregação e a possibilidade de internações involuntárias e compulsórias como centralidade do tratamento (CAPPONI; GOMES, 2011).

Nas comunidades terapêuticas, ao invés de se priorizar uma política de atenção pautada na redução de danos, é feita uma escolha e se decide tratar o uso do crack, em especial, com ações violentas e tratamentos compulsórios e não proporcionar o cuidado do usuário em seu território, respeitando a sua autonomia e liberdade. É feita uma escolha, quando se investe em ações violentas e deixa de

investir em políticas públicas que de fato venham a tratar essa situação com outra visão.

Frente a este cenário, abrindo espaço esta opção de conduta a Política para drogas deixa de lado o que já havia sido construído com relação as políticas públicas, principalmente no que se refere a Reforma Psiquiátrica Brasileira, já supramencionada.

Nesta perspectiva a rede substitutiva proposta pelas ações de saúde mental está muito longe de ser totalmente implementada, isso se dar por esta não possuir um número insuficiente de equipamentos de saúde e assistência social que dê conta da demanda apresentada, sendo reocorrido a publicação de editais para que entidades, na sua maioria com vínculo religioso estejam atuando nesta área. Está explícito que existe uma escolha por parte do Governo Federal, que é a da exclusão e de atuação na linha do medo e da repressão.

Onde estão os CAPS ad – Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas, CAPS III, CREAS – Centros de Referência Especializado da Assistência Social, enfim, onde estão os equipamentos de atenção a população usuária de álcool e outras drogas? O que vemos é um investimento público em instituições de cunho religioso que haviam sido vetadas nas últimas Conferências: a de Saúde Mental em 2010 e na 14ª Conferência Nacional de Saúde em 2011. Assim, ao proporcionar a banalização da internação contra a vontade do usuário, se liberou uma nova ordem de violência contra as populações mais vulneráveis e o que presenciamos nos dias atuais é uma retomada do higienismo social praticado no século XIX.

O Plano Crack, é possível vencer, foi lançado em 7 de dezembro de 2011, pela Presidenta da República e Ministros de Estado da Saúde, e da Justiça. Apresentam-se como um conjunto de ações integradas com investimentos de R\$ 4 bilhões (até 2014) da União e em articulação com estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil.

Neste Plano, o Poder Executivo Federal definiu três vertentes de trabalho, a saber: cuidado, prevenção e autoridade. Entretanto, é interessante notar que o governo preferiu iniciar as suas ações através da ação da autoridade, ou seja, através da linha repressiva e violenta, deixando os outros dois eixos em segundo plano e ante esta determinação governamental, em nome da segurança, da saúde pública, grupos populacionais estão sendo retirados dos centros urbanos e levados

para depósitos de pessoas, residências são invadidas, dentre outras situações de violação de direitos.

d) Drogas e Criminalização ao uso de drogas.

O uso de drogas é algo inerente à sociedade, seu consumo é ligado a hábitos culturais alimentares dos diversos povos desde a era paleolítica e teve distintos significados que variaram da tolerância à intolerância e a criminalização de algumas em cada geração. As pessoas consomem álcool diariamente nas frutas que o contém em sua substância e que ao serem comidas, pelo meio de procedimentos químicos, nos dão uma percepção positiva no organismo de recompensa, associado ao cérebro. As substâncias alcoólicas existem há 2000 anos A.C, a Bíblia descreve em vários momentos o vinho (o principal milagre de Cristo a modificação de água em vinho, assim bem como foi através deste representa seu sangue na última ceia).

No período da pré-história os povos manuseavam as plantas para transformar os estados de consciência. Os Egípcios aproveitavam o ópio, o cânhamo foi utilizado na China à aproximadamente 4000 anos, este na Índia servia para assessorar à meditação dos budistas e como medicamento para dor de dente, febre, insônia, tosse e disenteria. O tabaco na América era usado pelos índios em rituais religiosos. A coca, o guaraná, o café, o chá, a noz de cola inicialmente eram usados como moderadores de apetite, estimulantes e energéticos.

As indagações a cerca da proibição de drogas, iniciou-se pela igreja católica, no período do século X, o tratamento de enfermidades era realizado através de simbologias da fé católica como água benta, óleos, velas dentre outros. Tal conduta era justificada como meio de aproximar os fiéis de Deus. Pregava-se que “bruxas e feiticeiros utilizavam drogas” para manter relações com o demônio.

Os povos muçulmanos e árabes não visualizavam negativamente o uso do café e do ópio, que para os cristãos eram consideradas substâncias psicoativas, no tocante sendo muitas vezes até estimulada. Com o Iluminismo a razão passou a indagar a dor como, parte do aprimoramento humano e a utilização de psicoativos como subsídios medicamentosos. Assim começou a produção farmacológica.

No final o século XVIII, a medicina debatia os benefícios terapêuticos do álcool e ressaltava seu resultado físico sobre o homem. Os medicamentos feitos a

base de ópio eram usados por plebeus e reis, contudo tornou-se principal mercadoria de exportação da Europa para a China. Durante o século XX os artistas utilizavam haxixe e ópio para afugentar a consciência tentando alcançar o subjetivismo e individualismo com a finalidade de obter inspiração para suas criações, fato este que percebemos nos dias de hoje com uma nova configuração, em detrimento de agendas lotas músicos usam energéticos e diversificadas drogas para conseguir cumprir os compromissos.

Quando se trata em drogas é inevitável o debate em relação à criminalização, que segundo Wollmann (2009) é qualidade ou estado do criminoso. O processo de criminalização do uso de drogas ilícitas no Brasil começou já no período colonial, com o passar do tempo as ações de repressão e controle do uso de álcool e outras drogas foram tomando uma configuração mais organizada, através da adoção de medidas cada vez mais repressivas por parte do governo, inclusive com o apoio da população e embasadas em teorias da Psiquiatria.

Em grande parte da literatura acerca do uso de álcool e outras drogas, embasadas em estudos e pesquisas nas diversificadas áreas de conhecimento, as drogas são concebidas como um problema de saúde pública e de caráter social, no entanto ao longo dos anos, a dependência química é englobada no contexto judicial.

Este cenário acarretou inúmeros prejuízos ao enfrentamento dessa problemática. Tal visão deturpada ainda resiste nos dias atuais, mesmo com o desenvolvimento de ações de atenção e proteção a estes usuários.

A Lei 11.343, de 2006, conhecida como Lei Antidrogas, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, que estabeleceu normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, e definiu crime:

No Art. 33. “Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar” (LEI ANTIDROGAS, 2006)

Marona (2011) relata que a ausência de um critério objetivo para diferenciar o tráfico do uso de drogas é um grande problema, a lei diz que, para

determinar se a droga se destina ao consumo pessoal, deve atender á natureza e á quantidade da substância apreendida, o local e as condições em que se desenvolveu a ação, as circunstâncias sociais e pessoas, bem como a conduta e os antecedentes do agente.

Neste tocante as medidas aplicadas na tentativa de conter o consumo são mais eficazes sob o aspecto da criminalização de classes sociais economicamente desfavorecidas e estigmatizadas, tendo em vista que as leis no judiciário brasileiro são muito bem elaboradas, no entanto só são colocadas em prática, na maioria das vezes, aos pobres. E a criminalização em relação às drogas no Brasil segue esse mesmo rumo, os indivíduos favorecidos socialmente e financeiramente que são dependentes de álcool e outras drogas muitas vezes são considerados perante a lei e a sociedade como usuários, já os desfavorecidos de tais benefícios na maioria das vezes são tratados como criminosos.

Para entender por que medidas judiciais ainda resistem com força é importante levar em consideração que existem aspectos ideológicos e culturais e que os interesses econômicos e políticos que perpassam a questão são diversos, criando uma correlação de forças e uma conjuntura que determina a construção de normas e convenções sociais para controlar a produção, a distribuição e o consumo dessas substancias e principalmente das pessoas, (FLACH, 2010).

É possível perceber que os gestores investem mais nas medidas de enfrentamento ao tráfico de drogas ilícitas do que com a atenção a usuários de álcool e outras drogas, medida que não vem surtindo efeito. É importante resaltar que as medidas de prevenção e promoção à saúde também estão a meçer do pouco interesse e dos baixos investimentos, fortalecendo ainda mais o trafico de drogas no país.

Segundo o Plano de drogas (2009), os especialistas alertam: não basta combater o tráfico de drogas, pois este é apenas uma grave consequência. Nossos grandes esforços devem se dirigir à construção de uma forma mais digna e justa de formação societária, na qual os jovens tenham outra saída.

O uso abusivo de drogas, hoje, sustentado em uma lógica perversa de mercado, reflete a “vitimização” de uma parcela gigantesca das populações, sobretudo as gerações mais jovens, vítimas de mecanismos sofisticados de violência social e/ou emocional, seja pela via da falta, seja pela via do excesso.

Assistimos à degradação das relações humanas, nas sociedades contemporâneas, nas quais o mercado impõe sua lógica, invadindo famílias e escolas, esvaziando seus laços afetivos, e, além disso, destinando milhões de pessoas à exclusão total de direitos. Nesse contexto, a toxicomania e o tráfico de drogas ganham novo perfil e tornam-se os grandes “sintomas” da sociedade, no mundo ocidental.

O uso de álcool e outras drogas tem se configurado como uma problemática social, um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade e ainda perpassa diversificados âmbitos como a assistência social e da justiça. Segundo o Plano de Drogas (2009), o uso de drogas, até certo limite, tem sido considerado inerente à vida em comunidade, em todos os relatos etnográficos, das ditas “comunidades primitivas” até aquelas consideradas as mais “civilizadas”. A toxicomania, o uso indevido e patológico de drogas, esta sim, é vista como uma espécie de epidemia que assola os vínculos sociais na contemporaneidade, provavelmente em decorrência de todos estes fatores acima mencionados, inseridos em um contexto complexo de esvaziamento das relações afetivas e de ausência do Estado, como proponente de políticas públicas e como regulador das relações sociais e de consumo, nas sociedades capitalistas.

3. POLÍTICA PARA DROGAS: O CAPS AD E A REDUÇÃO DE DANOS.

3.1 O Caps ad no fortalecimento da Rede de atenção a Usuários de Álcool e outras drogas

A criação do Caps ad começou a ser pensada em 2001, quando foi realizado o Seminário Nacional sobre Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na rede SUS. O evento, organizado pelo Ministério da Saúde, antecedeu a III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM) e teve por objetivo promover uma discussão sobre a configuração de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social, no âmbito do SUS (BRASIL, 2001). A discussão do modelo de atenção então existente conduziu à conclusão quanto à insuficiência e inadequação das ações e serviços de saúde ofertados à população. Dentre as questões suscitadas durante este seminário, teve a formulação de uma política pública de saúde na área de álcool e outras drogas. No ano seguinte a estes dois eventos o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) é inserido na área de álcool e outras drogas na rede pública de saúde e no campo da saúde mental, regulamentado e financiado pelo SUS.

No Brasil, a rede de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas caracteriza-se incipiente. Segundo Alves (2009) o modelo de atenção à saúde baseado na internação e na abstinência como meta terapêutica exclusiva ainda se apresenta hegemônico. Esta realidade tem sido apontada como um reflexo da lacuna assistencial resultante da pouca ênfase conferida pelas políticas públicas à atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas e suas famílias.

Flach (2010) destaca que o Caps ad é um dispositivo da Reforma Psiquiátrica, ou seja: é uma máquina que faz com que os princípios da Reforma saiam do silêncio dos documentos oficiais, ganhando à vida. Neste sentido Brites (2006) destaca que:

O caps ad esta dentre um princípios mais importantes da reforma, que são os que falam sobre a preservação e ampliação da autonomia dos sujeitos, mas infelizmente, muitos CAPS ad já nasceram recaídos, instituindo lógicas manicomial. É como se o “ad” da sigla não significasse “álcool e outras drogas”, mas “antidrogas”. Pequenos manicômios que se expressam não em muros e grades, mas em práticas que aprisionam as pessoas em rótulos, conceitos, em perspectivas teóricas que diminuem a potência, em vez de trazer à tona todo o potencial de autonomia e cidadania expresso nos compromissos éticos e estéticos da Luta Antimanicomial (BRITES, 2009).

O ano de 2011 foi marcado por importantes alterações na lógica de funcionamento da estratégia das redes de atenção á saúde, especificamente em relação à política de saúde mental e da rede de atenção psicossocial. De acordo com ministério da saúde 2012 a rede de atenção psicossocial foi escolhida como uma das redes prioritárias, com a publicação da portaria GM nº 3088/11, instituiu-se a rede de atenção psicossocial- RAPS- para pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de crack, álcool e outras drogas e/ou da ambiência (espaço interrelacional do sujeito com o local, às pessoas e coisas no âmbito do SUS). Com esse status de rede prioritária a assistência psicossocial tem uma possibilidade de maior investimento financeiro, para custeio da rede existente e criação de novas modalidades de serviços.

A partir da presente década, observa-se a expansão do número de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), principal instituição pública de atenção especializada aos transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas. Alves 2009 afirma que o CAPS ad se caracteriza como um fluxo mais contínuo de comunicação com as instituições parceiras, sendo um dispositivo da rede de saúde que tem o papel de propiciar um acréscimo no desenvolvimento de algumas ações envolvendo profissionais de outras unidades criando um vínculo entre os serviços.

De acordo com Santos (2009) o CAPS ad foi criado em meio à diversidade das características populacionais existentes no país e da variação da incidência de transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas. Acrescenta ainda que este tem o intuito de construir uma rede de atenção às pessoas que fazem uso de álcool

e outras drogas, com ações de promoção, prevenção, proteção à saúde dos usuários centrados na atenção comunitária e articulados a serviços sociais e de saúde para a assistência integral a usuários e seus familiares, com ênfase na promoção da inclusão social.

De acordo com Brasil (2004) um CAPS ad tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando: prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados; oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados.

Os CAPS ad é considerado a porta de entrada da rede de atenção a usuários de álcool e drogas, a unidade também deve coordenar atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, assim como supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, no âmbito de seu território. Outras ações que estão na base do trabalho do CAPS ad são promover mediante diversas (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas.

Para Santos et al, os maiores desafios propostos entre as ações do CAPS ad é trabalhar junto a usuários e familiares os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas; a busca por minimizar a influência dos fatores de risco para do consumo e o trabalho da diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo. Para os autores supramencionados o desenvolvimento dessas ações são para a equipe do CAPS ad um grande desafio, tendo em vista que somente esta instituição nunca conseguirá dar conta de demandas que perpassam a saúde, e que fazem parte de uma cultura historicamente construída.

Em relação à articulação interna do CAPS ad estes devem oferecer atendimento diário, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, configurando o intensivo como um atendimento diário oferecido quando a pessoa se

encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua; o semi-intensivo como um atendimento onde o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês, essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, no entanto deve-se lembrar que a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe do serviço para se estruturar e recuperar sua autonomia; o não-intensivo é 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, podendo ser atendido até três dias no mês. As três modalidades de atendimento também podem ser realizadas no domicílio quando necessário.

O desenvolvimento do atendimento supramencionado permite o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), de evolução contínua, até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Possibilitando ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Também devem oferecer condições para o repouso dos usuários de serviços, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem deste tipo de cuidados, e que não demandem por atenção clínica hospitalar.

Assim, a rede proposta se baseia em serviços comunitários, os CAPS ad atuam de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatórios, leitos em hospital-geral, hospitais-dia) e da rede básica de saúde (unidades básicas de saúde etc.), bem como ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde; também se articulam em torno dos dispositivos de suporte social, já existentes nas comunidades, configurando redes flexíveis de cuidados, que possam responder por um determinado território populacional, e que se remodelam de forma dinâmica, mediante a necessidade de inclusão/exclusão de novos serviços e formas de cuidado, de forma pareada pela demanda assistencial.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, traz a abordagem terapêutica dentro de uma lógica de redução de danos estas tem apresentado resultados positivos, e vem assumindo importância considerável no tratamento de usuários de drogas. Por sua característica de serviço aberto e comunitário, o CAPS ad oferecem programas

terapêuticos de menor nível de exigência, portanto disponíveis a mais pessoas da comunidade. As modalidades de cuidados para álcool e drogas nas unidades CAPS ad oferecem recursos terapêuticos disponíveis para obedecer a uma lógica de redução de danos, promovendo de maneira mais amplamente possível a reabilitação psicossocial e a reinserção social de seus usuários.

3.2. Perspectiva da redução de danos na atenção integral a usuários de álcool e outras drogas

O modelo de Redução de Danos nasceu na década de 1980 na Holanda e no Reino Unido. Existe um consenso na literatura sobre Redução de Danos, cujo impulsionador da criação desta estratégia foi à constatação do fracasso das terapias tradicionais, pautadas na abstinência e a crescente propagação de Hepatites Virais e HIV. A Holanda e o Reino Unido constituíam-se um cenário ideal para o surgimento de um modelo como o de RD, pois, os serviços de saúde já atuavam de forma pragmática e humanista, ao incluir em seu sistema assistencial a prescrição médica de heroína para dependentes da droga (em Liverpool), algo como hoje entendemos por sala de usos seguros, que existem em países da Europa. (FERNANDES; RIBEIRO, 2002, apud, BRITES 2009).

Na Holanda, a implantação de programas de RD estabeleceu-se através do movimento dos próprios usuários de drogas e, depois, apoiados pelo governo. A estratégia da distribuição de seringas, que se tornou muito popular nestes programas, surgiu a partir da demanda levantada por um segmento de usuários organizados, denominado *Junkiebond*. A iniciativa dos usuários de drogas veio denunciar um descaso à saúde dessas pessoas, visto que não havia nenhum tipo de medida preventiva à contaminação de doenças transmitidas pelo compartilhamento de seringas, e as intervenções ocorridas até aquele momento consistiam na repreensão aos usuários, não atendendo suas necessidades, mas marginalizando-os (FERNANDES; RIBEIRO, 2002 apud BRITES, 2006).

No Brasil, em 1989, no município de Santos (SP), cidade brasileira com a maior taxa de infectados pelo vírus da AIDS, com provável origem pelo uso de droga

injetável, houve a primeira tentativa de fazer troca de seringas, contudo, uma intervenção judicial interrompeu a ação interpretada como incentivo ao uso de drogas. Logo após o ocorrido, diversas ações foram encampadas, inclusive com o apoio e a participação de universidades, associação de usuário de drogas, organizações governamentais e não governamentais de todo mundo, visando a realizar ações de RD frente ao crescente consumo de drogas e disseminação do vírus HIV (BRASIL, 2001; MESQUITA, 2001).

Petudo (2011) ressalva que a experiência de Santos foi absolutamente inovadora, e arcou com as consequências da inovação. Houve pessoas processadas pelo artigo 12 da antiga Lei de Drogas, o mesmo artigo que definia os crimes de tráfico. Então, fazer Redução de Danos em 1989 era tido, pelo menos pelos operadores do Direito em Santos, como um crime idêntico ao crime de traficar drogas. Nery Filho (2010) ressalta que é importante registrar a ação histórica do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA), primeiro Programa de Redução de Danos a trocar seringas no Brasil, em 1995. Petudo (2011) lembra que a experiência do CETAD nasceu como um projeto de pesquisa e extensão dentro da Faculdade de Medicina/UFBA, e acrescenta que talvez por isso ele tenha conseguido se instituir, se consolidar e se manter, em meio à proteção da universidade.

Na saúde as propostas de atenção a usuários de álcool e outras drogas não mais focadas na abstinência começam a ganhar mais consistência através da Portaria 816/2002 do gabinete do Ministério da Saúde que criou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de Álcool e outras Drogas, este programa propõe a articulação de uma rede assistencial para tratamento e desenvolvimento de ações nas áreas de capacitação de recursos humanos, prevenção de agravos e prevenção a saúde (Brasil, 2002).

Flach (2010) ratifica que o próprio Ministério da Saúde reconhece que o que tem, não vinha sendo priorizado pelo governo e somente em 2003 elaborou o documento intitulado a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuário de Álcool e outras Drogas. Nesse documento é referida a importância da superação do atraso histórico dessa responsabilidade do SUS, assumindo-se o compromisso de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas conforme a III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 2001 (BRASIL, 2002 apud FLACH, 2010).

A Redução de Danos, atualmente, prevista pela Lei 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, é descrita pela Organização Mundial de Saúde como estratégia de saúde que visa prevenir ou reduzir às consequências negativas associadas a certos comportamentos e, ainda, pelo Ministério da Saúde, como ações para a prevenção das consequências danosas à saúde, decorrentes do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo, sendo que o princípio fundamental que a orienta é o respeito a liberdade de escolha, vez que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas.

A partir desse momento a estratégia de Redução de Danos passa a inserir-se nos espaços institucionais através das políticas centrais de saúde do SUS, como a Política Nacional da Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Mental e a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas.

Santos (2009) descreve que a RD pode ser entendida como um dispositivo da Reforma Psiquiátrica, na medida em que traz novos desafios à clínica e implementa novas tecnologias de cuidado, levando os compromissos e diretrizes da Reforma para pessoas que usam substâncias psicoativas (SPA). Brites (2006), lembra que em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde lança as bases para o Sistema Único de Saúde. O movimento de Reforma Sanitária mostra toda sua força, numa conferência, coroando um processo de mais de um ano. Em 1988, a Constituição Cidadã traz consigo o Artigo 196, dizendo que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Em 1990, as leis 8080 e 8142 instituem o SUS, em textos que ainda hoje se apresentam como potentes disparadores de movimentos de transformação da realidade política, econômica e social de nosso país. Sendo assim o princípio da clínica ampliada, como diretriz principal das estratégias de redução de danos, aproxima a Reforma Psiquiátrica do campo da drogadição, fazendo emergir deste processo novos sujeitos de direito: pessoas que fazem uso abusivo de drogas e que são marginalizadas.

A atual política nacional sobre drogas ainda que proponha ações para redução da oferta e da demanda de drogas, enfatiza a RD, fator que para Flach (2010) representa uma grande mudança no discurso quanto ao “ideal” de uma sociedade abstinente das drogas para uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas, apontando para relevância da

implementação de uma rede de usuários de álcool e outras drogas composta pelos três níveis de atenção.

Para Petuco (2011) a Redução de Danos é um paradigma, um conjunto de estratégias e uma política pública. Um paradigma que deve ser compreendido como uma nova forma de ver o problema, mas que não surge para substituir as formas anteriores, *mais como uma* possibilidade de olhar e constituir a problemática, que se por um lado não se arroga o primado de ser a forma, o novo paradigma, por outro obriga todos os paradigmas anteriores a se repensarem, não é mais possível esquecer que aquilo surgiu.

Abramides (2009) compreende como RD toda ação que procura minimizar os possíveis danos que o consumo de uma substância pode causar à saúde (entendendo a saúde no seu sentido biopsicossocial) da pessoa que usa SPA, visando à promoção da saúde, cidadania e direitos humanos.

Santos e Malheiro (2009) relatam que muitos dos danos não são advindos do consumo de drogas, unicamente, estando, também, relacionados a estigmatização do consumidor de drogas. A injustiça social, desagregação familiar, o isolamento, o racismo, a marginalização, a pobreza e a violência, entre outros, são fatores que contribuem para o processo de estigmatização do indivíduo, afetando sua autonomia, bem como suas capacidades para diminuir os danos e adotar comportamentos mais saudáveis. Um dos focos da RD é, portanto, a atuação para além do consumo de drogas nos territórios onde se fortalecem estes estigmas.

Nardi e Ridoni (2005) apresentam a RD como um conjunto de medidas em saúde que tem a finalidade de minimizar as consequências adversas do uso/abuso de drogas. Os autores supramencionados acrescenta que tais ações possuem como princípio fundamental o respeito à “liberdade de escolha”, porquanto, mesmo que nem todos os usuários consigam ou desejem abster-se do uso de drogas, preconiza-se, como medida de saúde, a redução dos riscos de infecção pelo HIV e hepatite (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Nesta lógica outro princípio da RD refere-se à possibilidade do usuário de drogas refletirem sobre o que é melhor para sua saúde, fazer escolhas de acordo com seu julgamento apesar de saber-se que isso não é possível em todos os casos afirmando a responsabilidade do indivíduo em relação ao seu tratamento e ao uso de drogas.

Petuco (2011) pensa a RD como uma intervenção política, que lembra os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, esgarçando-os. O autor questiona que

quando uma pessoa que usa drogas chega a um serviço de saúde dizendo que não quer ou não consegue parar de usar drogas, ela testa os compromissos com a Universalidade, com a Integralidade, com a Equidade. A partir das reflexões e definições descritas acima se pode perceber que a RD é um tema complexo e que ainda precisa ser bastante debatido e pensado politicamente. Têm-se questões a refletir como se as ações de atenção a dependentes químico são para todos? Então inclui quem não quer parar de usar. Pensa o ser humano por inteiro? Então deve olhar para além do uso de drogas, acolhendo outras demandas, sem condicionar o cuidado à abstinência. Percebe o sujeito em suas singularidades, sem diminuí-lo? Então há que pensar projetos terapêuticos igualmente singulares.

Petuco (2011) afirma que a Redução de Danos não chegou para derrubar, mas para dialogar criticamente com o que está instituído, porque acredita-se que tem contribuições que não se limitam àquilo que os profissionais fazem nos momentos em que vão a campo, tendo em vista que as contribuições para o cuidado das pessoas que usam drogas englobam ética, política e epistemologia. Assim, a Redução de Danos se apresenta como possibilidade clínica e política, ainda que grande parte dos redutores de danos, não sejam exatamente “profissionais da clínica”. Alves (2009) relata que entre os agentes das estratégias de redução de danos, identifica-se o envolvimento de profissionais de saúde, voluntários, ex-usuários e usuários de álcool e outras drogas. A participação de ex-usuários e usuários nas ações de redução de danos mostrou-se mais pronunciada nas instituições não governamentais. Para Nardi e Rigoni (2005) o redutor opera num sentido de “busca ativa” dos usuários de drogas, mapeando suas redes sociais, locais de uso, práticas de risco, sempre amparado na formação de um vínculo com o usuário.

Brites (2009) relata que a RD produz um movimento instituinte e urgente, porque a Reforma Psiquiátrica brasileira pensou muito bem a clínica, os cuidados, as novas formas de acolhimento de pessoas com transtornos mentais, mas esqueceu que o cuidado e o acolhimento de pessoas que usam drogas também faz parte das atribuições do campo da Saúde Mental. Nos manicômios, sempre houve lugar reservado para bêbados e drogados; entretanto, os primeiros movimentos da Luta Antimanicomial não se preocupavam com estas pessoas. A autora acrescenta que paralelo a isto, a Redução de Danos, lá no campo político e reflexivo organizado em torno da luta contra a Aids, ia inventando coisas, expondo práticas manicomialis

para os quais o próprio movimento da Luta Antimanicomial não prestava a devida atenção. E ainda que estivéssemos fazendo isto, era um pensamento que estava muito mais dentro do movimento de luta contra a Aids, do que da Luta Antimanicomial.

As intervenções em RD devem produzir efeito Paidéia (CAMPOS, 2006 apud SANTOS; MALHEIRO 2009), ou seja, devem possibilitar a construção de sujeitos cogestores (cogestão definida como compartilhamento de poder) de saúde, tendo como pano de fundo seu horizonte de experiências vividas na comunidade, retirando, assim, o lugar da reflexão sobre estratégias de produção de saúde de gestores institucionais que, por vezes, desconhece a realidade dos usuários, para a emergência de novos sujeitos atuantes e implicados neste processo. Seria uma educação para a vida, tendo como escola a própria vida, mediante a construção de modalidades de cogestão (CAMPOS, 2006 apud, SANTOS; MALHEIRO, 2009), que permitam aos sujeitos participarem do comando de processos de trabalho, de educação, de intervenção comunitária e, até mesmo, do cuidado de sua saúde e de seus pares.

A regulamentação das práticas de redução de danos afirma e fortalece o posicionamento do setor público de saúde por um modelo de atenção à problemática do consumo de álcool e outras drogas orientado para a minimização dos riscos e danos sociais e à saúde associados a este consumo sem, necessariamente, intervir na oferta ou no próprio consumo. Nery Filho (2010) narra que as intervenções de redução de danos foram ampliadas, sendo definidas como uma ou mais das seguintes medidas de atenção integral à saúde: a) informação, educação e aconselhamento; b) assistência social e à saúde; c) disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS e hepatites. Estabelece-se que estas ações devem ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorrem ou possa ocorrer o consumo de álcool e outras drogas e que a divulgação dos serviços públicos de saúde e de assistência social entre a população contemplada por estas ações constitui, em si, uma medida de redução de danos.

De acordo com Alves (2009) as estratégias de redução de danos são dirigidas para um público composto, em sua maioria, por adultos, crianças e adolescentes em situação de risco social, adolescentes em medida socioeducativa, pessoas com HIV/AIDS, trabalhadores do sexo, egressos e população carcerária, profissionais de segurança pública, frequentadores de bares e *raves*. Não existe redução de danos

se o modelo de acompanhamento não for delineado pelo próprio usuário, nesta perspectiva Petuco (2011) expõe que:

[...] a redução de danos é como um *acolhimento incondicional*, “Se você usa drogas e quer parar, não quer parar ou não consegue, o CAPS ad pode lhe ajudar”. Ficou uma rima meio forçada, mas que eu achei muito bonita e significativa dessa ideia de com a qual eu venho operando já faz algum tempo. Acolhemos se você quiser pensar o seu uso para parar de usar, e também se você quiser pensar o seu uso para seguir usando e reduzir danos. Se você quiser vir ao serviço, independente de qual seja seu projeto pessoal de cuidado, sua demanda, nós vamos te acolher. Lógicas de baixa exigência; algo que a Redução de Danos vem construindo faz já alguns anos (PETUCO, 2011).

Petuco (2011) sobrepõe que a Redução de Danos vai para campo buscando justamente os discursos dissonantes. Há mais que uma simples abertura aos discursos alternativos ao do herói e do desesperado, mas uma busca ativa por eles. A Redução de Danos foi construída justamente para que se pudesse acolher às demandas de quem usa e não consegue ou não quer parar. Para todas as outras demandas, existem outras tecnologias. A Redução de Danos surge justamente para este público que não se coloca nem como herói, nem como desesperado. Então, a Redução de Danos já surge querendo ouvir justamente estes outros discursos.

3.3 Rede de atenção a Usuários de Álcool e outras drogas na Bahia

Segundo o Plano de Drogas (2009) é necessário e premente o desenvolvimento de ações integradas em rede, voltadas para inclusão social, a reconstrução de valores de cidadania e respeito entre os seres humanos, o sentimento de pertença a um grupo familiar e comunitário, desde a infância, o amparo da sociedade e do estado, para aqueles que se vêm alheios às políticas públicas, desde o nascimento. Desta maneira entende-se a política pública como algo indispensável na atenção e proteção a usuários de álcool e outras drogas, e é através das instituições governamentais que se pretende fortalecer a política de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Nesta perspectiva este trabalho traz o panorama estadual de como estar configurada a rede de atenção a usuários de drogas na Bahia.

Oliveira (2011) corrobora que precisamos de redes assistenciais descentralizadas e mais atentas as desigualdades sociais. As diretrizes então recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Ministério e pelas diretrizes para a produção de serviços específicos voltados para atenção integral de álcool e drogas. A rede é composta por serviços, instituições, organizações e associações que estejam envolvidas, direta ou indiretamente, no tema de álcool e outras drogas, através destes é que se facilita o acesso dos usuários e familiares para a área de saúde, assistência social, justiça, entre outros, que atendam às demandas associadas ao uso ou abuso de substâncias psicoativas.

Oliveira (2011) infere ainda que os crescentes problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas na população adulta e economicamente ativa, que também é confirmado pelas pesquisas, levam a uma necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços da saúde com ênfase na reabilitação psicossocial e na inclusão social desses indivíduos.

Por quase todo o século XX, as políticas públicas relacionadas à questão se concentram em duas esferas, os problemas de saúde com medidas sanitaristas (a droga era definida como um vírus, que ameaçava a sociedade) e assistenciais (internamentos psiquiátricos obrigatórios), os danos sociais que determinam que a construção de instituições repressoras, tendo o arcabouço jurídico como legitimador. (RIBEIRO; ARAÚJO, 2006).

A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas ainda é estruturada como mencionada acima, havendo pequenos avanços. A organização é descentralizada e interligada em alguns seguimentos, os principais no Brasil são saúde, assistência social e justiça. A saúde vem sendo o setor que mais desenvolve ações voltadas para esse público, à assistência incorporou há pouco tempo instituições e programas para atender essa demanda, à justiça ainda é bastante voltada na maioria das vezes para ações de cunho punitivo e repressivo, ações de atenção e educação ainda são muito pontuais e isoladas.

Segundo o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA) no estado da Bahia que fazem parte da atenção a usuários de álcool e outras drogas os serviços de saúde, assistência social e justiça, cada setor com suas especificidades. Tendo no âmbito da saúde serviços oferecidos pelos ambulatórios especializados, os CAPS - centro de atenção psicossocial, os CAPS ad - centro de

atenção psicossocial álcool e drogas, hospitais psiquiátricos, leitos para internação psiquiátrica em hospitais gerais, dentre outros.

Os ambulatórios especializados que prestam atendimentos clínicos pontuais direcionados a públicos específicos como, por exemplo, usuários de álcool e outras drogas e seus familiares ou portadores do vírus hiv-aids, o CAPS - centro de atenção psicossocial são dispositivos substitutivos dos hospitais psiquiátricos que oferecem atendimento clínico e de suporte social a pessoas com sofrimento mental em regime de atenção diária, o CAPS ad oferecem atendimento clínico e de suporte social a pessoas em situação de sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas e a seus familiares em regime de atenção diária, na Bahia quinze municípios possuem CAPS ad, entre estes apenas um é situado no recôncavo, na cidade de Santo Antonio de Jesus.

Também compõe a rede os hospitais que atendem pessoas com transtornos mentais oferecendo serviços ambulatoriais e internação, os leitos para internação psiquiátrica em hospitais gerais oferecem suporte hospitalar para a rede de atenção psicossocial, no que tange a situações de urgência e emergência decorrentes dos transtornos mentais, incluindo o uso de álcool e outras drogas, que demandem por internações e curta de curto tempo.

Sócrates (2011) afirma que a política nacional de assistência social, por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), regulamenta os serviços oferecidos pela rede socioassistencial em dois níveis de proteção social: a básica e a especial, que se divide em média e alta complexidade.

De acordo com o CETAD no estado da Bahia que diz respeito à atenção na área da assistência as principais organizações são o CRAS - centro de referência de assistência social, CREAS - centro de referência especializado de assistência social, conselho tutelar, o Sinase - sistema nacional de atendimento sócio-educativo, na Bahia foram criados também o Bahia acolhe, os Centros Sociais Urbanos, o Fundac - atendimento sócio-educativo.

Os CRAS são unidades públicas ligadas ao SUAS, que oferecem serviços e programas socioassistenciais de atenção básica, este já se configura como forte aliado da assistência a pessoas em situação de vulnerabilidade. Os CREAS são dispositivos que funcionam como núcleos de uma rede de atenção em assistência social voltados ao atendimento a cidadãos que têm seus direitos violados, em sua maioria são crianças, adolescentes e mulheres que sofreram algum tipo de violência

sexual ou física, por exemplo. O CREAS é ligado à proteção especial, este deve ser o responsável pelo atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, sendo assim desenvolve um papel fundamental na atenção ao público supracitado.

No entanto na Bahia de acordo com o CETAD, existem apenas sessenta e três municípios baianos onde existem CREAS, sendo que no Recôncavo existem em apenas quatro municípios, ainda tem-se que levar em consideração de que forma estes serviços são prestados, se as equipes estão capacitadas ou recebendo orientação para atenção a essa população.

Acrescentando essa gama de instituições tem-se o Conselho Tutelar que é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos pela Lei Federal 8.242/91, que dispõe no Art. 132, “em cada Município haverá, no mínimo, um Conselho Tutelar composto de cinco membros, escolhido pela comunidade local para mandato de três anos, permitida uma recondução”. Dentre outras atribuições, segundo o art. 136 do ECA, cabe ao Conselho Tutelar atender solicitações de crianças, adolescentes, pais e qualquer cidadão nas hipóteses de violação de direitos da criança e do adolescente, podendo solicitar para a execução de suas decisões “serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança”, a depender da situação.

De acordo com a SEDES, o Bahia Acolhe é voltado para o atendimento à população em situação de rua. O objetivo é oferecer um conjunto de ações de assistência social a este público, que convive, diariamente, com a pobreza e a violência, expressas das mais variadas formas. Através do Bahia Acolhe, estão sendo implantadas centrais de acolhimento, representando a porta de entrada na rede de proteção social. De funcionamento ininterrupto, os portais devem oferecer aos usuários, acesso à alimentação, higienização, serviços de enfermagem e abrigo provisório, se forem necessários. A operacionalização acontece com participação dos chamados “agentes de proteção social”, que fazem a vigilância das situações de risco e vulnerabilidade, identificando os locais de maior incidência dessa população. O Bahia Acolhe funciona no âmbito do Sistema Único da Assistência Social (Suas), seguindo diretrizes da Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

A Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza (SEDES) administra 31(trinta e um) Centros Sociais Urbanos (CSUs), sendo 9 (nove) na

capital e 22 (vinte e dois) no interior do Estado. Nesses espaços, as comunidades participam de ações sócio-educativas e projetos de fortalecimento da cidadania e desenvolvimento social. São 37 mil pessoas beneficiadas com ações contínuas na área de esporte, cultura, inclusão digital, capacitação e geração de renda, entre outras. Objetivando aperfeiçoar suas atividades, os CSUs estão atravessando um processo de revitalização e de recuperação das estruturas físicas. A intenção é transformar os espaços em Centros de Desenvolvimento Social (CDS), passando a oferecer, também, ações nas áreas de defesa civil, segurança alimentar e atendimento sócio-educativo.

Tem-se a Fundac que atua com o objetivo de promover, da forma mais integral possível, a ressocialização do adolescente envolvido em ato infracional, através da execução de medidas sócio-educativas determinadas pelos juizados da Infância e Juventude. Estes jovens devem dispor de oportunidades para a reinserção positiva na sociedade. Por isso, as ações visam contribuir para a formação de sujeitos protagonistas, promovendo o exercício da plena cidadania, através do favorecimento da auto-estima e fortalecimento dos vínculos familiares. Durante o atendimento, são feitos acompanhamentos psicológico, social e pedagógico. Também são oferecidos serviços de saúde, educação, profissionalização e atividades de arte-educação e esporte.

De acordo com o que estabelece o Sistema Nacional de Atendimento Sócio-educativo (Sinase), a Fundac, como órgão estadual, é responsável pela implantação e manutenção de unidades voltadas às medidas de Internação e semi-liberdade. Aos municípios, cabe a execução das medidas de prestação de serviço à comunidade e liberdade assistida. Para isso, eles recebem orientações e apoio dos governos estadual e federal.

De acordo com a lei 13, 343 o SINASE, aprovado em 2006, consiste num conjunto de princípios, regras e critérios, que envolve desde o processo de apuração de ato infracional até a execução de medida. O SINASE especifica as competências das três instâncias federativas para o atendimento sócio-educativo no País. Dentre as principais funções estabelecidas à União, está formular e coordenar a execução da Política Nacional de Atendimento Sócio-educativo e elaborar, em colaboração com Estados e Municípios, o Plano Nacional. Os Estados e Municípios devem também traçar seus planos de atendimento sócio-educativo nas distintas esferas de governo e instituir e gerenciar os respectivos sistemas de atendimento. O SINASE

também aponta as instâncias de controle social nas políticas e na execução das medidas de ressocialização dos adolescentes. O SINASE estabelece parâmetros de atendimento, com ênfase nas ações de educação, saúde e profissionalização, indicando como devem ser as equipes interdisciplinares e a estrutura de unidades de internação. Busca, ainda, a ideia dos alinhamentos conceitual, estratégico e operacional, estruturado, principalmente, em bases éticas e pedagógicas.

De acordo com Wollmann (2009), vivemos em um dilema social onde a luta pela cidadania e pelos direitos humanos não consegue lograr êxito em reincluir grande parcela marginalizada da população. Dentre os critérios de avaliação da existência da cidadania hoje estar à forma pela qual o Estado promove a distribuição de seus benefícios e serviços aos seus “cidadãos” diminuindo assim a parcela de marginalizados e como concretiza os direitos humanos.

Nesta lógica cidadania pressupõe inserção social, um estado sem ela não é plural ou democrático, assim o sistema judiciário é de suma importância na atenção a usuário de álcool e outras drogas e sem uma atuação efetiva desse setor não se tem uma atenção completa a esses usuários. Na Bahia existem ainda poucas ações e programas neste âmbito, os serviços ofertados são a Corregedoria, Laboratório Central Da Polícia Técnica (LCPT), DENARC (Departamento de Narcóticos da Polícia Civil), Vara De Tóxicos, Juizado Especial Criminal, Ministério Público, CAOCI (Centro De Apoio Operacional Às Promotorias De Justiça e Cidadania), Polícia Militar, Defensoria Pública, CONAD (Conselho Nacional De Políticas Sobre Drogas), FUNDAC (Fundação Da Criança E Do Adolescente), CASE (Comunidade de Atendimento Socioeducativo).

A corregedoria no âmbito do sistema de justiça e segurança é a instituição governamental a quem cabe acompanhar, corrigir e avaliar as condutas funcionais dos servidores de todos os órgãos integrantes da Secretaria da Segurança Pública (Superintendências, diretorias, etc.), incluindo a Polícia Militar, a Polícia Civil e o Departamento de Polícia Técnica. O órgão atua em parceria com a Ouvidoria e a Superintendência de Inteligência da Secretaria da Segurança Pública, com a Corregedoria-Geral da Secretaria da Administração, com o Ministério Público Estadual e com a Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos.

O LCPT foi fundado em 1973 e está subordinado ao Departamento de Polícia Técnica da Bahia. Dispõe de equipamentos com tecnologia de ponta, com capacidade para realizar exames nos campos comuns a Criminalística e a Medicina

Legal, fornecendo prova material e científica através de laudos periciais. Atende a todo o estado da Bahia, além de ser referência nacional para estados das regiões Norte e Nordeste, nas áreas da Genética e Toxicologia Forenses. A DENARC é a delegacia especializada da Polícia Civil para reprimir o tráfico de entorpecentes.

No rol da segurança pública também tem-se a Vara de Tóxicos é a Circunscrição Judicial que efetiva e homologa proposta e estipula o tempo necessário ao acompanhamento dos autores de infrações envolvendo substâncias psicoativas, e promover o encaminhamento do procedimento à Vara de Execuções Criminais. O JECRIM foi criado para tratar especificamente das infrações penais de menor potencial ofensivo, ou seja, aquelas consideradas de menor gravidade. As penas máximas previstas para estas infrações não superam um ano. O Ministério Público tem a atribuição de controlar e promover os interesses protegidos pelo direito positivo. Sua principal função é a prestação jurisdicional, incumbido de zelar pela defesa da ordem jurídica, dos interesses sociais e individuais indisponíveis e do próprio regime democrático.

O CAOCI é um órgão subordinado ao Ministério Público do Estado da Bahia que desenvolve atividades com a finalidade de promover a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais, zelando pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos constitucionalmente assegurados, empreendendo as medidas necessárias à sua garantia. O CAOCI, em conjunto com as Promotorias de Cidadania de todo o Estado da Bahia, atua na área de proteção dos direitos coletivos, difusos, transindividuais e individuais indisponíveis e homogêneos, no que tange à saúde, aos direitos especiais das pessoas portadoras de deficiência e dos idosos, no combate à discriminação e fiscalização do regular funcionamento dos serviços públicos.

A Polícia Militar da Bahia é um órgão da Administração Direta do Estado e a ela compete a execução, com exclusividade, do policiamento ostensivo fardado com vistas à preservação da Ordem Pública. Sua ação é tipicamente preventiva, ou seja, atua no sentido de evitar que ocorra o delito. Para tanto, sua ostensividade caracteriza-se por ações de fiscalização de polícia sobre matéria de ordem pública, onde o policial é de imediato identificado, quer pela farda, armamento, equipamento ou viatura. Defensoria Pública presta serviços jurídicos gratuitos à população, suas áreas de atuação são; Cível e Fazenda Pública, Crime, Execuções Penais, Curadoria, Defesa do Consumidor, Direitos da criança e do adolescente, Família,

Proteção a pessoa idosa, Juizados Especiais, Combate a violência doméstica, Proteção aos Direitos Humanos.

O CONAD é um órgão colegiado, de natureza normativa e de deliberação coletiva, responsável por estabelecer as macro-orientações a serem observadas pelos integrantes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), em suas respectivas áreas de atuação. Integra a estrutura básica do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, que o preside. O CONAD desempenha os papéis políticos-estratégicos de assessorar o Presidente da República no provimento das orientações globais relativas à redução da demanda e da oferta de drogas no País e promover a articulação, a integração e a organização da ação do Estado. Ao CONAD estão vinculados os Conselhos Estaduais (CONEM - Conselho Estadual De Entorpecentes) e os municipais (COMAD - Conselho Municipal Antidrogas). A FUNDAC é vinculada a SEDES e tem como objetivo integrar o adolescente ao convívio social, promover e defender os direitos humanos da criança e do adolescente, apoiar as famílias e os egressos, educar e profissionalizar além de regionalizar e municipalizar as medidas socioeducativas.

A CASE foi fundada em 1978, sua missão é promover o atendimento integral ao adolescente infrator de acordo com as leis, normas e recomendações de âmbito nacional e internacional, com ênfase no ECA. Desde então atua na proteção e promoção de saúde, educação, esporte, cultura, profissionalização, dignidade e cidadania de adolescentes em situação de privação de liberdade.

É indispensável que a base de atenção a questão das drogas seja formada pelos três pilares saúde, assistência social e justiça, estes precisam estar em parceria e desenvolvendo ações específicas voltadas para esse problema de política pública, para colocar em pratica o que prevê a lei de drogas, no titulo I:

Art. 1º Esta Lei 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 e define crimes.

4. O LÓCUS DA PESQUISA: MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DE JESUS

4.1 A atenção a usuários de álcool e outras drogas no município de Santo Antonio de Jesus

De acordo com dados do instituto brasileiro de geografia e estatísticas (IBGE) os primeiros povos a se estabelecer no território pertencente hoje ao município de Santo Antonio de Jesus, foram os descendentes dos aguerridos índios da Pedra Branca, vivendo de caça, pesca e de pequenos roçados. Atraídos pela excelência das matas e fertilidade das terras, foram chegando os primeiros colonos. A esse tempo, já havia sido recomendada, à relação da Bahia, proteção aos indígenas e, por Carta Régia datada de 1663, determinada reserva de uma légua quadrada de terra, para aldeamento e sustento dos silvícolas . Dentre os que obtiveram patrimônios territoriais, constam os índios da Aldeia de Santo Antônio.

De quantas sesmarias se conhecem, tudo leva a crer que foi a concedida a Antônio de Souza Andrade e João Borges de Escobar, em 1644, a mais antiga e a que mais se ajusta aos limites atuais do Município de Santo Antônio de Jesus, embora não o abranja de todo. Relevante foi a atuação dos padres Mateus Vieira de Azevedo, José Ferreira e Bento Pereira, coadjuvados por Manuel dos Santos Carvalho e Luís Vieira de Brito, na história da colonização.

A residência do Padre Mateus Vieira de Azevedo foi transformada no primeiro povoado, graças a ereção, ali, de um Oratório, sob a invocação de Santo Antônio de Jesus. Por Provisão datada de 23 de setembro de 1777, o Oratório transformou-se em Capela, filiada à Freguesia de Nossa Senhora de Nazaré, em cujas "roças" estava situada. O topônimo Santo Antônio de Jesus prevaleceu até 1931, quando foi simplificado para Santo Antônio. Sete anos depois, voltou a vigorar a primitiva denominação.

O distrito de Santo Antônio de Jesus foi criado pela Lei Provincial n.º 448, de 19 de junho de 1852, e o município, com um único distrito, desmembrado do Município de Nazaré, pela de n.º 1.952, de 29 de maio de 1880. Sua instalação

ocorreu a 4 de março de 1883. Dois distritos: Santo Antônio e Vargem Grande passaram a compor o Município, de 1933 a 1943. Por Lei de 15 de outubro de 1827, criou-se o Distrito de Paz. Termo judiciário da Comarca de Nazaré, até 31 de dezembro de 1943, quando foi criada a Comarca de Santo Antônio de Jesus.

De acordo com informações da prefeitura municipal, Santo Antônio de Jesus, começou a ser povoada no final do século XVII e início do século XVIII, quando a região passou a ser explorada economicamente na extração de madeiras de lei e o plantio de cana-de-açúcar, mandioca, fumo e café, destinados ao abastecimento interno e de Salvador. A cidade foi fundada a partir de um oratório dedicado a Santo Antônio, situada nas margens da estrada que ligava o alto sertão à Nazaré e por onde passavam viajantes e tropeiros que iam e viam para o porto daquela cidade, a chegada da linha de trem.

A fixação de comerciantes oriundos de Nazaré e a emancipação da cidade em 1880 foram marcos fundamentais que alavancaram o crescimento urbano e o desenvolvimento comercial de Santo Antônio de Jesus. De vocação empreendedora, foi uma das poucas cidades da Bahia a receber uma empresa francesa que exibia filmes nas praças, em 1902. Também foi uma das primeiras do interior a constituir uma iluminação pública no início do século XX.

Durante o período da 2ª Guerra Mundial foi fornecedora de manganês para a Inglaterra e, posteriormente, se transformou num importante entreposto comercial do fumo produzido em toda a região e exportado para a Europa. Desde o século XIX, a feira de Santo Antônio de Jesus era a mais importante da região, atraindo vendedores e compradores de todo o Recôncavo Sul e, a partir dela, o comércio local se firmou como um dos mais importantes do interior da Bahia, atraindo empresas, indústrias e serviços médicos e educacionais.

Hoje, o município se destaca como polo de educação, saúde, além de centro comercial e de serviços em todo o Recôncavo, anualmente sedia movimentadas festas juninas, que atraem milhares de visitantes. De acordo com dados do IBGE o município de Santo Antonio de Jesus possui abrangência territorial aproximada a 261 km² e tem 90.985 habitantes.

A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas do município de Santo Antonio de Jesus é composta basicamente por organizações governamentais, sendo estes os serviços da área da Saúde, da área da Assistência Social, e os serviços da área da Defesa de Direitos e organizações não governamentais. No âmbito da

saúde de acordo com informações cedidas pela secretaria municipal de saúde o serviço é composto pelo CASP ad Vale Viver, CASPS II Nova Vida, CEREST (centro de Referência em Saúde do Trabalhador), Dires -4ª. Diretoria Regional de Saúde, Policlínica Municipal Dr. Antonio Albuquerque, HRSAJ (Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus), Programas de DST AIDS e Hepatites Virais, e por 14 unidades de saúde da família sendo elas, Urbis III, do Cocão (Fátima e Sapé); do Espinheiro, vila Bomfim e Benfica; do Alto do Morro; Urbis II; Geraldo Pessoa Sales; São Francisco; Calabar e Urbis I; Marita Amâncio; Bela Vista; Andaraí I; Irmã Dulce; Andaraí II.

No CASP AD Vale Viver são atendidas pessoas de todas as idades e de ambos os sexos, com uso prejudicial ou dependência de substâncias psicoativas, funciona de segunda à sexta, durante todo o dia. Neste são desenvolvidos atendimentos psiquiátrico, psicológico e de enfermagem, grupos terapêuticos para redução de danos para tabagismo, álcool, crack e outras drogas, grupo de apoio aos familiares, oficinas de artesanato, jogos, futebol, Educação de Jovens e Adultos, passeios e eventos. Não necessita encaminhamento, a pessoa interessada, o próprio usuário ou familiar, poderá procurar o serviço e apresentar CPF, RG, Comprovante de residência e cartão SUS para inscrição. O tratamento é voluntário.

No CASPS II Nova Vida mensalmente são atendidos 220 usuários adultos, de ambos os sexos, portadores de transtornos mentais severos e persistentes, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva. As atividades desenvolvidas são atendimento psicológico, psiquiátrico, de enfermagem e social; grupos terapêuticos; oficinas de esporte, capoeira, teatro, artesanato, coral, culinária, educação de jovens e adultos, medicação, visitas domiciliares, passeios, eventos, são servidas três refeições diárias, pois os usuários passam o dia na instituição, é desenvolvido também um trabalho de apoio à família. As USF e outras entidades de atendimento encaminham os usuários para serem acompanhados por este serviço, estes passam por uma avaliação para verificar o tipo de transtorno, a fim de identificar se o tratamento será realizado na modalidade caps nos casos de maior gravidade, ou ambulatorio, para os casos mais leves, com serviços específicos de consultas psiquiátricas e psicológicas.

O serviço do CEREST é voltado para pessoas acima de 18 anos, de ambos os sexos, que estão inseridos no mercado de trabalho, as atividades desenvolvidas por esta instituição são: Avaliação médica, capacitação em saúde do trabalhador

para diversas categorias, Realização de sessões técnicas com temas variados envolvendo convidados; grupo de orientação postural com fisioterapeuta; grupo terapêutico com psicólogo e fisioterapeuta para pessoas portadoras de LER/DORT. A Dires 4ª não realiza atendimento direto à população, exceto a distribuição de alguns medicamentos de alto custo. Esta desenvolve ações educativas, cursos de capacitação para técnicos dos municípios da região, encontros de capacitação da equipe do Mobiliza SUS, Coordena campanhas para controle de endemias e imunização. As atividades são voltadas para as equipes técnicas dos municípios vinculados à regional.

Na Policlínica Municipal são atendidas pessoas de todas as idades, estas são encaminhadas pelas Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde. São ofertadas Consultas especializadas em cardiologia, ginecologia, obstetrícia, gastroenterologia, geriatria, oftalmologia, ortopedia, pneumologia, urologia, proctologia, dermatologia, angiologia, neurologia, radiologia, mastologia e nutrição. Acompanhamento pré-natal de alto risco. De acordo com a sesab o HRSAJ é uma unidade estadual, que atende toda a região, possui serviços de media e alta complexidade, como UTI (Unidade de Terapia Intensiva) dispendo de leitos reservados a pessoas com sofrimento mental e pessoas com dependência química.

Os Programas de DST AIDS e Hepatites Virais são voltados para toda a população e desenvolvidos nas USF, os usuários precisam ser residentes na área de abrangência da unidade. O programa é focado em grupos terapêuticos para adolescentes e adultos, grupos de mulheres em fase de gestação e puerpério; acompanhamento médico com infectologista e pediatra, acompanhamento psicossocial a pessoas portadoras de Aids, soropositivas ou com outras DSTs.; Visitas domiciliares, apoio nutricional, realização de exames laboratoriais, fornecimento de medicação. É necessário procurar a sede do serviço para cadastramento, munido de documento de identificação. As USF foram criadas para serem a porta de entrada de todos os serviços de saúde, são atendidas todas as pessoas residentes na área de abrangência da unidade. É oferecido; atendimento clínico, odontológico e de enfermagem, ações de controle à diabetes e hipertensão, planejamento familiar, preventivos ginecológicos, saúde da criança, imunização, controle de endemias, visitas domiciliares, palestras informativas. As pessoas que residem na área de abrangência devem procurar a unidade de saúde para fazer o Cartão da Família (cadastro de acompanhamento da família).

Os serviços de organizações governamentais na área da assistência social com base em informações da secretaria de assistência social são ofertados por três unidades de CRAS (centro de referência da assistência social), sendo o CRAS comunidade, CRAS Centro e Cras Quilombola, o CREAS (Centro de Referência da Assistência Social), o Centro de Convivência do Idoso, Projovem Adolescente, CMAS (Conselho Municipal da Assistência Social), CMDCA (Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente), e o Conselho Tutelar de Santo Antonio de Jesus.

O CRAS comunidade tem capacidade para atender a 1800 famílias, atende diariamente em média de 10 pessoas, são desenvolvidos grupos de convivência para crianças, adolescentes, idosos, grupo de mulheres, oficina de dança, oficina de penteado e maquiagem, oficina de pintura em tecido, oficina de xarope, grupo para professores que ensinam na escola situada no bairro. O CRAS centro tem capacidade para atender a 2.393 famílias, realiza o acompanhamento do PETI, para participar das atividades é necessário ser cadastrado no BPC ou apresentar o comprovante de recebimento do PBF. São realizadas visitas domiciliares a pessoa com deficiência e idosos cadastrados no Benefício de Prestação Continuada (BPC), Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, grupo de convivência para crianças, Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, grupo de convivência para adolescentes, Grupo de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família (PBF) e acompanhamento pelo SICAN, Inclusão Produtiva com Oficina pintura em tecido e Oficina de massoterapia, Grupo de acompanhamento das famílias do PROJOVEM, Grupo de acompanhamento das famílias do PETI, Grupo de convivência para mulheres (Informacional).

O CRAS Quilombola tem capacidade para atender a 2.393 famílias, para cadastrar a família/indivíduo no CRAS, é necessário que a família se encontre no perfil do CAD-ÚNICO, ou apresentar cartão do PBF. São ofertados grupos de inclusão produtiva aos maiores maior de 18 anos, são participantes famílias beneficiadas com o PBF ou em situação de vulnerabilidade social. São desenvolvidos Grupo de inclusão produtiva: doces e salgados, grupo de convivência: crianças e adolescentes. (Zona urbana), Grupo de convivência: crianças e adolescentes. (Zona rural – Alto do Morro), grupo de mulheres, grupo sala de espera. O CREAS tem capacidade para atender a 80 famílias, realiza atendimento multidisciplinar com assistente social, psicólogo, advogado, pedagoga e educadores

sociais a famílias vítimas de alguma forma de violência. São realizadas atividades em grupos sócio-educativas, grupo sócio-inclusivo, grupo de famílias (ciclos de família), oficina de esporte, artesanato, informática, teatro, oficina de pintura em tecido, oficina de mosaico, oficina de informática. Articulação com o Ginásio de Esportes, a Redes, e a Secretaria de Cultura no desenvolvimento das atividades.

O centro de convivência do idoso possui sede própria e desenvolve atividades de academia de dança, aula de alfabetização, oficinas de artesanato e bordado, é realizada palestra com abordagem de diversificados assuntos, o centro é destinado a maiores de 60 anos, de ambos os sexos. O projuvem é um programa voltado a adolescentes de 12 a 18 anos, desenvolve grupos de orientação social, oficina de teatro, oficina de dança e oficina de informática pra participar é necessário frequentar escola e participar do bolsa família.

O CMAS não é órgão de atendimento direto ao público, é consultivo e deliberativo da política municipal de assistência social. é responsável pelo controle social, realiza divulgação das políticas de assistência social, capacitação dos conselheiros, e fiscalização.

O CMDCA não atende diretamente ao público é órgão consultivo e deliberativo da política municipal da infância e adolescência, realiza visitas às entidades e órgãos públicos, inspeções, campanhas de apoio a ONGS, fiscalização de aplicação de recursos públicos na área da infância e adolescência. O conselho é formado por representantes da sociedade civil eleitos em assembleia e por representantes do poder público, indicados pelo gestor municipal, a função de conselheiro de direitos não é remunerada, tendo um mandato de 2 anos, qualquer cidadão pode participar das reuniões do CMDCA, mas só os conselheiros tem direito a voto. O conselho tutelar funciona em regime de plantão às noites, final de semana e feriados, atende crianças e adolescentes que tenham seus direitos violados, recebimento de denúncias, orientação às famílias, encaminhamentos à rede de atendimento, realiza visitas domiciliares, inspeções.

As organizações governamentais que compõe os serviços da área da defesa de direitos em SAJ segundo o CRR, são a 6ª Regional da Defensoria Pública do Estado da Bahia, que realiza orientação e assistência jurídica gratuita à população que necessita. A delegacia de Policia de SAJ, que faz o recebimento e apuração de denúncias sobre crimes e executa ações em defesa do cidadão. O Ministério Público da Bahia é um órgão responsável pela promoção, proteção e defesa de direitos do

cidadão. O 14º batalhão da Polícia Militar além das atividades relacionadas à segurança pública, desenvolve atividades sociais e comunitárias como o programa de orientação e prevenção ao uso de drogas PROERD nas escolas do município, programa telemática e escola de futebol para crianças e adolescentes.

Na formação da rede de atenção a usuário de álcool e outras drogas, as principais ações são e devem ser por parte do estado, com a implementação de instituições e programas voltados para a questão da droga como um todo, no entanto percebe-se que outros organismos podem colaborar com a potencialização da rede assistencial, como é o caso de organizações não governamentais, no município de SAJ, as principais organizações, associações, sindicatos entre outros foram mapeados pelo CRR em parceria com a coordenação de saúde mental, ligada a secretaria de saúde municipal, buscando assim firmar parceiros.

As principais organizações não governamental do município de SAJ são a Associação Beneficentes dos Aposentados e Pensionistas, que dispõe de 1.000 associados. A instituição não tem um limite máximo de capacidade de atendimento, os associados utilizam a carteira da entidade para obter descontos em farmácias, clínicas médicas e odontológicas, desenvolve um projeto de atividade física, festas e lazer para idosos. Os associados pagam uma taxa mensal à entidade, só podem ser associados os maiores de 60 anos de idade. A Associação de capoeira Ogunjá tem capacidade de atender a 25 crianças e 60 adultos de ambos os sexos. Dar aulas gratuitas de capoeira; Instrumentação; música; confecção de instrumentos, as crianças devem apresentar um comprovante de matrícula na rede de ensino. Ao final do ano letivo, deverá apresentar o boletim escolar para acompanhamento.

Associação filarmônica Carlos Gomes, atende 33 pessoas a partir dos 10 anos de idade. A instituição desenvolve aula teórica e prática com partituras de música com instrumentos de sopro e aula teórica e prática com partituras de violão. Cursos com duração de 6 a 9 meses. A participação é prioritária para alunos de escola pública, mas qualquer pessoa pode participar, o serviço é gratuito, financiado pela SECULT e pelo Programa Sua Nota é Um Show, da Secretaria da Fazenda Estadual. A AMAEL (Associação Maria Ernestina Larrainzar), atente 100 crianças de 0 a 5 anos, de ambos os sexos, presta serviços gratuitos de creche (atividade pedagógica e pré-escola), formação para os pais, atenção à saúde das crianças com apoio da USF local, tem capacidade para atender mensalmente cerca de 400 pessoas, Presta também serviços gratuitos de distribuição de sopa, apoio e

orientação aos moradores, encaminhamentos a serviços existentes no município quando necessário, os serviços são restringidos a moradores da localidade.

A creche 11 de dezembro tem capacidade para atender até 100 crianças, mas atualmente atende 70, idade até 05 anos. São desenvolvidas atividades lúdicas e pedagógicas para as crianças, além de apoio às famílias do Bairro Irmã Dulce, em parceria com a Paróquia do São Benedito. São realizados encaminhamentos, oficinas de costura, palestras e reuniões informativas, todos os serviços são gratuitos. O Lions Club de SAJ atende 200 crianças e adolescentes com deficiência auditiva, visual ou mental, realiza atendimento psicológico, odontológico, pedagógico e escolar, oficina de libras e oficina de braile, oficina de informática, atendimento psiquiátrico em parceria com o Caps.

O NISSA (Núcleo e Integração Social e Profissional da Juventude de Santo Antonio atende cerca de 2.000 pessoas de todas as idades, em projetos diferentes projetos sociais: Como Creche (atividade pedagógica e pré-escola), abrigo para crianças e adolescentes, cursos profissionalizantes: pintura em tela, corte e costura, pintura em tecido, manicure, culinária, informática. A maioria dos serviços são gratuitos, desenvolvidos em parceria com a Prefeitura Municipal, a ONG italiana La Cometa, o comércio local, a Congregação das Irmãs Mercedárias, o SENAC e a SEFAZ. A REDES (Rede de Desenvolvimento Social), atualmente, atende 40 crianças em oficina de música e informática, 140 adolescentes entre 14 e 20 anos no Projeto Jovem Aprendiz, além de 100 famílias de trabalhadores rurais no Projeto Mãe Terra. São desenvolvidas oficinas de música, teatro e informática, preparação de jovens para o primeiro emprego – Jovem Aprendiz ou Projovem Trabalhador, com cursos de formação em auxiliar administrativo, aux. de cozinha, costura e assistente de Vendas. As atividades são gratuitas, realizadas em parceria com o Governo Federal e diversas entidades, Os jovens em formação recebem meio salário pago por empresas locais, às quais ficam vinculados como aprendizes.

O sindicato dos trabalhadores rurais atende mensalmente, cerca de 1.300 trabalhadores rurais cadastrados e seus familiares, envolvendo pessoas de todas as idades, o sindicato realiza atendimento médico em ginecologia, clínica geral, oftalmologia, etc. Atendimento odontológico e fisioterapia, exames laboratoriais, orientações previdenciárias. O serviço é específico para quem tem registro de trabalhador rural pague a contribuição sindical. A sociedade de educação espírita Joannade Ângelis atende publico de livre demanda, envolvendo pessoas de

qualquer idade, desenvolve atividades como aulas sobre a doutrina espírita, apoio social, orientações e encaminhamentos quando necessário.

A sociedade espírita José Pititinga atende mensalmente cerca de 190 pessoas, presta atendimento médico em pediatria, orientação nutricional, atendimento odontológico, acompanhamento pedagógico a crianças em idade escolar, oficinas para adultos de informática, costura e confecção de fraldas descartáveis, campanhas de solidariedade e voluntariado, capacitação de empregada doméstica, teatro, curso de reciclagem, curso de artesanato. A sociedade filarmônica amantes da Lyra atende mensalmente cerca de 75 pessoas, a partir do domínio da leitura]escrita, realiza ensino teórico e prático de música para instrumentos de sopro e percussão. O VOSA (Voluntários Solidários em Ação) atende a 60 crianças e 140 adolescentes, dispõe de oficinas gratuitas de música, capoeira, pintura, reforço escolar, judô e informática, em parceria com a Polícia Militar e o comércio local.

O Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), convidando Instituições de Educação Superior (IES) em conjunto com Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde para a apresentação de propostas para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus teve proposta selecionada, sendo contemplada com dois grupos PET-Saúde: o PET-Estratégia de Saúde da Família e as redes de atenção e o PET-Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) foi instituído pelos Ministérios da Saúde e da Educação, através da Portaria Interministerial 422 dispõe que:

Caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação e de pós-graduação na área de saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (Art. 2º).

Cada grupo PET-Saúde é constituído por um tutor acadêmico, seis preceptores e doze estudantes bolsistas dos cursos profissionais da área de saúde de nível superior.

O Centro Regional de Referência para Educação Permanente em Crack, Álcool e outras drogas é um centro vinculado à UFRB que tem como objetivo qualificar profissionais da rede de atenção à saúde e assistência social, para o desenvolvimento de ações de identificação, prevenção, intervenção e reinserção social do usuário de crack e outras drogas e de suas famílias, servindo de referência para as Dires (4ª/ Santo Antonio de Jesus, 29ª/ Amargosa, 31ª/ Cruz das Almas). Articulando as Dires e, conseqüentemente, os municípios do Recôncavo da Bahia para criação e consolidação de uma política macrorregional para o enfrentamento da problemática do uso abusivo de crack e outras drogas.

O PET desenvolve um programa de intervenção e práticas ativas em álcool e outras drogas, o PIPA-AD este pretende ser um espaço de construção de práticas ativas e de estratégias para desenvolvimento e modernização do ensino na graduação, destinando ao discente o papel de sujeito e protagonista do seu processo ensino-aprendizagem, contribuindo para a construção de um perfil profissional em que desde a formação o discente já desenvolva a competência de desenvolver análises objetivando a construção de mecanismos e estratégias de intervenção para a complexa realidade das políticas públicas em saúde destinadas ao enfrentamento das drogas.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi instituído pelos Ministérios da Saúde e da Educação com o objetivo de promover a qualificação de docentes, profissionais e estudantes dos cursos de graduação na área de saúde de acordo com as necessidades do SUS. O PET-Saúde tem como pressuposto o fomento de grupos de aprendizagem tutorial e a integração entre ensino-serviço-comunidade, visando a produção de conhecimento científico em áreas estratégicas do SUS.

A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, teve seu primeiro grupo de aprendizagem tutorial do PET-Saúde criado em março de 2011. O grupo PET-Saúde Mental/ Crack, Álcool e outras Drogas têm desenvolvido ações de pesquisa e de extensão com os seguintes objetivos:

1) Caracterizar a rede de atenção em saúde mental, crack, álcool e outras drogas no município de Santo Antônio de Jesus; 2) Mapear instituições formais, governamentais e não governamentais, do setor saúde e da assistência social no âmbito do município de Santo Antônio de Jesus, com potencialidade de integrar a rede de atenção em saúde mental, crack, álcool e outras drogas; 3) Descrever o perfil de usuários de crack, álcool e outras drogas no município de Santo Antônio de Jesus, considerando os espaços de atenção a esta população: CAPS ad e Centros de Recuperação; e 4) Caracterizar os territórios de consumo de crack, álcool e outras drogas no município de Santo Antônio de Jesus.

A rede descrita acima encontra-se ainda em processo de articulação e integração, neste sentido as ações desenvolvidas pelo CRR/UFRB em parceria com a coordenação de saúde mental do município, vem traçando metas e desenvolvendo uma articulação para buscar-se a efetivação dessa possível rede. Neste tocante os cursos oferecidos aos profissionais da saúde e da assistência formam o início de grande avanço. No entanto ainda precisa-se investir em ações voltadas as instituições não governamentais que são organismos de enorme potencialidade nas ações para a reinserção social, principalmente para o desenvolvimento de ações pautadas na redução de danos.

Os organismos que fazem parte da estrutura da segurança pública necessitam serem inseridos nas articulações de atenção a usuários de álcool e outras drogas, em vistas que não se percebe ações específicas voltadas para este público no município, o que tem-se as ações isoladas.

4.2 O estudo, a coleta dos dados e discussão dos resultados.

Este tópico destina-se a apresentar e analisar os dados coletados na pesquisa de campo realizada com os profissionais que atuam nas instituições que compõe a rede de saúde e de assistência em SAJ.

A pesquisa busca conhecer e analisar como se estabelece a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, que foi implantada com a Lei nº 11.343/06, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas- SISNAD que dispõe:

Art. 21. Constituem atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei,

aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais. Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes: I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social; Art. 23. As redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22 desta Lei, obrigatória a previsão orçamentária adequada (LEI 11343, 2006).

Contudo, a partir da leitura e reflexão da Lei de Drogas, percebe-se a importância das ações em rede, como parte essencial de uma política estratégica à intensificação e afirmação da atenção a usuários de álcool e outras drogas.

É pertinente reiterar que este trabalho se propõe a dialogar sobre propostas que preconizam a efetivação de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, baseando-se na Política de Drogas.

Assim, essa rede ou a possibilidade de implantação e efetivação da mesma deve ser averiguada a partir da contextualização de como se configura a saúde e a assistência na atualidade.

O roteiro da entrevista semi-estruturada teve como base os seguintes eixos: 1) conhecimento sobre a Política de Drogas (quais suas recomendações, diretrizes e objetivos), 2) de forma essa política tem sido desenvolvida no município, 3) qual a visão dos profissionais entrevistados sobre a política, 4) de que forma é realizada a assistência aos usuários de álcool e outras drogas no município, 5) como está organizada a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, 6) o panorama do uso de drogas e o perfil dos usuários de álcool e outras drogas de SAJ, 7) quais as deficiências e lacunas os profissionais visualizam acerca da assistência prestada e suas sugestões para melhoria da política e para efetivação da rede de atenção aos usuários, 8) de que forma acontece a capacitação dos profissionais que trabalham na rede.

Oito dos entrevistados trabalham nas Secretarias de Saúde e Assistência, sendo um Secretário de Saúde, um Secretário de Assistência Social, um Coordenador de Saúde Mental² e um psicólogo do CAPS-ad, um fisioterapeuta, que

² Esta coordenação é subordinada a coordenação de média e alta complexidade.

compõe a equipe do CAPS-ad, um assistente social do CREAS, um psicólogo do CRASS e uma assistente social do CRASS, os outros dois entrevistados foram um assistente social do HRSAJ e um professor do CRR/UFRB.³

Os entrevistados escolhidos atuam nos dispositivos que supostamente compõem a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, do município de Santo Antonio de Jesus, uma vez que para obter informações precisas da configuração da rede no município supramencionado, seriam necessários relatos concretos, pois o município não possui nenhum tipo de documento que regulamente as ações voltadas para a assistência a dependentes químicos, neste sentido o município segue as regulamentações nacionais.

Foi constatado através da referida pesquisa que no município de Santo Antonio de Jesus-BA não existe uma rede de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. O que existe no município são instituições fazem parte do arcabouço de uma rede. Como podemos compreender nas falas das (E1 e E4).

[...] “Quanto a essa pergunta eu só consigo pensar... De que rede nos estamos falando? acho que não tenho propriedade pra descrever, eu vejo que temos dispositivos, mais uma relação muito frágil entre eles, [...] que de forma geral, eu não vejo, eu não consigo fazer esse desenho de uma rede, para mim essa rede não fecha né..., eu enxergo serviços, potencialidades para uma rede, uma carência para ações articuladas, por que existir o dispositivo por se só não garante rede, o mero encaminhamento não nos permite enxergar uma rede, o descompromisso de quem encaminha não faz rede, as vezes vejo como uma transferência de problemas”.(E1)

“As principais dificuldades da rede em Santo Antonio, a principio me ocorre dois fatores, o primeiro é a fragilidade dos serviços. Como fortalecer a rede se os serviços que são pontos dessa rede estão fragilizados, e isso me ocorre neste momento em que estamos em transição, e que pelo menos aqui no município, agente tem acompanhado um processo de demissões, desvinculações, um esvaziamento dos serviços, então, [...] a dimensão política atravessa ai de forma muito incisiva há uma possibilidade grande de construir essa rede, o difícil é manter”. (E4)

Quando se propõe a analisar a rede do município de Santo Antonio de Jesus, é necessário entender como está sendo desenvolvidas ações de assistência a

³ A fim de preservar o anonimato dos entrevistados, estes serão identificados através de números e letras, a saber, E1, E2, E3 e assim sucessivamente.

usuários de álcool e outras drogas, neste tocante foi possível constar que essa atenção direta aos usuários é prestada pelo CAPS ad ou por meio dele. Os dispositivos da “rede” do município apresentada no segundo capítulo deste trabalho. É formada por instituições governamentais e não governamentais, da área da saúde, assistência e justiça, também associações, sindicatos entre outros. No entanto estes organismos citados não se reconhecem em sua maioria como pertencentes ao rol de referências para a questão da droga. Isso por não conhecerem a questão da droga num sentido mais amplo, assim como por não entenderem do que se trata a Política de Drogas e suas funções dentro destas.

Para Medina (2011), é fundamental que as políticas de drogas sejam pensadas de forma mais ampla, articuladas com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com políticas de promoção dos direitos humanos, cultura, esporte, lazer entre outros. O combate à pobreza e ações voltadas a geração de trabalho digno para a população brasileira certamente contribuirão para uma política de drogas voltada a prevenção e não a repressão. Tratando de rede como um conjunto de ações que permeiam a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, os profissionais das instituições de SAJ relatam como se configura esta rede:

“É um grande desafio trabalhar com drogas, quando agente inaugurou não tinha profissionais especializados, mais ai agente procurou especializar, ai aproveitou que o estado também tava nesse processo de capacitação”. (E5)

“A política de Drogas [...] conheço superficialmente não trabalho muito com ela, nunca trabalhei na saúde mental, e aqui quando chegam dependentes de drogas agente encaminha para o CAPS ad”. (10)

Nota-se que nem todos os entrevistados possuem conhecimento sobre a política de drogas, sendo estes em sua maioria os profissionais do CREAS, CRASS e do HRSAJ, estes dispõem de um conhecimento superficial e restrito, entendendo a assistência a usuário de drogas somente como uma proposta política que disponibiliza tratamento aos sujeitos em questão, através de ações como o internamento. Portanto, se os profissionais que trabalham nas instituições que formaria essa rede, mal conhecem a Política de Drogas, como pode haver uma rede efetivada? Esta é apenas uma das motivações que reafirma que não existe uma rede configurada, é importante ressaltar que os profissionais não tem nenhuma

responsabilidade, pela ausência dessa rede, se eles não têm conhecimento é por que este não foi passado.

Em contraponto os entrevistados que trabalham na gestão, coordenação e principalmente os profissionais que compõe a equipe do CAPS ad, sinalizam o que irá ser descrito no decorrer da análise das entrevistas, estes trazem uma preocupação com qualificação da assistência dos usuários de álcool e outras drogas, reforça que a equipe do CAPS ad sente a necessidade da formação e capacitação dos profissionais da assistência e da saúde, para tornarem-se aptos a trabalhar com a eminente questão das drogas e enfrentando as grandes demandas que são apresentadas no cotidiano profissional.

“A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuário de álcool e outras drogas, sim tenho conhecimento, acho que um primeiro reflexo aqui no âmbito foi a implantação do caps ad, ainda na década de 2000, entre 2008 e 2009, foi um serviço implantado a partir de um reconhecimento de uma demanda crescente que chegava sobre tudo que chegava ao caps II e que merecia um olhar especializado por parte do programa de saúde mental e é emblemático esse serviço no âmbito do município, e foi a partir daí que ações para usuários e suas famílias passam a ser desenvolvidas em SAJ”.(E2)

“No inicio, na implantação da política agente sofreu um pouco com o preconceito dos profissionais, mais aos poucos, agente ta sempre trabalhando a formação e capacitação dos profissionais para lidar com usuários de drogas, [...] pelo menos os do CAPS ad hoje entendem a lógica, outros profissionais da rede de assistência já tem mais dificuldade”.(E4)

Para os profissionais entrevistados a política se apresenta como uma forte aliada no desenvolvimento de ações a atenção a usuários de drogas, assim como destacam que foi a partir dessa política que o município de SAJ, passou a prestar assistência a esse publico específico. Um dado de extrema importância que foi destacado é a ausência durante toda a historia de política de saúde do Brasil de uma política voltada para indivíduos que fazem o uso de drogas. Assim como foi apontadas algumas deficiências existentes na efetivação da política, questões estas que comprometem a eficácia da rede de atenção a usuários de drogas.

“O Brasil demorou muito de entender que o uso de drogas precisava de atenção, era como se isso não passa se pela saúde, a saúde se preparou para saúde da mulher, do idoso, da criança e com relação a álcool e droga existia um silencio, agente ta muito atrasados, hoje

agente tem que correr atrás desse prejuízo, tudo foi acontecendo e não tinha nada que legislasse sobre isso, então agora que a saúde se debruçou para entender isso como uma responsabilidade da saúde pública” (E4)

“Para efetivação da política falta muita coisa, é uma política recente que tem se ampliado saído portarias novas. É um desafio enorme para o país, agente precisa ta redescobrimdo todos os dias essa política e o nosso papel e ta aberto para o que chega, todo dia sai uma portaria, não é um caminho fácil, um estudo permanente, é bom por que e dinâmico, mas apesar da nossa rotina e importante estar buscando um dialogo com as outras esferas, desde a policia, a rede SUS, buscar uma amplitude”.(E5)

Alves (2001), afirma que a política de álcool e drogas propõe é uma rede de atenção, composta de um conjunto de serviços, que devem estar espalhados pela comunidade, para tratamento das pessoas que por abuso, estão efetivamente com perda de autonomia e com prejuízo na vida. Sobre a articulação da em SAJ a (E4), descreve que:

“O município de SAJ desde 2005 vem fazendo com que essa política seja efetivada e isso precisa seguir fortalecer a rede que é incipiente ainda, mais o grande ponta pé agente já construiu de fato”. (E3)

No fim do ano de 2011, governo da presidente Dilma Rouseff lançou o plano de enfrentamento ao crack e outras drogas, com investimentos de cerca de 5 milhões de reais e que tem como principais executores os ministérios da saúde e da justiça. De acordo com Medina (2011), a política mencionada já possui problemas de origem graves, pois mantém forte peso da segurança pública orientada pela política de guerra as drogas, fator que é visto Por estudiosos e profissionais da área como grande prejuízo na atenção a usuários de álcool e outras drogas. O financiamento para uma política de drogas que dar uma ênfase maior a segurança do que a assistência é de fato preocupante. Por fatores como a “guerra as drogas” esta longe de ser dissipada, este contexto faz com que a reprodução do preconceito e da visão criminalista do usuário de drogas se reproduz pela mídia e pela sociedade, como contatamos na descrição abaixo:

[...] “Aqui em santo Antonio, não é muito diferente não, agora mesmo nas vésperas do processo eleitoral, a disputa dos candidatos era por

quem ia reforçar mais o policiamento no combate as drogas, e ate se baseavam na lei do crack...um dos candidatos ate prometeu ir a Brasília procurar Dilma para mandar uma parte desse dinheiro da justiça para exterminar os traficantes e dependentes químicos. É um absurdo que a própria lei seja assim, mais financiamento para segurança publica criminalizar o usuário do que para atenção na saúde”. (E1)

“A gente precisa ta discutindo financiamento, a saúde mental hoje ta no bloco da media complexidade e ela perde com isso, antes ela era financiada extra teto e vinha recursos mais específicos, o financiamento deveria ser próprio, temos que lutar por isso, a saúde mental fica sumida. Eu acho que isso foi um recuo do âmbito nacional, então agente precisa to atento para não perder financiamento”. (E2)

Outro aspecto de extrema importância que vem fragilizando a política são os investimentos em entidades não governamentais, que para MEDINA 2011 no campo da saúde, é a legitimação de parcerias do estado com comunidades terapêuticas, fragiliza a saúde mental, estas instituições estão estruturadas na linha de internação dos usuários, pautadas na abstinência e de dirigidas por organizações religiosas. De acordo com a entrevistada 3: em santo Antonio tem três comunidades terapêuticas todas elas vinculadas a instituições religiosas.

“Esses centros terapêuticos ainda trabalham na lógica da abstinência, nos sabemos o quanto essa lógica é difícil, mais o que mais me preocupa é o apoio do governo a essas praticas, por acaba desconstruindo todo um trabalho de “formiguinha” do caps ad junto as famílias e a comunidade. Na tentativa de fazer destes parceiros na atenção pautada na redução de danos”. (E3)

[...] “E também não podemos deixar de falar da representação social que tem o usuário de drogas, então não podemos apostar num modelo de tratamento, pautado na internação na abstinência. O apoio que estas instituições tem recebido da população passa muito por esta visão. Eles querem soluções imediatas”.(E1)

Quando perguntados sobre como é realizada a assistência a dependentes químicos em SAJ, todos se voltaram às atividades desenvolvidas pelo CAPS ad, alguns por entenderem assistência apenas como tratamento e outros por não conseguirem visualizar outras ações no município.

“A atenção aqui em SAJ se resume ao CAPS ad, este é o serviço de referência, quando o usuário chega aos outros dispositivos, muito provável será encaminhado para lá, e pra os outros dispositivos não governamentais também, Mas o CAPS ad tem um lugar destacado”.(E10)

Nesta linha de pensamento apresentam-se nessa discussão dos dados da pesquisa, ações e atividades desenvolvidas pelo CAPS ad. Tendo as atuações do CAPS ad um foco destacado neste trabalho, por entender que dentro da lógica da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas este é uma importante referência como já explicitado. As (E5), (E2) e (E7) descrevem como é desenvolvida as atividades no caps ad de SAJ:

“O CAPS ad faz parte da alta complexidade e da media complexidade, com um financiamento específico dessa área a agente funciona com uma equipe multidisciplinar, a grande demanda o grande desafio do caps ad, é abrir mais o seu território, agente ainda não tem equipes de matriciamento e agente precisa tá lutando para tá implantado isso para que essas equipes estejam mais junto com esses profissionais de saúde da família trabalhando junto dos territórios, mais ainda sim com o compartilhamento de carro, mais ainda sim agente usa muito a estrutura da assistência social também dos crass que nos temos três e do creas no caso de violência, de moradores de rua, então agente trabalha muito articulado com a política nacional da assistência social o trabalho em conjunto que agente tem é um trabalho em conjunto”. (E5)

“Agente não tem aquela busca do usuário que ainda não começou o serviço, agente faz a busca daqueles usuários que por acaso ele sumiu. Que recaiu, aí tem o cadastramento dele aí a assistente social faz essa busca. Para os novos o caps é uma porta aberta ele funciona como essa porta de entrada livre, espontânea, geralmente quem procura muito é a família e a partir dessa demanda que a família traz, agente tenta fazer a abordagem ao usuário”. (E7)

“Com os usuários, agente tem o grupo de tabagismo, tem o grupo de álcool, o grupo de substâncias ilícitas e em geral o trabalho é mais coletivo, de interação, dentro das oficinas terapêuticas, dentro dessa lógica da reforma psiquiátrica, de estar trabalhando em cima do coletivo de pequenos grupos, não é o foco o individual, agente também faz o atendimento individual, mas agente sempre lança para atividades de grupo, trabalhando dentro da inserção da lógica do psicossocial, assim agente consegue construir um vínculo, uma rede de afeto” (E2)

Dentre as atividades e o funcionamento do CAPS ad pode-se perceber que em SAJ, já iniciou a reprodução na prática do que hoje é um marco e um grande

avanço no tocante do desenvolvimento de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, que é a lógica da redução de danos na assistência a esses usuários.

Nery Filho (2010) concebe a redução de danos como uma atenção mais integral e parte de uma concepção de direitos, da cultura da valorização da vida pelo reconhecimento das escolhas individuais com compromisso coletivo. É importante frisar que o CAPS ad e o CRR/UFRB são as principais instituições que difundem essa lógica, no entanto podemos perceber que são realizadas parcerias com outros órgãos e instituições por partes desses dispositivos. Parcerias com ênfase principalmente na reinserção social, que é uma das grandes finalidades práticas da redução de danos. A (E6) descreve que “[...] eu diria que o discurso em torno da redução de danos ainda é introdutório, onde e que agente escuta essa referência no CAPS ad”.

Sabe-se que a redução de danos apresenta limites, porém, se apresenta como uma das possibilidades de concretização da Política de Drogas e que muito tem a conquistar, ampliar e se consolidar como política pública de direitos. Desse modo os profissionais do caps ad de SAJ apresentam a redução de danos como relatam a (E2) e (E7):

“O CAPS ad enquanto dispositivo da política, entende que a redução de danos é o meio, mesmo que a nossa formação moral e social nos leva a naturalizar abstinência enquanto melhor opção, a própria família que chega no serviço com um grau de sofrimento, tem dificuldade de entender o que vem a ser a estratégia de redução de danos, mais é onde agente pode encontrar aqui em SAJ, e o local de reprodução do discurso”.(E2)

[...] “a redução de danos é uma forte e imensa aliada, por que você não pode pegar um usuário que ta vindo de um uso nocivo de substância e já propor para ele uma abstinência, é claro que o grande desejo da gente é que no final seria a abstinência, você tem que fazer um contrato com ele, se ele recair, você não pode já recriminar, tem que ser possível ele dar resposta e a redução de danos é isso. Então se ele usa 10 cigarros de maconha por dia, você tenta fazer um contrato para que Ele diminua ai você já ta fazendo conquista ai, já ta reduzindo os danos, já ta buscando com ele um potencial de resposta e se você busca só a abstinência você perde o usuário ai é pior, então o carro chefe do caps ad hoje é a redução de danos”. (E7)

Petuco (2011) elucida, “se fosse tão fácil parar de usar drogas, as pessoas não precisariam procurar ajuda”. Então, a noção de “abstinência” nos ajuda a cuidar destas pessoas, ou contribui para afastá-las dos serviços de saúde? Pensamos que diz muito mais a nossa ética de militantes da Luta Antimanicomial a ideia de um projeto terapêutico singular, radicalmente singular, em que a abstinência pode eventualmente ser alcançada em um processo, mas jamais colocada como objetivo pré-determinado já no início da caminhada.

“Na saúde mental como um todo a gente não trabalha na perspectiva de alta, por que agente considera um processo de longo prazo, em geral crônico e a alta é negociada, a grande matriz disso é um contrato entre sujeito usuário e o profissional, que agente chama de plano terapêutico singular. Esse plano terapêutico singular é que agente vai definir, se ele quer chegar numa abstinência, se ele quer chegar só numa redução de uso. O que é que ele quer pra vida dele. Não é o profissional que define isso é uma contratualidade definida entre o profissional e o usuário, então agente não trabalha com alta a principio, o usuário define o que quer ao longo do seu processo”. (E4)

[...] “o plano terapêutico singular já é um dos instrumentos da saúde mental, é a lógica da atenção psicossocial, em todos os CAPS, assim que o usuário chega você constrói com ele o plano, agente chama de singular por que é só dele, no entanto ele pode ser trabalhado em grupo, ele pode tá participando de oficinas lá no CRASS, pode tá fazendo um trabalho numa ONG, que ele use os equipamentos comunitários, mais que esteja ali no plano dele no CAPS ad. Cada usuário tem seu profissional de referência, quando ele chega ela passa por uma entrevista e a partir da demanda que ele traz se constrói o plano, um profissional fica como referência, que vai ser o grande articulador. Se ele gosta de cantar, o profissional vai inserir ele num coral da comunidade, aí se constrói um quadro de atividades, e acompanha. Por que só encaminhar não funciona agente tem ainda muito essa questão do encaminhamento e agente vem lutando muito contra isso”. (E6)

Durante a pesquisa buscou-se conhecer quais são as principais características dos usuários de álcool e outras drogas e como se desenvolve essa questão no município de forma ampla, foi perguntado aos entrevistados o que chama mais a atenção desses profissionais no município de SAJ, vários foram as questões levantadas, algumas apenas no olhar de alguns e outras mais comuns, então se apresentam as que mais destacam a particularidade do município e as que

perpassam o foco do estudo apresentado, as (E7) e (E6) apresentam uma questão muito destacada por analistas das políticas públicas para drogas:

“Em SAJ a grande demanda ainda é o álcool, a principal substância utilizada, principalmente as pessoas maduras, homens e mulheres, eles chegam com o estado já de alcoolismo extremo, com muita debilidade, por conta do uso crônico do álcool, é ainda o grande vilão na saúde pública”. (E7)

[...] “Falam muito no crack hoje, mais é uma demanda que ta começando na verdade, o álcool já uma demanda que o pais nunca tinha parado pra acolher de verdade, foi meio deixando passar hoje temos problemas muito sérios provocados pelo uso de álcool”. (E6)

Quando tratamos de substâncias psicoativas o senso comum e principalmente a mídia apontam as substâncias ilícitas como principal problema e o crack como a mais utilizada, além da visão que se tem de que o maior numero de usuários de drogas são os jovens. Tal visão é inteiramente negada com dados de pesquisas importantes como relata Gomes E Capponi (2011) no último levantamento do CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas) de 2005, o crack aparece como tendo sido usado apenas por o 3% da população, álcool surge como sendo consumido por 74% da população brasileira. A estimativa de dependentes de álcool no Brasil chega a 12%. Apesar dessas diferenças tão discrepantes entre a incidência do uso de álcool e do crack, pouco se fala sobre a questão do álcool como grave problema de saúde publica e não vemos nenhum movimento urgente para reduzir seu uso.

Medina (2011) afirma que no âmbito da juventude, é importante considerar que as políticas públicas devem caminhar na perspectiva de ampliar as possibilidades de socialização e vivência dos jovens, rompendo com o modelo atual presentes nas periferias, marcadas pela presença de bares como únicos espaços de encontro. Para isso é necessário desmercantilizar a vida social, com a oferta de programas e equipamentos públicos, de cultura, esporte, lazer e inclusão digital, geridos por jovens e com estrutura necessária para seu funcionamento.

Nesta vertente o município de santo Antonio de Jesus caminha ao mesmo passo de grande parte dos municípios brasileiros como mencionado, convive com a ausência de políticas publicas voltadas para a juventude, fator que é expresso na fala da (E7).

“Uma característica de SAJ, é que é uma cidade muito urbana, tem um comercio forte, tem poucas opções de lazer para os jovens, o jovem fica muito solto ainda, não é uma cidade que acolhe a juventude, é uma cidade que as pessoas trabalham, tem um consumo muito forte, tem essa característica, é uma cidade muito consumista que valoriza muito o status e pouco a historia e pouco a cultura e isso dar no jovem essa necessidade do consumo, ter poder, ter capacidade de comprar e isso deturpa um pouquinho do que é ser jovem, têm jovens poucos politizados ainda, com pouca articulação política, política no sentido mais amplo não partidário e isso deixa o jovem vulnerável, o consumo compulsivo deixa o jovem sem proteção”. (E7).

Tal relato instiga e revolta, como os jovens pautados em tantas expectativas ficam a mecê de tantas futilidades com a ausência do Estado, estes que comumente se ouvi dizer que são o futuro da nação, então se tem que refletir que nação é essa que abandona o seu próprio futuro, e ousa ir alem que nação é esta, que joga fora o seu possível brilhante presente.

Com essa fragilidade os jovens acabam começando a usar substâncias psicoativas a começar pelo álcool. O crack tem uma incidência no uso muito baixa, no entanto seu grande público são os jovens. Outro fator no âmbito da juventude é a questão da criminalidade que tem um forte envolvimento dos jovens. Com essa discussão uma entrevistada traz um panorama brasileiro, que se consuma em SAJ:

“O álcool também é um grande problema hoje para os jovens, eles estão bebendo muito cedo e é uma coisa estimulada, nas festas se coloca isso como uma grande diversão, então tem esse problema para enfrentar e junto com o álcool surge as outras substâncias, tem o crack que pega a demanda mais jovem, muitos adolescentes de classes mais baixas já vem de famílias usuárias de crack e acabam usando também e entrando na questão dos atos infracionais, sendo o perfil de jovens que agente mais recebe”.(E5).

Delmanto e Magri (2011) afirma que a condição de miséria vista em alguns usuários é, equivocadamente, atribuída ao uso de drogas. Nas décadas de 1980 1990, a cola de sapateiro era considerada a causadora de violência entre crianças e adolescentes. Nos anos 2000 é o crack, as drogas, o desemprego, a falta de

políticas de habitação, educação, cultura e saúde sabidamente são os motivos estruturais da questão.

Atribui ao crack os impactos de dezenas de anos com maior desigualdade entre os países emergentes nos parece irracional. O uso do fenômeno chamado crack também é uma discussão dos profissionais de Santo Antonio, estes se mostram atualizados com o assunto.

[...] “Como eu digo a gente não pode deixar só deixar o crack como grande vilão dessa história, a humanidade sempre usou algum tipo de substância psicoativa, isso é muito antigo né, antes a humanidade usava em alguns momentos para o uso terapêutico, pra uso religioso, então agente não pode ter esse discurso moralista da droga como se fosse um vilão, o crack em se, assusta porque é uma substância nova barata e que as pessoas terminam tendo um acesso, principalmente as classes mais baixas e fazendo um uso que prejudica e traz muitos danos sociais e agente tem visto isso, e a sociedade tá vendo isso impotente sem poder resolver, mas agente como profissional de saúde não pode ter esse discurso moralista, colocando o crack como o grande vilão dessa história, agente tem que tentar entender esse fenômeno” [...], (E3)

Nery Filho (2010) descreve que um dos objetivos do CAPS ad é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Neste tocante a (E4) relata que “é preciso acolher aquela dor da família com o usuário de drogas, tá orientando, pra enfrentar isso junto, pra não abandonar, pra não deixar aquele usuário a própria sorte”. Acrescentando no que diz respeito a família no acompanhamento ao usuário, SANTOS 2009 afirma que Os familiares são, muitas vezes, a ligação mais próxima que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho do CAPS ad.

Os familiares podem participar, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social, os familiares são considerados pelo CAPS ad como parceiros no tratamento.

“A questão com a família ainda é uma grande dificuldade, a grande tendência é que a família transfira a responsabilidade para a instituição, a família já vem desgastada, a família vem buscar a

equipe já dizendo assim, eu estou passando pra vocês o problema, por que eu não sei resolver”. (E6)

“A gente precisa trabalhar a equipe para não discriminar a família, pra não tirar o espaço de sofrimento dessa família, tem que acolher esse sofrimento também, é muito difícil conviver dentro da família com usuário de drogas, com o uso abusivo da substancia psicoativa”. (E4)

“A falta de participação da família é um grande obstáculo que agente tem entendeu, a grande tendência é fingir que não existe mais, é negar o problema é deixar pra trás, então o usuário ele chega assim com esses vínculos extremamente precarizado”. (E1)

Há uma necessidade do cuidado em relação á equipe clinica que trabalha na linha de frente de tratamento com dependentes de drogas. A capacitação sistematizada e contínua é fundamental, assim como as supervisões clinicas. As principais funções desses profissionais são de facilitadores e colaboradores úteis. Silva (2011) destaca que há necessidade, a todo o momento, cuidar da nossa “síndrome de salvador” ou desejo ilimitado de “fazer tudo”. Nosso papel é de motivar e encorajar o individuo e a família no resgate ou construção de suas competências sem rotular e estigmatizar. Estabelecer limites claros, evitar, confrontos e, principalmente, identificar e dominar as nossas reações e os nossos próprios preconceitos.

“Agora que os profissionais de Santo Antonio tem se preparado, agora que os profissionais estão acordando para a necessidade de se preparar e agente tem estimulado muito as equipes para isso, os profissionais chegavam ate com resistência, [...] a com álcool e drogas eu não trabalho... Queria trabalhar mais em outras áreas”. (E9)

[...] “A área de drogas ainda é muito rejeitada, inclusive por psiquiatras, por que nos profissionais temos dificuldades de lidar com as frustrações com as recaídas, sabe é um trabalho que precisa de muita preparação do profissional, você aposta ali que o sujeito ta ali conseguindo fazer suas conquistas e de repente ele recai. Você tem que ta ali voltando a construir com ele, e nem todo mundo tem esse perfil para ta lidando com isso”. (E8)

Por sua vez a contratação de profissionais de saúde com vínculo permanente de trabalho, torna-se premente diante de uma configuração organizacionais nos

contextos municipal e estaduais, marcadas por praticas clientelistas e corporativas, por amadorismo dos quadros profissionais e conseqüentemente fragmentação e fragilização dos processos de trabalho (PAIM; TEXEIRA 2007). No que cerne os profissionais foi,

[...] “a primeira coisa em relação aos profissionais é que agente tem que entender a necessidade da capacitação e os vínculos precários também, são pessoas contratadas, são poucos concursos públicos ainda para profissionais dessa área”. (E3)

“Agora em SAJ agente viveu um problema muito comum, agente teve que perder metade da equipe por que eram pessoas contratadas, ouve um processo político eleitoral o prefeito não fez o sucessor ai acabou fazendo a demissão de grande parte da equipe, então enfrentar essa dificuldade de estrutura de equipe profissional é ainda um aspecto que prejudica, realizar um política, é ainda um processo de longo prazo, agente tem muita rotatividade ainda desde as equipes de saúde da família, as equipes especializadas, agente prepara, capacita e de repente perde aquele profissional que já tava bem engajado, ate ele construir o discurso da política, desmistificar a questão da droga, leva um tempo e quando você ver ele ta saindo por que o contrato dele se encerra”.(E 4)

“Minha sugestão de melhoria pra política seria um nível de contratação mais digna pra os profissionais da área de saúde mental como um todo, eu acho que o país precisa ta lutando com relação a isso e dar condições mais dignas de trabalho”. (E5).

Um destaque de grande importância na referida pesquisa é a unanimidade dos entrevistados quanto à relevância dos cursos ministrados pelo CRR/UFRB, todos enfatizam como uma grande conquista para a Saúde Mental do município e principalmente para o conhecimento pessoal e profissional. Pensando na capacitação dos profissionais, com isso podemos perceber que o investimento na capacitação através das universidades é um avanço imensurável da Política de Drogas.

“Nos temos, esse é o centro de referência regional em educação permanente para os usuários de álcool, crack e outras drogas, é um projeto que foi implantado na ufrb, que conta com um financiamento da secretaria nacional sobre drogas, então é um dispositivo da política nacional sobre drogas, ela hoje é política, não é uma política que você iniciou seu roteiro, da saúde, são políticas que se complementam, é, e vem com... é, um dispositivo para que a rede se

constitua e se fortaleça, para que os profissionais sejam qualificados para a atenção a usuários de álcool e outras drogas”.(E3)

[...] “aqui todo mundo foi fazer os cursos, então 80% da equipe ta qualificada, agente tem um trabalho multidisciplinar, todos trabalham como profissional de saúde mental” (E8)

“Nestes cursos com profissionais do SUS e SUAS, contribuimos no sentido de que possibilitamos que as pessoas se encontrassem em um determinado tempo e em um determinado lugar se conhecesse e pudesse fazer trocas, né, dos desafios, né, mais também das experiências e que a partir daí, eles pudessem delinear estratégias planos, e que isso pudesse dar continuidades e seguimento. Eu diria que estes são dispositivos para a construção e fortalecimento dessas redes”. (E2)

A prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a diminuição da vulnerabilidade/redução dos fatores de risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica necessariamente a inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis.

A lógica que sustenta tal planejamento deve ser uma ampla perspectiva de práticas voltadas para minimizar as consequências globais de uso de álcool e drogas. O planejamento de programas assistenciais de menor exigência contempla uma parcela maior da população, dentro de uma perspectiva de saúde pública, o que encontra o devido respaldo em propostas mais flexíveis.

Santos et al (2011) descreve que a vulnerabilidade para o uso indevido de álcool e drogas é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente.

Também vale a pena ressaltar que, se existem fatores de risco características ou atributos de um individuo, grupo ou ambiente de convívio social, que contribuem para aumentar a ocorrência do uso indevido de álcool e drogas também existem fatores específicos de proteção para este mesmo uso. Fatores de risco e de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e

em qualquer outro nível de convivência socioambiental, interligados de forma consistente.

Mioto (2009) revela que a orientação como um processo educativo, possibilita aos usuários, a partir de suas individualidades, apreenderem a realidade de maneira crítica e consciente, construir caminhos para o acesso e usufruto de seus direitos e interferir no rumo da história de sua sociedade.

4.3 Desafios e possibilidades no fortalecimento da rede de atenção integral a usuário de álcool e outras drogas em Santo Antonio de Jesus

Pensar o enfrentamento as drogas significa ter a coragem de propor e a capacidade de executar políticas públicas audazes, capazes de dar conta de gerações e indivíduos tidos como perdidos. Enfrentar essa problemática significa governar o país, os estados e os municípios, de forma integrada, somando todos os esforços. É preciso partir para ações complexas, porém concretas, que tenham impacto efetivo nos campos psíquico e social.

Como sugestões para o fortalecimento da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas a partir das informações obtidas nesta pesquisa pode-se propor uma maior organização por parte dos serviços que compõem a saúde e a assistência a fim de fortalecer o trabalho interdisciplinar e intersetorial e avançar para a efetivação da rede, buscando agregar maior valor ao atendimento e acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas, através da inserção de projetos e programas voltados para esse publico específico, ampliando as condições de reinserção social para estes usuários.

Há também a necessidade de uma assistência efetiva, que dê acompanhamento constante aos usuários de álcool e outras drogas ajudando-os a aproveitar melhor as suas potencialidades e, incentivando a diversificação das atividades, colaborando desta forma, para que haja maior aceitação nas pequenas empresas e no comercio para empregar essas pessoas, e não simplesmente desenvolver cursos ou palestras esporadicamente.

Os representantes dos movimentos sociais ligados a essa questão precisam sair do contentamento com as políticas até então conquistadas e partir para a luta buscando melhoria na política nacional possibilitando uma maior acessibilidade através da redução da burocracia, levando em conta as necessidades específicas, dando maior assistência e acompanhamento aos projetos para que tenham maior êxito e melhore as condições de vida dos usuários de álcool e outras drogas, ao invés de conter as drogas, como é desejado.

Cabe também dedicar uma maior atenção aos jovens dando-lhes condições de continuar estudando, quando este for o desejo dos mesmos, viabilizando atender as demandas de educação, também melhorando a assistência, lazer, esporte, saúde e outras necessidades, a fim de que possam ter oportunidades de melhoria de vida, a partir de um trabalho, mas também cultivar um espaço para desenvolvimento cultural e pessoal.

O município de Santo Antonio de Jesus é contemplado por sediar instituições de ensino, pesquisa e extensão como a UFRB (onde se encontra o Centro de Ciências da saúde), que desenvolve atividades no âmbito das drogas, através de iniciativas científica como é o caso do Pet Saúde Mental álcool e outras drogas e principalmente o CRR (centro regional de referência para educação permanente em crack, álcool e outras drogas), Universidade Estadual da Bahia (UNEB), o Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus (HRSAJ).

Além disso, tem-se a Secretaria Municipal de Assistência Social, possuindo um CREAS, Secretaria de Saúde, com CAPS II e o CAPS ad, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Assistência Social, entre outros. Apesar da presença destas potencialidades no município não se percebe uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas fortalecida. O que se percebeu foi que com a implantação do CAPS ad as demais instituições que deveriam compor a rede mencionada passou a transferir o problema para este órgão, reduzindo assim as possibilidade de ações conjuntas e diminuindo o acesso da população a serviços e informações importantes. A exemplo do CREAS que é um privilégio para apenas alguns municípios e que deve realizar ações mais complexas.

A questão da educação e informação dos profissionais também se mostrou preocupante. Alguns relatam que não conhecem a política nacional de atenção a usuários de álcool e outras drogas. No tocante à capacitação considera-se muito baixa, a maior parte destes profissionais tem vínculo empregatício realizado através

de contrato, fator que fragiliza o desenvolvimento das ações propostas pela política mencionada anteriormente. Este fato inviabiliza a implementação de ações de extrema importância propostas pela política nacional, principalmente no que se refere a redução de danos, o que causa dificuldades ao município de tentar acessar benefícios financeiros junto às entidades governamentais.

No que se refere à organização social, ligada ao abuso de álcool e outras drogas o município conta com dois grupos de alcoólicos anônimos, estar começando uma articulação para criação de um conselho municipal sobre drogas, fator que demonstra que o município está dando passos importantes para a viabilização de uma maior articulação por parte da sociedade.

Existem alguns centros e associações como: Associação Aprisco, Centro de Recuperação Apocalipse, Centro de Recuperação da Comunidade que se denominam com objetivo recuperação de dependentes químicos, são entidades ligadas a igrejas protestantes⁴. Estas trazem aspectos preocupantes no que diz respeito à assistência a usuários de álcool e outras drogas pautados na abstinência, fator que reproduz a lógica da “guerra às drogas”, prejudicando o desenvolvimento de ações de fato eficazes, fortalecendo o preconceito e a visão de criminalização do indivíduo usuário de drogas.

O município não possui locais de internação especializada, e é através destas ações realizadas por igrejas que a comunidade busca internação para dependentes químicos, estas são de cunho filantrópico, as famílias contribuem como puderem e com materiais de higiene pessoal. É importante salientar que a população de SAJ mesmo com os mecanismos oferecidos pelo setor público, ainda busca a internação nestes locais, e os entendem como fortes aliados na questão da droga no município.

Diante do exposto cabe uma união de esforços entre as entidades supracitadas para a realização de um trabalho conjunto que possa garantir a efetivação e o fortalecimento da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas no município a partir de uma atenção maior aos dependentes químicos, tendo em vista a necessidade do acesso a convivência social, partindo pela valorização do ser humano dando-lhes condições dignas de vida e trabalho.

⁴Essas instituições não estão cadastradas no MDS e não possuem nenhum vínculo com as instituições governamentais que forneceram dados e informações para a realização deste trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseada em princípios dos direitos humanos, no respeito aos princípios do SUS, às diretrizes da IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial e da XIV Conferência de Saúde, além do que preconiza o Decreto 7053 que trata da política nacional da população em situação de rua. É que devemos defender ainda uma Política de Segurança Pública baseada na garantia dos direitos humanos e sociais e não na repressão policial com ações higienizadoras e criminalizando o uso de drogas, com posição contrária a atual Política de Drogas, assumindo os princípios e diretrizes da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos no acolhimento e no tratamento de usuários abusivos de drogas.

No que se trata de atenção, o investimento do governo nos chamados centros de recuperação que ainda buscam a abstinência como técnica de tratamento, é um grande retrocesso na Política de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Certamente as terapias mais importantes para combater o uso de drogas são a liberdade e o conhecimento. Quando um homem é livre tem a posse de si mesmo, tem a posse da própria vida é mais fácil combater a dependência química. Quando se fala de liberdade, trata-se de possibilidades e oportunidades para a pessoa trabalhar, ganhar e viver, isso é luta contra a dependência. Quando há probabilidade de se relacionar com os outros, livremente, isso se tornar uma luta contra o abuso de drogas. Certamente, a dependência evidencia-se mais facilmente sob essa vida agitada, assustadora, opressiva e violenta. Além disso, os esforços governamentais ainda não são suficientes para desenvolver uma política permanente que assegure ao indivíduo dependente, qualidade de vida.

É nesta perspectiva que o enfrentamento e estabelecimento de uma posição contra hegemônica a Política desenvolvida e praticada pelo Governo Federal, devemos defender a criação de algumas estratégias e iniciativas conjuntas com as entidades e movimentos sociais que possa possibilitar uma organização e articulação nos estados brasileiros sobre políticas de drogas, ações e audiências públicas sobre políticas de drogas, denuncia a violações aos direitos humana, em especial ligada à política de drogas, apoio a iniciativas públicas de redução de danos e manutenção da laicidade na política governamental.

Com a realização deste trabalho foi possível apreender que ainda se tem muito a investigar em relação à rede de atenção a usuário de álcool e outras drogas do município de Santo Antonio de Jesus, preocupação pertinente aos interessados pela questão das drogas, pois este meio que perpassa a saúde, a assistência, a segurança pública e outros diversificados setores, carece de projetos de intervenção que possam ajudar a melhorar a realidade daqueles que vivem em meio à dependência química. No tocante a atenção a usuários de álcool e outras drogas, ainda há muito que se compreender. Este trabalho foi apenas um primeiro passo, pois as questões que envolvem o universo das drogas vão além do que se imaginava, evidenciando a necessidade de sua continuidade.

Com os dados obtidos, constatou-se que as diversidades que ocorrem no Brasil estão presentes também no modo de lidar com a questão das drogas. O que se tem em comum quase sempre é a forte relação entre preconceito, discriminação e o pouco conhecimento sobre esse fenômeno, e é desse modo que em geral o abuso de drogas é caracterizado. Como foi proposto, buscou-se com o presente trabalho verificar como se dá o processo de desenvolvimento da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, no município de Santo Antonio de Jesus – BA, analisando as conquistas, os desafios e o modo de organização dos serviços.

Foi constatado o que outras pesquisas já vêm mostrando, cada vez mais o abuso do álcool tem maior incidência entre as substâncias psicoativas, em contraponto ao que é publicado a todo tempo na mídia, que prevalece afirmando que o uso do crack estar se alastrando mais que as outras substâncias, essa informação equivocada, faz a sociedade torna-se cada vez mais apavorada e traz uma percepção da necessidade de preocupação com prisões e medidas de repressão. Não se percebe o interesse com a verdadeira realidade, o que pode acarretar problemas com as políticas públicas e com investimentos na atenção a usuários de álcool e outras drogas, comprometendo assim a efetivação de direitos.

O município de Santo Antonio de Jesus pode ser evidenciado por ser uma cidade de porte médio, no recôncavo da Bahia que se destaca pelas suas potencialidades no comércio, fator que abarca outros benefícios e malefícios ao município. Com tudo no que cerne a assistência a pessoas que fazem uso/abuso de álcool e outras drogas pode-se dizer que ações estão sendo desenvolvidas, no entanto há muito mais ainda a se fazer.

Pensar políticas públicas no Brasil é ter sempre a certeza de que as manifestações populares são responsáveis por suas implantações, avanços e mudanças alcançadas com elas, assim todos são responsáveis por sua efetivação. Por isso o primeiro passo para concretizar a implantação da Política Integral de Atenção a Usuários Álcool e Outras Drogas e a rede de atenção em Santo Antônio de Jesus-BA e em todo o Brasil é “Fazer a cabeça” contra o preconceito.

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, Heleni Duarte; et al. **CFESS Manifesta 14 Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: CFESS, 2011.

ABRAMIDES, Juliana S. **O Futuro Proibido**. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Serviço Social – PUC-SP, 2005.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. **In Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4665-4674, 2011.

ALVES, Vânia Sampaio. **Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Contexto do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad**. Salvador, 2009.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de Atenção a Saúde de Usuários de Álcool e outras Drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **In Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(11):2309-2319, 2009.

BASTOS, F. I. (Orgs.). **Drogas e AIDS: estratégia de redução de Danos**. São Paulo: IEPAS, 2001.

BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete S. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo, Cortez, 2008.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. V.1. 5. ed. Dicionário de política. v.1. 8. ed. Brasília: UNB, 1995. 2 v

BRITES, Cristina Maria. **CFESS: Manifesta Dia Internacional de Combate as Drogas**. Brasília: CFESS, 2011.

BRITES, Cristina Maria. **CFESS Manifesta Dia Internacional de Combate as Drogas**. Brasília: CFESS, 2012.

BRITES, Cristina Maria. **Ética e Uso de Droga: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos**. Tese de Doutorado. São Paulo: PUC/SP, 2009.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde Para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2001.

_____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17-20.

_____. Lei n. 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. **Diário Oficial da República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2006.

_____. Manual de Redução de Danos, saúde e cidadania./ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: M.S., 2001.

_____. **Redução de danos**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 2 NOV. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2001.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

CARLINI, Elisaldo; MASUR, Jandira. **Drogas, subsídios para uma discussão**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

CAPPONI, Marília e GOMES, Bruno Ramos. Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções. In **CRP – Conselho Regional de Psicologia 6ª Região (org.). Álcool e outras drogas**. São Paulo, CRP/SP, 2011.

CRP – Conselho Regional de Psicologia 6ª Região (org.). **Álcool e outras drogas**. São Paulo, CRP/SP, 2011.

GRESS. Constituição da República Federativa do Brasil. **In Coletânea de Leis. Conselho Regional de Serviço Social – 18ª Região.** Aracaju-SE, 2004.

Constituição Federal - Vade Mecum Saraiva, obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antonio Luis de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos e Lívia Céspedes. 2. ed. atualizada e ampliada – São Paulo: Saraiva, 2006

DELMANTO, Júlio; MAGRI, Marco. **O enfoque na mudança de mentalidade como arma para suplantat o proibicionismo.** In: **CRP – Conselho Regional de Psicologia 6ª Região** (org.). Álcool e outras drogas: São Paulo, CRP/SP, 2011

FERNANDES, L; RIBEIRO, C, Redução de riscos, estilo de vida *junkie* e controlo social. **Revista Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 39, 2002, p. 57-68.

FLACH, Patrícia Maia Von, **A implementação da política de atenção integral a usuário de álcool e outras drogas na Bahia.** Dissertação de Mestrado do ISC-UFBA, Salvador, 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura.** 2. Ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOMES, Bruno Ramos; CAPONI, Marília. **Álcool e Outras Drogas: novos olhares outras percepções.** In: **CRP – Conselho Regional de Psicologia 6ª Região** (org.). Álcool e outras drogas: São Paulo, CRP/SP, 2011

GOMES, Luiz Flávio Gomes (coord.). **Lei de Drogas Comentada: Lei 11.343/06, de 23.08.2006.** 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais.

IBGE. **Dados sobre o município de Santo Antonio de Jesus – BA.** Disponível em: <http://www.ibge.com.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em novembro de 2012.

IBGE. **Histórico de Santo Antonio de Jesus – BA.** Disponível em: <http://www.ibge.com.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em novembro de 2012.

IBGE Censo 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/dadosdivulgados/index.php?uf=29>> Acesso em: 13/10/2012.

MEDINA, Gabriel. Drogas e Juventude: outro caminho. In: **CRP – Conselho Regional de Psicologia 6ª Região** (org.). Álcool e outras drogas: São Paulo, CRP/SP, 2011

MALTA, Deborah Carvalho, et AL. **Iniciativas de Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).** Epidemiologia e Serviços de Saúde 16(1):45-45, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório de Gestão 2003-2006. **Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção.** Brasília: MS. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Série F. **Comunicação e Educação em Saúde**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

MELO, Elizabeth de Rico; Org. **Avaliação de políticas sociais** - Uma questão em debate...; São Paulo: Coedição Cortez Editora e IEE/PUC-SP, 1998.

MARONNA, Cristiano Ávila. Drogas, aspectos jurídicos e criminológicos. **In: CRP – Conselho Regional de Psicologia 6ª Região** (org.). Álcool e outras drogas: São Paulo, CRP/SP, 2011.

MIOTO, Regina Célia. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. **In: Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório de Gestão 2003-2006. **Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção**. Brasília: MS. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS**: Os Centros de Atenção Psicossocial. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes**, 2006 e 2007. Brasília; 2008.

MIOTO, Regina Célia. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. **In: Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

Maria Ozanira da Silva e Silva, Maria Carmelita Yasbek, Geraldo di Giovanni. **A política social brasileira no Século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**. São Paulo: Cortez, 2004.

MARCONI, Marina de A. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados, 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Rev. Saúde Pública [online]**. 1991, vol.25, n.3, pp. 233-238.

MORAES, Maristela. O Modelo de Atenção Integral à Saúde para Tratamento de Problemas Decorrentes do Uso de Álcool e Outras Drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(1):121-133, 2008.

MORAES, Maria Bernadette. **CFESS Manifesta 4 Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: CFESS, 2010.

NARDI, Henrique Caetano, RIGONI, Rafaela de Quadros. **Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos**. Maringá, 2005.

NERY FILHO, A.; JACOBINA, R. **Conversando sobre drogas**. Salvador: Edufba, 1999.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID10),2003**. Disponível em: <http://www.bulas.med.br/cid-10/>(acessado em 15/11/2012).

OLIVEIRA, C. J. O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo Estado Brasileiro. In: BRAVO, M. I. *et al* (Orgs.) **Saúde e Serviço Social**. 3ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, Mirian Santos; VALENTE, Camila L.M; Representações Sociais de Profissionais de Saúde Sobre o Consumo de Drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(2):473-481, 2006.

OLIVEIRA, Maria Aparecida F. Políticas Públicas Sobre Drogas: situação atual, desafios e perspectivas. In: **CRP – Conselho Regional de Psicologia 6ª Região** (org.). Álcool e outras drogas: São Paulo, CRP/SP, 2011

PAIM, Jairnilson Silva; et al. Política pública e controle da violência: um estudo de caso na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 25(3):485-494, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva; et al. Violência e Desigualdade Social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 35(6):515-22, 2001.

PETUCO, Denis Roberto da S. Redução de Danos. In: **CRP – Conselho Regional de Psicologia 6ª Região** (org.). Álcool e outras drogas: São Paulo, CRP/SP, 2011

PINHO, P.H. et al. **A reabilitação Psicossocial na Atenção aos Transtornos Associados ao Consumo de Álcool e outras Drogas**: uma estratégia possível? Rev.Psiq. Clín 35, supl1; 82-88, 2008.

REIS, Rosana dos; GARCIA, Maria Lúcia. A Trajetória de um Serviço Público em Álcool e Outras Drogas no Município de Vitória: o caso do CPTT. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(6):1965-1974, 2008.

ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. – São Paulo: Cortez, 2003.

RODRIGUES, Thiago. **Política de Drogas nas Américas**. São Paulo: EDUC:FAPESP, 2004.

SESAB, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **5º Curso Introdutório aos Princípios e Diretrizes da Reforma Psiquiátrica**. Salvador, 01 a 03 de Junho de 2009.

SANTOS, Amanda Marques dos; MALHEIRO, Luana. **Redução De Danos: Uma Estratégia Construída Para Além Dos Muros Institucionais**. Salvador: CETAD, 2010.

SANTOS, Jamerson Luis Gonçalves dos. **Política de saúde pública para usuário de álcool e outras drogas no Brasil: a prática no CAPS AD em Feira de Santana, Bahia**. Dissertação de Mestrado apresentada ao mestrado de Políticas Sociais e cidadania. Salvador: UCSAL, 2009.

SANTOS, Carlos. M. **O. Usuário de Drogas: vítima e infrator**. Monografia para o Curso de Especialização em Gestão Estratégica de Segurança Pública – CEGESP, na UFBA. Salvador, 2004.

SILVA, Ademir Alves. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado**. São Pulo: Cortez, 2007. 2ª. Edição.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Horizonte de Racionalidade Acerca da Dependência de Drogas nos Serviços de Saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3):687-698, 2010.

SODELLI, Marcelo. Drogas e ser humano: a prevenção do possível. **In: CRP – Conselho Regional de Psicologia 6ª Região** (org.). Álcool e outras drogas: São Paulo, CRP/SP, 2011.

SPOSATI, Aldaíza. **Tendências latino-americanas da política social no século 21**. Florianópolis, 2011.

SERAPIONI, Mauro. O Papel da Família e das Redes Primárias na Reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(sup):243-253, 2005.

SANTOS, Ariane Cristiane C. et al. Seis Faces de um CAPS AD. **In: CRP – Conselho Regional de Psicologia 6ª Região** (org.). Álcool e outras drogas: São Paulo, CRP/SP, 2011

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes; et al. **CFESS Manifesta Dia Nacional da Luta Antimanicomial**. Brasília: CFESS, 2012.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia científica**: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. São Paulo: Ed. Loyola, 2004.

RAUPP, Luciane; MILNTSKY-SAPIRO, Clary. Reflexões Sobre Concepções e Práticas Contemporâneas das Políticas Públicas para Adolescentes: o caso da drogadição. **Saúde e Sociedade**, 2005.

<http://nucleoestudosavancados.wordpress.com>. Acessado em 29/set/2012.

<https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObservaWebHome>. Acessado em 30/set/2012.

<http://www.ufrb.edu.br/crr>. Acessado em 19/out/2012.

<http://www.cetad.ufba.br>. Acessado em 22/out/2012.

<http://www.sedes.ba.gov.br>. Acessado em 25/out/2012.

WOLLAMANN, Andréa Madalena. **CSOnline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, ano 3, ed. 8, set./dez. 2009

7. APÊNDICE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu Ana Carla Damasceno Brás, estou pesquisando acerca da rede de atenção a usuários e outras drogas no município de Santo Antonio de Jesus- BA, com o escopo de analisar como se dar a proteção a usuários de álcool e outras drogas, levando-se em conta a análise do contexto, dos atores sócias e institucionais e o processo político decisório, bem como os componentes da infra estrutura, organização, gestão, modelo de atenção, financiamento e desempenho. Assim, identificamos o senhor (a) como informante chave para este estudo.

Assumo o compromisso de que sua identidade permanecerá confidencial, salvo expressa manifestação em sentido contrario, haja vista a ocupação de cargos ou posições públicas. Caso o senhor (a) decida manifestar pública a sua opinião, será garantido que a transcrição da entrevista será submetida a sua apreciação antes de divulgação.

Sua participação nessa pesquisa é fundamental para a elucidação de aspectos importantes da atenção de álcool e outras drogas, no município em estudo, porem ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento o senhor (a) poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Eu _____, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa “estudo analítico sobre a atenção a usuários de álcool e outras drogas” e aceito nela participar.

Autorizo a identificação de meu nome nas publicações resultantes do referido projeto.

Não autorizo a identificação do meu nome.

Cruz das Almas, ____/____/2012.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Roteiro de entrevista

1- Política de álcool e outras drogas.

1.1- Você conhece esta política?

1.2- Como esta política tem sendo desenvolvida neste município?

1.3- Qual a sua opinião sobre esta política?

2- Assistência a usuários de álcool e outras drogas.

2.1- Como é feita a assistência ao usuário de álcool e outras drogas neste município?

2.2- como estar organizada a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas neste município?

3- Usuários

3.1- Qual o nível sócio econômico dos usuários de álcool e outras drogas que acessam os serviços desde município?

4- Profissionais

4.1. Como você acha que deveria ser a assistência aos usuários de álcool e outras drogas? Dê as suas sugestões acerca das ações necessárias a implementação desta política.

4.2. Os profissionais que atuam na saúde e na assistência estão capacitados para intervirem neste campo?
