



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA – UFRB

CENTRO DE ARTES, HUMANIDADE E LETRAS – CAHL

COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

**RESSOCIALIZAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO NUMA PERSPECTIVA
INTERDISCIPLINAR: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES AO CAPS AD**

RAPHAELLA ORRICO DE OLIVEIRA

CACHOEIRA

2013

RAPHAELLA ORRICO DE OLIVEIRA

**RESSOCIALIZAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO NUMA PERSPECTIVA
INTERDISCIPLINAR: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES AO CAPS AD**

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

Silvia Cristina Arantes de Souza Arantes

Orientadora

CACHOEIRA

2013

RAPHAELLA ORRICO DE OLIVEIRA

RESSOCIALIZAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO NUMA PERSPECTIVA
INTERDISCIPLINAR: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES AO CAPS AD

CACHOEIRA/BA, APROVADA EM ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Francisco Henrique da C. Rozendo

UFRB

Prof. Dra. Valéria Noronha

UFRB

Ao meu tio.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus e apenas a Ele deveria ser o meu agradecimento, pois foi dEle a providência de tudo e de todos que percorreram essa caminhada junto a mim. Obrigada, meu Pai querido!

Agradeço a meus pais, o meu alicerce, pelo imenso e constante amor, pelo incentivo e compreensão nos meus momentos mais difíceis.

Ao meu irmão querido e amado serei sempre grata pelo companheirismo;

Aos meus tios e tias pelo apoio e atenção.

Aos meus avós pelo constante cuidado.

Aos meus primos pelo carinho e motivação.

Às minhas melhores que sonhei, amigas companheiras da minha vida, com vocês aprendi e ensinei, amadureci e vivi momentos únicos e saudosos. Ah, Deus, minha gratidão a Ti é enorme por ter cruzado essas seis vidas com a minha, pois sei que sem elas esses quatro anos seriam vagarosos por demais!

Aos meus amigos da época do colégio por se fazerem sempre presentes em minha vida, me apoiando e incentivando.

Aos Cachoeiranos que me receberam de braços abertos.

Às minhas supervisoras do estágio supervisionado pela paciência e cuidado.

Aos profissionais entrevistados pela cooperação.

Aos meus professores da graduação que deixaram um pouquinho de si em mim, me norteando no decorrer do curso.

Aos docentes que aceitaram o convite para participar da banca. E à minha orientadora por ter confiado em mim.

Não se terá uma prática eficiente e inovadora se ela não estiver apoiada em conhecimentos sólidos e verazes.

José Paulo Netto

RESUMO

A pesquisa monográfica teve como principal objetivo iniciar um decurso de aproximações sucessivas para analisar a importância da interdisciplinaridade no processo de ressocialização do dependente químico, bem como as dificuldades enfrentadas nesta empreitada. Para melhor análise foi preciso, primeiramente, uma pesquisa documental e bibliográfica quanto ao contexto histórico da droga na sociedade e a concepção em torno da saúde/doença, e entender as legislações e políticas públicas voltadas à atenção do dependente de substância psicoativa. Pretendendo-se acrescer ao estudo referido, foram realizadas entrevistas estruturadas e um questionário à equipe profissional interdisciplinar do CAPS ad de Santo Antônio de Jesus “Vale Viver”.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade; Saúde Mental; Dependência Química; Ressocialização.

ABSTRACT

The monographic survey aimed to start a course of successive approximations to analyze the importance of interdisciplinarity in the process of rehabilitation of chemically dependent, as well as the difficulties faced in this endeavor. For further analysis was necessary, first, documentary research and literature on the historical context of drugs in society and the conception around health / disease, as well as understand the laws and public policies to the attention of psychoactive substance dependent. Intending to accrue to the above study, structured interviews were conducted and a questionnaire to interdisciplinary professional team in CAPS ad Santo Antônio de Jesus "Vale Viver".

Keywords: Interdisciplinarity; Mental Health; Chemical Dependency; Resocialization.

LISTA DE SIGLAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças (problemas relacionados à saúde)

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência de Assistência Social

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EJA – Educação de Jovens e Adultos.

HD – Hospital Dia

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

MS – Ministério da Saúde

NAPS – Núcleos de atenção psicossocial

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

Pacs – Programas de Agentes Comunitários de Saúde

PET - Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde

PL – Projetos de Lei

PNA – Política Nacional Antidrogas

PN DST/Aids – Programa Nacional de DST/Aids

PND – Política Nacional sobre Drogas

PSF – Programa Saúde da Família

PTI – Projeto

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

Senad – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Sisnad – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SINESP - Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública, Prisionais e sobre Drogas

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

UNODOC – Escritório de Combate ao Crime e Drogas (United Nations Office on
Drugs and Crime)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	A PRESENÇA DAS DROGAS NA CIVILIZAÇÃO HUMANA	13
	2.1 – PERCURSO HISTÓRICO:.....	13
	2.2 – CONCEPÇÃO DE SAÚDE E AS DROGAS	16
3	O COMBATE ÀS DROGAS	19
	3.1 – OS TRATADOS INTERNACIONAIS.....	19
	3.2 – POLÍTICAS E SERVIÇOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO AO DEPENDENTE QUÍMICO	23
4	A DEPENDÊNCIA QUÍMICA ENQUANTO TRANSTORNO MENTAL	33
	4.1 – A ATENÇÃO AOS INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO MENTAL NO BRASIL.....	34
	4.2 – DEPENDÊNCIA QUÍMICA: CONCEITO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	36
	4.3. O PAPEL DA FAMÍLIA.....	39
5	O TRABALHO INTERDISCIPLINAR NOS CAPS AD	41
	5.1 –PERCURSO METODOLÓGICO E CONJUNTURA INSTITUCIONAL ...	41
	5.2 – INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE MENTAL	43
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	50

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

O interesse pela temática surgiu através de experiência familiar e vivência no estágio curricular obrigatório realizado no abrigo Casa Lar localizado em Belém, subdistrito de Cachoeira –, um projeto de acolhimento, atendimento e atenção especial a portadores de transtornos mentais leves que são encaminhados pelas Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza (SEDES) de Salvador-BA. Funciona em regime de residência com atenção integral aos usuários, incluindo alimentação, higiene, medicação, atendimento de enfermagem, encaminhamentos aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Cachoeira, além de atividades socioeducativas, com a finalidade de promover a convivência comunitária dos usuários.

Através de leituras dos prontuários, pude observar que todos os dependentes químicos se afastaram da família ou foram abandonados devido ao uso abusivo de substâncias lícitas ou ilícitas, tornando-se vulneráveis e passando a viver em situação de rua sem qualquer interferência do Estado. Ciente do resultado obtido por razão do uso de drogas (além do diagnóstico de transtorno mental) e a total ausência de suporte da família, interessou-me, a princípio, a pesquisa acerca das dificuldades passadas pela família, bem como a importância dela no processo de recuperação do dependente de álcool e drogas.

Seriam realizadas entrevistas com as famílias do CAPS AD de Santo Antônio de Jesus, entretanto, tendo em vista que seria a minha primeira aproximação à instituição – já que, onde o meu estágio era realizado seria impossível pelo fato dos residentes terem se perdido dos seus familiares, ou mesmo abandonados –, seria um empecilho para a pesquisa por motivos de confiabilidade, uma vez que o tempo para produção da monografia era pequeno para o tipo de pesquisa que pretendia fazer, além de que exigiria desenvolver um vínculo com as famílias para que propiciasse uma investigação qualitativa. No que tange essa questão, foi preciso mudar o meu objeto de pesquisa para explicar, por meio de primeiras aproximações, sobre as possibilidades de reinserir o dependente químico socialmente numa perspectiva interdisciplinar.

A discussão sobre o consumo de substâncias psicoativas vem adquirindo cada vez mais visibilidade, seja na esfera política, no âmbito da imprensa e no

debate acadêmico. Em que pese às polêmicas que giram em torno da questão, é necessário direcionar um olhar particular ao dependente químico e à equipe interdisciplinar no seio desta problemática.

Ancorada no conceito de saúde, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual considera que “saúde é o estado do mais completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, tem-se a perspectiva que a reflexão aqui proposta se sustenta. Nestes termos, embora a política de segurança pública esteja diretamente vinculada ao trato desta questão, importa refleti-la e intervir sobre ela norteado pela concepção de que a dependência química configura-se enquanto problema de saúde pública, a ser solucionada mediante os preceitos desta política.

Logo, ainda que os posicionamentos conservadores e moralistas visivelmente presentes no seio da sociedade fundamentem a reprodução da repressão enquanto estratégia de combate da dependência química, um olhar que supere a imediatividade do fenômeno investigado é fundamental ao enfrentamento desta questão que abriga em si múltiplas determinações as quais não podem ser desconsideradas.

A desinstitucionalização dos transtornos psiquiátricos – a dependência química situa-se no rol deste debate – representou um avanço significativo no trato desta problemática, dando visibilidade àqueles, que outrora, eram apenas excluídos das relações sociais, em contrapartida a família institucionalizou-se na condição de principal responsável por estes indivíduos.

Este estudo será relevante para a contribuição do debate de reinserção familiar e social dos dependentes de substâncias psicoativas, ao entendimento da dependência química enquanto transtorno mental e ao enfrentamento de drogas, bem como uma maior visibilidade do processo de recuperação desses usuários.

2. A PRESENÇA DAS DROGAS NA CIVILIZAÇÃO HUMANA

2.1 Percurso histórico:

A dependência química é um assunto amplamente discutido nos dias atuais por ser considerado um problema de saúde pública grave e complexo. Discutir sobre esse assunto hoje exige uma reflexão sobre como a droga foi encarada ao longo da história do homem e nos dias atuais, bem como suas proporções tomadas nos âmbitos social, econômico e político, enquanto questão da saúde.

O uso de substâncias psicoativas não é algo novo, é uma prática milenar e universal presente na história da humanidade, com evidência histórica quase infindável da prática de uso cultural desde cinco mil anos.

Além da água, do leite e do mel, o vinho é certamente a bebida mais importante das civilizações mediterrânicas e depois, por extensão, da cristandade. Outras substâncias, chamadas de “alucinógenas”, como cogumelos boreais, cactos americanos, cipós e folhas amazônicas, também têm usos sagrados, xamânicos ou iniciáticos na tradição mestiça da América (teonanactl, peiote, ayahuasca). A questão do uso de drogas não se constitui, assim, apenas como um ‘problema’, mas faz parte da cultura humana há milhares de anos como um instrumento de estímulo, consolo, diversão, devoção e intensificação do convívio social (CANEIRO, 2009, p. 14).

Vale ressaltar, que essas formas de alteração comportamental não são exclusivas do homem, animais ingerem raízes e frutos, intencionalmente, para alterar seu comportamento (Jonas E Jonas, 1980 *apud* Fonseca & Bastos, 2012).

Seja em rituais religiosos, em medicamentos, na procura de novas fontes de satisfação, no lazer, ou até na fuga dos problemas de determinada realidade imposta, o homem sempre buscou o experimento do novo. À exemplo do ópio, utilizado pelos egípcios, gregos e romanos em rituais religiosos ou por lazer, bem como pelos médicos romanos e árabes, e, mais tarde, os ingleses, que utilizavam a tintura do ópio, inclusive, para o tratamento de afecções (síndromes diarréicas). Consumidos de forma regular por vários intelectuais na Europa, durante o século XIV ao XIX, ainda acreditava-se que o ópio não fazia mal algum ao organismo humano.

Os vinhos, as cervejas e todos os fermentados alcoólicos, assim como muitas plantas, entre as quais a papoula, o cânhamo, o chá, o café, a coca, o guaraná e centenas de outras drogas vegetais psicoativas representaram na história da humanidade diversos papéis, todos com profunda relevância, pois alguns foram os grandes analgésicos, os inimigos da dor, física e espiritual, os grandes aliados do sono tranquilo, mas outros também, com usos opostos, os estimulantes e provedores de energias para a caça, o combate e a resistência cotidiana aos males e incômodos da vida (CARNEIRO, 2009, p. 14).

A cocaína foi originalmente consumida na forma de folhas de coca pela população da região dos Andes, na América do Sul. Descobertas recentes afirmam o uso da coca em rituais sagrados, à exemplo das três crianças incas conhecidas como “crianças de Llullaillaco”, que foram encontradas congeladas e mumificadas no topo do vulcão de mesmo nome, Llullaillaco, em março de 1999 na Cordilheira dos Andes. Com vestígios de álcool nos cabelos e folhas de coca no interior da boca, acredita-se que foram levadas a usar tal substância para facilitar o consentimento no sacrifício religioso, há mais de 500 anos¹.

No século XIX, a cocaína espalhava-se pela Europa levada aos poucos pelos conquistadores espanhóis; um químico francês Angelo Mariani criou uma mistura de vinho e infusão de coca (Allen, 1987 *apud* Fonseca & Bastos, 2012), enquanto, na mesma época, uma companhia química e farmacêutica sintetizou a cocaína em pó. (Byck, 1975 *apud* Fonseca & Bastos, 2012).

As propriedades anestésicas da cocaína foram descobertas pelo médico Vassilivon Anrep, em 1889; entretanto o interesse principal do psicanalista era descobrir seu potencial estimulante. Hoje, esse anestésico, agregado a outros derivados, como a xilocaína, é usado em cirurgias de pequeno porte e na odontologia. Aluno de Anrep, Sigmund Freud fez uso significativo da cocaína, descrevendo em seus artigos os efeitos benéficos da substância no tratamento da fadiga, impotência e depressão. (Fonseca & Bastos, 2012)

Os exemplos históricos supracitados comprovam que, até meados do século XIX, a produção, comercialização e o consumo de substâncias hoje classificadas como drogas eram amplamente difundidos. Mas a partir de que ponto, tais substâncias tão consumidas passaram a ser um problema?

¹Fonte: <http://www.cbnfoz.com.br/noticias-pelo-mundo/editorial/mundo/29072013-34276-alcool-e-coca-ajudaram-tres-incas-a-consentir-com-sacrificio-diz-estudo>

Os hábitos e costumes do uso de cada sociedade eram restritos a pequenos grupos (em cerimônias coletivas, rituais, festas), o que difere dos dias atuais, cujo uso de substâncias psicoativas é feito em qualquer circunstância e por pessoas de diferentes grupos e realidade. (Pratta, 2009).

A elevação da droga à categoria de questão de saúde pública é historicamente recente e, segundo Berridge e Edwards (1981, *apud* Bastos & Fonseca, 2012), nada se refere ou se limita às propriedades da substância em si (afinal, as propriedades farmacológicas continuam as mesmas até hoje, e muitas são usadas na prática médica), mas sim ao contexto social e econômico e ao uso específico e abusivo.

2.2 Concepção de saúde e as drogas

Estudando a evolução histórica do ser humano é notável que cada período apresenta concepções diferentes sobre temas como saúde, doença e drogas, de acordo com o conhecimento e interesses de cada época. (Pratta, 2009).

A doença já foi encarada como algo sobrenatural, de fundamentação religiosa (uma maldição imposta pelos deuses); logo após caminhou para concepção do natural através dos gregos que se interessavam em compreender a natureza do homem, embora em primeiro momento tivesse embasamento religioso.

Essa visão, entretanto, sofreu mudanças com Hipócrates, “o qual foi o primeiro a formular um conceito de causas naturais para os eventos presentes no nosso mundo” (Sevalho, 1993 *apud* Pratta, 2009, p. 204): “a medicina de Hipócrates apresentava uma preocupação clara com a doença individual e com a forma de curá-la, bem como com a manutenção da saúde” (Pratta, 2009, p. 204). No Brasil, por exemplo, antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), entendia-se o termo saúde como o bem estar físico acompanhado por ausência de doença (Alarcon, Belmonte & Jorge, 2012).

No que diz respeito ao uso de drogas, a Igreja Católica obtinha grande poder econômico e social, além do religioso, durante a Idade Média, e condenava o uso de plantas – também para fins terapêuticos –, pois eram vistas como sinônimo de feitiçaria (Toscano Jr., 2001 *apud* Pratta, 2009). Porém, a partir do momento que

houve a peste bubônica, envolvendo as pessoas pelo medo do sofrimento e da morte, foi lançado um novo olhar diante da saúde e doença e a relação entre elas, principalmente no uso de drogas para tratamento do doente.

Contudo, no final do século XV e início do XVI, com o Renascimento, o poder da Igreja Católica gradativamente foi perdendo o seu poder na sociedade, havendo, dessa forma, uma retomada gradual do uso da droga. E havendo elevação do uso também devido ao estreitamento do contato com a cultura oriental, suas especiarias e conhecimentos farmacológicos. Por conseguinte, “os avanços científicos começaram a apontar a necessidade de se explorar a questão medicamentosa quando se discute a questão da doença” (Pratta, 2009, p. 206).

No início do século XIX desenvolveu-se a filosofia positiva, a qual teve um impacto direto no que diz respeito ao método científico ao ressaltar que todo e qualquer fenômeno deve ser explicado de uma forma objetiva, experimental. Nesse sentido, segundo Ornellas (1999), todo conhecimento produzido deve ser submetido ao que o Positivismo denominava de princípio da neutralidade do sujeito. Esse princípio levou a uma nova concepção de saúde e doença, uma vez que a medicina incorporou o conceito de função, desenvolvendo, a partir desse, a visão de saúde como um processo (Pratta, 2009, p. 206).

Igualmente, surge a psiquiatria apropriada apenas pelo discurso médico e seguindo a mesma linha do positivismo,

(...) que contribuiu para encobrir valores e poderes presentes nesse cenário, como o caso da exclusão e morte social, uma vez que o paciente era retirado do convívio social e encarcerado, perdendo muitas vezes seus vínculos e sua própria identidade (Pratta, 2009, p. 206).

Vale ressaltar aqui que, no final do século XIX e início do século XX, o tratamento dos usuários de drogas ainda tinha embasamento apenas no modelo biomédico, por meio do qual estes “eram encaminhados para instituições psiquiátricas com a finalidade primordial de retirá-los do convívio social e promover o abandono do uso” (Pratta, 2009, p. 207).

No decorrer do século XVIII, com a Revolução Industrial, “ocorreu uma diminuição na perseguição aos indivíduos considerados hereges, fato que propiciou uma volta do uso médico e lúdico das drogas” (MacRae, 2001 *apud* Pratta, 2009, p.206). Nesse mesmo período, cientistas conseguiram isolar os princípios psicoativos de várias plantas, passando a produzir a morfina, a codeína, cafeína, a

cocaína, os barbitúricos, bem como o uso anestésico do éter, do clorofórmio e do óxido nitroso (Pratta, 2009).

É preciso, pois, não perder de vista que a partilha moral entre drogas de uso lícito e drogas de uso ilícito é contemporânea da invasão farmacêutica², tendo sido num mesmo movimento que se incrementou o desenvolvimento de fármacos e que se penalizou o emprego das demais drogas (Vargas, 2008, p. 55).

A urbanização decorrente da Revolução Industrial possibilitou aos médicos uma maior observação dos pacientes com consumo excessivo de álcool, produzindo os primeiros textos referentes aos problemas de saúde advindos do uso abusivo de bebidas alcóolicas.

“O desemprego, a ameaça de demissão, a sobrecarga de trabalho e a perda da autonomia desvanecem os projetos de vida pessoais e comunitários, conduzindo a quadros de depressão” (Stolkiner, 1994 *apud* Bisneto, 2011, p. 183). Cooper e Laing, segundo Bisneto (2011), identificaram a família e o trabalho alienado como condutor do sofrimento mental, e a psiquiatria e o hospício como consequência: “a alienação social pela exclusão, a alienação mental pela rotulação de ‘doente’ e a alienação corporal pelo controle do espaço físico limitado, pela sedação por drogas etc.” (BISNETO, 2011, P. 181).

(...) enquanto as bebidas quentes, leves, estimulantes e não alcóolicas (como o chá, o café e o chocolate adoçados) se conformam com os ditames do capitalismo emergente e seus reclamos por sobriedade, racionalidade e disciplina no trabalho, o tabaco e as bebidas alcóolicas destiladas tornam mais suportáveis a crescente (o)pressão disciplinar e as precárias condições de vida que se abatem sobre os mais pobres ao entorpecê-los (Vargas, 2008, p. 48).

A coisificação do homem, a alienação histórico-social, política e econômica é mais um sintoma decorrente da dimensão familiar, social e individual aliados às rápidas mudanças presentes na organização das sociedades industrializadas, que “levaram a um modo de vida racional, materialista e normatizador, no qual o uso de drogas assumiu a forma de evasão, de contestação e/ou transgressão” (Pratta,

²“(…) a produção de drogas medicamentosas aumentou de maneira praticamente ininterrupta, sobretudo a partir da década de 1940, quando ‘se produziu um incremento espetacular do número de novos fármacos introduzidos na terapêutica’” (Vargas, 2008, p. 51). Essa invasão farmacêutica foi consequência da explosão de terapia, contribuindo para o avanço da biotecnologia, bem como a sintetização e criação de inúmeras drogas, inclusive, das consideradas ilícitas.

2009, p. 207). As “condições inadequadas do meio exercem influência direta na possibilidade de um indivíduo manter a saúde” (Rosa, Cavicchioli & Brêtas, 2005 *apud* Pratta, 2009, p. 208).

(...) a partir desses fatores, percebeu-se que falar sobre saúde não é apenas contrapô-la à questão da doença, uma vez que saúde é algo mais amplo e complexo, que não depende única e exclusivamente de uma questão biológica. Quando se discute o binômio saúde/doença, é importante que esses fenômenos sejam encarados como processos, como algo dinâmico que se manifesta em qualquer ambiente sob a presença de diversos fatores inerentes à própria condição humana (Pratta, 2009, p. 207).

Os padrões, a frequência e os tipos com os quais as drogas são consumidas acompanham as condições sócio-culturais existentes em cada época. Contudo, o consumo de substâncias psicoativas cresceu significativamente a partir da segunda metade do século XX, configurando-se, nas últimas décadas deste século, como um fenômeno de massa e questão de saúde pública de atenção acentuada na sociedade e no sistema de saúde, bem como obtendo visibilidade dos diferentes meios de comunicação e instituições (Pratta, 2009).

Em linhas gerais, a dependência de drogas é mundialmente classificada entre os transtornos psiquiátricos, sendo considerada como uma doença crônica que acompanha o indivíduo por toda a sua vida; porém, a mesma pode ser tratada e controlada, reduzindo-se os sintomas, alternando-se, muitas vezes, períodos de controle dos mesmos e de retorno da sintomatologia (Aguilar & Pillon, 2005; Leite, 2000 *apud* Pratta, 2009, p.208).

Para tanto, tratar a questão da possível dependência devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas implica a discussão não só dos aspectos orgânicos e psicológicos envolvidos, mas também as perspectivas sociais, políticas, econômicas, legais e culturais relativos a esse fenômeno. (Pratta, 2009). “A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) destaca ainda, que a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social” (Pratta, 2009, p. 208), além de ter profissionais com formação particular acerca do tema, uma vez que os cursos de graduação, na maioria, não apresentam essa opção específica (Ochini & Teixeira, 2006 *apud* Pratta, 2009).

3. O COMBATE ÀS DROGAS

3.1 Os tratados internacionais

A adulteração dos compostos químicos do ópio – procedimento parecido com o que foi feito pela companhia farmacêutica Merck, que sintetizou a cocaína em pó através de folhas de coca maceradas e purificadas –, levou médicos ingleses, pela primeira vez, a questionarem o livre consumo (e inadequado) do ópio e a adulteração dos seus derivados (Fonseca & Bastos, 2012). Porém, não foi devido apenas a este fato que a proibição do ópio, seus derivados e outras drogas psicoativas foram estabelecidas, prevalecem aqui, muitas vezes, as razões do Estado como regulador de interesses – sobretudo econômicos, explanadas a seguir.

Os tratados internacionais antidrogas tiveram sua gênese na Guerra do Ópio nos anos de 1834-1843 e 1856-1858, configurando-se, portanto, em duas guerras. Tendo consciência do marco histórico que foi essa guerra, é de suma importância rebuscar de forma breve a história da mesma.

Transitando para a II Revolução Industrial, a Grã-Bretanha tem sua atenção voltada à Índia e China devido ao número da população que gerava um grande mercado consumidor. A China, porém, ainda tinha restrições quanto ao negócio estrangeiro referente apenas à importação, diferente da Índia.

A China exportava para a Inglaterra seda, porcelana e chá, porém não importava coisa alguma. Preocupados com o déficit na economia referente aos baixos lucros, sabendo que apenas um produto despertava interesse nos chineses, a Inglaterra passa, então, a comercializar com a China o ópio produzido na Índia.

O ópio, porém, causava dependência muito rapidamente originando uma grande quantidade de consumidores e, conseqüentemente, enormes lucros à Inglaterra. Preocupado com o rumo que o país estava tomando – por questão de saúde e do social, mas, principalmente, por questão econômica e política –, devido à grande quantidade de dependentes do ópio, o imperador decide embargar o comércio dessa substância proibindo a entrada da mercadoria nas fronteiras do país, e mandando queimar cerca de vinte mil toneladas da droga.

Por conta de ser uma comercialização de significativos lucros ao país, a Inglaterra, evidentemente, se recusa a compactuar com o decidido pelo imperador da china, e declara guerra. A china, portanto, sai derrotada nos dois conflitos, e é obrigada a várias concessões. Em 1842 assina o Tratado de Naquin, que permitia o retorno da comercialização do ópio no país, além de entregar a ilha de Hong Kong ao domínio inglês (até 1997) (Fonseca & Bastos, 2012).

Logo, a guerra do ópio se tornou um marco histórico para futuros tratados internacionais de regulação das drogas, tendo em vista que o “problema do ópio” transformou-se em um “problema das drogas” devido às grandes pressões exercidas pelos países da Liga das Nações e sua “sucessiva proibição da produção, comercialização e consumo de mais e mais substâncias, sucessivamente incluídas nos acordos internacionais” (Bastos & Fonseca, 2012, p. 16).

Até então, não existia acordo de regulamentação do ópio entre as duas potências hegemônicas da época: os Estados Unidos e a Inglaterra. Coexistiam dois tratados de natureza distinta e de abrangência regional: a Comissão da Filipina do Ópio sob amparo americano, de 1903, e a Comissão de Changai, de 1909, “que ratificava as decisões decorrentes da vitória inglesa na Guerra do Ópio” (Bastos & Fonseca, 2012, p. 18). O que se passava, de fato, entre as duas potências, era a tentativa norte-americana de quebrar o monopólio Inglês do ópio e de outros produtos através dos tratados, que a partir de então deixava de ser regional para internacional (Bastos & Fonseca, 2012).

A ratificação completa e definitiva que proibia a produção, comercialização e consumo de diferentes substâncias, como a cocaína e morfina (com exceção do uso médico deste último), só ocorreu em 1919 – depois de nove anos em trâmite –, após derrota da Alemanha e seus aliados na primeira grande guerra através do Tratado de Versailles. Desenvolvia-se, a partir de então, o sistema de controle das drogas tendo a hegemonia da Inglaterra e dos Estados Unidos, e posteriormente passou a ser de exclusividade quase absoluta da supremacia dos norte-americanos (Bastos & Fonseca, 2012).

As convenções de drogas da Organização das Nações Unidas (ONU) “guiam e atrelam a política de drogas mundial à força das convenções internacionais, e, em boa medida, subordinam as políticas nacionais referentes às drogas” (Bastos e Fonseca, 2012, p. 19). Ratificadas por 160 nações, caracterizando convenções de grande força, os acordos definiram e distinguiram as drogas lícitas e ilícitas,

determinaram limites, culturais, sociais e até mesmo morais ao comércio e consumo de drogas.

A Convenção Única de Narcóticos³, de 1961, teve como objetivo “limitar a posse, o uso, o comércio, a distribuição, a importação, a manufatura e a produção de drogas exclusivamente para o uso médico e científico” (Bastos & Fonseca, 2012, p. 20). Por meio de cooperação internacional, normatizaram o tráfico de drogas; nessa convenção foram definidas as substâncias a serem controladas, “tomando como base o grau de perigo ou abuso, potencial dependência e uso médico das diferentes substâncias” (Bastos & Fonseca, 2012, p. 20); fato que gera bastante inquietação dos profissionais da área, que discordam dos critérios adotados pela convenção no que refere à diferenciação da droga lícita da ilícita.

A Convenção de Drogas Psicotrópicas, de 1977, objetivou “discutir a diversificação e a expansão do abuso de drogas no mundo e introduzir o controle sobre as drogas sintéticas, de acordo com o seu potencial de abuso e valor terapêutico” (Bastos & Fonseca, 2012, p. 20).

E, por fim, a Convenção contra o Tráfico Ilegal de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas, de 1988, foi motivada devido ao crescente tráfico de drogas nos anos 1970 e 1980, “estabeleceu novas medidas contra o comércio de drogas, lavagem de dinheiro, produção e comercialização de diferentes substâncias psicoativas” (Bastos & Fonseca, 2012, p. 20).

Contudo, ainda nos anos 1980, as políticas antidrogas entraram em crise,

Levine (2003) aponta três fatores críticos que contribuíram para isso: a emergência e a expansão do movimento de ‘redução de danos’, em resposta, especialmente, à crescente epidemia de Aids entre usuários de drogas injetáveis; a crescente oposição às políticas de drogas de cunho essencialmente coercitivo e punitivo, que criminalizam o usuário de drogas; a incapacidade das políticas proibicionistas para limitar o cultivo e o consumo da maconha, droga que ganha grande aceitação social nos anos 60 e 70 (Bastos e Fonseca, 2012, p.21).

Quase todos os países signatários alinharam suas políticas nacionais às normas restritivas internacionais ao consumo de drogas. Muitos estudos consentem

³As decisões políticas da comissão de Narcóticos são supervisionadas por profissionais que trabalham no Escritório de Combate ao Crime e Drogas (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODOC), tem como objetivo apoiar e assistir os países-membros na implementação e ratificação dos acordos firmados no âmbito da Comissão de Narcóticos e na formulação e aplicação da legislação doméstica em drogas, crime e terrorismo (UNODOC 2007 apud Bastos & Fonseca, 2012).

que os tratados internacionais antidrogas limitam a ação individual dos países, tendo em vista que cada nação tem seu problema específico e não se comportam igual a outra nação. Além do mais, “As reuniões que formularam os três tratados antidrogas hoje vigentes [...] teria sido possível mudar o rumo das políticas de drogas no mundo, caso houvesse vontade política para tal” (Bastos & Fonseca, 2012, p. 25).

A maior parte dos países-membros das Nações Unidas têm se colocado como contrários a mudanças na legislação supranacional antidrogas. Países conservadores como os EUA, Japão e Suécia apoiam a manutenção proibicionista de *status quo*, enquanto o Reino Unido e Holanda defendem o lado oposto.

O Brasil, recentemente (2006), tem tido papel importante nas reuniões da ONU,

Por ocasião da 49ª Sessão da Comissão de Narcóticos, em 2006, representantes do governo brasileiro apresentaram um documento, a partir de uma proposta sugerida pelo Programa Nacional de DST/Aids (PN DST/Aids) e pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, relatando a experiência com as ações de redução de danos no país (Bastos & Fonseca, 2012, p. 24).

Porém, embora tenha proposto uma política de redução de danos, não existe lei federal que regule essas ações, sendo o Brasil, um país que adotou a manutenção majoritária da política proibicionista.

Os tratados internacionais culminaram em três convenções antidrogas, que representaram uma resposta social e política dos países para a regulação do uso de drogas, provocando significativas mudanças no âmbito político. Porém, vale ressaltar, que os tratados limitam a ação individual de cada país, pois se um país, que considera mais apropriado adotar políticas mais flexíveis e romper a aliança, como consequência, pode ser colocado em risco a credibilidade do país em outras áreas diante dos países que são aliados aos tratados internacionais.

3.2 Políticas e serviços públicos de atenção ao dependente químico.

Após implantação do SUS, surgiram divergências nos setores segurança e saúde quanto ao problema-droga. Enquanto a tendência do setor segurança era a repressão da droga, o setor saúde optava por abordagens mais flexíveis, mais

educativas e menos punitivas ou restritivas. Nesse contexto, na busca pela modelo legal para sustentar as ações, tanto da segurança pública quanto da saúde, foi criado em 1998, a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad).

A partir de então, embora com avanços significativos do que havia até então, do ponto de vista da atenção em saúde, o Estado brasileiro passa a desenhar, no âmbito da segurança, uma “política pública na área da redução da demanda e da oferta de drogas mais alinhada à radicalidade do proibicionismo” (Alarcon, Belmonte & Jorge, 2012, p. 76).

Vigorada no Brasil a partir de outubro de 2006 – substituindo a Lei 6.368, de 1976, e a Lei 10.409, de 2002 –, a lei 11.343/6

(...) 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 crimes⁴.

A Lei 6.368/76 permaneceu disciplinando as definições de crimes e de penas e se juntou à Lei 10.409/02, disciplinando outros aspectos do tema drogas. A nova lei 11.343/06 sobre drogas revoga as anteriores, mas não ocorre mudança substancial, “suas novas ou repetidas regras naturalmente seguem as diretrizes dadas pelas proibicionistas convenções internacionais de que o Brasil, como quase todos os demais Estados nacionais, é signatário” (Karam, 2008, p.105).

A Lei 11.343/06 é apenas mais uma dentre as legislações dos mais diversos países que, reproduzindo os dispositivos criminalizadores das proibicionistas convenções da ONU, conformam a globalizada intervenção do sistema penal sobre produtores, distribuidores e consumidores das selecionadas substâncias psicoativas e matérias-primas para sua produção, que, em razão da proibição, são qualificadas de drogas ilícitas. (KARAM, 2008, p. 105)

Essa intervenção do sistema penal sobre os produtores, distribuidores e consumidores vai de encontro com as normas e princípios das declarações universais dos direitos – Declaração Universal de Direitos Humanos e Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos – e nas constituições democráticas – Constituição Federal de Brasília – violando os direitos fundamentais e suas garantias, além da criminalização do indivíduo.

⁴http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm

Cabe aqui ressaltar alguns desses direitos e garantias violados por essa política proibicionista rigorosa. A nova Lei 11.343/06 aumenta a pena mínima ao tráfico para cinco anos de reclusão, cuja lei anterior a ela, a Lei 6.368/76, era de três anos para os crimes básicos identificados por tráfico.

Além do aumento da pena mínima, a Lei 11.346/06 reafirma a criminalização antecipada da distribuição da droga tida como ilícita. Essa antecipação diminui qualquer distância existente entre tentativa e consumação, na qual possuir, transportar ou expedir são condutas consideradas como um começo de uma execução ao tráfico, e, portanto, punível de pena. Diferentemente do que ocorre em casos de homicídio, em que a tentativa tem uma pena menor do que a consumação do ato.

A criminalização antecipada contraria - e, portanto, viola - o princípio da lesividade (ou ofensividade) da conduta proibida, segundo o qual uma conduta só pode ser objeto de criminalização quando direta, imediata e significativamente afete um bem jurídico relacionado ou relacionável a direitos individuais concretos. Em matéria de drogas, onde [...] a criminalização pretende tutelar o bem jurídico consistente na saúde pública, tal afetação só seria identificável - e, assim mesmo, apenas enquanto perigo de lesão - em atividades diretas de produção e distribuição (KARAM, 2008, p. 107).

A lei é de tamanha repressão que ignora o fato de não poder punir uma pessoa mais de uma vez pelo mesmo crime, além de violar, também, o princípio da proporcionalidade⁵ quando equiparado ao fornecimento gratuito.

A Lei 6.368/76 não fazia nenhuma distinção entre o fornecimento gratuito e o fornecimento com o objetivo de obter proveito econômico. A Lei 11.343/06 só o faz em parte, apenas distinguindo a conduta de quem eventualmente oferece droga qualificada de ilícita, sem objetivo de lucro, a pessoa de seu relacionamento, para um consumo conjunto, prevendo para essa conduta uma pena bem mais leve (KARAM, 2008, p. 108).

⁵“Modalidade indicadora de que a severidade da sanção deve corresponder a maior ou menor gravidade da infração penal. Quanto mais grave o ilícito, mais severa deve ser a pena. A idéia foi defendida por Beccaria em seu livro *Dos Delitos e das Penas* e é aceita pelos sectários das teorias relativas quanto aos fins e fundamentos da pena. O princípio da proporcionalidade tem o objetivo de coibir excessos desarrazoados, por meio da aferição da compatibilidade entre os meios e os fins da atuação administrativa, para evitar restrições desnecessárias ou abusivas. Por força deste princípio, não é lícito à Administração Pública valer-se de medidas restritivas ou formular exigências aos particulares além daquilo que for estritamente necessário para a realização da finalidade pública almejada. Visa-se, com isso, a adequação entre os meios e os fins, vedando-se a imposição de obrigações, restrições e sanções em medida superior àquelas estritamente necessárias ao atendimento do interesse público”. (<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/292978/principio-da-proporcionalidade>)

Outro caso de violação da proporcionalidade está na associação e financiamento do tráfico como crimes autônomos e mais graves, ainda que previsto na legislação de outros crimes – a exemplo de quem financia ou custeia um sequestro –, deve-se punir e condenar apenas como contribuição.

Mas, a violação ao princípio da proporcionalidade se revela também nas penas delirantemente altas, previstas para a indevidamente criada figura autônoma do financiamento ou custeio do “tráfico”: reclusão de oito a vinte anos, a pena mínima sendo assim superior à prevista para um homicídio, que, como já mencionado, é de reclusão de seis anos (KARAM, 2008, p. 108).

A Lei 11.343/06 se afasta das regras gerais do Código Penal, estabelecendo valores da pena de multas muito mais altos do que os aplicáveis aos condenados por outros crimes; veda a liberdade provisória, cujo direito é fundamental ao indivíduo ser considerado inocente até que seja julgado definitivamente; ignora a garantia do acesso ao duplo grau de jurisdição, em que “todo o réu tem direito a que um tribunal reexamine uma condenação que tenha sido imposta em um primeiro julgamento”. (KARAM, 2008). Outrossim, a cláusula do devido processo legal é violada quando a lei atribui ao réu a incumbência de provar a origem lícita de bens que o Ministério Público alega terem sido obtidos através do tráfico.

Em um processo legal é direito do indivíduo não se autoincriminar. Não pode ser obrigado a confessar ou criar prova contra si mesmo, e muito menos ser constrangido a colaborar com a acusação ou investigação. E isso é desrespeitado quando se usam de meios traiçoeiros e enganosos para investigar e conseguir prova em determinada acusação, como ocorre quando é utilizada a

(...) infiltração e ação controlada de agentes policiais, quebra do sigilo de dados pessoais, a interceptação de comunicações, as escutas e filmagens ambientais, o Estado indevidamente faz com que o próprio indivíduo que está sendo investigado ou acusado seja enganado e colabore, sem o saber, para fazer prova contra si mesmo (KARAM, 2008, p. 114).

Dessa forma, estando o processo em curso, nenhuma prova poderá ser produzida sem a participação da Defesa, e sem sua concomitante submissão ao contraditório, a Lei 11.343/06, porém, prevê o procedimento de diligências⁶ policiais

⁶A diligência se define em apurar a prática de um crime dando elementos ao ministério público que [...] propõe ação penal condenatória contra o indivíduo por ele acusado de ser o provável autor do alegado crime, assim dando início ao processo (Karam, 2008).

após início do processo, havendo, dessa forma, violação das garantias do contraditório e da ampla defesa.

O contraditório significa, basicamente, a participação nos atos do processo dos dois lados em conflito. Essa participação consiste em cada lado fazer suas alegações, mostrar seus argumentos, produzir provas, enfim, utilizar todos os instrumentos previstos em lei a fim de instruir o processo, isto é, dar elementos para que o juiz possa formar seu convencimento e decidir quem tem razão (KARAM, 2008, p. 115).

Excluindo a previsão de pena privativa de liberdade, não estabelecendo penas de advertência, prestação de serviços à comunidade, comparecimento a programa ou curso educativo e admoestação e multa (em caso de descumprimento das supracitadas), a lei 11.343/06 sustenta a criminalização em caso de uso pessoal das drogas ilícitas. Embora muitos defendam que a previsão de penas não privativas de liberdade seria uma descriminalização da posse para uso pessoal, ignoram que a ameaça da pena é que caracteriza a criminalização.

Em suma, a lei antidrogas 11.343/06 se revela repressora, criminalizadora e de cunho proibicionista, tendo em vista, especialmente, a não existência de uma lei que regulamenta a redução de danos.

É preciso discutir sobre a forma como o crime do tráfico é punido, especialmente com relação aos pequenos distribuidores (muitas vezes usuários de drogas), bem como aos consumidores da droga. A questão aqui defendida se sustenta na ideia de investir em maiores proporções na prevenção e promoção de condições sociais, não se trata de investimento no proibicionismo criminalizador e aos abusos de autoridade. A intolerância deve ser direcionada ao próprio crime e não ao praticante. Afinal, esse tipo de repressão adotado nos dias de hoje surte efeito efetivamente positivo?

Outro lado evidencia que o Estado é um espaço contraditório de disputas de poder e de concepções, uma vez que desde 2003 verifica-se no Estado brasileiro claras discordâncias entre as concepções de segurança e de saúde, quando se trata de legislar e propor políticas com relação às drogas. Desde aquele ano e, simultaneamente à criação da Senad e da Política Nacional Antidrogas, os técnicos do Ministério da Saúde, baseados nos princípios da reforma sanitária e psiquiátrica, aos poucos implantaram serviços de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, adotando como filosofia os modelos distantes do proibicionismo.

A partir de 2003, propostas concretas e específicas para a atenção ao portador de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas culminaram com a divulgação das diretrizes do Ministério da Saúde, privilegiando a lógica ampliada da redução de danos, inspirada em programa análogo de combate à disseminação do vírus da Aids em população de usuários de drogas injetáveis (Alarcon, Belmonte & Jorge, 2012, p. 77).

Dessa forma, houve uma distância ético-política evidente entre os pressupostos oriundos das políticas proibicionistas, centrados na droga e na sua proscricção, com os do Ministério da Saúde, focados no sujeito e sua autonomia. Diante dessa dissociação, foi colocado em pauta discussões políticas acerca do realinhamento entre a Política Nacional Antidrogas (PNA) e a legislação brasileira sobre drogas, concluindo-se com vantagem para os partidários proibicionistas. Dessa maneira, naquele momento, a legislação brasileira sobre drogas, além de se manter proibicionista, torna-se imune às resistências antes colocadas pelo movimento de redução de danos.

As diferenças entre os dois atores, segurança e saúde, podem ser resumidas da seguinte maneira: o setor segurança tem como fundamento para suas ações a legislação antidrogas; como objetivos, a repressão à oferta, cujo resultado é a criminalização do usuário (cúmplice do traficante); e como modo de ação, o combate antes que o controle (penalização e justiça terapêutica = abstinência total). O setor saúde tem como fundamento de suas ações os princípios das reformas sanitárias e psiquiátrica – portaria n. 336/2002 e diretrizes do Ministério da Saúde para Atenção ao Usuário de Álcool e outras drogas (Brasil/MS, 2003); como objetivos, a saúde como qualidade de vida e a cidadania (respeito aos direitos da pessoa); como instrumentos para atingir os objetivos, os dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada (Caps ad) e territoriais, articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde; como modo de ação, o controle sendo a única forma de combate, pois o uso de droga é universal e não pode ser extinto por decreto (lógica ampliada da redução de danos) (Alarcon, Belmonte & Jorge, 2012, p. 79).

Merece salientar que hoje ainda não existe lei federal que regule as ações de redução de danos no Brasil. Porém, em alguns estados há regulamentação sobre a redução de danos (principalmente para controlar a epidemia de Aids), tendo em vista que os municípios, à princípio são autônomos para conduzir as suas políticas de saúde, educação, meio ambiente, transporte, etc.. Dessa forma, essas leis têm papel fundamental de garantir aos profissionais que atuam nessa área o apoio legal no desenvolvimento de suas ações sem a interferência da polícia (Alarcon, 2012).

Apenas em 2005 houve um realinhamento das políticas públicas, firmou-se a Política Nacional sobre Drogas (PND), que de certa forma minimizou as diferenças entre saúde e segurança, e tirou da informalidade programas de redução de danos que sofriam constantes repressões policiais,

(...) propondo como orientação geral a promoção de estratégias e as ações de redução de danos voltadas para a saúde pública e direitos humanos, realizadas de forma articulada inter e intrassetorial, visando à redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para o usuário, a família e a sociedade. Como diretriz, a nova PND propôs reconhecer a estratégia da redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial de promoção da saúde e dos direitos humanos (Alarcon, Belmonte & Jorge, 2012, p. 79).

Nessa perspectiva, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (Brasil, MS, 2003), coerente aos princípios do SUS, foi elaborada em consonância com a lei n. 10.216/01 (que constitui a política de saúde mental), a III Conferência de Saúde Mental, realizada em 2001, e a portaria n. 336/02. Marco legal da reforma psiquiátrica, a lei n. 10.216 ratificou as diretrizes básicas do SUS, e procura garantir aos usuários de serviços de saúde mental – consequentemente, aos que sofrem com transtornos oriundos da dependência do álcool e outras drogas – a universalidade e acesso e direito à assistência, a integralidade, e defende a descentralização do modelo de atendimento para melhor aproximação do convívio social de seus usuários.

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, a portaria GM/336, de 19 de fevereiro de 2002, define normas e diretrizes para a organização de serviços voltados à assistência de saúde mental, a exemplo dos Caps e os Caps ad. Por fim, a portaria de SAS/189 de 20 de março de 2002 (Brasil, 2004), regulamenta a portaria GM/336, criando os serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades centradas na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde, com ênfase na reabilitação e reinserção social aos pacientes dependentes de álcool e outras drogas. Integrados ao meio cultural e à comunidade, tais dispositivos devem fazer uso dos conceitos de território e rede, e da lógica ampliada de redução de danos.

Segundo o Ministério da Saúde, um Caps ad, deve oferecer atendimento diário, de modalidade intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o

planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua, dentro da lógica de redução de danos; Desenvolver ações de atenção integral ao uso de álcool e drogas de forma diferenciada de acordo à demanda de cada comunidade; investir em intervenções precoces de forma a limitar o estigma associado ao tratamento; oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral; oferecer cuidados aos familiares dos usuários; promover a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais (educação, esporte, cultura, e lazer), através de diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população); Mobilizar a sociedade civil, oferecendo as mesmas condições de exercer seu controle, participar das práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco pra tal consumo. Além de parcerias com as políticas municipais e estaduais (Ministério da Saúde, 2003).

Os CAPS ad atuam de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental, de rede de atenção básica de saúde (Programa Saúde da Família – PSF⁷, Programas de Agentes Comunitários de Saúde – Pacs⁸), como também de suporte social já existente nas comunidades, configurando redes flexíveis de cuidados, que se remodelam mediante necessidade de inclusão/exclusão de novos serviços e cuidado, de forma pareada pela demanda assistencial.

Em vista da gravidade social e da saúde que o consumo do crack representa aos usuários, algumas medidas foram tomadas. Em maio de 2010, a Presidência da República instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas⁹, objetivando a prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários, bem como o enfrentamento ao tráfico.

⁷ São equipes responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade.
Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149

⁸ “Importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da orientação da assistência ambulatorial e domiciliar, é hoje compreendido como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (PSF)”.
Fonte: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>

⁹ <http://www2.planalto.gov.br/especiais/caderno-destaques/marco-2012/gestao-em-destaque/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>

Nesse íterim, o programa “Crack, é possível vencer” foi lançado em dezembro de 2011 pelo Governo Federal com o objetivo de trabalhar em parcerias com municípios, estados e sociedade a partir dos seguintes eixos: Prevenção, Cuidado e Autoridade.

Recursos federais no total de 4 bilhões, até 2014, estão previstos para ações de orientação da população, capacitação de profissionais, aumento da oferta de tratamento e atenção aos usuários, além do enfrentamento ao tráfico de drogas.

Com relação à *Prevenção* conta-se com capacitação de profissionais das redes de saúde, segurança pública, educação, assistência social, justiça, operadores do direito, lideranças religiosas e comunitárias; e disseminação contínua de informações e orientações sobre crack e outras drogas; prevenção do uso de drogas nas escolas, centros de referência para capacitação presencial e à distância; informação, comunicação e publicidade.

No *Cuidado*, segundo eixo do programa, as diretrizes estão definidas em serviços diferentes para necessidades distintas: ampliar a oferta de serviços; rede SUS preparada para atendimento; reinserção social e apoio integral aos usuários e famílias.

Entre as ações determinadas estão à atenção ao usuário nos locais de concentração de uso de crack, atendimento especializado para o usuário e as opções de acolhimento, com consultórios na rua com equipes de profissionais de saúde, tendo como foco a população de rua, utilizando-se de abordagem social acompanhada, atendimento e encaminhamento para outras unidades de saúde e assistência social (Centro de Referência de Assistência Social – CRAS; e Centro de Referência Especializada de Assistência Social – CREAS); CAPS AD 24h, enfermarias especializadas para tratamento hospitalar aos casos de abstinências e intoxicações graves e internação de curta duração até a estabilidade clínica; unidades de acolhimento adulto e infanto-juvenil no controle da abstinência em parcerias com instituições e entidades sem fins lucrativos; e comunidades terapêuticas.

O terceiro eixo, *Autoridade*, conta com parcerias estatais e municipais para promover espaços urbanos seguros; fortalecer as ações de inteligência e investigação, em integração com as forças estaduais, enfrentando o tráfico de

drogas e o crime organizado com intervenção às cracolândias¹⁰, se adequando à legislação e articulando com as áreas de saúde e assistência social.

O enfrentamento ao tráfico de drogas e organizações criminosas do programa “Crack, é possível vencer”, foi elaborado de forma adequada aos projetos de Lei de autoria do Poder Executivo e Legislativo. O poder executivo enviou ao Congresso Nacional dois Projetos de Lei (PLs): o primeiro institui o Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública, Prisionais e sobre Drogas (Sinesp), e o segundo altera o Código de Processo Penal e a Lei de Drogas que agiliza o processo de incineração de drogas ilícitas e de alienação de bens advindos do tráfico de drogas. Além de haver outros três PLs em tramitação no Congresso sobre a tipificação do crime de participação em organização criminosa; lavagem de dinheiro; e prisão preventiva de estrangeiros a partir de alerta (difusão vermelha) da Interpol.

Outra característica do programa é que ele está alinhado ao Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública, Prisionais e sobre Drogas (SINESP) – instituído pela Lei nº 12.681, de 4 de julho de 2012 –, que tem como objetivos principais estabelecer procedimentos sobre coleta, análise, sistematização, integração, atualização, interpretação de dados e informações de segurança pública, do sistema prisional e de execução penal e enfrentamento do tráfico de crack e de outras drogas ilícitas; promover a elaboração de estudos que visem à integração das redes e dos sistemas de dados e informações relacionados à segurança pública, ao sistema prisional e execução penal, e ao enfrentamento do tráfico ilícito de drogas; formulação, implementação, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas relacionadas com segurança pública, sistema prisional e de execução penal, enfrentamento do tráfico ilícito de crack e de outras drogas ilícitas; outrossim a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

Uma pesquisa realizada recentemente (2013) pela Fundação Fiocruz¹¹, como parte do plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e idealizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), indicou o perfil da população usuária de crack no Brasil, revelando perfis diferentes.

¹⁰Local onde dependentes do crack costumam se reunir para utilizar, trocar e comercializar a droga. A cracolândia mais famosa no Brasil localiza-se no centro de São Paulo.

Fonte: <http://www.infoescola.com/drogas/cracolandia/>

¹¹A referente pesquisa não foi publicada integralmente até a data na qual a pesquisa monográfica foi realizada. <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>

Nas capitais do país e distrito federal, estima-se que o número de usuários de drogas ilícitas em geral, exceto a maconha, é de aproximadamente um milhão, sendo que 370 mil são usuários de crack e/ou similares, e deste último número 14% é menor de idade, o que representa 50 mil crianças e adolescentes, aproximadamente (usuários nas capitais do país).

Desses usuários, cerca de 80% consomem o crack e similares em espaços públicos ou de fácil visualização, sendo que, não necessariamente, sejam moradores de rua. Revelando a maioria de homens (78,7%) com idade média de 30 anos, e predominantemente “não-brancos”. Observou-se também que poucos cursaram ou completaram o ensino médio, e ainda menos o curso superior. Outrossim, a pesquisa aponta o nordeste como a região com maior concentração de usuários de crack.

Esses dados são essenciais para a criação de políticas públicas com estratégias de prevenção e tratamento mais efetivos, direcionadas às diferenças quantitativas de cada macrorregião; e ao número de usuários que demonstra-se preocupante, principalmente no que se refere a população de crianças e adolescentes, dentre outras.

4. A DEPENDÊNCIA QUÍMICA ENQUANTO TRANSTORNO MENTAL

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% das populações das cidades de todo o mundo consomem abusivamente drogas psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (Alarcon, 2012).

Pesquisas indicam que acidentes e violência estão ligados ao uso de álcool e drogas. Para isso é importante entender em que condições as drogas são determinantes para uma maior exposição das pessoas a comportamentos de risco, incluindo os efeitos inerentes aos hábitos culturais e os provocados pelas legislações que procuram regular esses hábitos quando relacionado ao uso de drogas (Alarcon, 2012).

4.1 A atenção aos indivíduos com transtorno mental no Brasil

A loucura, durante muito tempo, foi percebida de forma estigmatizada, excluindo os indivíduos que sofriam transtorno mental do convívio em sociedade. Atualmente tais indivíduos são vistos como cidadãos com direito assegurados por lei, no entanto, culturalmente, ainda persiste uma visão equivocada sobre a “loucura”. Neste sentido, torna-se necessário reconhecer a desinstitucionalização como “um processo ético de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (Amarante, 1995).

No Brasil, com a chegada da Família Real desponta a psiquiatria, a qual intervém no comportamento considerado desviante e inadequado às necessidades do acúmulo de capital, isolando os indivíduos. Nesta ótica, os manicômios e asilos se expandiram reproduzindo a lógica da mercantilização da loucura e, conseqüentemente, a não viabilização de direitos aos ditos alienados (Poz, 2012).

O atendimento aos indivíduos com transtorno mental, ao longo do tempo, compilou diferentes concepções e formas de tratamento da doença. Até a década de 80 do século XX, os doentes eram isolados da comunidade e ocupavam leitos

manicomiais em prolongadas internações, sendo tratados de forma excludente e preconceituosa.

Deparados com essa realidade, surgem movimentos questionadores visando romper a trajetória manicomial brasileira, tendo como principal inspiração a experiência de Trieste, na Itália, liderada por Franco Basaglia, o qual institucionalizou a Lei 180, sendo esta responsável pelo fim dos manicômios e a restituição dos direitos dos indivíduos com transtorno mental naquele país. Influenciado pela proporção da reforma psiquiátrica italiana de 1978, eclode no Rio de Janeiro, o movimento dos trabalhadores de saúde mental (MTSM), objetivando denunciar as condições de tratamento destinado aos indivíduos com transtorno mental nos hospitais psiquiátricos (Bisneto, 2011).

O movimento da Reforma Psiquiátrica surge em consonância com o da Reforma Sanitária brasileira; ambos questionam as condições precárias de saúde, a mercantilização dos serviços prestados, bem como o descaso com os usuários do setor. Tomou força na década de 90, modificando algumas formas jurídicas e acordando questões de políticas públicas voltadas para a saúde mental.

Neste sentido, a 8^a Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, foi responsável pela proposição do Sistema Único de Saúde. Este sistema caracteriza-se pela universalização e descentralização dos serviços, pela participação dos sujeitos envolvidos, pregando assim a integralidade e a igualdade na saúde.

Em 1987, na cidade de Bauru-SP foi realizado o II Congresso Nacional do MTSM, o qual concretizou o Movimento da Luta Antimanicomial (com o lema inspirado na reforma italiana: “Por uma sociedade sem manicômios”), e em 1988 com a promulgação da Constituição Federal inaugurou-se um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social¹², que traz elementos essenciais para fortalecer a universalização da assistência, pois assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado.

¹²Sistema de proteção social com medidas públicas contra as privações econômicas e sociais, que são “(...) enfrentadas, pela via da política de seguridade social, pela oferta pública de serviços e benefícios que permitam em um conjunto de circunstâncias a manutenção de renda, assim como o acesso universal à atenção médica e socioassistencial” (Jaccoud, 2009, p. 62-63). A seguridade social está organizado em três pilares: o primeiro é constituído pela política de previdência social, de caráter contributivo e visa garantir renda para as situações de risco como invalidez, velhice ou tempo de trabalho; o segundo pilar é constituído pela política de assistência social, de caráter não contributivo e acessível a todos; e o terceiro é a política de saúde implementado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, que tem como complemento o princípio de equidade e integralidade (Jaccoud, 2009).

Diante desta conjuntura, foram notáveis algumas mudanças no paradigma tradicional, pois se alterou a maneira de ver e cuidar a saúde mental, tornando as iniciativas de tratamento mais humanizadas. Nesse cenário foi construído o primeiro instrumento legal de defesa dos direitos dos usuários com transtorno mental, o Projeto de Lei 3.657/89 denominado popularmente “Lei Paulo Delgado”, o qual propõe a oferta de leitos manicomiais financiados com dinheiro público, redireciona os investimentos para outros dispositivos assistenciais não-manicomiais e torna obrigatória a comunicação oficial de internações feitas contra a vontade do paciente.

Após doze anos em trâmite, em 2001 foi sancionada a lei 10.216, que legaliza os direitos civis e sociais dos indivíduos com transtorno mental ao substituir o velho paradigma asilar por outro com bases comunitárias. Em suma, a lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos; redireciona o modelo assistencial de saúde mental; e determina, progressivamente, extinção dos manicômios no Brasil.

Com a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos, são instalados serviços substitutivos, os quais objetivavam a garantia dos direitos básicos de assistência aos portadores de transtorno mental, que fora antes ignorados. Atribuiu-se ao campo da assistência em saúde, às diretrizes para o atendimento nos serviços de saúde mental, legalizando, pela Portaria nº 224/92, a normatização de alguns serviços, como o atendimento ambulatorial com serviços de saúde mental (unidade básica, centro de saúde e ambulatório); Centros e Núcleos de atenção psicossocial (CAPS/NAPS); Hospital-Dia (HD); serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral; leito psiquiátrico em hospital-geral; além de definir padrões mínimos para o atendimento nos hospitais psiquiátricos, até que o surto seja contido; e residências terapêuticas para pacientes de longa permanência.

Cabe ainda mencionar a relevância dos movimentos sociais na luta antimanicomial, uma vez que, os próprios usuários dos serviços aderiram a efetivação dos princípios da reforma psiquiátrica. Estes deram fôlego à implementação do projeto de lei 10.708/2003, que regulamentou inclusive o projeto de lei “De volta pra casa”, uma estratégia para desinstitucionalização dos pacientes, responsável pela retirada dos indivíduos dos hospitais manicomiais, cujo histórico era de longo período de internação.

O Estado, por sua vez, com a implementação da Política Nacional de Saúde Mental – tendo como princípio norteador o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional –, torna-se o responsável por

“reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e em hospitais; incluir as ações da saúde mental na atenção básica” (Lei 10.216 de Saúde Mental, 2001).

Assim, os espaços fechados de tratamento ao dependente químico passam a ser observados como espaços explícitos de relações de dominação daquele que exerce o poder “terapêutico” sobre o cidadão, isento de direitos, e detido ao abuso institucional. As críticas feitas aos hospitais psiquiátricos estendem-se também às comunidades terapêuticas, às clínicas privadas e aos grupos de mútua ajuda, que à “princípio entenderiam a saúde pela simplificação unicausal e institucionalizariam o sujeito” (Alarcon, Belmonte & Jorge, 2012, p.73).

4.2 Dependência química: conceito, diagnóstico e tratamento.

A dependência química – identificada como transtorno mental pelo modelo biomédico - só foi discutida recentemente a partir das transformações críticas da psiquiatria, sendo caracterizada por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, em que o uso de substâncias psicoativas alcança uma prioridade maior para o usuário que outros comportamentos anteriormente mais valiosos.

O diagnóstico e tratamento precoces da dependência química têm papel fundamental no prognóstico desse transtorno, que se amplia, de um ponto de vista global de prevenção e promoção da saúde, e se complica, já que, de maneira geral, há expressivo despreparo e desinformação das pessoas que lidam com o problema, sejam elas usuários, familiares ou mesmo profissionais (Alarcon, 2012, p. 132).

Verificado o uso, deve-se avaliar primeiramente se o caso está relacionado de fato com a dependência química ou se diz respeito apenas à experimentação, ou, ainda, ao “uso abusivo sem dependência”, levando-se em consideração casos

isolados de comportamento considerado normal em determinado contexto cultural. Por ser um fenômeno que permeia todas as áreas possíveis da vida de um indivíduo, uma indicação de dependência se torna complexa requerendo diagnóstico interdisciplinar, na qual a equipe juntamente com o próprio usuário e a família contribuam com estratégias de transformação. Estratégias, essas, que devem levar em consideração não apenas a abstinência ou a exclusiva redução de danos, mas também perspectivas exequíveis e sedutoras para o dependente (Alarcon, 2012).

Na área médica, identifica-se o tipo de usuário segundo a maneira pela qual ele incorpora o uso de drogas ao seu cotidiano. É chamado de experimentador, o que faz uso esporádico com pouco impacto sobre a própria saúde; o usuário social ou recreativo utiliza a droga de forma controlada, mesmo por repetidas vezes, sem a ocorrência de alterações em suas funções orgânicas, psicológicas e sociais. O abuso ou uso nocivo é considerado quando extrapola os valores médicos e culturais aceitos quanto à quantidade, frequência de uso e via de administração.

O abusador apresenta recorrentes intoxicações, com diversos prejuízos, sejam físicos psicológicos ou sociais. Já a dependência química é explicada em termos diagnósticos, segundo o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 1995), pela autoadministração repetida de drogas, que em geral leva à tolerância, à abstinência e a um padrão compulsivo de uso, com histórico evolutivo de, no mínimo, 12 meses. (ALARCON, 2009, p.134).

É estabelecido um padrão característico da dependência:

(...) o uso da substância em dose e/ou tempo acima do pretendido inicialmente; o fracasso em diversas tentativas de controlar ou reduzir o uso da substância; o tempo excessivo gasto para a recuperação dos efeitos ou para a aquisição da droga; uma importante disfunção social, com redução drástica de atividades recreativas e ocupacionais; a manutenção peremptória do uso da substância mesmo diante do reconhecimento das perdas sociais, econômicas e afetivas (ALARCON, 2009,p. 136).

Outro critério é baseado nas definições e diretrizes diagnósticas da Classificação Internacional de Doenças, a CID 10. Essa classificação abrange seis critérios, e com pelo menos três desses critérios apresentado, a pessoa é considerada dependente.

Há dois critérios biológicos, abstinência e tolerância, e quatro critérios que incluem elementos cognitivos: desejo compulsivo; dificuldades de autocontrole; dificuldade de se proteger dos danos evidentes provocados pelo uso; e restrição dos interesses e

ampliação progressiva do tempo despendido com a droga (ALARCON, 2009, p. 136).

O diagnóstico interdisciplinar deve ser amplo para a construção de um projeto terapêutico consistente, em que permita a equipe de saúde construir juntamente com o usuário e seus familiares um projeto terapêutico com estratégias de cuidado individual. O objetivo é estabelecer com o indivíduo a possibilidade de problematizar o universo cultural e relacional através da identificação ou não da sua territorialidade¹³. Essas ligações territoriais podem estar frágeis ou rompidas tornando difícil, ou até impossível, a autoconstrução da própria identidade.

Assim, a função de um projeto terapêutico interdisciplinar é servir de mediador e guia para a problematização dessas relações, apresentando objetivos próprios ao pressuposto da atenção psicossocial de evitar a institucionalização e cuidar das condições para autonomia individual (ALARCON, 2009, p. 141).

São também funções da equipe terapêutica:

(...) facilitar a construção de redes sociais solidárias de promoção da saúde como qualidade de vida; mobilizar os recursos da rede de atenção das comunidades (serviços residenciais terapêuticos, casas de passagens ou abrigos, grupos de ajuda mútua, comunidades terapêuticas, centros culturais e de convivência, oficinas terapêuticas, hospitais e clínicas etc); e apoiar o desenvolvimento das competências dos indivíduos e das famílias (ALARCON, 2009, p. 142-143).

A problematização tem como objetivos, entre outros, tornar o indivíduo construtor de sua própria independência; reforçar autoestima; redescobrir e reforçar a confiança do indivíduo; problematizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece por meio de valores culturais; prevenir e combater situações de desintegração do indivíduo com a família, e fortalecer os laços sociais; tornar possível a comunicação entre as formas do saber popular e o científico; estimular a participação social.

4.3 O papel da família

¹³“sinônimo de mundo próprio [...]. Ao se considerar a territorialidade, deixa-se de considerar o território como sinônimo de lugar [...] e passa-se a considerá-lo como algo construído a partir de determinadas práticas humanas, que incluem dimensões do saber, do poder e da subjetivação” (Alarcon, 2008, p. 141)

As ações de cuidado em saúde mental, “para serem participativas, dialógicas e pactuadas devem contemplar uma multiplicidade de olhares sobre as avaliações e as decisões: ao lado do olhar do gestor e do planejador, há o olhar do usuário, do familiar e do técnico.” (Duarte, 2013, p. 85)

Na atualidade, subsequente à reforma psiquiátrica, há grandes desafios frente ao processo de desinstitucionalização da loucura, do doente mental e a sua relação com a família. (Duarte, 2013)

As consequências da reforma psiquiátrica refletem de forma direta sobre a família dos portadores de transtorno mental, (...) e a relação com os serviços de saúde mental. Essa família ora é vista como suporte, recurso, provedora de cuidados, ora é vista de forma negativa, incômoda, e culpabilizada, na maioria das vezes, pelos técnicos nos serviços públicos de saúde mental. No entanto, na contramão dessa tendência hegemônica, vemos aparecer na cena política e institucional associações de usuários e familiares, que se colocam como sujeitos de direitos e protagonistas nos espaços públicos dos serviços de saúde, em geral, e da saúde mental, em particular, construindo a espera pública e o controle social no referido campo. (Duarte, 2013, p. 76)

No cuidado ao portador de transtorno mental, há uma sobrecarga significativa para a família, referente ao financeiro, desenvolvimento ou à quebra da rotina familiar e manifestações de doenças físicas e emocionais. Essa sobrecarga provoca atitudes de incompreensão familiar quanto à desinstitucionalização do doente mental, até rejeição, culpa e vergonha (Duarte, 2013).

Mesmo no contexto pós-reforma psiquiátrica, o preconceito “ainda é presente para os ditos loucos em suas formas singulares de andar a vida social” (Duarte, 2013, p. 84). O mesmo autor define:

“[o preconceito] pode ser definido como um conjunto de práticas sociais e constrangimentos sociopsicológicos que se manifestam de forma plural em nossa sociedade, tais como: violências simbólicas, agressões físicas e verbais, silêncios, recusas de direitos etc.” (Duarte, 2013, p. 84).

Os familiares-cuidadores do portador de transtorno mental passam por cotidiano de tensão, conflitos, angústias, e se encontram, na maioria das vezes desorganizadas, envergonhadas e estigmatizadas. (Duarte, 2013, p.88).

Goffman (1988), explica o significado do que um estigma representa ao indivíduo:

“As atitudes que nós, normais, temos com uma pessoa com um estigma, e os atos que empreendemos em relação a ela são bem conhecidos na medida em que são as respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construimos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu conteúdo original” (Goffman, 1988, p.14-15).

Desse modo, vê-se a necessidade de um tipo de abordagem diferente, de suporte acolhedor, para com essas famílias por se encontrarem em situação de vulnerabilidade social. Pois, enquanto primeiro grupo social do ser humano, a família é responsável pela transmissão de valores e padrão sociocultural de conduta; é a ponte inicial do indivíduo com a sociedade (Rezende, 1997).

Qualquer usuário de drogas tem como identidade primária um lugar na família: pai, mãe, filho, esposa, marido etc. A ressocialização do indivíduo é melhor efetivada quando os indivíduos conseguem “se reconhecer ou se apropriar dos objetos ou das relações que eles mesmos participam ou criam enquanto partes constitutivas do homem social” (Bisneto, 2011, p. 186). Para tanto, vê-se a importância, também, de desconstruir a cisão entre o usuário de drogas e sua família, realizando práticas assistenciais que se debruçam sobre todos como família, respeitando a singularidade de cada membro.

5. O TRABALHO INTERDISCIPLINAR NOS CAPS AD

5.1. Percurso Metodológico e Conjuntura Institucional.

A pesquisa ora esboçada foi realizada no CAPS ad Vale Viver, localizada no município de Santo Antônio de Jesus, a fim de entender por meio do olhar de uma equipe multidisciplinar o que se constitui como interdisciplinaridade e se ela é possível na prática cotidiana.

Na perspectiva de uma primeira aproximação ao tema e com vista a estimular o profissional a pensar e expressar livremente sobre o assunto em questão foi realizada uma pesquisa de cunho qualitativo e caráter exploratório, usando como instrumentos metodológicos a entrevista estruturada com cinco questões, a qual visava compreender a concepção da equipe à interdisciplinaridade, bem como se consideram possível a reinserção social do dependente químico. Outrossim, um questionário com nove perguntas aplicado à coordenadora, com a finalidade de compreender a conjuntura institucional.

O objetivo geral da pesquisa constituía-se em entrevistar toda a equipe técnica da instituição, composta por cinco profissionais, a saber: assistente social, enfermeira, farmacêutico, psicóloga e psiquiatra. No entanto, devido à distância, os diferentes horários de atuação dos profissionais, além do pouco tempo disponível para realizar a entrevista – fatores que dificultaram ainda mais a pesquisa –, não foi possível realizar a entrevista com o médico psiquiatra da instituição. Importante mencionar que, devido às dificuldades encontradas, foi impossível a execução da pesquisa presencial com duas profissionais da equipe, a assistente social e psicóloga, mas estas se mostraram dispostas a contribuir com a pesquisa sugerindo responder o roteiro da entrevista via e-mail, e assim foi feito.

O primeiro instrumento utilizado foi o questionário, o qual foi respondido pela coordenadora/enfermeira, e através dele foram obtidos dados referentes à conjuntura institucional.

O CAPS ad Vale Viver, localizado no município de Santo Antônio de Jesus¹⁴, foi inaugurado em 25 de setembro de 2008, é um serviço de saúde pública, vinculado à Secretaria de Saúde do município, regulamentado pelo sistema único de saúde (SUS) e disponibiliza serviço de média complexidade destinado ao tratamento de pessoas com transtornos mentais devido ao uso de drogas psicoativas (álcool, cigarro e outras drogas).

A instituição é regulamentada pela portaria n° 336/GM¹⁵, e ao garantir o direito ao acesso daqueles que demanda por essa política de saúde mental, assegura a não violação desse direito. Como proposta pela portaria mencionada a instituição está apta e com capacidade para realizar prioritariamente atendimento a pacientes que faz uso de drogas (lícitas ou ilícitas), nesse sentido estão cadastrados 833 usuários, porém, desse número, apenas 201 pessoas tem frequência assídua. Considerando este universo, de pessoas que freqüentam o centro, aproximadamente 85% são homens e 15% mulheres, a maioria de cor parda, baixa renda, desempregados, com escolaridade definidas em primeiro grau incompleto.

Foi questionado sobre os possíveis motivos da evasão, porém não há levantamento a este respeito. Houve mudança de gestão recentemente, e o levantamento de dados estaria em trâmite (no momento em que a pesquisa foi feita) para, posteriormente, serem feitas visitas domiciliar que subsidiam tal investigação.

No que se refere aos recursos humanos, é assegurado o atendimento com uma equipe de trabalho composta por, além dos entrevistados, um psiquiatra, um professor, um agente administrativo, um técnico de enfermagem, uma cozinheira, um auxiliar de serviços gerais, oficinairos, vigilante e um guarda municipal.

O primeiro contato entre o dependente químico e o CAPS ad, segundo a coordenação, é feito através de demanda espontânea, por meio de solicitação de parentes amigos, encaminhamentos dos serviços de saúde (CAPS, hospitais, USF, Unidade Básica de Saúde, etc.). Antes de começar a desenvolver as atividades disponibilizadas no CAPS ad, é feito uma triagem com o indivíduo que demanda pelo

¹⁴ "Santo Antônio de Jesus é um município brasileiro do estado da Bahia localizado na região do Recôncavo Sul. Sua população, segundo a estimativa do IBGE, realizada em 2013, é de 99.407 habitantes. Tem importância como centro comercial e de serviços em todo o recôncavo, sendo assim considerada a "Capital do Recôncavo". Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Santo_Ant%C3%B4nio_de_Jesus

¹⁵Essa portaria regulamenta os CAPS, e nela são delineadas e especificadas as principais características, as atividades e os recursos humanos que devem compor cada modalidade de serviço.

serviço; bem como um acolhimento, feito por meio da consulta psiquiátrica. em seguida é elaborado o projeto terapêutico individual (PTI).

Esse programa é construído junto com o usuário e o profissional; tem como finalidade demonstrar a modalidade (intensivo, semi-intensivo e não intensivo) e então, coloca-se os dias que cada um deverá frequentar a instituição e as atividades que realizarão. Ou seja, o PTI constitui-se como um plano para o usuário, onde além do mencionado, será analisada a evolução ou regressão do tratamento psicossocial. No mais, são ofertadas as consultas individuais com o usuário e com a família, oficinas e atividade em grupo e o programa de Educação de Jovens e Adultos (EJA).

As atividades desenvolvidas são divididas durante a semana e são elas: a “jardinagem”; o “Auto Cuidado”, atendimento individual realizado pelo técnico de enfermagem no cuidado básico e higiene do usuário; “Momento Musical”, em parceria com o professor de música do CAPS Nova Vida, também de Santo Antônio de Jesus; grupos de Educação Ambiental, Grupo de Mulheres, Grupo da Família, Grupo AA, além dos grupos executado pelo (PET)¹⁶ – PET-Saúde Mental/Crack, Álcool e outras drogas¹⁷ e estagiários (Grupo de Violência e grupo de final de semana); e pela tarde é realizado EJA – Educação de Jovens e Adultos.

O CAPS ad ao desenvolver essas atividades supracitadas coloca o indivíduo em contato com a sociedade, viabilizando o proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

5.2 Interdisciplinaridade na Saúde Mental.

Como pontuado nos capítulos anteriores, percebe-se a importância do trabalho interdisciplinar para o processo de recuperação do dependente químico. Com o advento da reforma psiquiátrica, além da busca pela desinstitucionalização dos usuários psiquiátricos que propunha a mudança do modelo assistencial

¹⁶“O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET) é “desenvolvido por grupos de estudantes, com tutoria de um docente, organizados a partir de formações em nível de graduação das Instituições de Ensino Superior do país, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.”
Fonte: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12223&ativo=481&Itemid=480

¹⁷ PET desenvolvido pelo Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) Fonte: <http://www.ufrb.edu.br/crr/pet>

ênfatizando a inclusão social das pessoas com transtorno mental, uma nova concepção de trabalho apareceu simultaneamente.

Nesse contexto, a interdisciplinaridade foi uma das concepções que contribuiu para a construção de um olhar sobre o trabalho em equipe nos serviços substitutivos em saúde mental, o qual tinha o intuito de articular os saberes profissionais de forma a tratar o indivíduo não apenas como o doente, mas e, sobretudo, observando os fatores psicossociais que envolvia aquele sujeito. Esse pressuposto corrobora com o pensamento e prática da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que coloca a saúde não apenas como ausência de doença, porém como uma articulação de determinantes sociais¹⁸.

O conceito interdisciplinar se relaciona com outros termos, tais como a multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade auxiliar, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. O primeiro constitui-se como uma gama de disciplinas, onde não existem relações entre elas; não existe cooperação, objetivos e de um só nível. A pluridisciplinaridade é uma “justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas” (Vasconcelos, 2008, p. 45); é de objetivos múltiplos com cooperação, porém sem coordenação.

Por conseguinte, temos o termo interdisciplinaridade auxiliar a qual é baseado na “utilização de contribuições de uma ou mais disciplinas para o domínio de uma disciplina existente, que se posiciona como campo receptor e coordenador das demais” (Vasconcelos, 2008, p. 45); aqui existem dois níveis, de coordenação hegemônica.

Transdisciplinaridade, por sua vez, distingue-se pela “coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do campo, sobre a base de uma axiomática geral compartilhada; criação de campo com autonomia teórica, disciplinar ou operativas próprias” (Vasconcelos, 2008, p. 46). Possui objetivos e níveis múltiplos, de horizontalização das relações de poder, com coordenação que visa uma finalidade comum dos sistemas.

¹⁸ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) —qualidade de vida é a percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta suas metas, suas expectativas, seus padrões e suas ocupações.

Japiassu (1976) diferencia de forma sucinta o que é multidisciplinar,

Quando nos situamos no nível do simples multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de empréstimo a duas ou mais especialidades ou setores do conhecimento, sem que as disciplinas levadas a contribuir por aquela que as utiliza sejam modificadas ou enriquecidas (JAPIASSU, 1976 apud Shine & Strong, p. 196).

É um agrupamento intencional ou não de conhecimentos sem, no entanto, haver uma busca real de objetivos comuns. Já com relação à interdisciplinaridade, o referido autor afirma:

(...) a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa. [...] O fundamento do espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares (JAPIASSU, 1976 apud Shine & Strong, p. 200).

A definição geral da interdisciplinaridade, segundo Vasconcelos (2008) caracteriza-se pelo “sistema de dois níveis e de objetivos múltiplos”, a coordenação procede do nível superior e de tendência à horizontalização das relações de poder (Vasconcelos, 2008, p. 46).

Desta forma, o termo interdisciplinaridade pressupõe um trabalho coordenado e com objetivo comum, partilhado por vários ramos do saber, de forma integrada e convergente, o que permite fazer uma interlocução com a base da atuação profissional no CAPS ad. Em contrapartida, na prática interdisciplinar há o desafio pela busca da unidade, na qual a equipe tem a incumbência de ultrapassar as próprias diferenças particulares. Tendo em vista que a troca de conhecimentos permite a complementariedade de cada área, buscando a superação de entraves em prol da efetividade no processo de reinserção dos dependentes químicos.

Assim, neste processo de aproximação sucessiva às possibilidades de reinserção social do dependente químico, um dos objetivos dessa pesquisa é o de saber qual a concepção que a equipe do CAPS ad de Santo Antônio de Jesus entende por interdisciplinaridade e se ela, de fato, acontece na prática cotidiana, não se confundindo com a multidisciplinaridade, bem como os limites encontrados pela equipe para a sua realização.

A concepção dos profissionais quanto à interdisciplinaridade é percebida quando dita por um dos profissionais que acredita na sua importância e compreende

como “interação entre os saberes de cada disciplina” e complementa: “Por exemplo, o trabalho do CAPS ad é complexo e com várias problemáticas sem respostas prontas, é necessário um trabalhando em conjunto para proporcionar uma aprendizagem muito mais rica e estruturada, com único propósito e construir novas soluções para o serviço.” Também entendido por outro profissional em “poder transitar entre os mais diversos campos de saber e atuar assim nas mais diferentes frentes de cuidado”.

Porém, através de outros profissionais foi perceptível a dificuldade na compreensão do interdisciplinar, confundindo com a multidisciplinaridade, embora entendam a importância da questão discutida: “É uma forma ideal e importante para o serviço. Tratar o paciente fazendo ele passar por todos os profissionais, sabendo que cada um com sua importância para o tratamento do paciente”.

O trabalho da equipe da instituição é assim dividido: o trabalho do farmacêutico “é orientar o paciente sobre o melhor uso da medicação, informando todas as possíveis reações e interações que o medicamento pode ocasionar. É feito trabalho de atenção farmacêutica, onde através deste possibilita ter informações essenciais no tratamento”.

Segundo a enfermeira, seu trabalho é realizar consulta individual, acolhimento em grupo e dispensação de medicação. Já o trabalho do assistente social dentro do CAPS ad “é diverso e muito dinâmico. Iniciando com atendimento individual e escuta qualificada até o atendimento familiar; visita domiciliar; terapia em grupo; trabalho interno e burocrático; elaboração de eventos, relatórios e encaminhamentos. Sempre fazendo prevalecer o direito do usuário”.

Segundo o psicólogo, seu trabalho no CAPS ad “é oferecer um espaço diferenciado de escuta e acolhimento para os usuários do serviço, que se estende também a seus familiares. Estas ações são desenvolvidas no espaço de grupo ou individual, tanto no espaço da instituição quanto no ambiente domiciliar do indivíduo. O psicólogo tem um olhar mais direcionado aos aspectos emocionais e subjetivos que estão envolvidos na vivência que cada indivíduo possui com a substância psicoativa, visto esta é uma experiência muito particular”.

Os trabalhos dos profissionais supracitados foram descritos pelos mesmos, sem que tenham referido em momento ao trabalho interdisciplinar. Apenas um profissional afirmou: “É feito trabalho de capacitação e treinamento com toda a equipe visando uma maior sintonia de todos”. Também referiu-se a reuniões

realizadas mensalmente, nas quais “são abordados casos clínicos”, “proposta semanal com a equipe técnica”, com objetivos de “listar os avanços e dificuldades no dia a dia do serviço”, “ajustar (...) o serviço oferecido aos pacientes”; bem como, “promover um diálogo mais eficaz com todos os integrantes da equipe a fim de uma maior coesão e qualidade no atendimento prestado a comunidade”.

Embora alguns profissionais guardassem coerência teórica com a concepção de interdisciplinaridade e demonstraram conhecimento técnico acerca de sua especificidade profissional, não foi percebida a realização de um trabalho interdisciplinar completamente efetivo em sua prática. Analisando essas informações podemos inferir que a formação profissional nas graduações dá pouca atenção à educação para a interdisciplinaridade, pois só conhecer os conceitos e saber a diferença entre eles não levará a uma prática interdisciplinar.

Em suma, todos os profissionais concordaram que a reinserção do dependente é possível por meio de ações conjuntas entre governos, profissionais qualificados e competentes; o apoio da família e medidas de redução de danos, incentivando autonomia do indivíduo “para que eles desenvolvam uma postura mais ativa no seu processo de tratamento (...) considerando o indivíduo no seu contexto social”, para que ele se sinta apto a desenvolver suas atividades como todo e qualquer cidadão, e para isso é necessário que esse usuário faça seu acompanhamento terapêutico sem ser retirado do convívio social e “com a força de vontade dos dependentes”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, ao longo da abordagem ora apresentada, demonstrar como a droga sempre esteve presente na história da sociedade sob influência direta do contexto histórico, econômico, cultural e social, tornando-se um problema de saúde pública apenas recentemente, quando elevou-se o número de pessoas usando, bem como a forma e frequência do uso.

Contudo, estudos também apontam que, na contemporaneidade, observam-se baixos índices de sucesso no tratamento do dependente químico (Pratta, 2009). E diversos fatores podem contribuir para tal insucesso, tanto vindo do próprio dependente quanto das políticas públicas, bem como da equipe que acompanha o processo de recuperação do sujeito. Diante do explanado, vê-se a constante busca pela compreensão da droga enquanto problema social e os percalços encontrados no enfrentamento a ela, assim como no tratamento de seus dependentes.

Importa mencionar aqui, que os dependentes químicos, no caso da pesquisa, também portadores de transtorno mental, têm direito a cidadania e a igualdade assegurada pelo direito à assistência integral; de receber atendimento adequado ao seu quadro clínico em serviços de assistência (CAPS, ambulatório de saúde mental, residência terapêutica, centro de convivência e cultura, Hospital Dia, Hospital Psiquiátrico, Hospital de Custódia e Tratamento psiquiátrico). Além do direito à reabilitação psicossocial, ainda lhe é assegurado o convívio familiar e social, o direito à educação (incluindo o acesso à educação por meio de oferta de classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar); direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), dentre outros.

Todos os cidadãos – independente de terem ou não um diagnóstico de transtorno mental –, têm direitos iguais perante a lei. Desta forma, é necessário observar as particularidades das pessoas com transtornos mentais e, como garantido constitucionalmente, assegurar o princípio da equidade, adotando-se uma postura de respeito e sem discriminação.

Nesse contexto, é relevante situar e analisar as características da política de promoção de saúde, a qual percebe a necessidade de criar estratégias que visem à transformação da desigualdade, informando e capacitando o indivíduo para que tenha melhores condições de vida, levando-o a se identificar com o contexto em que

vive. Para assegurar o tratamento sem discriminações, é importante a participação não apenas dos diferentes grupos e de suas famílias, mas e, sobretudo, do estado, o qual tem a responsabilidade de elaborar e gerir políticas públicas que asseguram os direitos dessa parcela da população.

Dentro desse contexto de políticas públicas, após o institucionalizado na reforma sanitária e psiquiátrica, o tratamento da dependência química passou a considerar, além dos aspectos orgânicos e psicológicos, as perspectivas sociais, políticas, econômicas, legais e culturais desse fenômeno, considerando e respeitando o indivíduo em sua totalidade e subjetividade. Afinal, falar em uso de drogas perpassa a questão biológica e fala do indivíduo em sua integridade e subjetividade. É preciso também levar em conta para o tratamento do dependente químico, que o problema não está na droga em si, ela pode ser também uma consequência, usada como válvula de escape às dificuldades interiores.

No que diz respeito ao preparo dos recursos humanos para atuar sob essa demanda, a presente pesquisa revelou a percepção dos profissionais sobre a importância do trabalho interdisciplinar para a reinserção do usuário de droga. Contudo, ainda existe uma dificuldade em defini-la, muitas vezes ainda é compreendida como encaminhamento de pacientes de um profissional para outro, como trabalho em equipe e/ou apenas como integração entre os profissionais.

Essa dificuldade tem como uma de suas causas, a mínima ou a ausência de discussões dentro da academia, a qual repercute na formação profissional e gera distorções na prática de suas atividades. Portanto, é necessário formar profissionais mais críticos que possam compreender as demandas e sua prática como uma atividade que se encontra dentro de um cenário mais geral, ou seja, que existe, para além das especificidades profissionais e técnicas, um contexto que incide diretamente sobre cada fator de forma diferenciada.

Além dessa lógica de compreensão do real, é imprescindível realizar ações e investimentos para a prevenção no combate ao uso de drogas – prática que origina o comércio de substâncias psicoativas – mas, também é necessária a prevenção direcionada ao tráfico de drogas, e não apenas o combate, como é feito.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALARCOR, S; JORGE, M. A. S. (org.). **Álcool e outras drogas**: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 346 p.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira In: FLURY, S. (org.) et al. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-186.

BRASIL. **Decreto-lei n. 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, 2010.

_____. **Decreto-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. Diário Oficial da União, Brasília 9 abr. 2001.

_____. **Decreto-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. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2008.

_____. **Decreto-lei n. 12.681 de 4 de julho de 2012**. Dispõe sobre o Conselho Gestor do Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública, Prisionais e sobre Drogas. Brasília, 2013

_____. **Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS)**. Secretaria executiva. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2001.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Coordenação Nacional DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.

BISNETO, J. A. **Serviço social e saúde mental**: Uma análise institucional da prática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 222 p.

CARNEIRO, H. S. As drogas e a história da humanidade. **Revista Diálogos**, São Paulo, p. 14 nov. 2009.

CBN – A rádio que toca notícias. Foz do Iguaçu. Disponível em <<http://www.cbnfoz.com.br/noticias-pelo-mundo/editorial/mundo/29072013-34276-alcool-e-coca-ajudaram-tres-incas-a-consentir-com-sacrificio-diz-estudo>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

DUARTE, M. J. O. Loucura e Família: (Re)Pensando o *Ethos* da Produção do cuidado. In: DUARTE, M. J. O.; ALENCAR, M. M. T.; **Família & Famílias**: Práticas

Sociais e Conversações Contemporâneas. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. Cap. 2, p. 75-94.

INFOESCOLA, Navegando e Aprendendo. c2006-2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12223&ativo=481&Itemid=480>. Acesso em: 10 out. 2013

FONSECA, E., BASTOS, F. 2012. **Os Tratados Internacionais Anti-drogas e o Brasil: Políticas, desafios e perspectivas**. In: Alarcon, S. (Org.). Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada**. [Tradução de Marcia Bandeira de Mello Leite Nunes]. – 4.ed. - Rio de Janeiro: LTC, 1988

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. de. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com doente mental na família**. In Revista Latino-am Enfermagem. Março 2001.

JACCOUD, L. B. Proteção Social no Brasil: debates e desafios. In **Concepção e Gestão da Proteção Social não contributiva no Brasil**. Brasília: MDS/UNESCO, 2009. Cap. 1, p. 57-86.

JUSBRAZIL. Princípio da Proporcionalidade. Ministério da Justiça, c2013. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/292978/principio-da-proporcionalidade>>. Acesso em: 22 set. 2013.

KARAM, M. L. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do Proibicionismo. in: LABATE, B. C. (org.) et al. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. Cap. 1, p. 105-122. 440p.

LABATE, B. C. (org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

MUSSE, L. B. **Novos sujeitos de direito: As pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 200 p.

OBID - Observatório Brasileiro de informações sobre drogas. Ministério da Justiça c2007. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 25 setembro 2013.

PINHO, P. H. et al. **Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde**. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1261-1266. Nov. 2009.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. **O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 25 n. 2, p. 203-211, Abr-Jun 2009.

Políticas sobre Drogas. **Políticas Sobre Drogas**. Ministério da Justiça c2011. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/senad/main.asp?ViewID=%7BD0D73EAF-226D-40A2-8029-3F6E86A407CF%7D>>. Acesso em: 17 agosto 2013.

PORTAL DO PLANALTO. **Plano integral de enfrentamento ao crack e outras drogas**. Portal do planalto, c2013. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/especiais/caderno-destaques/marco-2012/gestao-em-destaque/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>>. Acesso em: 11 out 2013

PORTAL MEC. **Programada de Educação Tutorial (PET)**. Ministério da Educação, c2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12223&ativo=481&Itemid=480>. Acesso em: 10 ago. 2013.

POZ, M. R. D.; LIMA, J. C. de S.; PERAZZI, S. **Força de trabalho em saúde mental no Brasil**: os desafios da reforma psiquiátrica. IN *PhysisRevista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2012.

REZENDE, M. M. **Curto Circuito Familiar e Drogas**: Análise de Relações Familiares e suas Implicações na Farmacodependência. 2. ed. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1997. 128 p.

SHINE, S.; STRONG, M. O laudo pericial e a interdisciplinaridade no poder judiciário in: SHINE, S. (org.). **Avaliação Psicológica e Lei**: Adoção, vitimização, separação conjugal, dano psíquico e outros temas. 2. ed. Casa do Psicólogo, 2008. Cap. 9, p. 191-223.

UFRB - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. **PET**. Centro Regional de Referência para Educação Permanente em Crack, Álcool e Drogas, c2013. Disponível em: <<http://www.ufrb.edu.br/crr/pet>>. Acesso em: 12 out. 2013.

VARGAS, E. V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. in: LABATE, B. C. (org.) et al. **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. Cap. 1, p. 41-64. 440p.

VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) et al. **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. Cap. 2, p. 35-63.

VELOSO, L.; CARVALHO, J.; SANTIAGO, L. “Redução dos danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas.” in **Saúde e Serviço Social**. / Maria Inês Souza Bravo, Ana Maria de Vasconcelos, Andréa de Souza Gama, Giselle LaviniasMonnerat (orgs.). – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p.150-164.

APÊNDICE

I - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A EQUIPE

Identificação:

Nome:

Instituição:

Profissão:

Cargo (no CAPS AD):

1. É possível a reinserção psicossocial e/ou ressocialização e/ou reabilitação do dependente químico? De que forma?
2. Descreva o seu trabalho na equipe do CAPS ad.
3. Qual é a frequência de reuniões de equipe? Quais os objetivos principais dessas reuniões?
4. Qual a sua concepção de interdisciplinaridade?
5. Considera possível realizar o trabalho interdisciplinar no CAPS ad?

II - QUESTIONÁRIO CAPS AD VALE VIVER

Identificação:

Instituição:

Endereço (completo):

Telefone:

e-mail institucional:

Nome e cargo/função (de quem responderá o questionário):

Questões:

1. Como funciona o CAPS ad de Santo Antônio de Jesus? Desde quando?

2. Qual o número de usuários atendidos no CAPS ad de Santo Antônio de Jesus?
3. Com relação ao perfil do usuário do CAPS, existe um levantamento que identifique os itens a seguir? Caso exista, é possível consultar?
 - a. Gênero
 - b. Raça
 - c. Condição Socioeconômica
 - d. Escolaridade
4. Quais os profissionais que compõem a equipe?
5. Como se dá o primeiro contato entre o dependente químico e o CAPS ad?
6. Qual a rotina de trabalho do CAPS ad? (descrever)
7. Quais as atividades desenvolvidas com os usuários? (individual e em grupo)
8. Existe levantamento de dados com relação à evasão? O que dizem estes dados?
9. Existe levantamento de dados em relação ao sucesso de reinserção social/ ressocialização? O que dizem estes dados?