



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

CRISVALTER ROGÉRIO DE ARAÚJO MEDEIROS

**A REINSERÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS SOB O
OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO DA PARAÍBA**

JOÃO PESSOA
2015

CRISVALTER ROGÉRIO DE ARAÚJO MEDEIROS

**A REINserÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS SOB O
OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO DA PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social. Sob orientação da professora Dr^a Maria do Socorro de Sousa Vieira

JOÃO PESSOA
2015

M488r Medeiros, Crisvalter Rogério de Araújo.

A reinserção social de usuários de crack e outras drogas
sob o olhar dos profissionais da rede de atenção da Paraíba /
Crisvalter Rogério de Araújo Medeiros.- João Pessoa, 2015.
167f.

Orientadora: Maria do Socorro de Sousa Vieira

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA

1. Serviço social. 2. Assistentes sociais - atuação -
usuários de drogas. 3. Reinserção social. 4. Políticas públicas -
usuários de drogas.

UFPB/BC

CDU: 36(043)

CRISVALTER ROGÉRIO DE ARAÚJO MEDEIROS

**A REINSERÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS SOB O
OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO DA PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em 22 de abril de 2015.

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Maria do Socorro de Souza Vieira (Orientadora)
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof^a Dr^a Maria de Lourdes Soares
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof^a Dr^a Jadcely Rodrigues Vieira
Universidade do Estado da Paraíba – UEPB

AGRADECIMENTOS

À minha família:

Motivo de tudo na minha vida.

Aos meus pais:

Que me deram o mais importante na vida: a educação

À Vania Maria de Medeiros (esposa):

Pelo incentivo ao meu crescimento pessoal constante.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social:

Pela abnegação em ensinar.

Em especial, à professora Maria do Socorro de Souza Vieira:

Por me inserir em novos horizontes científicos e culturais.

Aos colegas do Mestrado:

Pela convivência profícua.

Aos profissionais:

A todos aqueles que se dispõem, por obrigação, ou de forma voluntária, a contribuir de alguma maneira com a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes químicos.

“Só se abandona uma dependência por outra paixão”.

Griffith Edwards

A droga não é apenas um hábito, é um estilo de vida.
Quando você desistir da droga, você desistiu de um estilo de vida.

William Burroughs

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de analisar a concepção dos profissionais que atuam na rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas, no Estado da Paraíba, acerca da reinserção social, considerada pré-requisito fundamental no atendimento destes usuários. Adotou-se como recurso metodológico a análise de conteúdo das falas de 240 alunos dos cursos de capacitação do Centro Regional de Referência, do IFPB, no período de 2013/2014, sobre questões formuladas pelo pesquisador sobre o tema. A reinserção social representa a evolução nas políticas públicas sobre drogas nas últimas décadas no País, tendo avançado de uma visão conservadora para a concepção dos direitos de cidadania dos usuários. No desenvolvimento do trabalho, suscitou-se uma discussão conceitual sobre exclusão/inclusão social relacionada ao problema das drogas, valorizando-se os pressupostos das políticas sociais como possibilidades de intervenção nos processos de reinserção social dos usuários de crack e outras drogas. Foram abordados os conteúdos da Política de Assistência Social, na perspectiva da proteção social, e analisadas as possibilidades de intervenção do SUS e do SUAS no campo da exclusão provocada pelo uso de substâncias psicoativas; também foram abordadas as políticas sobre drogas do ponto de vista da reinserção social desses usuários. Como resultado da metodologia adotada, articulou-se 14 temas e 19 sub-temas que foram resumidos em quatro grandes tópicos: (1) A reinserção social de usuários de crack e outras drogas como retorno ao convívio social; (2) A reinserção social como processo de mudança de vida com o apoio da rede de atenção; (3) Os limites político-institucionais à efetivação da reinserção social, e (4) O papel do profissional nos processos de reinserção social de usuários de crack e outras drogas: dificuldades do trabalho em rede e propostas de ação. A partir das discussões empreendidas sobre esses temas pode-se entender que a reinserção social é o principal desafio das políticas sobre drogas vigentes no País. As discussões sobre os referidos tópicos possibilitaram a compreensão de que os processos de reinserção social, desses usuários, só serão consolidados com a adoção de medidas que viabilizem a articulação das redes de atenção para o desenvolvimento de ações intersetorializadas; bem como através da capacitação continuada dos profissionais para lidar de forma humanizada com os usuários e seus familiares nos processos de acolhimento e incentivo à defesa dos seus direitos de cidadania superando-se, desta forma, os métodos lineares tradicionais de intervenção. Atribuiu-se aos profissionais o papel de protagonistas nos processos de articulação das redes de atenção e nas ações de conscientização da sociedade para superar a visão preconceituosa e estigmatizada desses usuários de crack e outras drogas.

Palavras-chave: Drogas. Políticas públicas. Reinserção social.

ABSTRACT

This work aims to analyze the professional's conception that work in care network for crack and other drugs in the state of Paraíba about the social reintegration, a key prerequisite in meeting these users. It was adopted as a methodological resource content analysis of the speeches of 240 students of the Reference Regional Centre training courses, the IFPB, from 2103/2014, on issues raised by the researcher on the subject. The social reintegration represents the evolution in public policy on drugs in the last decades that have advanced in a conservative vision for the conception of users's citizenship rights. In developing this work, raised up a conceptual discussion of social inclusion / exclusion related to the drug problem, valuing the assumptions of social policies as possibilities of intervention in social reintegration processes of crack users and other drugs. The contents of the Social Assistance Policy were discussed from the perspective of social protection and analyzed SUS and SUAS intervention possibilities in the field of exclusion caused by the use of psychoactive substances; were also addressed the drug policies from the point of view of social reintegration of these users. As a result of the methodology, was articulated 14 themes and 19 sub-themes that were summarized into four main topics: (1) The social reintegration of users crack and other drugs as a return to social life; (2) The social reintegration as life-changing process with the support of the care network; (3) The political and institutional limits to the effectiveness of social reintegration, and (4) The role of the professional in the social reintegration the users of crack and other drugs: work hard to network and proposals for action. From the discussions undertaken on this material can be understood that social reintegration is the main challenge of the current policies on drugs in the country. The discussions on these topics provided an understanding of the social reintegration process of these users will only be consolidated with the adoption of measures that enable the articulation of care networks for the development of actions taken across sectors and through continued training of professionals to deal in a humane way with users and their families in the host processes and incentive to defend their rights citizenship by overcoming in this way the traditional linear methods of intervention. The professionals gain the leading role in the articulation of processes of care networks and in society's awareness of actions to overcome the prejudice and stigmatized view of these crack and other drugs.

Keywords: Drugs. Public policy, Social reintegration.

LISTA DAS TABELAS

Tabela 01- Quantificação das respostas da 2 ^a pergunta.....	103
Tabela 02 - Quantificação das respostas da 3 ^a pergunta.....	104
Tabela 03 - Quantificação das respostas da 4 ^a pergunta.....	105
Tabela 04: Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa	108

LISTA DE SIGLAS

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CRR – Centro de Regional de Referência

DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

FUNAD – Fundo Nacional sobre Drogas

IFPB – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba

IRAMUTEQ – Programa de computador

LOAS – Lei orgânica da Assistência Social

MS – Ministério da Justiça

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PRONAL – Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo de álcool

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAEF – Serviço de Proteção e Atendimento à Família

PAEFI – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Família e Indivíduos

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

CENTRO POP – Centro de Referência Especializado em População em Situação de Rua

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PSB – Proteção Social Básica

PSE – Proteção Social Especial

PPCAAM – Programa de Proteção às Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UNDCP – Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas

SAMU – Serviço de Atenção Móvel de Urgência

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo ao adolescente em Conflito com a Lei

UAI – Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil

UAA – Unidade de Acolhimento de Adultos

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
 CAPÍTULO I	
DROGAS, EXCLUSÃO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL	17
1.1Evolução do discurso sobre drogas e epidemiologia	18
1.2Exclusão social e vulnerabilidades relacionais.....	23
1.3Drogas e exclusão social.....	33
1.4Política social como forma de enfrentamento da exclusão social	35
1.5O Sistema Único de Saúde (SUS)	39
1.6O Sistema Único de Assistência Social (SUAS)	44
1.6.1Proteção Social Básica	46
1.6.2Proteção Social Especial	47
1.7Política social e cidadania.....	50
1.8Reinserção social de usuários de drogas: contexto da adolescência, da família e das redes de sociabilidade	55
 CAPÍTULO II	
POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS	59
2.1A Política de Atenção Integral aos Usuários de Alcool e outras Drogas do Ministério da Saúde	60
2.2Política Pública Nacional sobre Drogas (PNAD), da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.....	67
2.3Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – SISNAD	71
2.4Programa Crack, é possível vencer.....	74
2.5Estratégia sobre Drogas na Perspectiva do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)	78
2.5.1Proteção Social Básica (PSB-MDS)	79
2.5.2Serviços de Proteção Integral à Família.....	79
2.5.3Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV).....	81
2.5.4Proteção Social Especial – (PSE-MDS).....	82
2.5.5O Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI).....	83
2.5.6O Crea nas medidas socioeducativas.....	85
2.5.7Serviço de Abordagem Social.....	86
2.5.8Centro POP	87
2.5.9 Serviço de Acolhimento.....	87
2.6A reinserção social de usuários de drogas conforme o olhar dos teóricos da área.....	88
 CAPÍTULO III	
A REINserÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS	96
3.1Método e local da pesquisa.....	97
3.2Processos éticos	98
3.3Procedimentos técnicos da Pesquisa.....	99

3.4Sistematização dos dados	100
3.5Apresentação e descrição dos temas e subtemas da análise	101
3.6Perfil dos profissionais	107
3.7Discussão dos Resultados da Pesquisa	109
3.7.1A reinserção social de usuários de crack e outras drogas como retorno ao convívio sociale como resgate da cidadania	109
3.7.2A reinserção social como processo de mudança de vida com apoio da rede de atenção de forma intersectorializada	115
3.7.3Os limites político-institucionais à efetivação da reinserção social.....	124
3.7.4O papel do profissional no processo de reinserção social de usuários de crack e outras drogas: dificuldades do trabalho em rede e propostas de ação....	132
CONSIDERAÇÕES FINAIS	139

REFERÊNCIAS

ANEXOS

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem o objetivo de analisar a concepção dos profissionais que atuam na rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas, no Estado da Paraíba, acerca da reinserção social¹ desse segmento, considerada pré-requisito fundamental no atendimento destes usuários. Adotou-se como recurso metodológico a análise de conteúdo das falas de 240 alunos dos cursos de capacitação do Centro Regional de Referência (CRR), do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB), no período de 2013/2014, sobre questões formuladas pelo pesquisador sobre o tema. O CRR é parte da política pública do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, no eixo da prevenção, sendo o órgão responsável pela capacitação profissional de forma intersectorializada.

Os alunos que participaram da pesquisa são profissionais que atuam na rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas em vários municípios do Estado da Paraíba, com formação em psicologia, serviço social, pedagogia, gestão, psicopedagogia, enfermagem e direito. A pesquisa também contou com a participação de Agentes Comunitários de Saúde, Educadores Sociais com, ou sem, formação superior. Esses profissionais, de ambos os sexos, que atuam nos serviços das Redes SUS e SUAS; na Rede de Educação, nas áreas da Justiça e Segurança Pública, bem como em entidades não governamentais de caráter laicas e religiosas, detinham experiência profissional de 1 até 10 anos de serviço.

A aproximação do pesquisador com o tema das drogas aconteceu através da participação em pastorais católicas e grupos de mútua ajuda com o objetivo de resolver um problema pessoal de uso abusivo de álcool e tabaco. A partir destas experiências, o pesquisador foi sensibilizado para a dimensão social do problema das drogas.

Como consequência, passou a desenvolver atividades de extensão com adolescentes e adultos no seu ambiente de trabalho, que é uma instituição educacional. Posteriormente, essa atividade foi ampliada para o campo profissional, a partir de uma capacitação adequada, passando a atuar junto ao Núcleo de Estudos Transdisciplinares em Dependência Química (NETDEQ), do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB), do qual é servidor efetivo. Essa experiência levou-o a outra iniciativa mais arrojada, inserindo-o

¹ A concepção de reinserção social de usuários de crack e outras drogas apresentadas nas políticas públicas do Ministério da Saúde, do Sistema Único de Saúde e da SENAD referem-se ao resgate das condições de cidadania dos sujeitos, bem como à reconstrução dos laços de sociabilidade.

no contexto das políticas públicas sobre drogas, através da participação como coordenador adjunto do referido Centro Regional de Referência para a capacitação dos profissionais que atuam na rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas (CRR), órgão financiado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), e executado pelo IFPB, de onde surgiu a proposta da realização deste trabalho.

O trabalho fundamenta-se nas concepções teóricas da reinserção social e nos pressupostos das políticas públicas sobre drogas, a exemplo da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Essa política orienta que a assistência aos usuários de crack e outras drogas deve ser realizada de forma intersectorializada envolvendo toda a rede institucional disponível, a exemplo de CAPS-AD, Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e Rede Básica de Saúde (SOUZA et al, 2006).

Para que as políticas públicas² no campo da saúde mental, que envolvem a atenção aos usuários de substâncias psicoativas, tornem-se mais eficientes pela via da intersectorialidade faz-se necessário a superação de limites no campo da formação da equipe de saúde, principalmente na área médica; bem como resolver as carências de instrumentos e de apoio organizacional para atender demandas por parte dos usuários. Um aspecto que ressalta, nesse contexto, é a necessidade da inserção de “políticas nas redes operantes de atenção aos usuários de drogas no sentido de atualizar os conhecimentos desses profissionais, visando alcançar mudanças culturais que viabilizem a execução efetiva dessas políticas” (TANAKA e RIBEIRO, p. 484, 2009).

Nos processos de aprendizagem sobre como lidar com a sua relação com a droga, via tratamento, principalmente em um contexto de reinserção social, o dependente químico estará exposto às demandas do mundo externo com todas as suas contradições. Podem aflorar situações que suscetibilizem idiosincrasias que vão do sentimento de rejeição, insegurança, culpa, incapacidade, dentre outros, colocando-o em frequentes situações de risco. Por isso, já no primeiro contato com o usuário, o profissional deverá assumir uma postura de acolhimento

² Políticas públicas são decisões que envolvem questões de ordem pública com abrangência ampla e que visam à satisfação do interesse de uma coletividade. Podem também ser compreendidas como estratégias de atuação pública, estruturadas por meio de um processo decisório composto de variáveis complexas que impactam na realidade. São de responsabilidade da autoridade formal legalmente constituída para promovê-las, mas tal encargo vem sendo cada vez mais compartilhado com a sociedade civil por meio do desenvolvimento de variados mecanismos de participação no processo decisório. (Dicionário de Políticas Públicas da UEMG, 2012, p. 390)

na qual a atitude solidária e a crença na capacidade desses usuários construir e/ou restabelecerem suas redes sociais irão determinar o estabelecimento de um vínculo positivo entre ambos viabilizando, desta forma, o início do processo de reinserção social. Assim, o profissional e o paciente devem entender a reinserção social como um trabalho longo e gradativo que implica, inicialmente, na superação dos preconceitos com a recuperação e reinserção do dependente químico que, nem sempre, são explicitados, por ambas as partes (OBID/M.J, 2015).

No contexto dos processos de reinserção social de usuários de drogas é preciso destacar, também, a importância das ações interprofissionais e intersetoriais imbricadas nas políticas públicas que tenham valor fundamental na atenção a essas pessoas, bem como à superação de vulnerabilidades associadas, em especial, à articulação de redes de apoio social que possam envolver esses usuários, os familiares, a comunidade e os serviços. Vista, desta forma, a reinserção social provocaria mudanças profundas no campo da atenção psicossocial aos usuários de drogas, contribuindo para uma melhor execução das políticas públicas nessa área que são tão caras à sociedade como um todo.

Portanto, este trabalho tem o objetivo geral de analisar a concepção dos profissionais da rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas, através de uma amostra representativa desse segmento no Estado da Paraíba, acerca dos processos de reinserção social com base nas políticas públicas sobre drogas em vigor no País, utilizando-se a metodologia de análise de conteúdo, e fundamentando-se nos conceitos de exclusão/inclusão social.

Nos objetivos específicos, pretende-se: (1) Identificar as dificuldades desses profissionais para atuar na reinserção social, em decorrência dos limites das políticas públicas; (2) Verificar as possibilidades da reinserção social de usuários de drogas pelo viés dessas políticas, conforme o olhar desses profissionais; (3) Reconhecer os aspectos através dos quais as políticas pública sobre drogas viabilizam o trabalho desses profissionais no campo da reinserção social de usuários de crack e outras drogas.

O trabalho justifica-se pela compreensão de que o problema da reinserção social de usuários de crack e outras, ou dos dependentes químicos, ainda é um grande desafio a ser enfrentado de forma efetiva pelas políticas públicas do País; o que pode ser constatado através do embasamento teórico da área, como pela observação empírica propiciada pela convivência com usuários e profissionais. Por outro lado, identificam-se na sociedade, com bastante frequência, ações na área da prevenção ao uso de drogas, sejam nas escolas, nas igrejas, ou em outros espaços sociais; bem como as intervenções psicossociais na área do tratamento,

com fins de atender a essas pessoas no âmbito da rede de atenção integral criada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas políticas desenvolvidas pelo Sistema Único de Assistência Social. Há também as iniciativas no campo da intersetorialidade, a exemplo das organizações não-governamentais, que possibilitam ações alternativas (comunidades terapêuticas e grupos de mútua ajuda), com o objetivo de resolver o problema do uso de drogas.

Entende-se, de antemão, que o discurso dos profissionais da rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas é de suma importância para se compreender melhor a viabilidade da reinserção social desses usuários e elencar as falhas que dificultam a execução das políticas públicas da área através dos serviços disponibilizados pela rede de atenção, como uma possibilidade de se contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico e para a implementação das políticas públicas nessa área melhorando, assim, o desempenho dos profissionais em benefícios dos usuários de drogas e seus familiares.

O processo de reinserção social dos usuários de drogas estaria associado à superação das condições de estigma e exclusão social, no sentido da privação do acesso aos sistemas sociais básicos, a exemplo das políticas públicas (moradia, trabalho formal ou informal, saúde, dentre outros), bem como da família. A exclusão social seria uma condição imposta pela sociedade aos dependentes químicos, já que essas pessoas, “[...] em função de sua dependência de álcool e outras drogas causam uma série de problemas no âmbito de sua interação social” (MOTA, 2009, p. 30). Os problemas causados pelo uso abusivo de drogas, ou dependência química, impactam várias áreas significativas do relacionamento social do usuário. “Nas questões relacionadas ao abuso de drogas, a vulnerabilidade impacta os indivíduos, a rede significativa e o território em si; a cada um, esse abuso promove vulnerabilidades diversas e singulares nos campos biológicos, psicológicos e sociais [...]” SILVA (2014, p. 148).

Para os usuários que tiveram suas vidas desestabilizadas pelo uso dessas substâncias, a reinserção social possibilitaria o resgate das perdas ocorridas como consequência dessa situação, viabilizando o exercício pleno da cidadania³ desses usuários através do restabelecimento de sua rede social, quando esta estiver comprometida pelo uso das substâncias psicoativas.

³A cidadania será entendida, neste trabalho, como a garantia dos direitos civis e à seguridade social.

O trabalho está dividido em três capítulos. No Capítulo I, será apresentada a evolução do discurso sobre o uso de drogas na sociedade, enfocando-se o quadro atual do consumo e suas consequências, a exemplo da exclusão social, além de se abordar as possibilidades do enfrentamento do problema através das políticas públicas de cunho sociais. No Capítulo II, abordar-se-á a reinserção social no contexto das políticas públicas sobre drogas do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas-Senad) e do Ministério do Desenvolvimento Social, além de se discorrer sobre as teorias da reinserção social na área da dependência química. No Capítulo III, far-se-á a análise de conteúdo dos discursos dos profissionais que atuam na rede de atenção aos usuários de drogas no Estado da Paraíba, que estavam matriculados nos cursos do Centro Regional de Referência do IFPB, no período 2013/2014, na perspectiva da inclusão social, fundamentando-se nas políticas públicas e na visão teórica da área.

CAPÍTULO I: DROGAS, EXCLUSÃO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL

1.1. Evolução do discurso sobre drogas e epidemiologia

Para se entender os processos da exclusão social relacionados ao uso de drogas, ou outra questão, faz-se necessário buscar o início dos processos históricos geradores de estigmas que, ao longo dos séculos, têm se apresentado de diversas formas. Os Gregos cunharam o termo estigma para “[...] se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava” (GOFFMAN, 1975, p.11). Dentre os vários tipos de estigmas elencados pelo autor estão os distúrbios mentais, os vícios e o alcoolismo.

Neste capítulo, além de se apresentada a evolução do discurso sobre o uso de drogas na sociedade, enfocando-se o quadro atual do consumo e suas conseqüências, a exemplo da exclusão social, também serão abordadas as possibilidades do enfrentamento do problema da exclusão, como conseqüência do uso de drogas, através das políticas públicas de cunho social

Segundo Silveira e Braga (2005), na idade média, os leprosos eram acusados de encarnar o mal e representar uma forma de castigo divino; posteriormente, foram os loucos a simbolizar esse mal. “Lembremos que, no fim da idade média, a lepra grassava e os leprosos ocupavam um grande lugar na exclusão. Com o fim da lepra, as instituições foram esvaziadas de seus clientes e, portanto, tiveram de procurar novos pensionistas” (BAPTISTA, 2003, p. 213).

O referido pesquisador discute o preconceito contra os toxicômanos, o que os insere no âmbito da exclusão social, a partir da institucionalidade da norma em um contexto psicanalítico. Segundo ele, pode-se considerar como marginais e excluídos, nos atuais contextos socioculturais, todos aqueles cujo ser ou função não concorre para os objetivos concernentes às funções jurídicas, produtivas e reprodutivas do capitalismo; o que estaria em sintonia com os juízos de valor que a sociedade faz, atualmente, dos usuários de drogas, nos seus vários contextos. Como assinala Moraes (2005) “[...] o uso de drogas tem sido classificado de diferentes formas, de pecado à doença, tornando-se preocupação para as autoridades sanitárias na passagem do século XIX ao XX [...]” (MORAES, 2005, p. 37). O preconceito contra os usuários de drogas pode ser observado empiricamente na sociedade. “A partir de convivência empírica com o tema, percebi que as instâncias que se encarregam do problema e os seus respectivos focos de atuação estão fortemente ancorados nas perspectivas de pecado, crime e doenças [...]” MOTA (2009, p. 31).

Castel (2011), analisando as concepções históricas sobre os processos de exclusão social, dá ênfase às experiências ocorridas no espaço europeu dos séculos XIV e XVII, quando foram registrados diversos procedimentos de exclusão, a exemplo da condenação à morte de heréticos, caças às bruxas, execução de criminosos, banimento de vagabundos, repressão de desvios sexuais como a bigamia ou sodomia. Para o pesquisador: “O genocídio representará a forma última de exclusão [...]” (CASTEL, 2011, p. 43).

Milanese (2012) abordando a mesma problemática, através de outro contexto, afirma que os processos de intervenção junto às pessoas em situação de vulnerabilidades, ou que precisam de ajuda, ao longo dos séculos, foram sustentados pela atribuição da caracterização de “não normais” a esses segmentos. O pesquisador afirma que esse status era atribuído aos que infringiam a lei, às prostitutas, às bruxas, aos pobres, aos estrangeiros, aos homossexuais, aos integrantes de outras religiões, de outra língua, que tinham outra cor de pele, que eram de outro partido político, de outra cultura; àqueles que não se vestiam como a maioria, bem como aos que faziam uso de drogas, ou loucos, assim como os portadores de doenças transmissíveis. Segundo o pesquisador, essas pessoas eram segregadas em diversos locais, a exemplo de prisões, manicômios, ilhas, navios, cidades muradas, subterrâneos, em espaços dos quais não se podia sair, nas cidades (comunidades marginais), além de tantas outras modalidades que a história produziu.

Desta forma, fica comprovada a relação do uso de drogas com os processos de exclusão social, ao longo da história. Oliveira (2005), entretanto, aborda a questão do uso de drogas sob outros registros. Segundo a pesquisadora, o uso de drogas constitui-se em uma prática da humanidade na busca de alteração da consciência desde os tempos mais remotos. Conforme a autora, a história está repleta de registros sobre a existência do uso de substâncias psicoativas desde o Gênesis, da Bíblia, com o relato da embriaguez de Noé; constando da literatura antiga dos Egípcios, Gregos e Romanos. Há indícios da utilização do ópio em três mil a.C, empregado como analgésico e calmante e forte utilização da substância no Império Romano.

Constata-se relatos do consumo de cafeína e cocaína na Américas desde o século III a.C. A cannabis era conhecida na China, no ano quatro mil a.C.; na Índia, lhe era atribuído poderes afrodisíacos, transcendentais e medicinais. A pesquisadora identificou a utilização da cannabis na Mesopotâmia, no século IX a.C e na civilização Celta, no século VII, a.C.

Dias (2010) corrobora a visão do uso de drogas de forma cultural pela humanidade, esclarecendo que, tanto no Oriente, como no Ocidente, diversas culturas desenvolveram

formas de transcendência e manipulação da consciência utilizando substâncias psicoativas, muitas vezes, através de rituais sagrados. No entanto, a pesquisadora entende que na atual conjuntura social há muitas outras expectativas com relação ao consumo de substâncias que estariam associadas à valorização do excesso, além das várias performances das necessidades humanas da contemporaneidade.

Cruz (2000), a partir de estudos realizados por Nowlis (1975), definiu os discursos predominantes sobre os usos de drogas, como sendo jurídico-moral, médico, psicossocial e cultural. Cada modelo teria suas peculiaridades que vão desde a repressão, que está relacionada ao modelo jurídico-moral; o aspecto do adoecimento, identificado com o modelo médico psiquiátrico; até se alcançar uma compreensão mais humanizada sobre o uso de drogas no campo psicossocial e sociocultural.

Desta forma, segundo o pesquisador, o modelo jurídico-moral separa drogas lícitas das ilícitas e valoriza o aspecto do controle do uso dessas substâncias pelo viés da repressão ao narcotráfico, e ao uso pessoal, sendo um modelo que encontra respaldo na visão mais conservadora sobre o problema. O modelo médico aborda o uso de drogas pela ação das substâncias no sistema nervoso central e à epidemiologia. Já o modelo psicossocial atribui a questão do uso de drogas a uma forma de lidar com conflitos pessoais, realçando, também, a relação do indivíduo com essas substâncias e com os demais seres humanos. “O modelo sociocultural sugere que as sociedades humanas sempre utilizaram substâncias psicoativas e que cada grupo social define seus usos e suas interdições” (CRUZ, 2000, p. 235).

Conforme o referido pesquisador, foi a partir do século XX que as drogas passaram a ter uma abordagem médica, perdendo a condição estigmatizada, mais rigorosa, das visões morais ou religiosas que entendiam o uso dessas substâncias sob o aspecto da demonização. Entretanto, esse modelo também estava impregnado de aspectos conservadores. Ele acrescenta que no início do século XX, o movimento de higienização social se utilizava ainda das ideias de hereditariedade e degeneração para propor intervenções sobre as pessoas que usavam abusivamente o álcool ou outras drogas.

O movimento de higienização social começa a perder força a partir da II Guerra Mundial, sendo substituído pela visão de saúde pública. Nos anos 50, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a ter um papel destacado na abordagem sobre drogas, em nível mundial, resultando em diminuição do estigma sobre o problema. Nesse contexto, a definição de “viciado” em drogas foi substituída pela de “dependente químico”. Entretanto, foi a partir dos anos 80, que surgiram as classificações diagnósticas da Associação Psiquiátrica

Americana (APA), com o DSM III definindo critérios para identificação da dependência física das drogas, ou seja, enfatizando o problema da síndrome da abstinência. As classificações que se seguiram assumiram características mais amplas da dependência, com dimensões biológica, social e comportamental, cujo motivo central seria a perda do controle sobre o uso de uma substância. Essas classificações, por sua vez, vão influenciar a Classificação Internacional das Doenças, da OMS, que na sua décima edição (CID-10), incluiu critérios semelhantes aos utilizados pela APA (CRUZ, 2000).

Segundo Zemel (2001), no Brasil da década de 70, os usuários de drogas eram mandados aos hospitais psiquiátricos para serem tratados como marginais ou psicopatas irrecuperáveis. As famílias e os profissionais da época não tinham tolerância a esses indivíduos que eram considerados questionadores, ousados; em suma, um segmento difícil de receber atenção. Figlie (2004) explica que na segunda metade do século passado vão surgir, no Brasil, os modelos de tratamento contemporâneos da dependência química legitimados pela concepção de doença de natureza biológica, psicológica e social. Em consequência do desenvolvimento destes modelos observa-se o avanço das políticas públicas de atenção aos usuários de drogas paralelamente ao avanço do tratamento dos transtornos mentais.

A partir de 2001, em decorrência das pressões dos movimentos sociais desde a década de 70, denunciando a violência dos manicômios e a hegemonia de uma rede privada de assistência, foi sancionada a Lei Federal 10.216/01, que normatizou a atenção às pessoas com transtorno mental, determinando que essas pessoas deveriam ser tratadas em liberdade respeitando-se os seus direitos humanos. A Lei também deixa clara a necessidade de se utilizar recursos sociais oferecidos pela comunidade constituídos pelos aspectos do cuidado, que devem estar baseados nos interesses exclusivos dos benefícios à saúde da pessoa e buscando-se “a sua reinserção social na família, no trabalho e na comunidade” (SILVA, 2014 p. 146). Duarte (2009) afirma que a referida Lei redireciona a assistência em saúde mental no país, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços abertos, não hospitalares, e de base comunitária.

Segundo Garcia (2008), com o desdobramento destas iniciativas no campo da saúde mental, na década de 80, vão surgir as políticas de tratamento dos usuários de drogas, a exemplo do PRONAL, em 1987, sendo uma das primeiras iniciativas para organizar a rede de serviços de atenção aos problemas associados ao consumo de álcool. Até esse período, o tratamento de dependentes químicos era realizado em hospitais psiquiátricos, com esses pacientes ocupando cerca de 50% dos leitos. Em decorrência da concepção da dependência

química como transtorno mental, os usuários de drogas também passaram a ser alvo das mesmas intervenções que marcavam o processo da reforma psiquiátrica no Brasil, “[...] que visa implantar um novo paradigma de atenção à saúde mental, paradigma este que orienta até hoje a prática nos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS” (MORAES, 2005, p. 37).

De acordo com a ONU, 230 milhões de pessoas, ou 5% da população mundial, usaram alguma droga ilícita em 2010. Desse total, 27 milhões de pessoas tiveram algum tipo de problema com elas, desde dependência até aquisição de doenças. O Relatório Brasileiro sobre Drogas, de 2009, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, demonstrou a prevalência de uso de drogas entre entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes. Os dados do relatório revelam que, em 2005, o uso na vida de maconha foi de 8,8%; solvente 6,1%; benzodiazepínicos 5,6%; orexígenos 4,1%; estimulantes 3,2%; cocaína 2,9%. Com relação ao uso na vida de álcool, o índice é de 74,6% e tabaco 44,1%. O levantamento indicou que 12,3% da população brasileira são dependes de álcool, 10,1% de tabaco e 1,2% de maconha (DUARTE, 2009).

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) realizou a primeira pesquisa sobre usuários de crack e outras formas similares da cocaína (pasta base, merla e “oxi”), que foi desenvolvida pela instituição em 2012, nas 26 Capitais brasileiras e no Distrito Federal (BASTOS, 2014). O resultado do inquérito domiciliar demonstrou que existem cerca de 370 mil usuários de crack e similares derivados da cocaína no País, correspondendo a cerca de 35% dos consumidores de drogas ilícitas nas capitais, ou seja, 1 milhão de usuários. A pesquisa faz parte das iniciativas do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, idealizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Ainda conforme os dados da pesquisa da Fiocruz (2014), no Nordeste foram identificadas 150 mil pessoas que fazem uso regular do crack. Os dados da pesquisa mostram que as capitais da região Nordeste, ainda que estatisticamente apresentem proporções similares de uso, frente às capitais da região Sul, foram as que apresentaram o maior quantitativo de usuários de crack e/ou similares. A pesquisa também levantou informações sobre o uso da substância por menores de idade: dentre os 370 mil usuários de crack e/ou similares estimados tem-se que cerca de 14% estão nesse segmento da população, representando aproximadamente, 50 mil crianças e adolescentes que fazem uso dessa substância nas capitais do país (BASTOS, 2014, p. 139).

Concomitante ao aumento do uso de drogas no País registra-se, também, o avanço das políticas públicas na área da atenção aos usuários de substâncias psicoativas com o objetivo

de acompanhar a evolução que vem ocorrendo em outros países. As políticas do Ministério da Saúde e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas têm a preocupação de dar uma cobertura universal aos usuários e seus familiares. Essa explanação evidencia o nível de complexidade da cultura do consumo de drogas que sempre esteve presente no contexto histórico cultural dos povos, sendo possível que nunca tenha existido uma sociedade sem drogas. No próximo tópico tratar-se-á da questão da exclusão social enfocando-se a relação das vulnerabilidades sociais para, em seguida, introduzir-se o tema da relação entre a droga e a exclusão social.

1.2. Exclusão social e vulnerabilidades relacionais

A história da humanidade está repleta de relatos sobre os mendigos, pedintes, vagabundos e marginais que sempre estiveram presentes nos espaços sociais, constituindo universos estigmatizados que atravessaram os séculos. Segundo Wanderley (1999), a partir dos anos 90, surge na sociedade capitalista a noção de exclusão social que vai protagonizar um intenso debate intelectual e político nessa área.

Ressalte-se que a temática da exclusão está se tornando, praticamente, obrigatória nos debates sobre a sociedade contemporânea, tanto nos países emergentes como nos dominantes, com enfoque para os “inúteis para o mundo”, ou os desqualificados, conforme Lebauspain, (2000). A expressão “exclusão social” foi utilizada pela primeira vez por J. Klanfer, em 1965. René Lenoir também a utilizou em um trabalho de 1974. Intelectual de formação liberal, bastante criticado pela esquerda, Lenoir teve o mérito de suscitar o entendimento da exclusão como uma questão social resultante dos processos sociais modernos. O pesquisador destacou como motivo da exclusão social o rápido e desordenado processo de urbanização, a inadaptação e uniformização do sistema escolar, o desenraizamento causado pela mobilidade profissional, as desigualdades de renda e do acesso aos serviços. Para ele, “[...] não se trata de um fenômeno marginal referido unicamente à franja dos subproletários, mas de um processo em curso que atinge, cada vez mais, todas as camadas sociais [...]” (LEBAUSPIN, 2000, p. 17).

O problema da exclusão social tem sido motivo de preocupação das ciências sociais nas suas mais diversas vertentes epistemológicas. O problema é tão antigo quanto à humanidade, mas que assume características específicas em cada período de formação

histórico-social. A conceituação do problema tem sido um desafio para os teóricos das mais diversas vertentes do conhecimento sociológico.

A exclusão social também pode ser entendida do ponto de vista coletivo, quando uma parcela importante da sociedade fica privada de acesso às condições de cidadania plena, ou é inviabilizado o cumprimento dos direitos civis e políticos para esta população, a exemplo da falta de inserção nas esferas produtivas através do trabalho, enquanto categoria essencial para a estabilidade da vida; a falta de acesso à educação, como ferramenta mediadora de acesso e desenvolvimento das potencialidades humanas; a não participação social, política e comunitária, bem como uma distribuição de renda de forma injusta que aumenta as desigualdades sociais.

Acerca do conceito de exclusão social, Sposati (1996), explica que:

Exclusão social é a impossibilidade de poder partilhar da sociedade e leva à vivência da privação, da recusa, do abandono e da expulsão, inclusive com violência, de uma parcela significativa da população. Por isso exclusão social e não só pessoal. Não se trata de um processo individual, embora atinja pessoas, mas de uma lógica que está presente nas várias formas de relações econômicas, sociais culturais e políticas da sociedade. Esta situação de privação coletiva é que se está entendendo por exclusão social. Ela inclui pobreza, discriminação, subalternidade, não equidade, não acessibilidade, não representação pública. É, portanto, um processo múltiplo que se explica por várias situações de privação da autonomia, do desenvolvimento humano, da qualidade de vida, da equidade e da igualdade. (SPOSATI, 1996, p. 13).

A pesquisadora fortalece a visão de que o processo de exclusão social se manifesta como uma situação complexa e multifacetada alcançando, diretamente, todo o conjunto da vida social. O processo de exclusão estabelece relações de ordem econômica, social, política, cultural, educacional, ecológica, além de apresentar peculiaridades que o sustenta e expande na sociedade. Richardson (2009) destaca que sendo o conceito de exclusão social um termo de uso comum que está presente nos debates da mídia, nos discursos políticos, planos de governo e nos trabalhos acadêmicos, cabe delimitá-lo para poder caracterizá-lo cientificamente. Sawaia (1999) explica que abordar a questão da exclusão social é inserir-se em uma área das mais complexas, cujo conceito definido por alguns autores como “bonde ou mala” carrega qualquer fenômeno social e provoca consensos para significados sobre os quais não há definições concretas. Para a referida autora, a exclusão é processo complexo e multifacetado ancorado em dimensões que transpassam critérios materiais, políticos, relacionais e subjetivos. Para ilustrar a complexidade do tema, a pesquisadora explica que a exclusão:

É processo sutil, e dialético, pois só existe em relação à inclusão como parte constitutiva dela. Não é uma coisa ou estado, é processo que envolve o homem por

inteiro e suas relações com os outros. Não tem uma única forma e não é uma falha do sistema, devendo ser combatida como algo que perturba a ordem social, ao contrário, ele é produto do funcionamento do sistema [...] (SAWAIA (1999, p. 09).

Para Campos (2004) o problema da exclusão social transcende vários períodos históricos, a exemplo da lei dos pobres na Inglaterra que desde o Sec. XVII buscava segregar os enfermos, as crianças abandonadas, os velhos, os deficientes físicos e mentais e os desempregados. Mesmo com os avanços políticos que resultaram em conquistas sociais, a exemplo das revoluções da Inglaterra (Século XVII), dos Estados Unidos e da França (Sec. XVIII), que foram fundamentais para as conquistas dos direitos civis, em detrimento das desigualdades sociais e políticas, alguns resquícios de exclusão permaneceram.

Segundo o referido pesquisador (2004), a partir da década de 70, surgem os processos conhecidos como ‘Nova exclusão social’ que resultam em abordagens e manifestações políticas e sociais contra a desigualdade, a exemplo do caso dos desprotegidos pelas políticas sociais de inclusão existentes, especialmente no caso do desemprego generalizado e de longa duração, dos moradores de rua e das pessoas de elevada escolaridade sem trabalho, como nos países europeus. Nos Estados Unidos, o problema da exclusão ficou conhecido como “underclass”; processo que se diferenciava da exclusão tradicional atribuída, pelos americanos, aos problemas circunstanciais gerados pela imigração, baixa escolaridade, privação absoluta, diferenças raciais, etc. Nesse novo contexto, estava inserido o desemprego de longa duração, mesmo tendo o país elevado índice de escolaridade e de formação profissional; problemas de instabilidade entre a juventude, o aumento de famílias monoparentais, moradores de rua etc.

O sociólogo francês Robert Castel (1998) encontrou as raízes do problema da exclusão social no período entre os séculos XIV e XVIII. Para o pesquisador, a reminiscência da questão da exclusão social encontra-se no problema do estigma e da marginalidade. Ele explica que a mendicância foi o grande problema social das sociedades pré-industriais, já o termo marginalidade foi cunhado a partir do pós 1968, relacionado aos interesses manifestos na ruptura com o sistema. Castel traz à baila reminiscências históricas da concepção de exclusão, a partir de perspectiva histórica, que associam o termo às populações que tinham modos de vida marcada pela vagabundagem, a mendicância, a criminalidade e outras práticas estigmatizadas socialmente.

A questão central da interpretação do sociólogo, sobre a exclusão social, está na implicação de que: “Na maior parte dos casos o ‘excluído’ é de fato um ‘desfiliado’ cuja trajetória é feita de uma série de rupturas em relação a estados de equilíbrio anteriores mais ou

menos estáveis ou instáveis” (CASTEL, 2011, p. 28). O pesquisador qualifica de “sobrantes” uma larga faixa da população que se tornou inadaptada ao atual modelo econômico, gerando um tipo de problema que não se resolve com intervenções especializadas do tipo que ‘repara’, ou ‘cuida’, como se fossem doentes ou delinqüentes; na verdade, essas situações ocorrem em decorrência de novas exigências competitivas e da redução do mercado que faz com que não mais exista lugar para todos no atual modelo de sociedade. O sociólogo chama a atenção para a importância de se intervir preventivamente nos processos de globalização evitando-se, principalmente, a desregulamentação da sociedade salarial, o que só concorre para agravar ainda mais, as desigualdades sociais.

As conceituações do professor Demo (1998) se aproximam mais de uma visão histórico-crítica do problema, sob o viés das configurações de classes sociais no sistema de produção capitalista. O pesquisador afirma que a exclusão não é algo inédito na sociedade, mas apenas uma nova fase da exploração capitalista. O pesquisador nomeia a exclusão social como a destruição de liames coesivos, que seria uma situação decisiva para manter alguém fora dos processos das trocas sociais que permeiam os processos da sociabilidade humana, ou seja, a exclusão. Para o pesquisador a pobreza material é sempre marcante, mas a condição de exclusão se caracteriza, também, pela perda do senso de pertença. Entende-se, pois, conforme o referido pesquisador, que as populações em situação de exclusão social experimentariam o sentimento de abandono, acompanhado da incapacidade de reagir.

Segundo Pereira (1998) a exclusão seria um fenômeno multidimensional que não se restringe à insuficiência ou ausência de renda, mas expressaria a associação entre várias formas de desvantagens que impediriam o indivíduo, nesta situação, de pertencer à sociedade e de nela ser reconhecido como sujeito de direito. A pesquisadora atribui o problema da exclusão a algo mais desumano do que a abstração da sociedade em classes sociais, ou seja, da exploração de uma classe por outra, como ocorre no capitalismo.

Pode-se dizer, portanto, com a referida pesquisadora, que a exclusão social afigura-se como um fato concreto e extremamente preocupante, cruel e inaceitável da contemporaneidade: “[...] não só porque discrimina, humilha e segrega, de forma radical, indivíduos e grupos, mas porque polariza a sociedade em dois mundos desconectados (o institucional e o marginal), o que constitui uma séria ameaça à democracia e ao aprofundamento e à universalização da cidadania” (PEREIRA, 1998, 124/125).

Para Schwartz e Nogueira (2000) a exclusão estaria associada à interface entre igualdade/desigualdade sociais, condicionada às questões sociais, culturais, econômicas e

políticas. Nesse sentido, a exclusão social estaria perpassada pelo viés dos contextos das questões derivadas da pobreza, de raça/etnia e de gênero. Os autores explicam que, enquanto categoria ético-política, a igualdade está relacionada aos direitos fundamentais que constroem a cidadania contemporânea. Portanto, na visão dos referido pesquisadores, a exclusão social não seria um fenômeno novo na sociedade, estando intrinsecamente relacionada à natureza do modo de produção capitalista desde o século passado, que antecede os processos de globalização, das tiranias dos mercados financeiros, e bem antes da consolidação do sistema monetário europeu. Vale salientar que a exclusão social estaria relacionada à crescente degradação do mercado de trabalho, a partir dos anos 90, que produz desemprego de longa duração e precarização do emprego. Desta forma, o termo passa a significar a fragilidade da inserção profissional, ou intermitência na ocupação, subemprego e informalidade. A exclusão, como é vista atualmente, produz acúmulos de deficiências gerando uma ruptura progressiva dos laços sociais.

Nery Filho (2011) evidencia o conceito de invisibilidade social para denunciar a indiferença e o estigma dispensados pela sociedade a alguns grupos sociais, a exemplo dos moradores de rua. Referindo-se a essas pessoas, o pesquisador afirma que se sabe que elas existem, mas é como se não tivessem um rosto, uma identidade própria, uma história de vida, já que são reconhecidas por meio dos estereótipos de moradores de rua, meninos de rua, “como se apenas o fato de morar na rua lhes concedessem, de antemão, uma identidade já constituída” (NERY FILHO, 2011, p. 14). Na visão do referido autor, a exclusão social, neste contexto, seria o reflexo do modo como a sociedade reconhece essas pessoas que estão marcadas pelo estigma da marginalidade e da criminalidade, condições que reforçam a condição de invisibilidade social. Desta forma, ele ressalta que a discriminação com a qual são tratados esses moradores de rua jamais possibilitará outro tipo de tratamento além do estigma e da exclusão.

Valendo-se, ainda, das concepções de Nery Filho (2011), entende-se que a consequência para aqueles que vivem nos parques, nos becos escuros, embaixo das marquises é a sensação de serem estrangeiros no seu próprio país e isto é, para muitos, uma condição de vida insuportável. Desta forma, é possível se entender a busca da visibilidade social através de certos comportamentos antissociais, a exemplo do uso de substâncias psicoativas, roubos e furtos etc. Através do viés sociológico, isto seria uma tentativa de lidar com a invisibilidade social para alguns segmentos sociais que estão em situação de exclusão social. Para essas pessoas, se entorpecer, seja através do uso de drogas, ou de atos violentos, é, antes de tudo,

uma forma de convocar a sociedade a adotar providências sobre esses atos, o que também poria fim ao processo de invisibilidade social.

Pochmann (2004) destaca a relação entre globalização e a ampliação da desigualdade e da exclusão social entre sociedades diferenciadas, o que estaria relacionado à questão da expansão desregulamentada do capital financeiro, da manutenção do protecionismo nos países desenvolvidos e de reforço de políticas discricionárias, que criam dificuldades para os países em desenvolvimento, tornando a exclusão social um corolário destes processos.

Desta forma, os problemas resultantes do neoliberalismo e a globalização, quando associados às questões específicas das sociedades periféricas, resultam em novas formas de exclusão social que estariam associadas à pobreza absoluta, à fome e ao analfabetismo, que são questões amalgamadas nas economias dos países periféricos, resultantes da crescente desigualdade e precarização do mercado de trabalho (desemprego e informalidade). “É o caso do trabalho infantil, da redescoberta do trabalho escravo e da expansão da prostituição infantil e do tráfico humano [...]” (POCHMANN, 2004, p. 45).

Tomasello (2006) aborda o problema da exclusão social sob o ponto de vista do desenvolvimento científico e tecnológico. Para o pesquisador, nesse contexto produtivo as pessoas vão sendo excluídas do mercado de trabalho e do sistema produtivo, o que não significa o fim do trabalho, mas a diminuição substancial dessa atividade como era conhecida até agora, o que contribui, efetivamente, para aumentar o problema da exclusão social.

O problema é abordado pelo referido autor a partir da visão da alteridade. Para ele, os setores dominantes da sociedade e os excluídos tornam-se classes alheias umas às outras, pertencentes a universos dissociados, distantes, gerando o estigma do estranho na sociedade. Segundo o pesquisador, essa separação ocorre em espaços simbólicos, já que as classes estão interagindo cotidianamente na espacialidade urbana.

O distanciamento entre as classes sociais, nessas circunstâncias, segundo o autor, gera o nascimento de identidades diferentes, surgindo o estereótipo do “outro”, do estranho, do desconhecido, do diferente. Esse padrão de relacionamento vai gerar as desigualdades no sentido da desumanização relacional; neste caso, atribui-se ao outro características específicas e estereotipadas. Nesse contexto de discriminação social é difícil para a classe dominante reconhecer os personagens da pobreza como ‘um igual’, reconhece-se o diferente como desigual, sendo que, nesse processo, surge o estigma da inferioridade e, em seguida, a situação do temor e do medo do ponto de vista da relação psicossocial, o que contribui para a

situação de sentimento de violência e pânico na sociedade, gerando descrédito na política e nas instâncias judiciais.

Martins (2002) questiona a validade científica da expressão “exclusão social”. O pesquisador alerta para a necessidade de se entender, com mais propriedade os motivos pelos quais os que se preocupam com a exclusão social querem encaixar a realidade dos pobres nessa conceituação e por que não serve mais o conceito de trabalhador e marginalizado. Referindo-se ao problema do estereótipo e do estigma, o pesquisador sugere que ao invés de se buscar o que os pobres são, deveria se indagar sobre o que os pobres querem. O pesquisador afirma que a automação da produção capitalista aliena o trabalhador do seu único meio de sobrevivência, que é o trabalho, gerando exclusão dos trabalhadores do mercado de trabalho. Essa realidade afeta as relações familiares, transformando a família num tipo de trabalhador coletivo. Nas últimas décadas, o sistema capitalista vem transferindo toda a carga de responsabilidade social para as famílias, verificando-se a falta de metodologias adequadas para se fazer a crítica a esse problema, que muitos preferem negar do que enfrentá-lo teoricamente.

O pesquisador ressalta, ainda, a confusão que reina sobre a caracterização dos sujeitos históricos sociais. Ele afirma que, ao contrário do operário que é um sujeito social histórico, o excluído é apenas um rótulo abstrato sem nenhuma possibilidade de destino histórico e que o discurso da exclusão seria uma estereotipação de um segmento sobre outro. Para o referido pesquisador, o discurso sobre a exclusão é o discurso dos integrados, dos que aderiram ao sistema, tanto à economia quanto aos valores que lhe correspondem; e que, dificilmente, se pode ver nele um discurso anticapitalista, embora ele certamente seja um discurso socialmente crítico.

Para o referido pesquisador, os novos contextos políticos e sociais geraram uma nova formatação conservadora na sociedade, dando mais visibilidade às categorias de marginalizados e de excluídos socialmente do que aos trabalhadores. Desta forma, a promessa de mudanças da sociedade não está mais no operário, mas naqueles que estão nas ruas, nas favelas e nos cortiços, nas invasões, nos bairros miseráveis da urbanização patológica que o novo desenvolvimento econômico produziu.

Na opinião de Silva (2014) os processos de exclusão podem ser compreendidos, também, pelo viés da desorganização social provocada pelo uso abusivo de drogas, que resulta da preponderância dos fatores de risco sobre os de proteção nas comunidades. São fatores de risco aqueles que promovem estímulos para demandas de doenças e de consumo de

drogas; eles são diversos, subjetivos e singulares para cada pessoa e território, em conformidade com as condições individuais, comunitários e familiares. A pesquisadora esclarece que as vulnerabilidades pessoais estão relacionadas à pessoa e à família no que se refere à inserção e a estabilidade no mercado de trabalho, à debilidade de suas relações sociais e ao grau de regularidade e de qualidade de acesso aos serviços públicos ou outras formas de proteção social:

Nas questões relacionadas ao abuso de drogas, a vulnerabilidade impacta os indivíduos, a rede significativa e o território em si; a cada um, esse abuso promove vulnerabilidades diversas e singulares nos campos biológicos, psicológicos e social, manifestadas como sintomas clínicos, processos patológicos, comorbidades, problemas comportamentais, déficits pessoais e relacionais, rupturas e perdas familiares, problemas legais, dificuldades financeiras, perda de emprego, comportamentos sexuais de risco, situações de violência, descompromissos com o cotidiano de atividades e perda de referencial social de moradia [...] (SILVA, 2014, p. 148).

No que se refere ao território, a vulnerabilidade relacionada ao uso de drogas pode ser atribuída à violência do narcotráfico, enfraquecimento de vínculos com autoridades, diminuição de atividades comunitárias etc. Essas situações enfraquecem as demandas de saúde, em decorrência da insegurança e da falta de motivação para provocar mudanças, sendo o medo um dos fatores responsáveis pelas vulnerabilidades.

A referida pesquisadora conclui que o abuso de drogas resulta em uma ruptura das relações dos indivíduos com suas redes sociais, territórios e outros atores. Nesse sentido, é preciso desenvolver cuidados baseados na minimização dos fatores de riscos da comunidade para possibilitar que os atores se disponham a desenvolver estratégias de enfrentamento e empoderamento e, dessa forma, superar os processos de vulnerabilidade. Acrescente-se que é possível associar os processos de exclusão social às vulnerabilidades pessoais e sociais que concorrem para a quebra dos laços de sociabilidade humana.

Como o objetivo deste trabalho requer uma ampla abordagem sobre a questão da exclusão social, faz-se necessário apresentar a abordagem fundamentada no trabalho de Martí (2006) sobre vulnerabilidade relacional a partir das análises de redes sociais. No contexto das vulnerabilidades relacionais, o pesquisador refere-se à concepção formal de pobreza. Segundo ele, as recentes mudanças estruturais associadas ao processo de globalização alteraram a rigidez dos modelos de estratificação social dando lugar a uma socialização do risco. O pesquisador entende que há incremento dos fatores, das dimensões e dos coletivos que se encontram em situação de vulnerabilidade. Portanto, com o objetivo de dar conta deste fenômeno: “[...] lós analistas sociales han optado pó um cambio de paradigma explicativo,

sustituyendo el tradicional concepto de pobreza por el de exclusión social, que por su carácter dinámico, procesual, multidimensional y multifactorial tendría mayor potencial explicativo que el precedente [...]” (MARTÍ, 2006, p. 03).

Nesse sentido, a substituição do paradigma explicativo da pobreza pelo da exclusão social, nos processos de vulnerabilidades sociais, elevou a importância da dimensão relacional nessa concepção. No entanto, apesar da longa tradição da consideração desta dimensão nos estudos sobre exclusão social, ainda não existe uma perspectiva para dar conta, efetivamente, da dimensão relacional da exclusão social. A concepção relacional da exclusão transcende variáveis macros (situação de emprego e renda familiar, nível de educação), o estrato micro que se refere às questões biográficas do sujeito e as estratégias de sobrevivência; tendo-se que atender também à importância das redes sociais com as quais o sujeito interage.

Nesse contexto, pode-se afirmar que as estruturas das relações em rede afetam o contexto dessas próprias relações, sendo importante conhecer os padrões de regularidade através dos quais se processam essas relações para se poder compreender os atores que intervêm nos referido processos; o que, efetivamente, configura a estrutura da rede. Esta perspectiva está conectada com a teoria do “embeddedness”, que define que as ações dos sujeitos se encontram dentro de uma teia de redes de relações sociais que proporcionam acesso, ou impedem o acesso, aos recursos, influenciando em suas atitudes, comportamento e cognição. Há que se considerar, ainda, a relação com a teoria do “empowerment”, segundo a qual é possível ativar processos de fortalecimento comunitários a partir da coordenação de interações entre os distintos sujeitos que participam dos mesmos processos. Com base nessas concepções, Martí apresenta o conceito de vulnerabilidade relacional que seria: “aquella situación generada por la ausencia o debilidad de los vínculos de inserción comunitaria” (MARTÍ, 2006, p. 04).

Para o referido pesquisador, esta situação de vulnerabilidade relacional pode se caracterizar de duas formas: pelo isolamento do sujeito, quando ele passa a dispor somente de uma frágil rede social de apoio, que não permite a criação de vínculos de inserção comunitária; bem como quando o sujeito se integra a uma sub-rede que se encontra marginalizada, de maneira que esse sujeito não disporá, também, de vínculos suficientes para promoção da inserção social.

O primeiro caso já está bastante aprofundado na literatura; quanto ao segundo, deve-se destacar que o aumento da fragmentação social associada à debilitação dos mecanismos de integração implicam no aparecimento de sub-redes segmentadas. Desta forma: “La pertencia a

estas subredes, de por si minorizadas, excluídas o desvaloradas, se constituye como elemento que dificulta el acceso a los recursos disponibles em el espacio comunitário” (MARTÍ, 2006, p. 4/5).

Tradicionalmente, as vulnerabilidades sociais são caracterizadas pelos aspectos que configuram as redes sociais nas quais os sujeitos estão inseridos. Considerando-se essa perspectiva, a partir de análises de redes sociais realizadas, o pesquisador comprovou que uma situação de vulnerabilidade relacional se caracteriza pela inserção do sujeito em redes vulneráveis com um tamanho tendencialmente pequeno, uma elevada densidade e deficientes conexões com outras sub-redes operantes no território devido à ausência de “brokers”, que são os “nós” que servem de pontes entre redes heterogêneas.

Ressalte-se, ainda, que essas circunstâncias de vulnerabilidades relacionais tendem a se agravar quando essas redes se encontram estigmatizadas como resultado da extensão de prejuízos verificados no território; cabendo acrescentar, também, que os sujeitos podem se encontrar fazendo parte de redes vulneráveis como resultado de trajetórias de exclusão herdadas, a exemplo da pobreza familiar, o estigma étnico; bem como situações de fraturas relacionais que o expõem a situações de vulnerabilidade relacional: movimentos migratórios, separações conjugais, acidentes, incapacidades, desemprego, vítimas de violência, maus tratos e internações; enfermidades crônicas e dependência de drogas. A partir do estudo dos perfis de exclusão social, foi desenvolvido um modelo de categorização que resume cinco tipos de exclusão relacional, que são: o isolamento, a debilitação das redes familiares e das redes sociais; bem como a inserção em redes marginalizadas e em redes homogêneas com baixa integração comunitária.

Para complementar essa visão, recorre-se ao que afirmam Torossian e Rivero (2013) sobre os processos de vulnerabilidades sociais. Para esses autores, o sentido das vulnerabilidades, quando se trata do tema da exclusão social, estariam muito mais relacionadas à falta de acesso às políticas públicas e ao reconhecimento ao direito de cidadania, do que propriamente às questões socioeconômicas geradas pela condição material da pobreza. Esses autores reconhecem que as vulnerabilidades sociais podem ser compreendidas relacionando-se as disponibilidades de recursos materiais ou simbólicos e o acesso dos atores às oportunidades sociais, econômicas e culturais que provém do Estado, do mercado, bem como de diversos setores da sociedade organizada. Portanto, conforme os referidos pesquisadores, o conceito de vulnerabilidade social pode ser ancorado no olhar que prioriza a análise do acesso da população aos serviços e às políticas públicas, considerando-se

não apenas a escassez de recursos, mas, principalmente, valorizando-se as potencialidades da população em lidar com os poucos recursos existentes.

Desta forma, torna-se evidente que a condição de abuso de drogas leva o sujeito a vivenciar um processo de fragilidade nas suas relações acarretando a ruptura de laços sociais e, em consequência, o isolamento social e o distanciamento de sua rede intersetorial. No próximo tópico será abordada a questão específica da relação entre drogas e exclusão social.

1.3. Drogas e exclusão social

Segundo Milanese (2012) nos anos 80 as abordagens para a intervenção ao uso de drogas focavam quase que exclusivamente no tema da droga. Nos anos 90, as discussões foram ampliadas com a inserção das vulnerabilidades associadas ao uso dessas substâncias. Construiu-se, a partir deste período, outro espaço semântico que fundamentou outras inspirações para novas experiências interventivas que consideravam indispensavelmente o tema da exclusão/inclusão social. Iniciou-se, portanto, o processo de desenvolvimento de abordagens que passaram a tratar a questão das relações sociais dos usuários de drogas e a condição de sofrimento social a que eles estão expostos.

Cardona (2013) associa o problema da exclusão social à falta de acesso à educação, saúde moradia; o que se constituiria em fatores de risco para o início e continuação do uso de drogas. “Nesse contexto, a droga pode surgir como ‘resposta’, ‘ilusão’ às necessidades do indivíduo, e por essa razão pode-se dizer que a droga é consequência, e não causa [...]” (CARDONA, 2013, p. 11).

A pesquisadora entende que os processos sociais na contemporaneidade têm a propriedade de estimular o uso de drogas e a partir desta prática excluir o usuário, vendo-o como um diferente e rotulando-o como marginal ou desadaptado socialmente, gerando vários tipos de dificuldades para o usuário de drogas enquanto ser humano e como ser integrado à essa sociedade. Desta forma, a pesquisadora entende que: “A exclusão social não é simplesmente física e de mercado, pois o usuário de drogas também pode ser excluído de forma geográfica, e seus valores e direitos como cidadão não são reconhecidos pelos outros, nem pelo Estado [...]” (CARDONA, 2013, p. 11).

A partir de estudos referentes ao tema, a pesquisadora analisa que a exclusão social dos usuários de drogas é um rechaço, uma eliminação que a população promove deste segmento social através de parâmetros preconceituosos. Por outro lado, segundo a

pesquisadora, o usuário de drogas está incluso numa rede social composta por indivíduos que atuam de forma interdependente em torno dos processos mercadológicos da droga. Ela reconhece a importância da droga no cotidiano deste indivíduo, sendo através deste comportamento que ele se encontra inserido ou é aceito numa rede social que pode, inclusive, trazer riscos para o desenvolvimento do problema do uso.

Segundo a pesquisadora, o modelo de repressão policial vigente, como uma alternativa de trabalho com esses usuários, sob o viés da política de combate às drogas, principalmente ao crack, serve apenas para estimular o uso dessas substâncias. Ela acredita que ao invés de incluir esse usuário numa sociedade que o abraça e o aceita como indivíduo, como cidadão com direitos e deveres, o modelo repressivo produz um processo de desligamento através do qual retira-se o sujeito de toda possibilidade de desenvolvimento produtivo e funcional.

No que se refere aos processos de exclusão no mundo das drogas, Marques (2003) admite a existência de mecanismos simultâneos de exclusão/inclusão marginal ou precária na sociedade. Nesse sentido, esses processos vão da vulnerabilidade ao risco social mais extremo, podendo até gerar extermínio de algumas pessoas ou grupos envolvidos nesse contexto. Segundo o referido pesquisador, os grandes contingentes de crianças e de jovens brasileiros em situação de risco social, pertencentes às camadas pobres ou miseráveis, se tornaram presas desse mecanismo de exclusão/inclusão marginal no mercado do narcotráfico e no abuso de drogas. Desta forma, além do estigma social como criminosos, parte dessas crianças também acabam exterminadas durante os confrontos entre gangues do narcotráfico, geralmente compostas por outros jovens na mesma situação. As drogas foram transformadas numa das mercadorias mais lucrativas do mundo capitalista. Para o referido pesquisador a mão-de-obra infanto-juvenil utilizada, nesse mercado, também tornou-se alvo de especulação, pois, representa um público frágil e desorganizado que facilita a ocultação dos principais responsáveis por essas operações financeiras.

O pesquisador alerta que é importante conhecer e valorizar as formas de resistência criadas pelas famílias e pelos jovens ao tentarem postergar ou mesmo rejeitar esses mecanismos de inserção marginal próprios desse mercado de trabalho, sendo necessário valorizar as expressões peculiares a essa população, em contraposição aos modelos reforçados pela ideologia dominante. No próximo tópico será realizada uma aproximação conceitual sobre política social como possibilidade de superação dos processos de exclusão social.

1.4. Política social como forma de enfrentamento da exclusão social

Segundo Pereira (2011), o tema da política social tem sido bastante valorizado na contemporaneidade estando associada às políticas públicas. A autora destaca a importância dessa recorrência intelectual à política social em uma época de forte tendência neoliberal, explicando que as iniciativas no campo intelectual visando aprimorar o conceito de política social vêm sendo realizadas desde os anos 50. Ao longo da história houve utilização equivocada do termo política social: Os intelectuais dos Estados Unidos produziram centenas de artigos sobre o problema da pobreza, sem, no entanto, terem a preocupação com a melhoria dos serviços para esse segmento. Há casos esdrúxulos de utilização da expressão política social, como foi o caso da Alemanha nazista, que denominou experiências criminosas com enfermos, doentes mentais e judeus, de política social.

A referida autora enfatiza a visão de política social como ação para garantir os direitos sociais e o atendimento de necessidades humanas numa perspectiva de cidadania ampliada. Para ela, a política social é dialética estando localizada nos interstícios entre estrutura e história, capital e trabalho, Estado e sociedade, também como liberdade e igualdade. “É isto que torna a política social dialética contraditória. E é essa contradição que permite à classe trabalhadora e aos pobres em geral também utilizá-la a seu favor” (PEREIRA, 2011, p. 166).

Devido às suas condições de complexidade contraditória, a política social pode expressar vários papéis, dentre eles, o da disciplina acadêmica; bem como o da ação política que está fortemente identificada com o campo do empirismo. Como ressalta a pesquisadora, a política social comporta, portanto, uma categoria acadêmica e outra política de constituição teórica e prática, que busca não apenas explicar o mundo, mas também agir neste mundo visando provocar mudanças. Ao reivindicar ser disciplina acadêmica, a política social rompeu com os critérios de voluntarismo e fragmentação do seu uso, passando a ter um cabedal próprio de conhecimento e ação particulares, que não permite o atrelamento a nenhuma outra disciplina.

Apesar de existirem tensões no âmbito epistemológico da política social, principalmente pela compreensão de que essa disciplina incidiria sobre outras áreas sociais, a matéria dispõe de um objeto de conhecimento específico. A partir da compreensão de Pereira (2011), sobre esse tensionamento, pode-se esclarecer que, enquanto a sociologia se preocupa em explicar as circunstâncias sociais e individuais nas quais ocorrem as necessidades da aplicação da política social, e a economia está preocupada em mostrar a sua influência na

produção de bens, riquezas e serviços; a política social estaria preocupada em influenciar nas mudanças das circunstâncias sociais e atuar sobre o bem-estar dos cidadãos no que tange ao acesso efetivo à saúde, educação, moradia, ao emprego, à segurança alimentar, ao amparo à infância e à velhice, aos serviços sociais pessoais, dentre outras atividades humanas.

Pode-se concluir, conforme a referida pesquisadora que, mesmo estando a política social imbricada em outros aspectos das políticas, ela refere-se, efetivamente, à ação que visa, mediante esforços organizados e pactuados, atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa as iniciativas privada, individual e espontânea. Além disso, também requerer deliberada decisão coletiva regida por princípios de justiça social que, por sua vez, devem estar embasados em leis impessoais e objetivas como garantia de direitos aos sujeitos sociais.

As tensões históricas no campo social e econômico, resultantes dos objetivos universalizantes do Estado de Bem-Estar Social, que surge na segunda metade do pós-guerra, na Europa, e a atual desregulamentação do capitalismo, que se agrava a partir dos anos 1990, trazem novos elementos ao cenário das discussões sobre a política social, a exemplo do universalismo protetor, do particularismo das iniciativas sociais e do crescente mercantilismo da política social. “Com efeito, a partir dos anos 1980 a política social e o Estado de Bem-Estar sofreram mudanças não lineares, cuja dinâmica contempla contenções, retrocessos, reorientações e, principalmente, transformações [...]” (PEREIRA, 2011, p. 192).

Neste contexto, verificou-se o desmonte do universalismo protetor, dando vez ao particularismo social e à mercantilização da política social. Atualmente, conforme a referida pesquisadora, fala-se em universalismo contido ou segmentado que implica em extensa cobertura de programas compensatórios ou de alívio da pobreza, de efeito inclusivo. Esse particularismo social constitui-se do conjunto de práticas e de programas para atender de maneira diferenciada demandas e necessidades de grupos que exigem o reconhecimento público das particularidades que os distinguem de outros coletivos sociais. Essas modalidades propugnam a igualdade racial, de gênero, de etnia e requerem, também, um sistema de proteção social descentralizado, especializado e mais próximo do cidadão, cujo modelo se respalda nas chamadas redes sociais. São protagonistas deste modelo os movimentos sociais particularistas, a exemplo das organizações não-governamentais, grupos voluntários, as famílias e empresas com responsabilidade social. De maneira crítica, a autora argumenta que essas estratégias se traduzem em formas de conluio entre o público e o privado e do esvaziamento das políticas públicas de cunho social.

No que tange à questão da mercantilização da política social, conforme a referida pesquisadora, se trata da intenção de debilitar os direitos sociais que são os verdadeiros empecilhos ideológicos e materiais para a concretização generalizada dessa mercantilização. Nesse cenário, sob a égide do neoliberalismo, a reestruturação da política social e dos direitos sociais, como ingredientes básicos de justiça distributiva, deixam de ser uma referência significativa para dar lugar ao mérito individual que, no máximo, perseguem a igualdade de oportunidades, em detrimento de resultados conquistados coletivamente.

O Brasil é um país que, devido as suas grandes contradições sociais, necessita fortemente da consolidação das suas políticas sociais. No contexto das dificuldades para a consolidação da política social no País, destaque-se o que acontece com a política de assistência social, que vem sendo articulada, nem sempre de forma adequada, como iniciativa de proteção social pública desde o século XIX e, mais especificamente, a partir dos anos 1940 do século XX, expressando uma articulação entre o Estado e a Sociedade, com vistas à definição de direitos políticos de conteúdo social.

Pereira (2012, p. 224) enfatiza a importância da Constituição Federal de 1988 para a valorização da assistência social como política pública, destacando a caracterização desta política através dos critérios racionais, ético e cívicos. Características que são consubstanciadas através do desenvolvimento de programas, serviços e recursos humanos, financeiros e metodológicos; tudo isto resultando na definição de prioridades, estratégias e metas, com o compromisso de melhorar a satisfação das necessidades sociais.

A ética, no contexto da assistência social, para a referida autora, constitui-se em uma responsabilidade que nenhum governo sério deveria negligenciar, já que se trata de combater a inércia contra a fome, a miséria, a ignorância e morte prematura de milhares de pessoas. Do ponto de vista cívico, a política pública de assistência social é também uma condição vinculada aos direitos de cidadania social. Desta forma, a autora acrescenta que com base no referencial racional, ético e cívico, desde de 1988, com a promulgação da Constituição Federal “[...] diz-se que a assistência social no Brasil constitui uma política pública, um direito de cidadania e um componente da seguridade social⁴” (PEREIRA, 2012, p. 226).

Faz-se necessário, em decorrência dos objetivos deste trabalho, abordar o problema da exclusão/inclusão social no Brasil. Segundo Paiva (2006), o modelo econômico periférico-

⁴A seguridade social: conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

dependente imposto ao País desde o período colonial, reproduzindo-se com novos matizes a partir do período republicano, assume na contemporaneidade forte timbre semicolonial. Em decorrência, os problemas de ordem estruturais resultaram em um grande contingente de trabalhadores informais e de desempregados que não se beneficiam da proteção da sociedade salarial. Desta forma, faz-se fortemente necessário a consolidação de uma política de proteção social não-contributiva e incondicional que seja possibilitada pela assistência sócia, tendo como desafio “[...] responder de maneira decisiva, em escala de massas, às necessidades sociais da população brasileira” (PAIVA, 2006, p.13).

O referido pesquisador afirma que a crise econômica dos anos 80, que possibilitou a ascensão do neoconservadorismo, fez com que milhões de trabalhadores perdessem a possibilidade de vínculo com a seguridade social pelo eixo das políticas contributivas. Segundo o autor, com o abalo no sistema de proteção social mais consolidado, do País, foram acionadas outras redes de proteção social, correndo-se o risco, no entanto, do abandono dos direitos em detrimento do surgimento de mecanismos mercadorizados de proteção que foram sutilmente incorporados.

Conforme Paiva (2006), na contramão da perspectiva universalista da seguridade social surgiram os modelos pretensamente inovadores de combate à exclusão social ou de políticas de inclusão que foram considerados uma oportuna tentativa de renovação do combatido assistencialismo e da prática da tutela das velhas políticas sociais. Portanto, verifica-se que, cada vez mais, essas ações têm resultado na ampliação da esfera privadas da proteção para o campo do mercado e para o âmbito da família. Neste contexto, conforme o autor, gera-se uma grande pressão sobre os programas da assistência social em decorrência do agravamento dos problemas sociais, a exemplo do desemprego e dos jovens que deixam de estudar, têm dificuldades em ingressar no mercado de trabalho e aderem à marginalidade das gangs, do tráfico de drogas, etc. A situação social geral um quadro de precarização e pobreza que resulta em políticas de atenção focalizadas; o que também não é totalmente adequado à concepção de política de proteção social de caráter universalizante.

Portanto, a inclusão social, bem como o seu oposto, a exclusão social, são conceitos importados de países europeus e estranhos à realidade político-cultural da população brasileira, que tentam dissimular a importância da luta de classes atrelada à política da assistência social. O conceito de inclusão social atribui à pobreza o valor de um resíduo social indesejável que se conforma com qualquer apoio; o que repercute, também, no rebaixamento da valorização do trabalho profissional na área.

Desta forma, por trás da proliferação das propostas de exclusão social que, para o pesquisador, é um tipo de solidariedade sem sujeitos e sem projetos, encobrem-se a reedição dos mecanismos de dominação que são correlatos aos processos de desenvolvimento de projetos nas franjas dos sistemas públicos de proteção social. O antídoto para esse problema é “[...] insistir na construção da assistência social como dimensão universalizadora da proteção social, conferida pela seguridade social brasileira” (PAIVA, 2006, p. 21).

Nas últimas décadas verificou-se um avanço considerável na construção de políticas públicas na área social no Brasil. No próximo tópico, far-se-á uma abordagem sobre a importância do Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social, no contexto das políticas públicas que caracterizam a seguridade social no Brasil, enfatizando-se a importância desse sistema para a questão das drogas

1.5. O Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS foi concebido a partir das conquistas no campo do financiamento público dos serviços de saúde pelo Estado e como um direito universal que vinha sendo adotado em outros países, a exemplo da Inglaterra, Suécia, Canadá, Cuba e a extinta União Soviética. A partir das lutas empreendidas pelos movimentos sociais, que antecederam a década de 1980, foi implantado na Constituição Federal de 1988, na seção da saúde, os artigos de 196 a 200 que tratam da questão da saúde como direito de todos e dever do Estado. Esses artigos foram regulamentados pela Lei 8080, de 1990. Para Menicucci (2006), as inovações no âmbito da saúde, trazidas pela Constituição Federal de 1988, representam uma ruptura com a situação anterior, “[...] ao consagrar o direito à saúde e garantir o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde, definindo um novo modelo organizacional para o setor [...]” (MENICUCCI, 2006, p. 59).

Segundo Campos (2006), além de se fundamentar na tradição internacional em torno da saúde pública, o SUS foi o resultado do movimento sanitário que aconteceu no início do século XX e que contou com a participação de militantes oriundos de diversos setores da estratificação da sociedade brasileira que tinham em comum o interesse pela saúde; além dos setores acadêmicos, os segmentos profissionais e integrantes de partidos políticos que também contribuíram para construir o paradigma do sistema nacional de saúde brasileiro.

Souza (2010) destaca a relevância que teve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, como marco das conquistas em torno da Reforma Sanitária brasileira, trazendo à tona temas como a

necessidade de ampliação do conceito de saúde e de um novo Sistema Nacional de Saúde, a separação de “Saúde” da “Previdência” e a orientação da política de financiamento para o setor saúde. Vale destacar que há duas formas de se perceber as conquistas nos processos da reforma sanitária brasileira: uma refere-se à constância da militância através da renovação dos seus atores que surgem dos novos programas instituídos no âmbito do sistema, a exemplo do programa de saúde mental, de DST/AIDS, bem como o programa saúde da família. Esse ativismo surge no âmbito das universidades públicas. Mas, a partir dos anos 1990, agregam-se a esses ativistas dos serviços públicos os trabalhadores oriundos de ONGs, entidades filantrópicas e movimentos confessionais, a maioria voltados para o trabalho em saúde atuando no campo da dependência química, Aids, e apoio aos deficientes e idosos. A outra refere-se à constatação do crescimento do SUS que, nos seus primeiros 15 anos de funcionamento, transformou-se em um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo que atendia, já naquele período, cerca de 70% dos brasileiros; o orçamento cresceu nesse período de 17 bilhões para 40 bilhões.

O referido autor destaca a importância da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, para a consolidação do sistema, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde do Brasil. A referida lei consolida o papel do município como o principal executor das ações de saúde, caracterizando a ampliação do processo de descentralização que havia sido exposto desde a 8ª Conferência de Saúde e que significava um avanço e a contraposição ao modelo ditatorial vigente naquele momento. Essas legislações citadas consolidam os processos de implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde que significa a universalização do acesso à saúde de forma pública. O referido autor afirma que através da descentralização, busca-se envolver todas as esferas do governo para que, juntas, funcionem no sentido de promover melhorias na situação de vida e de saúde da população. No ano 2000, cerca de 99% dos municípios brasileiros haviam pactuado e estavam habilitados pelo Sistema Único de Saúde. Entretanto, um dos problemas verificados é que nem sempre os recursos transferidos pela federação para os municípios são aplicados corretamente no sistema.

Segundo Campos (2006) a incompletude da regulamentação do processo de descentralização, que resulta em problemas de ordem administrativa, leva o governo federal a delegar mais responsabilidade do que poder aos entes federados do sistema, através de uma enxurrada de portarias, com o objetivo de tentar induzir as gestões estaduais e municipais, condicionando repasse de recursos à execução de projetos pensados fora do âmbito regional.

O referido pesquisador reconhece a importância do princípio da descentralização administrativa para lidar com as diferentes realidades nacionais, no entanto, alega que há comprometimento dessa política em decorrência do empenho diferenciado de cada município em implantar o sistema único, a adesão ou não aos programas e ações que são consideradas prioritárias e essenciais, bem como às diferenças de ritmo no atendimento às necessidades de saúde da população, dentre outras questões.

Vale enfatizar que o SUS foi instituído sob o princípio ideológico democrático da universalidade, que pressupõe a saúde como um direito de todos. Outro princípio de grande importância no funcionamento do SUS é a questão da integralidade na atenção à saúde. Esse princípio refere-se às ações relacionadas à promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, bem como a assistência aos doentes, o que implica na adoção de um sistema de práticas bastante complexas para o enfrentamento dos problemas de saúde com esta característica.

Conforme Souza (2010), o princípio da integralidade é um dos principais sustentáculos do SUS, porque consiste em tratar cada pessoa como um ser indivisível e integrante de uma comunidade, já que as ações de saúde não podem ser compartimentadas. A concepção da integralidade compreende a articulação dos diversos níveis de atenção à saúde, a exemplo da atenção básica, secundária e terciária, configurando-se em um sistema capaz de prestar assistência à saúde de forma integral. Por outro lado, a atenção integral nem sempre é uma realidade do sistema único, muitas vezes, por falta de compromisso de servidores mal remunerados e sem estímulo para o trabalho por dificuldades verificadas no funcionamento das unidades, além de uma série de razões que deixam a população sem a devida atenção e continuidade de tratamento e sem conhecimento dos seus direitos.

O direito de participação da representação popular nos processos de pensar e fazer a saúde pública no Brasil está assegurado pela Lei 8.142 de 1990; o que é feito através das próprias unidades de saúde ou dos conselhos e conferência de saúde que ocorrem nas três esferas administrativas do sistema. No entanto, em decorrências da precarização cultural e de informação da população não é fácil garantir a valorização do sistema pela população. A saúde deve ser entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença, o que envolve outras questões a exemplo do emprego, lazer, educação, moradia, saneamento, entre outras. Nesse campo da descentralização, o SUS presta alguns serviços através da participação de entidades privadas principalmente na atenção hospitalar e na oferta de serviços especializados de alto custo e densidade tecnológica, que o sistema público não pôde alcançar devido à insuficiência de investimentos (SOUZA, 2010).

A partir dessa situação, conforme o referido pesquisador, é possível compreender a complexidade do SUS, as dificuldades que ocorrem nas instâncias regionais, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a qualificação da gestão e do controle social. Além disso, também existem os problemas referentes à organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde que têm se constituído em desafios permanentes na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Menicucci (2006) abordar o problema da assistência dual, que caracteriza a política de saúde no Brasil, afirmando que essa assistência se configura como uma dupla institucionalidade e do ponto de vista jurídico-formal não existem vínculos entre as duas modalidades de assistência embora, atualmente, estejam submetidas à regulamentação precedente da mesma instância governamental. A pesquisadora refere-se à Agência Nacional de Saúde que também fiscaliza a concessão de serviços através de planos de saúde privados.

O governo se responsabiliza pelo direito constitucional à saúde garantindo o acesso aos serviços, bem como regula o mercado de planos de saúde garantindo a concorrência e visando beneficiar o consumidor, o organizador e o mercado prestador desses serviços. As consequências dessa política dual no sistema de saúde se expressam, segundo a pesquisadora, na constituição do perfil dos usuários dos dois sistemas, nas características institucionais da assistência privada, na interpenetração entre os dois sistemas, além de provocar efeitos cognitivos de caráter negativo sobre o referido sistema.

A dualidade do sistema gera uma segmentação da população quanto ao acesso aos serviços de saúde. A busca por serviços privados, tanto no campo da saúde, como da educação, pelos segmentos da população que detêm melhor poder aquisitivo vem se tornando uma regra; também a outras diferenciações a exemplo da localização geográfica, em algumas regiões a população conta apenas com serviços públicos. No entanto, ainda é o sistema público que detém o maior número de estabelecimentos de saúde, sendo também o responsável pela maior parte dos procedimentos. “[...] é no SUS que a população encontra cobertura para procedimentos tipicamente de saúde pública, além do fornecimento de medicamentos na atenção ambulatorial – um dos itens de maior gasto privado em saúde [...]” (MENICUCCI, 2006, p. 71). A referida pesquisadora defende a criação de uma agenda que discuta os problemas da saúde pública no Brasil, principalmente a questão da articulação entre o público e o privado de uma forma mais radical e inovadora retirando-se o foco apenas do sistema único.

Como se não bastassem as limitações que se impõem pela complexidade do próprio sistema, a política de saúde brasileira vem sofrendo uma pressão enorme em decorrência da reforma do Estado, que se inicia a partir de década de 1990, com os governos de orientação neoliberais de Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso.

Conforme Bravo e Matos (2012), a reforma foi mais impactante no campo da gestão que gerou vários problemas, bem como na atenção atingindo, inclusive, os entes federativos. Nesse aspecto, a reforma propõe a montagem de um sistema hierarquizado dividido em dois subsistemas, cujo primeiro trataria dos problemas da atenção básica através do programa saúde da família e o outro estaria voltado às situações de média e de alta complexidade envolvendo ambulatorios e hospitais credenciados. A reforma previu ainda a criação de um sistema de informação que controlará despesas, avaliará qualidade, além de gerenciar indicadores da vigilância epidemiológica e medir resultados obtidos. As referidas pesquisadoras chamam a atenção para o respaldo que a Norma Operacional Básica (NOB-96), de 1990, dá aos processos de reforma do Estado que atingem a política de saúde pública. Essa NOB é responsável pela regulamentação dos planos de saúde e seguros da saúde e dos medicamentos.

As pesquisadoras acrescentam que ao enfatizar a importância dos programas saúde da família e agentes comunitários de saúde, a referida NOB tem clara orientação para uma política focal de saúde, que é considerada um retrocesso na visão universalizante da prestação de serviços. “Percebe-se, também, nessa proposição, a divisão do SUS em dois: o hospitalar (de referência) e o básico – através dos programas focais [...] (BRAVO e MATOS, 2012, p. 213).

Desta forma, para se viabilizar a democratização da saúde no Brasil, as referidas pesquisadoras propõem o aprofundamento do controle social visando à construção de uma esfera pública de saúde, alertando que só o aprofundamento da democracia e a mobilização dos movimentos organizados da sociedade poderão enfrentar o avanço do neoliberalismo que pretende naturalizar a questão social, tornando-a individual, personalizada e focalizada.

Menicucci (2006) também reconhece que um dos principais problemas relacionados à política de saúde pública no Brasil está relacionado à dualidade do sistema público/privado. Segundo a pesquisadora, o tipo de institucionalização da saúde pública no Brasil precisa de uma agenda que discuta a articulação entre o público e o privado de uma forma mais radical e inovadora, retirando o foco apenas do sistema único. Na contramão da reforma neoliberal de orientação conservadora, o governo federal criou em 2005, o Sistema Único de Assistência

Social, que compõe o quadro da seguridade social brasileira ao lado da saúde e da previdência. No próximo tópico serão abordadas a importância da criação do SUAS e os problemas apontados pelos analistas sociais sobre esse sistema que é o responsável pela execução das políticas sobre drogas inseridas no plano crack, é possível vencer, bem como as políticas do MDS.

1.6. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a concepção de assistência social⁵, no Brasil, passa a ter uma concepção que a distancia do favor, do clientelismo, do apadrinhamento e do mando que caracterizava o conservadorismo na assistência social. Conforme relato de Aldaíza Sposati (2006), a cronologia das mudanças que efetivaram a assistência social como política pública no campo da seguridade social, desdobrou-se a partir da Constituição Federal (CF) de 1988. A CF institui a política de Assistência Social como política pública através dos artigos 203 e 204; em seguida, em 2003, foi criado o Ministério da Assistência Social e realizada a IV Conferência Nacional de Assistência Social, com a exigência de implantação do SUAS; em 2004, foi aprovada a nova Política Nacional de Assistência Social e estruturada a Secretaria Nacional de Assistência Social com base nas funções do SUAS. Em 2005, foi aprovada a NOB de criação do SUAS e, em 2006 haviam programas de abrangência nacional administrados pelo sistema único, a exemplo do bolsa família.

Lopes (2006, p. 79) resgata a importância da LOAS⁶ no processo histórico de consolidação da política pública de assistência social enfatizando “[...] o respeito refletido na organização político-institucional ao conceito e a definição da seguridade social como proteção universal, estratégia de enfrentamento à pobreza e à exclusão social [...]”.

Gayotto (2013) destaca a importância da LOAS no contexto da política de assistência social, pois foi através dessa legislação que ficou definida a assistência social como direito do

⁵ Lei 8.742 (1993) - Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

⁶ A partir da Constituição Federal de 1988, já em 1993, temos a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), nº. 8.742, que regulamenta esse aspecto da Constituição e estabelece normas e critérios para organização da assistência social, que é um direito, e este exige definição de leis, normas e critérios objetivos.

cidadão e dever do Estado. Foi também a LOAS que definiu a seguridade social como uma política não contributiva de iniciativa do Estado e da sociedade civil; além de organizar os objetivos desta política definindo o seu público alvo, a integração com as demais políticas setoriais, visando o enfrentamento à pobreza, a garantia dos mínimos sociais, a universalização dos direitos sociais e o provimento para o atendimento de contingências sociais.

Uma realização de grande repercussão na história da modernização da assistência social, no Brasil, foi a aprovação da Política Nacional Assistência Social-PNAS, em 2004. No entanto, até se chegar a esse ponto “[...] foi um longo percurso que envolveu um importante debate nacional e que recolocou na pauta os legítimos princípios e as diretrizes emanadas da CF. de 1988 e da LOAS” (LOPES, 2006, p. 83).

Segundo Couto et al (2012), a PNAS vai explicitar e tornar claras as diretrizes para efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado, apoiada em um modelo de gestão compartilhada fundamentada no pacto federativo, no qual ficou detalhada a participação dos três níveis federativos na provisão de atenções socioassistenciais, em conformidade com o que está preconizado na LOAS, e nas Normas Operacionais Básicas editadas a partir das deliberações das Conferências, dos Conselhos e da Comissão de Gestão Compartilhada. Para o referido pesquisador, à aprovação da PNAS, seguiu-se a implantação do SUAS, em julho de 2005, que está voltado à articulação em todo o território nacional das responsabilidades, vínculos e hierarquias, do sistema de serviços, benefícios e ações de assistência social, de caráter permanente ou eventual, executados e providos por pessoas jurídicas de direito público sob critério de universalidade e de ação em rede hierarquizada e em articulação com iniciativas da sociedade civil.

Reafirmando a importância e a necessidade da política de assistência social estar articulada com outras políticas públicas e indicando que as ações públicas devem ser múltiplas e integradas no enfrentamento das expressões da questão social, a PNAS tem os seguintes objetivos: prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e/ou especial para famílias, indivíduos e grupos que dela necessitam; contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural; além de assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2005, p. 33).

A intersetorialidade é uma dimensão da PNAS que preconiza a importância de iniciativas articuladas que viabilizem ações complexas. Nas palavras de Couto (2012) a intersetorialidade deve expressar a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social básica ou especial e ao enfrentamento das desigualdades sociais identificadas nas distintas áreas. Essa decisão supõe a necessidade de se desenvolver serviços integrados superando-se a visão fragmentada da atenção às necessidades sociais, além de fortalecer a concepção de atendimento em rede.

No que tange ao atendimento aos usuários, a PNAS especifica que:

Constitui o público usuário da política de assistência social: cidadãos e grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco, tais como, famílias e indivíduos com perdas ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e/ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social. (BRASIL, 2005, p. 33).

Gayotto (2013) abordando a proteção social na PNAS afirma que essa proteção significa a busca da garantia do desenvolvimento humano e social, os direitos de cidadania, a segurança da acolhida, de renda, de convivência familiar e comunitária e social e de sobrevivência a riscos circunstanciais. A proteção aos cidadãos na PNAS está subdividida em dois eixos: a proteção social básica e a proteção social especial de média e alta complexidade.

1.6.1. Proteção Social Básica: De caráter preventivo, tem como objetivos evitar situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros), bem como em situação de fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). Esse tipo de proteção se propõe a desenvolver serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Deverão incluir as pessoas com deficiência e ser organizados em rede, de modo a inseri-las nas diversas ações ofertadas. Esses serviços deverão ser executados nos Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), ou, também, de forma indireta pelas

entidades e organizações de assistência social dessa área de abrangência, através da parceria possibilitada pela intersetorialidade, sempre sobre a coordenação do órgão gestor da política de assistência social (BRASIL, 2005)

1.6.2. Proteção Social Especial: Essas ações estão voltadas às pessoas em situação mais complexa de exclusão social. Por exclusão social entende-se pessoas em situação de alta vulnerabilidade social decorrente de abandono, privação, perda de vínculos, exploração, violência, entre outras. Destina-se a enfrentar situações de risco em famílias e em indivíduos cujos direitos tenham sido violados e/ou em situações de rompimento de laços familiares e comunitários.

Esses serviços subdividem-se em média e alta complexidade. A média complexidade compreende a atenção às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. A alta complexidade destina-se a garantir proteção integral (moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos com seus direitos violados, que se encontram sem referência, e/ou em situação de ameaça, necessitando serem retirados de seu núcleo familiar, ou comunitário (BRASIL, 2005).

A proteção de média e alta complexidade tem interface com o sistema de garantia de direitos do município e o órgão responsável pela execução desse serviço é o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que é uma unidade pública estatal que oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, no caso, violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, etc. Busca ser um espaço de acolhida e escuta qualificada, fortalecendo vínculos familiares e comunitários, além do fortalecimento dos recursos para a superação da situação apresentada. (GAYOTTO, 2013, p. 59).

Vale salientar, portanto, que o SUAS materializa o conteúdo da LOAS, cumprindo no tempo histórico dessa política as exigências para a realização dos objetivos e resultados esperados que devem consagrar direitos de cidadania e inclusão social, além de definir e organizar os elementos essenciais e imprescindíveis à execução da política de assistência social. O SUAS também tem o papel de normatizar os padrões nos serviços, manter a qualidade no atendimento, construir indicadores de avaliação e de resultados, dar

nomenclatura aos serviços e à rede socioassistencial, bem como aos eixos estruturantes e de subsistemas (BRASIL, 2005, p. 39).

Segundo Paiva (2006), o SUAS consubstancia a Política Nacional de Assistência social estabelecendo importantes procedimentos técnicos e políticos em termos da organização e prestação das medidas socioassistenciais, além de inovar nos processos de gestão e do financiamento das ações organizadas no âmbito da referida política. A partir da implantação do SUAS, instalou-se em todo o território brasileiro um mesmo regime geral de gestão e alcance da política brasileira de assistência social na perspectiva de responder à universalidade de um direito de cidadania.

Ao materializar a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), o SUAS busca estabelecer um novo modelo de gestão, com enfoque na proteção social⁷ que se estrutura conforme matriz padronizada de serviços socioassistenciais, definidos na Tipificação Nacional desses serviços que estão organizados em dois níveis: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de Média e Alta Complexidade (BRASIL, 2005).

Conforme Couto (2013), o SUAS foi estruturado a partir das necessidades básicas da população através de ações compartilhadas em termos de financiamento e execução de serviços pelos entes federados. Desta forma, a regulação do SUAS estabelece como base de sua organização a matricialidade sociofamiliar⁸, recuperando a ideia de grupo familiar e não de indivíduo isolado. A matricialidade sociofamiliar passa a ter papel de destaque no âmbito da PNAS em decorrência da premissa de que a centralidade da família e a superação da focalização, no âmbito da política de Assistência Social, repousam no pressuposto de que para a família prevenir, proteger, promover e incluir seus membros é necessário, primeiramente, garantir condições de sustentabilidade nesse sentido.

A descentralização político-administrativa da assistência social passa a ter sua expressão em cada nível da Federação, com comando único, na efetiva implantação e funcionamento de um conselho de composição paritária entre sociedade civil e governo. A descentralização também prevê a constituição de um fundo, que deve ser composto pela pactuação orçamentária nas três esferas de governo, cabendo a cada esfera, em seu âmbito de

⁷ Proteção Social: pode ser definida como um conjunto de iniciativas públicas ou estatalmente reguladas para a provisão de serviços e benefícios sociais visando enfrentar situações de risco social ou privações sociais.

⁸ Matricialidade sociofamiliar – parte da concepção de que a família é o núcleo protetivo intergeracional, presente no cotidiano e que opera tanto o circuito de relações afetivas como de acessos materiais e sociais. Fundamenta-se no direito à proteção social das famílias, mas respeitando seu direito à vida privada.

atuação, respeitando os princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional de Assistência Social, coordenar, formular e cofinanciar, além de monitorar, avaliar, capacitar e sistematizar as informações pertinentes (BRASIL, 2005, p. 43).

No que tange à política de financiamento do SUAS, Couto (2013) afirma que existem, no mínimo duas características nesse campo. A primeira diz respeito à centralização no âmbito federal como é de costume ocorrer em outras áreas sociais. Esta centralidade, às vezes, dificulta a execução de projetos identificados com as realidades locais, já que o repasse de recursos, muitas vezes, fica condicionado à execução de programas desconectados da realidade dos municípios. A outra característica é o rompimento das formas convencionais da relação entre Estados e entidades assistenciais. Ao adotar um piso para balizar o atendimento da assistência social e estabelecer critérios entre as proteções sociais a serem afiançadas, estabelece uma nova forma de lidar com recursos públicos nessa área.

A questão do controle social, que tem sua concepção advinda da Constituição Federal de 1988, trouxe para o âmbito do SUAS os espaços privilegiados onde se efetivará essa participação. Na conformação do SUAS, os espaços privilegiados onde se efetivará essa participação são os Conselhos e as Conferências, não sendo, no entanto, os únicos, já que outras instâncias somam força a esse processo (BRASIL, 2005). O controle social exercido pelos Conselhos e pelas Conferências é reafirmado e recoloca-se como desafio a participação dos usuários para sua efetiva implantação. Para Couto (2013, p. 51), esse talvez seja o “[...] maior desafio nesse campo tão atravessado por falta de protagonismo de seus usuários e pelo uso do clientelismo dos recursos alocados [...]”.

Conforme o referido pesquisador, outra questão importante do ponto de vista da regulação do SUAS, diz respeito à política de recursos humanos. A implantação do SUAS exige novas formas de regulação e de gestão do trabalho e, certamente, a ampliação do número de trabalhadores com estabilidade funcional é condição essencial, ao lado de processos continuados de formação e qualificação, a partir do ingresso do servidor pela via democrática do concurso público. Para resolver esse problema, foram realizadas gestões significativas a partir da edição da NOB/SUAS-RH (2006), para a pactuação federativa nos espaços intergestores estaduais e federal, consideradas as resistências e dificuldades políticas que tiveram que ser superadas para viabilizar sua aprovação.

Portanto, a constituição do SUAS representou um grande avanço no campo da política social brasileira, especialmente no que se refere à assistência social. Para o pesquisador, o importante é dar consistência, transparência e funcionalidade a essa política, de forma que

permita se estabelecer um novo relacionamento entre Estado e sociedade pautado no direito social e na perspectiva da universalização do acesso à política social, conforme as demandas dos cidadãos. O Ministério do Desenvolvimento Social lançou, em 2012, um documento que posiciona as perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas no SUAS que passa a integrar a rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas. A política do SUAS, para atuar em parceria no contexto das políticas públicas sobre drogas, será tratada no Capítulo II, deste trabalho. Como preparação para a inserção das discussões sobre a evolução das políticas públicas sobre drogas no País, far-se-á, no próximo tópico, uma explanação enfocando-se as conceituações sobre cidadania e sobre a política social.

1.7. Política social e cidadania

Segundo Behring e Boschetti (2001), o liberalismo respondeu às reivindicações de melhorias sociais dos trabalhadores com repressão. Só com a passagem do estado liberal para o estado social democrático é que vão surgir os avanços nas legislações trabalhistas que podem ser nomeadas como política social; sem no entanto, alterar os fundamentos do sistema de acumulação. Assim, pode-se afirmar que as lutas empreendidas pela classe trabalhadora, no final do século XIX e início do século XX, foram fundamentais para as conquistas sociais identificadas como políticas sociais. O Estado liberal foi pródigo na defesa dos direitos civis que garantiam a propriedade privada e o individualismo. Como conquistas políticas alcançadas pelas lutas dos trabalhadores, na passagem para o século XX, elencam-se o direito ao voto, organização sindical e de partidos políticos e de livre manifestação. O surgimento das políticas sociais, conforme as autoras, deu-se de maneira gradual e diferenciada dependendo do poder de luta da classe trabalhadora em cada país. As pesquisadoras citam como marco do surgimento dessas políticas, a introdução de um seguro social na Alemanha, a partir de 1883, iniciativa que garantia o reconhecimento da falta de condições para trabalhar em decorrência de problemas referentes à idade e à saúde etc. Em um segundo momento, a visão de política social passa a ser ampliada saindo do foco da intervenção sobre a pobreza extrema para o campo da cidadania.

Conforme Boschetti (2011) foi no final do século passado que se deram os desdobramentos de parte do conflito envolvendo as relações capital/trabalho para a lógica da cidadania e dos direitos sociais, ou, dito de outra forma, uma ênfase do eixo distributivo na luta de classes, sendo seu maior foco o Estado. A política social de cariz keynesiana, ou de

outra inspiração, resultou na institucionalidade das demandas do trabalho deslocando conflitos de classes para o interior do Estado, o que gerou diversos problemas, a exemplo da tecnocratização das questões político-econômicas. No entanto, ainda não foi com o keynesianismo que o capital encontrou a sua “pedra filosofal” que resolveria todas as contradições evidenciadas nas relações sociais de produção do sistema de acumulação.

Estes questionamentos estão associados à proposta deste trabalho em abordar os problemas da reinserção social no contexto das políticas públicas. Faleiros (1985) corrobora a importância de se considerar as relações concretas das forças sociais e da conjuntura na análise da política social. Para o pesquisador não se prescinde da política social para se entender o conjunto das forças vigentes no capitalismo. “Há os que consideram as políticas sociais como o resultado de um maquiavelismo do capital e sua acumulação, sem uma análise dos limites impostos ao capital pela própria realidade e pelas lutas sociais [...]” (FALEIROS, 1985, p. 55).

Na opinião do referido pesquisador, no Brasil, historicamente, as políticas sociais eram orientadas para grupos focais, a exemplo de carentes, idosos, crianças etc., com o objetivo de fragmentar a população em segmentos e viabilizar o seu controle social. À medida que nomeia grupos de beneficiados com as ações das políticas públicas, o governo também estigmatiza esses segmentos da população. Essa visão de política fundamenta a ideologia da normalizada que, para Faleiros, pressupõe que o indivíduo possa trabalhar para poder, normalmente, com o salário obtido, satisfazer as suas necessidades de subsistência e as de sua família.

Essa visão política, de caráter individualista, responsabiliza os sujeitos pelas suas fragilidades, muitas vezes culpabilizando quem é vítima do sistema capitalista. Como lembra Paiva (2008), os esquemas de psicologização dos problemas sociais atribuem aos indivíduos a responsabilidade por sua própria condição de pobreza, imputando-lhes a responsabilidade por presumíveis incapacidades morais ou cognitivas, além de mistificar as contradições próprias da sociedade burguesa.

Aqueles que não estão efetivamente inseridos nos processos formais de produção econômica são considerados fracassados; portanto, alvo das políticas sociais. Desta forma, no domínio da saúde, a doença passa a ser falta de higiene pessoal; os problemas relacionados à educação são atribuídos às deficiências do próprio indivíduo etc (WALLACK, 1993). Desta forma, considera-se que as políticas sociais, ao mesmo tempo em que controlam, também dissimulam as verdadeiras relações sociais no capitalismo. Neste sentido, os governos

capitalistas lançam mão da ideologia da humanização para falar de situações que, na verdade, representam um processo de desumanização. Portanto, pode-se afirmar que as políticas sociais aglutinam às forças de coerção do Estado, no sentido de manter a conservação do poder através de estratégias manipulativas e cooptativas da classe trabalhadora.

Focalizando a abordagem no âmbito dos desdobramentos dos processos sociais no Brasil, pelo viés das políticas sociais, temos que no século XXI foi iniciado um processo de distanciamento amplo entre indicadores econômicos e sociais. Conforme Silva, (2012), no Brasil dos anos 1990, registrou-se um avanço no plano político-institucional, representado pelo estabelecimento da seguridade social e dos princípios de descentralização e de participação social, enunciados na Constituição Federal de 1988; enquanto, por outro lado, verificou-se ações restritivas na orientação da intervenção estatal no social.

Nesse período, segundo a pesquisadora, houve um maior rebaixamento no corte de renda para fixação da linha de pobreza com vista a permitir um maior acesso da população aos programas de transferência de renda, em grande expansão no Brasil, a partir de 2001. A referida pesquisadora reporta-se, ainda, a existência de um conjunto amplo de programas sociais com marcas prevalentes de políticas meramente compensatórias que estão desvinculadas das políticas de desenvolvimento econômico. A pesquisadora acrescenta que as contradições foram aprofundadas, nesse período, pelo modelo neoliberal. Desta forma, as marcas de uma proteção social meramente compensatória e residual foram ampliadas, não só no Brasil, mas de resto em toda a América Latina, sob a orientação de organismos internacionais que vinha acontecendo desde anos 1980, de orientação fortemente neoliberal.

A pesquisadora explicou, ainda, que, a partir de 1991, vão ser implementados no Brasil, através do sistema de proteção social, os programas de transferência de renda que, até esse período, eram considerados ações indesejáveis no campo da política social. Vale salientar que esses programas de transferência de renda estão embasados na instituição dos mínimos sociais que foram iniciados na década de 1940 com a implantação do salário mínimo. A política de instituição dos mínimos sociais vai se consolidar com a Constituição de 1988, quando foram criados três grandes benefícios, que também são compreendidos como programa de transferência de renda: a elevação do salário mínimo, seguro desemprego, e a renda mensal vitalícia, este último regulamentado pela LOAS como Benefício Prestação Continuada (PBC).

Entretanto, segundo Cruz e Guareschi (2013), a principal conquista garantida na Constituição Federal de 1988, no campo da política social, foi a mudança na concepção de

assistência social no Brasil. Esta passou a constituir, junto com a saúde e a previdência social, a base da seguridade social com inspiração na noção de Estado de Bem Estar Social. Essas mudanças, na visão das pesquisadoras, constituíram um marco na transformação dos pressupostos de caridade, benesses e ajuda, para uma visão de cidadania na assistência social como caráter de política pública de proteção social, além de outras garantias de direitos sociais.

Neste trabalho, o conceito de cidadania está fundamentado no acesso universal dos sujeitos às políticas sociais de cunho protetivas instituídas no campo da seguridade social. No entanto, se faz necessário elencar alguns conceitos clássicos da cidadania. Segundo Barbalet (1989), os pressupostos conceituais modernos de cidadania tiveram origem com o filósofo grego Aristóteles que atribuiu à cidadania um status que era privilégio do grupo dirigente da cidade-estado. Conforme o referido autor, no Estado moderno, o conceito de cidadania estaria efetivamente ligado à capacidade de participação no exercício do poder político por meio do processo eleitoral, sendo que esse conceito de cidadania se estenderia, intrinsecamente, a toda a sociedade, significando que todas as pessoas, como cidadãos, teriam os mesmos direitos perante a lei e que, portanto, nenhuma pessoa, ou grupo, seria legalmente privilegiado.

Para Covre (1998, p. 09) a questão da cidadania significa ter direitos e deveres, ser súdito e soberano, ao mesmo tempo. A pesquisadora resgata a importância das cartas de direitos da Organização das Nações Unidas (1948), que se fundamentaram nas outras cartas: a de Direitos dos Estados Unidos, 1776, e a da Revolução Francesa, de 1789. A pesquisadora esclarece que esses documentos defendem que: todos os homens são iguais ainda que perante a lei, sem discriminação de raça, credo ou cor; bem como que a todos cabe o domínio sobre o seu corpo e sua vida, o acesso a um salário condizente para promover a própria vida, o direito à educação, à saúde, à habitação, ao lazer. Também que é direito de todos poderem se expressar livremente, militar em partidos políticos e sindicatos, fomentar movimentos sociais, lutar por seus valores; enfim uma vida digna de ser homem.

Segundo a pesquisadora (1998, p.11) a cidadania “[...] é o próprio direito à vida no sentido pleno [...]”. No entanto, esse direito precisa ser construído coletivamente, não só em termos do atendimento às necessidades básicas, mas de acesso a todos os níveis de existência, incluindo o mais abrangente, que seria o papel dos homens no universo. No entanto, estes pressupostos foram questionados por Marx (1843) que fundamentou suas críticas à cidadania moderna na questão das classes sociais. O Estado nivela a todos diante do nascimento, posição social, educação e profissão, a partir dos direitos políticos. No entanto, essa mesma

condição de igualdade é negada, por esse mesmo Estado, quando permite a existência da propriedade privada. Marx afirmar que o Estado conta, na verdade, com estas condições de nascimento, posição social, educação e profissão, exatamente para manter as diferenciações sociais; o que é fundamental para a sua existência enquanto Estado (COIMBRA, 1989).

Embora o tema da cidadania já estivesse bastante amalgamado na cultura ocidental, foi Marshall quem, no final anos de 1940, elaborou a concepção efetiva de direitos associados aos postulados da democracia. As concepções de Marshall estavam conectadas ao surgimento do Estado de Bem-Estar, na Europa do pós-guerra, sendo perpassados pelos motivos morais e políticos que o justificavam.

Conforme Pereira (2011), os princípios da cidadania propostos por Marshall compunham-se dos direitos civis, surgidos no século XVIII; os políticos, que apareceram no século XIX, e os sociais que entraram em evidência já no século XX. Vale salientar que esses direitos não foram concessões, mas conquistas dos movimentos sociais e políticos que eram amparados por instituições públicas a eles associadas. Desta foram, os direitos civis foram amparados pelas leis que eram produto dos tribunais de justiça; as instituições correspondentes à democracia parlamentar, a exemplo das assembleias legislativas e dos conselhos de governo, deram sustentação aos direitos políticos; já os direitos sociais são frutos dos sistemas educacionais e dos serviços sociais.

Pereira explica que os direitos civis estão associados às liberdades individuais (liberdade de ir e vir), que os direitos políticos colocam todas as pessoas em situação de igualdade de serem votados e de votarem em seus dirigentes; já os direitos sociais são aqueles referentes às condições mínimas de bem-estar econômico e segurança, à condição de participar por completo da herança social, bem como de levar uma vida civilizada de acordo com os costumes de cada sociedade.

Esses direitos têm suas diferenças peculiares do ponto de vista lógico e filosófico, enquanto os direitos sociais têm uma postura afirmativa perante as ingerências dos órgãos do Estado, os civis e políticos negam essa ingerência em nome das liberdades privadas. Desta forma, os direitos sociais estão relacionados aos processos de consumo, de lazer, de segurança, sendo reclamados ao Estado pelos indivíduos. Já os direitos civis e políticos reclamam a participação desses indivíduos na constituição do próprio Estado, sendo entendidos como direitos contra o Estado. Pode-se afirmar, com base em Pereira (2011), que esses direitos são incompatíveis e discrepantes: enquanto os novos direitos servem à ideologia do livre mercado, de forma individualizada, os direitos tradicionais procuram impor limites ao

despotismo do mercado sobre a vida dos cidadãos. No próximo tópico a questão da reinserção social de usuários de drogas será abordada do ponto de vista da participação da família, da religiosidade e das redes de sociabilidade em um contexto de parceria com as políticas públicas.

1.8. Reinserção social de usuários de drogas: contexto da adolescência, da família e das redes de sociabilidade

Os problemas gerados pelo uso de drogas também são abordados por faixa etária. O uso de drogas na adolescência, por exemplo, é uma questão que também se configura como problema de saúde pública e de infração sujeita à aplicação de medidas socioeducativas, uma vez que essa prática está interdita pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Sudbrack (1996) entende o uso de drogas na adolescência não como uma doença, mas como um ato em busca de solução para suas dificuldades. Ela admite que “[...] os jovens encontram nas drogas algum alívio (e não necessariamente prazer)” (SUDBRACK, 1996, p. 92).

No contexto da prevenção à drogadição entre adolescentes de famílias de baixa renda, ou em situação de exclusão social, a referida pesquisadora defende a articulação de saberes das diferentes áreas implicadas, num verdadeiro exercício de busca de complementaridade, cooperação e de construção de um conhecimento transdisciplinar de intervenções que resgatem o potencial criativo presente nos sistemas envolvidos. Neste contexto, a pesquisadora aponta a prática de redes sociais enquanto caminho a ser trilhado na busca de soluções não apenas restritas às questões da dependência química, mas à condição mais ampla de exclusão e marginalização em que os jovens se situam. “Nesse sentido, entende-se que a prática de redes sociais extrapola os objetivos específicos de prevenção da drogadição, sendo uma metodologia que conduz à melhoria da qualidade de vida e à promoção da saúde, no sentido mais amplo [...]” (SUDBRACK, 1996, p. 101).

Sanicola (2008, p. 13) lança mão do conceito de rede para definir sistemas que se encontram conectados, malhas de comunicação, estratégias empregadas por indivíduos ou a forma das relações sociais. Esse conceito indica um objeto que cria uma relação entre pontos mediante ligações entre eles que, cruzando-se, são amarradas e formam malhas de maior ou menor densidade no ponto de ligação, ou seja, “nó” e, por meio desse “nó”, acontecem trocas sinérgicas.

A referida pesquisadora considera as redes sociais como formas das relações sociais, divididas em duas grandes categorias: as redes primárias e as secundárias formais e informais.

As redes primárias são constituídas por laços de famílias, parentescos, amizade, vizinhança e trabalho. Em conjunto, formam uma trama de relações que confere a cada sujeito identidade e sentimento de pertencer. As redes secundárias formais são constituídas pelos laços que se estabelecem entre instituições, organizações do mercado e organizações do terceiro setor. Existem também redes secundárias informais, constituídas por laços que se estabelecem entre pessoas visando a resposta a uma necessidade imediata. (SANICOLA, 2008, p. 13).

Para Sluzki, os limites do sistema significativo do indivíduo não se restringem à família nuclear ou extensa, mas incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito, que são: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais (SLUZKI, 1997). Para o pesquisador, esse nível intermediário da estrutura social é importante para uma compreensão mais profunda dos processos de integração psicossocial, de promoção do bem-estar, de desenvolvimento da identidade e de consolidação dos potenciais de mudança, bem como pode iluminar os processos psicossociais de desintegração, de mal-estar e de adoecimento, de transtornos da identidade e de perturbação dos processos de adaptação construtiva e de mudança.

Segundo o referido pesquisador, todos os processos inerentes aos contextos socioculturais, políticos, históricos, econômicos, religiosos, de meio ambiente e de estrutura social, nos quais estamos imersos, fazem parte do universo relacional do indivíduo. No entanto, o pesquisador apresenta um conceito mais restrito de rede pessoal social, a saber:

Em nível mais microscópico, por sua vez, a rede social pessoal pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para o seu próprio reconhecimento como indivíduo substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para a sua auto-imagem. (SLUZKI, 1997, p. 41).

No contexto de inserção desses conceitos na temática do uso de drogas na adolescência, Penso e Pereira (2010) afirmam que se existir uma relação familiar e educacional estruturada constituindo uma rede social efetiva e consolidada, a saúde do adolescente será preservada. Entretanto, em caso de vulnerabilidades nessas áreas, que não contribuam para a busca da autonomia de forma saudável, é bem provável que esse adolescente procure se comunicar através de sintomas como, por exemplo, o uso de substâncias.

Desta forma, quando as relações no entorno do adolescente estão vulnerabilizadas:

[...] a prática de redes sociais, à medida que propõe um trabalho de dimensão não só familiar, mas de todos os outros contextos de relação do indivíduo, é importante e necessário, principalmente onde estas redes já se encontram enfraquecidas, pois cada sujeito se redescobre na relação com o outro, na construção e reconstrução de sua rede. (PENSO; PEREIRA, 2010, p. 45/46).

Costa (2001, p. 223) afirma que “[...] a presença da família permeia todo o processo de tratamento e está presente de forma muito significativa quando o egresso parte para a etapa da reinserção social”. A pesquisadora reconhece que o acolhimento familiar, após o período de tratamento, é fundamental para promover a segurança emocional e social, que seria uma fase inicial do processo de reinserção social, fundamentado na visão da abstinência preconizada pelo modelo de intervenção médico de adoecimento e recuperação. Para a pesquisadora, o retorno ao convívio familiar representa importante etapa no processo de reinserção social do egresso do tratamento da dependência química; o que deve ocorrer da forma mais natural e tranquila possível.

A pesquisadora trata a questão da reinserção social de uma maneira mais complexa, valorizando o estabelecimento de novas relações sociais constituídas em ambientes de trabalho ou educacionais, o que resultaria, em tese, no rompimento das relações anteriores com traficantes e outros usuários. A pesquisadora destaca o apoio da família nos processos de inserção social:

[...] a inserção no mercado de trabalho para a população entrevistada não foi algo muito fácil. Conseguiram no por contar com o apoio da família, trabalhando junto com os pais ou por possuírem qualificação em alguma área técnica. Outros esperaram meses para uma chance de emprego e, ainda outros, permanecem desempregados, sendo sustentados pela família. Por sua vez, o acesso a um novo ciclo escolar passa necessariamente pela questão do emprego e das condições financeiras. Mesmo assim, principalmente os mais jovens, quando têm condições e são apoiados pela família ou companheiros, retornam aos estudos. Quando isso acontece, é a retomada do ciclo natural da vida, da capacidade de investir na esperança de melhores dias e de não mais voltar à desesperança das drogas e do álcool. (COSTA, 2001, p. 239).

Para Sanchez e Nappo (2008) a religiosidade pode atuar como protetora do consumo de drogas entre pessoas que frequentam a igreja regularmente, bem como para aqueles que praticam algum tipo de preceito religioso e creem na importância da religião em suas vidas, ou tiveram algum tipo de educação religiosa na infância. Para as pesquisadoras, a prática religiosa, para a proteção do uso de drogas, deve ser um recurso adotado de forma compartilhada com outras iniciativas que viabilizem à reestruturação social do usuário,

oportunizando a formação de uma nova rede de amizades, a promoção de ocupação do tempo livre em trabalhos voluntários, atendimento “psicológico” individualizado, valorização das potencialidades individuais, integração em um grupo. Vale salientar a importância do apoio incondicional dos líderes religiosos, nesse contexto, sem julgamentos em especial entre evangélicos. Não descartar, também, a possibilidade da formação de uma “nova família” no contexto das relações religiosas; o que estaria fortemente associado aos processos de reinserção social.

Formigoni (2009) aborda cientificamente a questão da ajuda no contexto da recuperação e reinserção social de usuários de drogas pelo viés da religiosidade. A pesquisadora afirma ser a “ajuda” uma intervenção viável; no entanto, não precisa só querer ajudar aos usuários de drogas, mas é preciso ter um mínimo de conhecimento técnico-científico sobre o assunto, aliado a uma boa dose de solidariedade. Conforme a referida pesquisadora, a ajuda que se baseia apenas na boa vontade pode, por falta de conhecimento, cair na armadilha de uma atuação preconceituosa e fundamentada em julgamentos morais.

Vale salientar que o governo brasileiro tem apoiado as iniciativas de setores organizados da sociedade civil na busca da construção de políticas públicas adequadas ao enfrentamento do problema do uso, abuso de drogas, bem como às questões relacionadas à exclusão social como consequência dessa situação. No próximo tópico, abordar-se-á a evolução das políticas públicas sobre drogas vigentes no País, nas últimas décadas, priorizando-se o enfoque sobre a questão da reinserção social de usuários de drogas, considerando, também, o desenvolvimento das teorias na área de reinserção social.

CAPÍTULO II: POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

2.1. A Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde

É de suma importância para os objetivos deste trabalho abordar as principais noções legais de políticas estatais sobre drogas vigentes no País. Segundo Cardona (2013), a política pública sobre drogas tem como objetivo principal enfrentar os diferentes problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas como uma questão de saúde pública.

A partir disso, as políticas públicas sobre drogas garantem a qualificação, acesso e processo contínuo de tratamento, recuperação e reinserção social e ocupacional dos usuários de drogas e seus familiares, por meio da capacitação continuada de todos os setores governamentais e não governamentais envolvidos, assim com a articulação e integração em rede nacional das ações do Sistema Único de Saúde-SUS e Sistema Único de Assistência Social-SUAS. (CARDONA, 2013, p. 34).

Segundo Acselrad (2000), a política de atenção aos usuários de drogas, ou dependentes químicos, tem seguido parâmetros próximos em todo o mundo. A situação, em vários países, originou-se de um modelo médico sanitarista, jurídico moral, sociocultural e psicossocial. Esses modelos constituem-se de métodos que vão desde a higienização, à demonização, a estigmatização e a segregação dos usuários. Como resultados, na última metade do século passado surgiram os movimentos sociais que se opunham a esses modelos, a exemplo do movimento antimanicomial, redução de danos e “advocacy of recovery”, este último nos Estados Unidos, a partir do ano 2000 (WHITE, 1996).

As iniciativas do Ministério da Saúde, com relação a álcool e outras drogas, remontam ao cenário da reforma psiquiátrica e à Constituição de 1988. Nesse período, segundo Garcia (2008), foi criado, na então Divisão Nacional de Saúde Mental, o Grupo Técnico de Saúde Mental que tinha elaborado em 1987 o Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo do Álcool (PRONAL). “O PRONAL tinha por objetivo organizar a rede de serviços de atenção aos problemas associados ao consumo do álcool, com ênfase nos cuidados primários de saúde” (GARCIA, 2008, p. 270).

Conforme o referido pesquisador, em 1991, foi criado pelo Ministério da Saúde o Serviço de Atenção ao Alcoolismo e à Dependência Química, como mais um dos serviços da então Coordenação de Saúde Mental. Estes serviços estavam voltados às implementações das ações de prevenção, assistência e tratamento na área de drogas. O programa tinha, dentre outros objetivos, a função de reduzir a demanda crescente do uso de drogas, através da mudança de percepção da população em relação à questão. O foco do programa era a

modificação do modelo assistencial, além de estabelecer ações de apoio e expansão da rede de serviços em saúde mental, notadamente, dos serviços alternativos à internação psiquiátrica.

As diretrizes para uma política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas só foram adotadas, efetivamente, em 2002, em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente no País, que está regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216 (MS, 2002), sancionada em 6/4/2001. Esta constitui, atualmente, a política de Saúde Mental oficial do Ministério da Saúde para todas as unidades federativas. Vale acrescentar que a referida política se encontra em consonância com prerrogativas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2003).

Segundo Pinho (2008) foi o movimento da reforma psiquiátrica, iniciado nas últimas décadas do século XX, visando uma reforma no campo da saúde mental, que trouxe novos questionamentos que culminaram na aprovação de leis que propiciaram a transformação das práticas e saberes na área da psiquiatria. A partir desse movimento, as políticas públicas passaram a garantir, tanto aos usuários de serviços de saúde mental, como aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, um atendimento mais humanizado.

A partir das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2001, o Ministério da Saúde publicou algumas portarias voltadas para a normatização da atenção a usuários de álcool e outras drogas e estruturação da rede de atenção (MORAES, 2005). Portanto, a Portaria GM / 336 de 19 de fevereiro de 2002 (MS, 2002) define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, tipo “Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)”, incluídos aqui os CAPS voltados para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, os CAPS-AD. A Portaria SAS / 189 de 20 de março de 2002 (MS, 2002) regulamenta a Portaria GM / 336, criando no âmbito do SUS os “[...] serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2003, p. 25).

Essas iniciativas foram de suma importância para humanizar o tratamento das pessoas com problemas de transtorno mental, no entanto, tem recebido críticas dos teóricos da área. Conforme Silva (2010), o modelo de atenção centralizado nos CAPS engessa a viabilidade de uma atenção mais complexa na área de drogas. Borysow e Furtadado (2013) apontam problemas de ordem organizacional das equipes com relação, principalmente, ao trabalho de busca ativa dos usuários, bem como na questão do acolhimento nos CAPS.

Na sua proposta de reformulação da política de atenção integral de usuários de álcool e outras drogas, o ministério reconhece as diversidades regionais do consumo e distribuição das drogas; admitindo, inclusive, que se verificam, numa mesma região, diferentes aspectos sociais com relação às vias de uso e escolha de produtos. O documento elenca as diferenças socioeconômicas que fazem com que parte da população das comunidades empobrecidas adira ao tráfico como possibilidade de geração de renda, bem como formas de se proteger. Há também as questões de aumento do uso precoce de drogas lícitas e a questão das substâncias sintéticas e do crack, bem como o seu impacto, cada vez maior, na saúde física e psíquica dos jovens, repercutindo nas infecções do HIV e hepatites virais. Vale ressaltar que o documento está em harmonia com as definições das políticas internacionais (BRASIL, 2003).

Considerando a necessidade do fortalecimento das estratégias da política de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, o MS criou no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas (Portaria GM 816, de 30 de abril de 2002). O referido documento enfatiza a necessidade da definição de estratégias de enfrentamento que visam ao fortalecimento da rede assistencial priorizando a reabilitação e a reinserção social dos usuários. A partir dessa iniciativa foi criada uma rede inicial de 250 CAPS-AD, considerando-se as diversidades das redes de assistência distribuída pelos Estados e Distrito Federal, bem como as características diversas da população brasileira e as variações dos problemas de transtorno.

O documento do MS preconiza que:

Estes dispositivos, os já mencionados CAPS-AD, devem oferecer atendimento diário, sendo capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilitam ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nestes serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.:internação domiciliar, participação comunitária na discussão dos serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos. (BRASIL, 2003, p. 26).

As diretrizes da referida política apontam a insuficiência histórica brasileira de políticas específicas para promoção e proteção social, de saúde e tratamento para pessoa que usam, abusam ou são dependentes de álcool; o que seria determinante para o aumento das vulnerabilidades nesses segmentos. Some-se a esses questionamentos o rigor da criminalização do uso de drogas que, segundo o documento, contribui para dificultar o acesso dos usuários à saúde; status de ilícitas atribuído a algumas substâncias, que provocam pânico

na sociedade ao lado do incentivo ao uso de substâncias lícitas, a exemplo do álcool, e tem-se uma situação de agravamento do problema (BRASIL, 2003).

No tocante a questão da intersetorialidade, o uso de substâncias psicoativas é um problema que deve ser visto de forma transversal, devido a sua multifatorialidade. Desta forma, é imprescindível a participação das diversas áreas que compõem as redes de serviços públicos neste contexto, a exemplo da saúde, educação, assistência social e desenvolvimento. Através desta capilaridade é que se poderá ter uma política eficiente de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. O documento do MS assinala as ações governamentais no sentido de adotar a intersetorialidade em todas as suas políticas públicas.

Cardona (2013, p.39) assinala que os usuários de drogas e seus familiares precisam de ajuda, apoio e redes públicas que garantam a atenção integral desses sujeitos. Desta forma os serviços de atenção a esse segmento deveriam estar articulados, o que na prática ainda não acontece. Na opinião da pesquisadora, as instituições que fazem parte dessa rede atuam de forma individual e fragmentada, desenvolvendo ações que, às vezes, se repetem em mais de um serviço, o que cria problemas de sobreposição para os profissionais, que fazem parte de cada uma das instituições, bem como para os usuários que são obrigados a se deslocarem de uma instituição para outra à procura de atendimento e encaminhamentos que possam suprir as suas necessidades.

Neste contexto, são imprescindíveis as articulações políticas e sociais com as organizações civis, como movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e Universidades. Essas articulações de que fala o referido documento, que contém as diretrizes para a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, do MS, são de grande importância como instrumentos de promoção de direitos (advocacy), bem como de controle social. No entanto, uma política deste porte só se realiza com fortes investimentos de forma contínua e a longo prazo; além dos esforços das novas gerações de profissionais que atuem nesse campo da saúde pública (BRASIL, 2003, p. 28).

A atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas é vista através da implantação de uma política descentralizada e autônoma de gestão nos diversos níveis da administração pública. Nesse sentido, faz-se necessário a definição de papéis de cada ente federativo. É de fundamental importância para o êxito dessas diretrizes a captação, utilização e repasse de recursos financeiros pelos três níveis de governo, de forma a dar suporte e sustentação às gestões no que tange aos gastos nas áreas de vigilância, tratamento, prevenção e redução de danos (BRASIL, 2003).

As diretrizes preconizam, no campo da promoção e proteção à saúde, a importância da prevenção institucional aos usuários de álcool e outras drogas, no sentido de não culpabilizá-los pelos problemas que afetam a saúde, oferecendo subsídios para o enfrentamento das vulnerabilidades das pessoas e da coletividade. Isto só será possível com uma mudança de paradigma que mude a visão do usuário de álcool e outras drogas como “doente”, para a de cidadão sujeito de direitos que inclua no processo de cidadania; adotando-se a concepção de saúde com base na integralidade e justiça social.

Nas diretrizes da política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, a promoção da saúde orienta-se pelos três níveis de complexidade dos problemas que caracterizam essa realidade, principalmente, em setores onde predominam as doenças crônicas não transmissíveis ao lado de doenças sociais contemporâneas, como a violência e as novas endemias. Nesse sentido, se faz necessário a preconização das condições preventivas à cultura da medicalização, que predomina no imaginário da sociedade (BRASIL, 2003). Por outro lado, Tanaka e Ribeiro (2009) alegam a insuficiência dos procedimentos técnicos relacionados à formação das equipes de saúde e a falta de instrumentos e de apoio organizacional para atender as demandas dos usuários.

No campo da promoção de saúde, o MS assumiu a redução de danos como estratégia de intervenção para o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas desde 1994, atuando também na prevenção das DTS/AIDS e hepatites, principalmente entre os usuários de substâncias de forma injetável. A iniciativa acontece através de cooperação com o UNDCP – Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas. Nesse sentido, vale ressaltar, conforme o documento do MS, que:

As ações de redução de danos, mesmo dando prioridade à prevenção e o diagnóstico do HIV por meio de intervenções de troca e distribuição de agulhas e seringas, deram visibilidade aos usuários de drogas injetáveis no SUS, promoveram a organização de profissionais e usuários, trouxeram contribuições significativas para a revisão das leis em vigor e proporcionaram o compartilhamento de saberes técnicos e saberes populares, criando condições para a construção de estratégias que se mostraram eficazes na abordagem dos problemas de saúde dos consumidores de drogas. Hoje se configura, diante do atual cenário, a necessidade de sua expansão de forma a contemplar os estilos de vida dos diferentes usuários de álcool e outras drogas, lidando com situações complexas configurando-se num campo de ações transversais e multisetoriais, que misture enfoques e abordagens variadas, ou seja, resgatar sua dimensão de promoção à saúde. (BRASIL, 2003, p. 37).

A Política do Ministério da Saúde, para o álcool e outras drogas, preconiza a redução de danos como estratégia de tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, o que

determina que “[...] a abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado [...]” (BRASIL, 2003, p. 10).

Segundo o documento, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, fundamentada na redução de danos, empenha-se em cuidar de vidas humanas considerando-se as singularidades e admitindo-se as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. A política sugere, ainda, que o acolhimento dos usuários deve ser realizado sem julgamento, na perspectiva de satisfazer cada situação, considerando-se o que é possível e necessário diante das demandas, de forma a estimular a participação e o engajamento do usuário nos processos terapêuticos.

Com a desarticulação progressiva dos hospitais psiquiátricos, em decorrência da reforma psiquiátrica, o governo implantou os serviços de atenção diária, nas diversas modalidades (CAPS I, II, III, infanto-juvenil e álcool/drogas). A iniciativa teria o objetivo de mudar o cenário nacional de desassistência que caracterizava a saúde mental pública no Brasil. Os CAPS-AD, que foram implantados a partir de 2002, são uma modalidade totalmente nova de atenção à clientela de usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

Martins (2012) afirma que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se constitui em um dos serviços substitutivos da rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas, do Ministério da Saúde, que tem como objetivo manter um atendimento diário em que o usuário segue projeto terapêutico estabelecido em comum acordo, entre o usuário, sua família e a equipe do serviço. Isso implica a manutenção da convivência do usuário com a família e a sociedade. Para o pesquisador, esses equipamentos, criados oficialmente pela Portaria 336/2002, têm como meta dar andamento objetivo às propostas oriundas da reforma psiquiátrica, que repudiam o modelo asilar excludente e segregador.

Nesse contexto, o CAPS-AD tem servido como instrumento centralizador de todas as ações na área de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Esses órgãos têm atribuições bastante amplas no campo da atenção psicossocial a exemplo das ações preventivas e terapêuticas.

Para definir as suas estratégias de atuação, um CAPS-AD deve considerar obrigatoriamente que a atenção psicossocial a pacientes que apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas deve ocorrer em ambiente comunitário, de forma integrada à cultura local, e articulada com o restante das redes de cuidados em álcool e drogas e saúde mental; o mesmo deve ocorrer em relação a iniciativas relativas à rede de suporte social. Desta forma, poderá organizar em seu território de atuação os serviços e iniciativas que possam atender às múltiplas necessidades dos usuários de serviços, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos. (BRASIL, 2003, p. 43).

Pode-se dizer, a partir das diretrizes que estruturam essa política, que os CAPS teriam o objetivo de tornar a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas mais eficiente, alcançando aquelas pessoas que são usuárias moderadas e que precisam de uma intervenção preventiva ou breve; evitando-se, desta forma, a utilização de métodos antiquados e constrangedores. Os CAPS também teriam o objetivo de serem unidades menos dispendiosas aos cofres públicos, catalizando, eficientemente, a aplicação dos recursos públicos. A atuação desses centros deve ocorrer de forma totalmente articulada com a cultura e os valores sociais das referidas comunidades nas quais forem instalados.

Com o objetivo de aprimorar a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela portaria 3.088/2011, para atender às pessoas em situação de sofrimento social ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde (unidade básica de saúde, consultório na rua, centros de convivência); atenção psicossocial especializada (CAPS, CAPS-AD); atenção de urgência e emergência (SAMU, sala de estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, entre outros); atenção residencial de caráter transitório (unidade de recolhimento, serviços de atenção em regime residencial) e atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral, serviços Hospitalares de Referência para Atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas) (CARDONA, 2013).

A pesar de a legislação específica tentar viabilizar de forma organizacional a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, os resultados contextuais nem sempre são favoráveis. As críticas à política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde, apontam a falta de percepção dos gestores sobre a importância de integrar as ações da atenção ao uso de drogas, a Redução de Danos e os programas de atenção básica em saúde, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família, cujas equipes carecem de estabilidade, política salarial digna e capacitação continuada, além de formação adequada. Andrade (2011) questiona a eficiência dos CAPS-AD pela falta de condição que esses equipamentos teriam para chegar até aos usuários de drogas. Segundo ele, apesar dos CAPS-AD terem uma função territorializada, as ações são desenvolvidas internamente.

Um dos questionamentos que o referido pesquisador faz é sobre a reduzida abrangência territorial desse serviço. Segundo ele, a população alvo não tem o CAPS-AD como referência, porque a clientela desses serviços, na sua grande maioria, é constituída por pessoas marcadas pela falta de vínculos institucionais, o que às vezes é uma questão que foi iniciada no convívio familiar, no início da existência. A visão do pesquisador é de que as situações de estigma e de vulnerabilidade dos usuários impediriam a busca do acesso ao serviço:

A chance de que um (a) profissional do sexo ou usuário (a) de drogas, após uma noite acordado (a), se dirija a um serviço de saúde nas primeiras horas da manhã, buscando senha para um atendimento que se fará quatro a cinco horas depois, é muito pequena. Fica para estes serviços a visão cômoda, mas equivocada, de que esta pessoa não quer se cuidar, o que ratifica a exclusão social e a precariedade da assistência à saúde em que ela vive [...]. (ANDRADE, 2011, p. 4669).

Na sua crítica, o referido pesquisador afirma que o quantitativo de CAPS abertos, até o momento atual, no país, bem como os cuidados e a reabilitação dispensados aos usuários desses equipamentos são insatisfatórios. Andrade admite a existência de diversos fatores que desacreditam o trabalho de reabilitação realizado nesses centros, principalmente no que tange aos atendimentos psicossociais de forma integral. No próximo tópico será discutida a Política Nacional sobre Drogas (PNAD).

2.2. Política Pública Nacional sobre Drogas (PNAD), da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

A partir de 2004, o Governo Federal começou a promover o realinhamento da sua Política Nacional sobre Drogas de forma interinstitucionalizada. O processo de construção da PNAD foi conduzido pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), que é o órgão responsável por coordenar e integrar as ações do governo relativas à redução da demanda de drogas. A política foi construída a partir de um amplo debate nacional considerando os contextos regional, nacional e internacional; bem como os avanços da ciência, as transformações sociais, políticas, econômicas e tecnológicas das últimas décadas (BRASIL, 2010).

A PNAD, com os seus 20 pressupostos, pretende alcançar o ideal de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas. As questões mais candentes sobre o problema estão contempladas nesses pressupostos, a exemplo do tratamento com eficiência e com

dignidade do uso de drogas, ou da dependência química, sem discriminações; além da conscientização da sociedade sobre os problemas advindos do uso dessas substâncias. Enfim, esses pressupostos, se colocados em prática, de forma efetiva, contribuiriam para diminuir a oferta das drogas, as conseqüências em termos de aumento da criminalidade, além de repercutir fortemente na área da prevenção e da eficiência do tratamento ao uso de drogas de forma humanizada, garantindo-se a não violação dos princípios de cidadania dos usuários e seus familiares.

As ações definidas na PNAD estão em consonâncias com os discursos dos teóricos da área, a exemplo de (LARANJEIRA; ZALESKI, 2012; BARROS, 2013), que defendem a necessidade da implantação de serviços adequados ao problema da drogas, contemplando os processos terapêuticos eficientes, o resgate da dignidade dos usuários através de projetos de reinserção social através da capacitação profissional, dentro outros.

Em linhas gerais, os objetivos da Política Nacional sobre Drogas foram organizados através dos eixos da prevenção; tratamento, recuperação⁹ e reinserção social; redução dos danos à saúde e à sociedade; redução da oferta, além do incentivo aos estudos, pesquisas e avaliação.

No campo da prevenção ao uso de drogas, a PNAD define que ela é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, federal, estadual e municipal, fundamentada na filosofia da responsabilidade compartilhada, com a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde. As ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e na pluralidade cultural, orientando a promoção de valores voltados à saúde física e mental, de forma individual e coletiva. A política, orientada pela fundamentação científica, estimula as ações com a participação da família e da escola. Orienta, também, que as campanhas de prevenção sejam embasadas em critérios científicos, considerando as especificidades do público alvo e as diversidades culturais, bem como as vulnerabilidades com o devido respeito às diferenças de gênero, etnia e raça (BRASIL, 2010, p. 16).

⁹Em geral, familiares e profissionais da saúde encaram a recuperação do ponto de vista da aquisição de resultados, tais como a concretização dos objetivos de vida em domínios como emprego, qualidade de vida, bem-estar psicológico; já os pacientes, encarariam sua recuperação como processo, um fenômeno que ocorre gradualmente no curso do tempo – um processo profundamente pessoal que implica em ir além da doença, desenvolvendo um novo significado e propósito para a vida pessoal (BONADIO 2010, p.12).

No contexto da prevenção à drogadição, um dos maiores desafios é se adotar ações adequadas aos adolescentes de famílias de baixa renda, ou em situação de exclusão social, como admite Sudbrack (1996). A pesquisadora defende a articulação de saberes das diferentes áreas implicadas, num verdadeiro exercício de busca de complementaridade, cooperação e de construção de um conhecimento transdisciplinar de intervenções que resgatem o potencial criativo presente nos sistemas envolvidos; o que o fortalece os pressuposto desta política pública.

No que se refere às ações na área do tratamento, recuperação e reinserção social, a PNAD orienta que o Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade, incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas possam assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não-governamentais e entidades privadas.

A referida política preconiza que o acesso às diferentes modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional deve ser identificado, qualificado e garantido como um processo contínuo de esforços disponíveis, de forma permanente para os usuários, dependentes e seus familiares, com investimento técnico e financeiro de forma descentralizada. Determina, ainda, que as ações de tratamento, recuperação e reinserção social e ocupacional devem ser vinculadas a pesquisa científica, avaliando-as e incentivando-as.

No que se refere à recuperação, a PNAD sugere que se devem promover ações de reinserção familiar, social, ocupacional, em razão de sua constituição como instrumento capaz de romper o ciclo consumo tratamento por meios de parcerias públicas, privadas e do terceiro setor. A política deve ser contemplada financeiramente pelo orçamento geral da união com a previsão de dotações em todos os ministérios responsáveis pelas ações da PNAD. A política valoriza, também, a capacitação continuada, avaliada e atualizada de todos os setores governamentais e não governamentais envolvidos com tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos usuários, dependentes e seus familiares, com aporte financeiro para o aprimoramento dos conhecimentos da área. (BRASIL, 2010, p. 17/18).

A visão de Nascimento (2010) corrobora os pressupostos da complexidade da atenção aos usuários de drogas que está implícita na PNAD. Para o pesquisador essa questão resolve-se com os princípios da intersetorialidade que, para ele, é complementaridade nas ações de prestação de serviços públicos à população que devem ser realizados de forma integrada com

a participação de diversos setores, com o objetivo de prestar melhores serviços à população. A intersectorialidade constitui-se em uma nova concepção sobre o planejamento e a execução na prestação de serviços, de forma a garantir um acesso igual dos desiguais, o que significaria alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses. A intersectorialidade também pode ser entendida como a articulação de saberes e experiências para o planejamento, a realização de avaliação de políticas, programas e projetos, cujo fim é alcançar resultados cooperativos em situações complexas.

Outras características importantes da PNAD referem-se às estratégias de redução de danos e de redução da oferta. No que tange ao primeiro aspecto, ressalte-se as ações voltadas para a saúde pública e direitos humanos, devendo ser realizadas de forma articulada inter e intra-setorialmente, visando à redução dos riscos, das conseqüências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade. No que diz respeito à redução da oferta, a política preconiza a redução substancial dos crimes relacionados ao tráfico de drogas ilícitas e ao uso abusivo de substâncias nocivas à saúde; defendendo que meios adequados devem ser assegurados à promoção da saúde e à preservação das condições de trabalho e da saúde física e mental dos profissionais de segurança pública incluindo assistência jurídica.

Nesse sentido a PNAD se alinha à política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas que, além de orientar que a assistência aos usuários de crack e outras drogas seja ser realizada de forma intersectorializada, também sugere a adoção da redução de danos como principal estratégia de atenção. (SOUZA et al, 2006).

A PNAD defende, ainda, nos seus objetivos a promoção de estudos, de pesquisas e avaliação como meios necessários a serem garantidos para estimular, fomentar, realizar e assegurar, com a participação das instâncias federal, estaduais e o Distrito Federal, o desenvolvimento permanente de estudos pesquisas e avaliações que permitam aprofundar o conhecimento sobre drogas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, reabilitação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, observando os preceitos éticos. Esses meios são necessários, conforme a PNAD, para garantir a realização de estudos, análises e avaliações sobre as práticas das intervenções públicas e privadas nas áreas de prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos, reinserção social e ocupacional; além da redução da oferta, considerando-se que os resultados orientarão a continuidade ou a reformulação dessas práticas.

2.3. Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – SISNAD

A Legislação sobre drogas no Brasil remonta ao governo Vargas (1938), com o Decreto-Lei de Fiscalização de Entorpecentes Nº. 891/38, posteriormente, incorporado ao código penal no artigo 281, de 1941, já com uma perspectiva criminalizadora do consumo de drogas (GARCIA, 2008). A legislação também sofreu influências conservadoras de métodos americanizados. Em 1976, no governo Militar, foi instituída a Lei 6.368, a partir do trabalho da Comissão Parlamentar de Inquérito que investigava a morte de duas crianças, no Espírito Santo, vítimas de crime relacionado com drogas. As ações da referida política restringiu-se ao campo jurídico/moral e/ou médico-psiquiátrico.

As iniciativas de articulações político-administrativas durante a década de 70, envolvendo o Ministério da Justiça e o Conselho de Prevenção Antitóxico, do Ministério da Saúde, vão resultar na implantação, do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão, vinculado ao Ministério da Justiça. Nesse contexto, surgiram os conselho antidrogas nos níveis federal, estadual e municipal. Na década de 80, são criados o Sistema Nacional Antidrogas e a Secretaria Nacional Antidrogas (GARCIA, p. 269, 2008).

A legislação atual sobre drogas, vigente no Brasil, foi atualizada em 2006. O Projeto de Lei nº 115/02, do Senado Federal, tornou-se a Lei 11.343/2006, que colocou o País em destaque no cenário internacional nos aspectos relacionados à prevenção, atenção, reinserção social do usuário e os dependentes químicos, bem como ao endurecimento das penas relativas ao tráfico dessas substâncias. (BRASIL, 2010).

Segundo Meirelles (2013), as duas linhas que orientam as políticas públicas sobre drogas no País, ainda tem características repressivas. A autora refere-se à atual política sobre drogas, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); bem como à política da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde. Deve-se esclarecer, entretanto, que a visão repressiva é incompatível com a política de reinserção social, que procura dar mais uma oportunidade àquele indivíduo que teve a sua vida prejudicada por um uso abusivo de substâncias psicoativas.

O Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad), instituído através da Lei 11.343, tem o objetivo de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como as de repressão ao tráfico, estando em perfeito alinhamento com a PNAD e com os compromissos internacionais do País.

Os principais avanços desta nova lei, conforme o documento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, estão na distinção clara e definitiva entre usuários, dependentes químicos e traficantes, bem como em descriminalizar o uso de qualquer tipo de droga, apesar de o porte dessas substâncias continuar caracterizado como crime. No entanto, “[...] usuários e dependentes não estarão mais sujeitos à pena privativa de liberdade, mas, sim, às medidas sócio-educativas aplicadas pelos juizados especiais criminais [...]” (BRASIL, 2010, p. 27).

O art. 28, do Capítulo III, referente aos crimes e penas, estipula que: Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: (1) advertência sobre os efeitos das drogas; (2) prestação de serviços à comunidade; (3) medida educativa de comparecimento a programas ou curso educativo. No parágrafo 1º fica estipulado, também, que às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica. Cabe ao Juíz determinar se a droga que está sendo portata é para consumo pessoal. (BRASIL, 2010, P.33).

O texto da referida lei prevê o aumento do tempo de prisão para os traficantes que continuam a serem julgados pelas varas criminais comuns; sendo que a penalidade para esse tipo de transgressão passa de três para cinco anos de detenção. A tipificação do crime de financiamento do tráfico, com penas de 8 a 20 anos de prisão, é mais um ponto a se destacar, no referido documento. Nos seus princípios institucionais, o Sisnad defende os direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia, bem como o respeito às diversidades e especificidades populacionais. O documento reconhece a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania, como fatores de proteção para o uso indevido de drogas.

O referido documento também reconhece a importância da responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade nas suas atividades; a intersectorialidade dos fatores correlacionados ao uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o tráfico; a integração de estratégias nacionais e internacionais nos campos da prevenção, reinserção social, de usuários, e de repressão à produção não autorizada e o tráfico de drogas. O documento trata, ainda, de questões relacionadas à articulação entre órgãos do Ministério Público, Legislativo e Judiciário, para cooperação mútua nas atividades do sistema; a importâncias das abordagens interdisciplinares nas atividades de prevenção, reinserção social

de usuários e dependentes de drogas, bem como na repressão ao tráfico; além do equilíbrio entre as atividades a serem desenvolvidas pelo Sisnad e a observância das orientações e normas emanadas do Conselho Nacional Antidrogas.

O Sisnad tem os seguintes objetivos:

(1) Contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados; (2) promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país; (3) promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão a sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios; (4) assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata o art. 3º: O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com: a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas [...] (BRASIL, 2010, p. 29/30).

No capítulo II, o referido documento, trata da questão da reinserção social de usuários de álcool e outras drogas. O capítulo inicia, no art. 20, valorizando as atividades que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e danos associados ao uso de drogas. No art. 21, está determinado que se constitua atividades de reinserção social do usuário, ou do dependente de drogas e respectivos familiares, aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais.

Também consta do documento, no art. 22, que as atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes critérios: (1) respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social; (2) a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais; (3) definição do projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde; (4) atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais; (5) observância das orientações e normas emanadas do Conad; (6) o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social e de políticas setoriais específicas.

No art. 23, fica determinado que as redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios desenvolverão programas de atenção aos usuários e aos dependentes de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22, da referido Lei, sendo obrigatória a previsão orçamentária adequada. No art. 24, fica determinado que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão conceder benefícios às instituições privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho, do usuário e do dependente de drogas encaminhados por órgão oficial. Diz o documento, no art. 25, que as instituições da sociedade civil, sem fins lucrativos, com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social, que atendam usuários ou dependentes de drogas, poderão receber recursos do Funad, condicionados a sua disponibilidade orçamentária e financeira. Por fim, o art. 26, reza que o usuário e o dependente de drogas que, em razão da prática de infração penal, estiver cumprindo pena privada de liberdade ou submetido à medidas de segurança, terão garantidos os serviços de atenção à sua saúde, definidos pelo respectivo sistema penitenciário (BRASIL, 2010, p. 32).

Desta forma, fica patente que a Política Nacional sobre Drogas contempla os usuários de substâncias com políticas na área da reinserção social, que é o objetivo deste trabalho. Em seguida, será abordado o Programa Crack, é possível vencer, que surgiu como iniciativa do Governo Federal em decorrência do aparecimento de uma nova substância entorpecente no País, que causou grande preocupação em nível nacional devido ao seu poder de intoxicação e ação deletéria sobre o organismo humano.

2.4. Programa Crack, é possível vencer

O programa foi lançado em 2012, pelo Governo Federal, com a finalidade de prevenir o uso e promover a atenção integral aos usuários de crack, bem como enfrentar o tráfico de drogas. O programa objetiva aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas, além de promover ações de educação, informação e capacitação. O programa, que está em conformidade com a Lei 11.343/2006, reúne diversas ações que envolvem diretamente as políticas de saúde, assistência social e segurança pública; bem como ações de educação e de garantia de direitos de forma complementar. As ações são

organizadas em três eixos temáticos: Prevenção, Cuidado e Autoridade, que traduzem a articulação necessária ao enfrentamento do problema (BRASIL, 2012).

Através do referido programa, o Governo Federal disponibiliza recursos financeiros aos Estados, Municípios e Distrito Federal (DF), que poderão aderir ao programa, assumindo contrapartidas e implementando os equipamentos de saúde, assistência social e segurança pública. Desta forma, caberá aos estados e aos municípios e DF a instalação de instâncias de gestão integradas do programa em âmbito local, por meio de comitês, que articulem as áreas de segurança, saúde, assistência social, educação, entre outras, para o planejamento, execução e avaliação das ações.

Conforme o referido documento, a meta do programa era que, até 2014, as redes de atenção à saúde, assistência social e as ações de prevenção nas escolas tivessem sido ampliadas, fortalecidas, bem como integradas, aumentando e melhorando suas capacidades de acolhimento aos usuários de drogas e apoio aos familiares. O governo espera que estas redes contem com profissionais de saúde, educação, assistência social, lideranças comunitárias capacitadas no tema e com programas de prevenção nas escolas sendo executados, e que espaços urbanos, anteriormente ocupados com cenas de uso de crack, comecem a ser revitalizados, trazendo mais segurança às comunidades (BRASIL, 2010)

Nas suas ações intersetoriais e interministeriais, o programa prevê a capacitação dos profissionais que vão executar os eixos específicos do programa. Serão ofertados curso presenciais e a distância direcionados a diferentes públicos, a exemplo de educadores de escolas públicas, profissionais da área de saúde, assistência social, segurança pública, juízes, promotores e servidores do Poder Judiciário; conselheiros municipais, lideranças comunitárias e religiosas, além de gestores de comunidades terapêuticas. Esses profissionais serão capacitados para a prevenção, acompanhamento, tratamento e reinserção social de dependentes de drogas, bem como à repressão ao tráfico.

Talvez uma das principais características do plano crack é possível vencer seja a capacitação profissional. Foi através do plano que foram implantados os Centros de Regionais de Referência para a capacitação dos profissionais que atuariam no projeto. Conforme o plano, prevenção “é tudo aquilo que possa ser feito para evitar, impedir, retardar, reduzir ou minimizar o uso abusivo e os prejuízos relacionados ao consumo”. As ações de prevenção serão desenvolvidas visando fortalecer fatores de proteção e reduzir fatores de risco para o uso de drogas (BRASIL, 2012, p. 16).

As ações de destaque nesse eixo são: cursos de capacitação, em parceria entre os Ministérios da Justiça e da Educação; além da implantação, ou estímulo, a cinco programas: Educação integral, programa mais educação; Programa saúde na escola; Sistema nacional de atendimento socioeducativo ao adolescente em conflito com a lei (SINASE); Programa de proteção a crianças e adolescentes ameaçadas de morte (PPCAAM); e os Núcleos de formação continuada de conselheiros de direitos e tutelares (escolas de conselhos).

O eixo cuidado, do referido programa, trata da ampliação do acesso às redes de atenção de saúde e de assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares. Visando alcançar os objetivos do referido plano, o Governo Federal disponibilizou aos Estados e Municípios, e DF, diretrizes técnicas e financiamento para fortalecer e qualificar a rede de serviços de saúde e assistência social. A referida rede vai trabalhar para acolher usuários e familiares, respeitando sua autonomia e sua singularidade, e ofertar cuidados necessários a cada caso, tomando a defesa da vida e da redução dos danos à saúde como princípio. Nesse sentido, os serviços de saúde e de assistência social, incluídos aqueles prestados por organizações sociais, a exemplo das comunidades terapêuticas, devem articular-se para garantir um atendimento integrado e de longo prazo. Afirma o documento que a ampliação da rede de cuidados vem acompanhada da oferta de capacitações para o conjunto de trabalhadores dessas redes.

Conforme o documento, a rede de cuidados para os usuários de drogas é composta por diversos serviços e equipamentos que oferecem ações distintas para necessidades diferenciadas.

Na saúde, compreende desde os serviços da atenção básica, que podem articular ações específicas para o público usuário de drogas, como os consultórios de rua; equipamentos especializados para o atendimento desse público, como CAPS-AD, que funciona durante 24 horas. Na assistência, também existem equipamentos que podem atuar desde a prevenção, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), até o atendimento especializado nos casos em que há violação de direitos associados ao uso de drogas, como Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), além da disponibilização de vagas para acolhimento de usuários em comunidades terapêuticas, devidamente cadastradas junto à Secretaria de Políticas sobre Drogas. (BRASIL, 2012, p. 22).

Através das ações do referido eixo são ofertados 16 serviços e três cursos em parceria com os Ministérios da Educação, o da Saúde, e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Os programas envolvidos nesse eixo são os seguintes: Consultório de Rua; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS-AD 24 horas); Centro de Atenção Psicossocial-ad (CAPS álcool/drogas);

Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPS-I); Enfermarias Especializadas; Unidades de Acolhimento Adulto (UAA); Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI); Comunidades Terapêuticas (CT); Criação de Vagas em Residências Médicas em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental; Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a rede de atenção psicossocial – enfrentamento do crack e outras drogas. Comunidades Terapêuticas e outras instituições; Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço de Abordagem Social; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). Já os cursos são: Curso de Atualização em Saúde Mental e Trabalho em Rede: demanda relacionada ao consumo de álcool e outras drogas; Curso de Capacitação em Atenção às Situações de Crise em Saúde Mental e o Curso de Capacitação em Saúde Mental da Infância e Adolescência no Âmbito da Rede Atenção Psicossocial.

O eixo cuidado do referido plano abre a possibilidade para uma ação que é essencial no campo da atenção aos usuários de drogas, seja na prevenção, tratamento ou reinserção social, que é a articulação das redes e atenção através de ações intersetoriais, principalmente no campo da formação. Pinho fortalece esse pressuposto do plano quando afirma que as estratégias que viabilizem a prevenção, tratamento e a reinserção deverão ser alcançadas pela articulação entre os sistemas sociais e os sistemas de saúde. Portanto, uma política de promoção, prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas deverá, necessariamente, ser construída nas interfaces intra-setoriais seja do próprio Ministério da Saúde, em relação a outros Ministérios, como das organizações governamentais e não governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada (PINHO, 2009, p. 1264).

Por fim, o eixo autoridade, que tem como objetivo reduzir a oferta de drogas no país, tanto no âmbito nacional, como local. Como estratégia, para esse eixo, o governo espera a concentração de esforços na articulação das forças de segurança pública para repressão ao tráfico de drogas ilícitas e o crime organizado. A partir destas medidas, espera-se a criação de espaços seguros nas comunidades e nas cidades como um todo (BRASIL, 2012). Para complementar as ações do plano crack, é possível vencer, foi articulada uma estratégia sobre drogas no Ministério do Desenvolvimento Social, que será bordada no tópico seguinte.

2.5. Estratégia sobre Drogas na Perspectiva do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)

Em decorrência da intersetorialidade do programa Crack é preciso vencer, o MDS lançou, em 2012, uma estratégia de política de prevenção e reinserção de usuários de crack e outras drogas integrada às ações do SUAS. A referida estratégia foi elaborada reconhecendo-se a importância da política de assistência social para o enfrentamento do problema das drogas em âmbito nacional. Dentre outras iniciativas, a política do MDS prevê o desenvolvimento de ações articuladas com outras políticas públicas, principalmente com a área de saúde mental através de serviços prestados pelo SUS.

As possibilidades do trabalho social com usuários de crack e outras drogas através do SUAS estão condicionadas ao tipo de serviço oferecido no sistema e aos perfis dos profissionais disponíveis. As ações foram articuladas para serem executadas em dois grandes eixos, que são a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial. Nesse primeiro eixo de ação as possibilidades de atuação com usuários de crack e outras drogas podem ser desenvolvidas nos Centro de Referência em Assistência Social (CRAS)¹⁰, através de ações nos territórios de vulnerabilidades sociais, envolvendo os serviços de Proteção e de Atendimento Integral à Família (PAIF), bem como o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV).

A estratégia política do MDS (2012), para o problema das drogas, define que a prevenção é uma atenção sistemática de apoio envolvendo a família e a comunidade através das políticas públicas para tornar as pessoas menos expostas aos riscos do uso, abuso e dependência química. O documento afirma que se atuando por meio de espaços de escuta e promovendo-se troca de experiências sobre o problema das vulnerabilidades pode-se desenvolver a resiliência nos indivíduos com o objetivo de protegê-los das consequências desses problemas, mesmo quando submetidos à situações adversas. Desta forma, as equipes de referência dos CRAS, que são responsáveis pela oferta de serviços socioassistenciais às famílias em situação de vulnerabilidade social, podem atuar nos territórios promovendo a ocorrência de riscos e de vulnerabilidades sociais.

¹⁰O Centro de Referência da Assistência Social – CRAS é uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social, que abrange um total de até 1.000 famílias/ano. Executa serviços de proteção social básica, organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social. PNAS-2004

Conforme do MDS (2012), as vulnerabilidades sociais, inscritas na PNAS-2004, estão relacionadas a uma visão complexa das situações de pobreza compreendendo-a a partir das desigualdades e das zonas de vulnerabilidades sociais. Desta forma, as ações para o enfrentamento destas situações requerem o comprometimento das diversas políticas públicas que tenham como diretrizes a prevenção de natureza socioeducativa pautadas no fortalecimento do convívio familiar e comunitário; do protagonismo dos usuários, das transferências de renda, bem como da inclusão produtiva. Estas ações devem ser realizadas nos territórios mais vulneráveis, em situação de risco e devem ser destinadas aos seguimentos mais excluídos socialmente.

2.5.1 - Proteção Social Básica (PSB-MDS): As ações da PSB, que estão em sintonia com as demandas de prevenção a todas essas vulnerabilidades elencadas, devem ser executadas visando ao desenvolvimento das potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Essas ações devem ter como objetivo principal a estratégia da oferta territorializada de serviços socioassistenciais, cujas atividades continuadas buscam a melhoria da qualidade de vida da população, com ações focadas no atendimento de necessidades, seja por meio do Serviço de Proteção Integral à Família (PAIF) ou do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

2.5.2 - Serviços de Proteção Integral à Família: O PAIF é uma das principais ações do CRAS na gestão territorial, no tocante às iniciativas em áreas de vulnerabilidade e risco social, que procura articula os demais serviços na área da proteção social básica. O PAIF, conforme a tipificação nacional de serviços socioassistenciais:

Consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. Expressa um conjunto de ações relativas à acolhida, informação e orientação, inserção em serviços da assistência social, tais como socioeducativos e de convivência, encaminhamentos aos serviços de outras políticas setoriais, promoção de acesso à renda e, especialmente, acompanhamento sociofamiliar. (MDS, 2012).

Como um dos objetivos do PAIF é o fortalecimento da função protetiva da família, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida, o uso, abuso e dependência de drogas configuram-se, para as ações deste serviço, como uma importante e complexa temática a ser

abordada na esfera familiar, para a qual não existe uma fórmula exata. Conforme o documento do MDS, esse serviço torna-se uma importante ferramenta para abordar essa questão junto às famílias nos territórios onde estão sendo ofertados. Neste sentido, as ações desenvolvidas pelas equipes dos serviços, a exemplo das oficinas com famílias, são espaços propícios para abordagens que suscitem a reflexão sobre vulnerabilidades, riscos ou potencialidades, contribuindo, portanto, para o alcance de aquisições, fortalecimento de laços comunitários, além da promoção de conhecimentos que viabilizem o acesso a direitos e prevenção de riscos. Através desses recursos, os profissionais habilitados para essas ações podem abordar, diretamente, formas de prevenção e enfrentamento ao uso, abuso e dependência de drogas. Uma parceria importante, para esse serviço, são as redes de apoio e informações sobre outros serviços disponíveis no território, além de alternativas de atividades de convívio específicas por faixas etárias, em especial crianças, adolescentes e jovens. A partir desse serviço, também podem ser criadas possibilidades de trabalho e de lazer.

Outra ação de grande importância desenvolvida pelo PAIF é o incentivo à potencialização do protagonismo e da autonomia dos indivíduos e famílias através da promoção do acesso à rede de proteção social e aos serviços setoriais, contribuindo para garantia de direitos sociais. Vale destacar a potencialidade das ações comunitárias para a prevenção do uso, abuso e dependência de drogas, uma vez que iniciativas, nesse sentido, devem estar embasadas na mobilização social, no protagonismo, no sentimento de coletividade e no fortalecimento da comunicação e organização comunitária. Esta organização propicia, portanto, a participação cidadã, ampliando a capacidade das famílias de interferirem na construção da vida pública de seu território (MDS, 2012).

A inclusão de crianças e de adolescentes expostos a contextos em que se verifica o uso de drogas nos demais serviços de convivência da proteção básica, além dos encaminhamentos que viabilizem o acesso às políticas de geração de trabalho e renda, de educação e de fornecimento de documentação civil, são outras táticas de prevenção ao uso e abuso de drogas. Não se pode, também, deixar de destacar a importância dos encaminhamentos para a rede socioassistencial ou intersetorial, como atribuições do PAIF. Desta forma, a atenção básica no SUAS está voltada aos usuários de drogas e às famílias nas quais ainda não se observam a presença da violência, violação de direitos, rompimentos de vínculos, bem como à comunidade como um todo quando observada alta incidência de uso de drogas.

2.5.3 - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV): Esse serviço está articulado ao PAIF, sendo organizado por faixa etária, tendo como objetivo prevenir possíveis situações de risco visando à melhoria da qualidade de vida. O SCFV tem como objetivos prioritários: prevenir a institucionalização e a segregação de crianças, adolescentes, jovens e idosos, além de oportunizar o acesso às informações sobre direitos e participação cidadã. O serviço desenvolve-se por meio do trabalho em grupos (ou coletivos) e organiza-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, estimulando a valorização do sentimento de pertença e de identidade visando o fortalecimento de vínculos familiares, bem com o incentivo à socialização e a convivência comunitária.

Vale destacar a importância do SCFV no contexto do fortalecimento de vínculos para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos, tendo como objetivo a constituição de espaços de convivência, formação para a participação e o exercício da cidadania, fortalecimento do protagonismo e da autonomia, a partir dos interesses, demandas e potencialidades dessa faixa etária. Nesse contexto, deve-se reconhecer que essas iniciativas podem se tornar ações de enfrentamento ao uso e dependência de crack e outras drogas, podendo ser fortalecidas pela realização de campanhas, eventos e gincanas, que informem a esse público específico sobre as repercussões negativas do uso dessas substâncias. Também podem ser realizadas sessões de vídeos, teatro, bem como se lançar mão de outras formas de manifestação cultural que possam transmitir mensagens educativas, estimulando sempre a participação e o protagonismo infanto-juvenil no desenvolvimento de ações de enfrentamento ao crack e outras drogas (MDS, 2012).

Para a faixa etária entre os 15 e 17 anos, o referido serviço é de suma importância como estratégia para a prevenção ao uso e abuso de drogas, pois tem por foco o fortalecimento da convivência familiar e comunitária, o retorno dos adolescentes à escola e sua permanência no sistema de ensino. Desta forma, pode se afirmar, conforme o documento do MDS (2012), que esse serviço tem um papel estratégico na prevenção do uso de drogas, por meio de ações socioeducativas que possibilitem aos jovens uma reflexão sobre temas de interesse e dificuldades que possam afetar a juventude.

Penso e Pereira (2010) fortalecem esse contexto ao afirmar que se existir uma relação familiar e educacional estruturada constituindo uma rede social efetiva e consolidada, a saúde do adolescente será preservada. Entretanto, em casos de vulnerabilidades nessas áreas, que não contribuam para a busca da autonomia de forma saudável, é bem provável que esse

adolescente procure se comunicar através de sintomas como, por exemplo, o uso de substâncias.

O documento sobre a política de drogas do MDS sugere, ainda, que, em decorrência da complexidade da temática, as equipes técnicas dos serviços socioassistenciais sejam permanentemente capacitadas. É por meio da formação continuada que as equipes terão condições de exercer uma abordagem inovadora junto às famílias e aos usuários evitando a visão moralizadora, ou repressiva, dando conteúdo às informações e que possibilitem a reflexão humanizada sobre o problema. Desta forma, os profissionais estarão agindo de forma preventiva, proativa, protetiva e com maiores chances de alcançar efetividade em suas intervenções (MDS, 2012).

2.5.4 Proteção Social Especial–(PSE-MDS): Esse é o outro eixo da estratégia para uma política de drogas do MDS, executada através do SUAS, em parceria com outras áreas. É, principalmente, no âmbito do SUAS que se organizam as ofertas de serviços, programas e projetos de caráter especializados que são destinados às famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, em decorrência da violação de direitos. Conforme o documento, que apresenta a referida política a ser executada pelo SUAS, a atuação da PSE ocorre a partir da demanda de trabalho social especializado para intervenções junto às famílias e pessoas que enfrentam a violência física e psicológica, abandono, violência sexual (abuso e exploração sexual), tráfico de pessoas, bem como aquelas que estão em situação de rua, trabalho infantil, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto e afastamento do convívio familiar.

A PSE incide sobre os indivíduos, suas relações familiares e comunitárias, em situações de conflito, tensões, fragilização ou rompimento de vínculos, além de violação de direitos demandando trabalhos especializados e ação em rede. Os serviços da PSE se subdividem em média e alta complexidade. A PSE de média complexidade é responsável pela oferta de acompanhamento especializado e continuado às famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social por violação de direitos. A PSE de alta complexidade, por sua vez, oferta serviços de atendimento integral destinado ao acolhimento a indivíduos e/ou famílias afastados temporariamente do núcleo familiar ou comunitário de referência.

Os serviços de média complexidade da PSE são responsáveis pelo acompanhamento especializado; os de alta complexidade devem assegurar proteção integral aos sujeitos atendidos. Esses serviços devem ser ofertados de acordo com o padrão de homogeneidade do SUAS, mas também em consonância com as realidades regionais, quando necessário (MDS,

2012). Os serviços de média complexidade da PSE são ofertados nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social ¹¹ e compreendem a Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), Proteção Social de Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade, além do serviço Especializado em Abordagem Social. Esses serviços têm como público-alvo: famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social por violação de direitos (PAEFI), adolescentes em cumprimento de medida sócio educativa de liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade, aplicadas pela autoridade judicial, bem como crianças e adolescentes, jovens, adultos, idosos, famílias, que utilizam os espaços públicos como forma de moradia ou sobrevivência (SEAS), respectivamente. O Centro POP também é uma unidade de serviços na área da PSE, sendo uma iniciativa destinada a dar apoio às pessoas em situação de rua.

Conforme mencionado no documento do MDS (2012), A PSE de alta complexidade destina-se a ofertar serviços especializados com vistas a afiançar segurança de acolhida a indivíduos ou famílias que estejam afastados do núcleo familiar ou da comunidade de origem, a exemplo do Serviço de Acolhimento Institucional (Abrigo institucional, Casa-lar e Casa de passagem); além de outros Serviços, a exemplo do Acolhimento em República; Acolhimento em Famílias Acolhedoras e o Serviço de Proteção em Situação de Calamidades Públicas e Emergenciais. Em seguida serão especificados alguns programas de maior repercussão na Proteção Social Especial.

2.5.5. O Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI): Esse serviço busca promover o acesso aos direitos socioassistenciais através do acesso à rede de suporte e apoio, contribuindo para o fortalecimento da função protetiva das famílias que tiveram esses direitos violados, além de promover o exercício de cuidado, proteção e socialização. É um serviço que consiste na realização de ações complexas que atuam na reconstrução de relações familiares na perspectiva de preservar/fortalecer os vínculos familiares e comunitários, também possibilitando a construção de novas referências sociais. Devido à complexidade desses serviços, os profissionais responsáveis pelo seu desenvolvimento deverão realizar encontros periódicos com a equipe de saúde mental para a

¹¹O CREAS é a unidade pública estatal de atendimento e referência para o trabalho social especializado no SUAS.

discussão dos casos atendidos, planejamento e avaliação das intervenções, tendo sempre em vista o aprimoramento do trabalho e a qualificação do atendimento à família (MDS, 2012).

Esse serviço compreende as seguintes ações, quando observadas demandas de situações de risco pessoal e social em decorrência do uso/dependência de crack e outras drogas: acompanhamento especializado e continuado das famílias/indivíduos, com foco na discussão e superação das situações de risco pessoal e social (violência/violação de direitos); encaminhamento para Inclusão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, considerando-se a viabilidade de acesso a programas de transferência de renda. E ainda: Encaminhamento para acesso ao Benefício Prestação Continuadas (BPC), encaminhamento para acesso à documentação pessoal, encaminhamentos monitorados para a rede de saúde, no caso o CAPS e os CRAS, tendo em vista a inserção de membros da família nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; além de buscar a realização de trabalhos em rede, visando à articulação intersetorial.

Conforme o documento do MDS (2012), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS e CPAS-AD) são importantes parceiros dos CREAS para o atendimento destas famílias/indivíduos que vivenciam situações de risco pessoal/social por violação de direitos e uso/ dependência de crack e outras drogas. As ações preventivas ao uso /dependência de drogas deverão ocorrer através de oficinas e outras atividades incluindo as famílias, crianças, adolescentes e até mesmo a comunidade que pode contribuir para o fortalecimento das estratégias preventivas nos territórios.

O documento da estratégia da política de drogas do MDS enfatiza a importância das ações inter-sertoriais e inter-equipes visando à otimização dos serviços na área da proteção social. No entanto, o mesmo documento chama a atenção para as diferenças entre as duas políticas destacando que nenhum serviço do SUAS deve ser confundido com o tratamento que é desenvolvido pela saúde mental para usuários de crack e outras drogas, entretanto, as duas políticas se complementam na garantia da proteção e direitos às pessoas e famílias afetadas pela violação dos seus direitos sociais, e em situação de vulnerabilidades sociais.

Tanaka e Ribeiro compartilham a visão da importância da intersetorialidade no campo das políticas públicas que envolvem a atenção aos usuários de substâncias psicoativas para torná-las mais eficientes. Os pesquisadores explicam que para se viabilizar essas ações intersetoriais faz-se necessário a superação de limites no campo da formação da equipe de saúde, principalmente na área médica; bem como a suplantação das carências de instrumentos e de apoio organizacional para atender demandas por parte dos usuários. Um aspecto que

ressalta, nesse contexto, é a necessidade da inserção de “[...] políticas nas redes operantes de atenção aos usuários de drogas no sentido de atualizar os conhecimentos desses profissionais, visando alcançar mudanças culturais que viabilizem a execução efetiva dessas políticas” (TANAKA e RIBEIRO, p. 484, 2009).

2.5.6. O Creas nas medidas socioeducativas: Este é um serviço desenvolvido no SUAS voltado para adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativa em meio aberto, determinada judicialmente com base no Estatuto da Criança e do Adolescente. O programa busca contribuir para o acesso aos direitos e para a ressignificação de valores na vida pessoal e social dos adolescentes.

No Plano Individual de Atendimento (PIA), realizado de forma individualizada, para os adolescentes pela equipe do serviço deve se dar atenção ao contexto de vida desses adolescentes, considerando-se suas relações familiares, sociais e comunitárias. Quando for identificado o problema do uso de drogas, a equipe deverá considerar esta situação no desenvolvimento do acompanhamento, esclarecendo o adolescente e seus familiares sobre as possibilidades de tratamento e a sua importância. Nessas situações, as estratégias motivacionais são de suma importância para estimular o adolescente e sua família para a busca de cuidados em saúde. Mas, no caso de demandas por internação, a situação deverá ser avaliada em parceria com a equipe de saúde. Vale esclarecer que os casos de adolescentes em situação de cumprimento de medida socioeducativa encaminhados para tratamento são informados à autoridade competente pelo referido serviço. No contexto de uso ou dependência de crack e outras drogas, o fortalecimento dos vínculos familiares configurar-se-ão como ações de grande importância no contexto da inclusão social, sendo um dos objetivos a ser perseguido pelo Serviço, assim como o fortalecimento da função protetiva da família, para que esta possa dar apoio ao adolescente no enfrentamento da questão (MDS, 2012).

Na mesma direção, as vinculações sociais e comunitárias devem também ser observadas e trabalhadas ao longo do acompanhamento, buscando sempre que possível inserir o adolescente em grupos e espaços de interação favoráveis ao seu desenvolvimento. A construção de novas possibilidades de interação e vinculações sociais poderá contribuir para que o adolescente ocupe novos espaços e papéis sociais. A relevância da atuação, nesta direção, é corroborada por diversos estudos que apontam que, em alguns contextos, pode haver relação do ato infracional e do uso de drogas na adolescência como no âmbito da interação grupal no qual o adolescente se encontra inserido.

2.5.7. Serviço de Abordagem Social: Alguns serviços ofertados no âmbito do SUAS estão mais associados ao problema das drogas, a exemplo do Serviço Especializado em Abordagem Social que tem por objetivo assegurar trabalho social de busca ativa e abordagem social, considerando como território de sua atuação os espaços públicos, tais como praças, locais de intensa circulação de pessoas e existência de comércio; terminais de ônibus, trens, metrô, dentre outros. O serviço é direcionado a crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam os espaços públicos como forma de moradia. Além de identificar as pessoas em situação de vulnerabilidades sociais, a exemplo do uso de drogas, o programa também visa à construção das possibilidades de saída das ruas através de processos de inclusão nos serviços das políticas públicas.

O documento do MDS (2012) destaca que a abordagem com pessoas em situação de risco pelo uso de drogas deve ser realizada conjuntamente pelas equipes dos serviços socioassistenciais e as equipes de saúde que também atuam nos espaços públicos. Esta é, inclusive, uma situação que demonstra a necessidade da intersetorialidade das políticas sobre drogas, pois além das demandas dos serviços de assistência social, algumas pessoas necessitam de avaliações que só devem ser realizadas pelos profissionais de saúde. Para que possam desempenhar os papéis reservados às ações que envolvem iniciativas intersetoriais, os profissionais precisam estar em constante capacitação para poderem acompanhar as inovações que ocorrem nas políticas públicas. Desta forma, é importante enfatizar a valorização do trabalho de busca ativa no sentido da promoção da reinserção social das crianças, adolescentes, jovens e idosos; esse processo de inclusão deve começar pela família, quando o retorno for possível, com a participação ativa dos indivíduos.

Este serviço vem preencher uma carência da política de saúde que é exatamente a falta de ações de busca ativa dos usuários. Borysow e Furtadado (2013) indicam a existência de problemas de ordem organizacional das equipes com relação, principalmente, a esse trabalho de busca ativa dos usuários, bem como na questão do acolhimento nos CAPS. Andrade (2011) questiona a eficiência dos CAPS-AD pela falta de condição que esses equipamentos teriam para chegar até aos usuários de drogas. Segundo ele, apesar dos CAPS-AD terem uma função territorializada, as ações são desenvolvidas internamente. Desta forma, as ações possíveis de serem desenvolvidas no âmbito do SUAS poderão superar essas barreiras, tornando as políticas de atenção aos usuários mais eficientes.

2.5.8. Centro POP: O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua é a unidade pública e estatal de referência da PSE de Média Complexidade para o trabalho social especializado com a população adulta em situação de rua. O Centro POP representa um importante equipamento para o atendimento socioassistencial especializado e a construção gradativa do processo de saída das ruas. A atenção ofertada visa possibilitar, tanto o acesso aos espaços e recursos da Unidade (tais como: espaços para higienização e guarda de pertences), quanto ao trabalho social especializado que deve ser, concomitantemente, desenvolvido na perspectiva do acesso a direitos socioassistenciais, no sentido da reconstrução de projetos de vida, trabalho com a auto-estima e autonomia, com vistas à construção gradativa do processo de saída das ruas (MDS, 2012).

Uma boa tática para promover o fortalecimento da autoestima e identidade e o desenvolvimento de sociabilidades e o fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a reconstrução de novos projetos de vida com os usuários pode ser o trabalho de acompanhamento especializado ofertado por este serviço que é realizado por meio de diversas técnicas e metodologias, incluindo a realização de atendimentos continuados, atividades coletivas e oficinas.

Para além do espaço de acompanhamento especializado a esse segmento em situação de vulnerabilidade, o Centro POP também pode ser utilizado como espaço estratégico para a oferta de serviços de saúde, seja no campo da prevenção ou outras possibilidades identificadas nas demandas apresentadas; desta forma, se caracteriza como mais uma ação desenvolvida concomitantemente pelas áreas de saúde e assistência social. Tendo em vista o exposto, no Centro POP poderão vir a ser identificadas realidades nas quais a situação de rua se associe ao uso ou dependência de crack e outras drogas, as quais demandarão sensibilização para avaliação pela rede de saúde, seguida dos encaminhamentos necessários para assegurar estes cuidados (MDS, 2012).

2.5.9. Serviço de Acolhimento: Esse serviço também é direcionado às famílias e aos indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, ou até mesmo sem referência familiar. O serviço visa garantir proteção integral aos sujeitos atendidos dando atenção personalizada e em pequenos grupos, além da questão de gênero e orientação sexual. Os serviços de acolhimento do SUAS não devem ser confundidos com instituições da rede de saúde destinadas à internação para tratamento da dependência química de drogas (MDS, 2012). Quando for identificado o uso de drogas em uma pessoa que é usuária dos serviços, a

equipe responsável deverá buscar a sensibilização para a realização de um trabalho articulado, conjunto e/ou complementar. A partir daí, conforme avaliação técnica, a referida equipe deverá fazer o encaminhamento a um serviço de internação ou acolhimento de saúde para o devido tratamento. Nestes casos, a equipe do serviço socioassistencial deve planejar o desligamento da pessoa dependente de forma qualificada, com o cuidado de não estigmatizar ou vitimar o usuário do serviço. Vale ressaltar que, nesses casos, deve-se utilizar escuta qualificada, principalmente, com relação à ressignificação do uso de drogas e ao afastamento do convívio familiar e comunitário. Também se faz necessário buscar resgatar e reconstruir com a participação do indivíduo/família sua rede de relacionamentos familiares e sociais e vínculos institucionais adquiridos durante a vida, na tentativa de fortalecer suportes e apoios prevenindo, desta forma, episódios e situações críticas. Vale destacar, ainda, o Programa de Intervenção na questão do uso/dependência de crack e outras drogas associado ao trabalho infantil (PETI). Esse serviço, desenvolvido no âmbito do SUAS, compreende um conjunto de ações integradas e complementares de caráter intersetorial que visam interromper a exploração do trabalho infanto-juvenil. O serviço realiza a transferência de renda, desenvolve trabalho social com famílias e oferece serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças e adolescentes em situação de trabalho (MDS, 2012). Esse programa tem potencial para prevenir o uso de drogas atuando em parceria com outras ações.

As iniciativas acadêmicas são de suma importância para dar sustentação aos processos de implantação de políticas públicas na área social. Nesse sentido, far-se-á, no próximo tópico, uma abordagem sobre a contribuição teórica no campo da reinserção social de usuários de drogas.

2.6. A reinserção social de usuários de drogas conforme o olhar dos teóricos da área

As evidências constataam que a punição, o encarceramento, ou a reclusão em ambientes fechados de tratamento, são métodos superados de enfrentamento da dependência química, que é considerada um distúrbio de saúde que afeta pessoas com vulnerabilidades psicossociais ao uso dessas substâncias. Na contemporaneidade, são os pobres os que se encontram em situação de maior risco para o uso de drogas de forma prejudicial, a criminalidade e o consequente encarceramento. As pessoas oriundas de classes sociais que dispõem de renda suficiente têm acesso a estruturas mais humanizadas de tratamento do problema (UNODC, 2009).

No contexto das políticas públicas sobre drogas, a reinserção social assume o caráter de reconstrução das perdas e seu objetivo é a capacitação da pessoa para exercer em plenitude o seu direito à cidadania. Esse exercício da cidadania para o usuário de drogas, ou dependente químico, significa o estabelecimento ou resgate de uma rede social que talvez não exista, ou esteja fortemente comprometida pelo período de abuso da droga. Neste cenário, apoiar o usuário no sentido da abstinência deixa de ser o objetivo maior do tratamento, passando a priorizar a construção de laços de sociabilidade na comunidade, ou seja, a reinserção social (MILANESE, 2012).

Observa-se, empiricamente, que as pessoas que são afetadas por problemas de uso abusivo ou dependência química são alvo de preconceito por parte da família, dos amigos, colegas de trabalho e da população em geral. Quando o problema do uso se agrava, pode resultar em prejuízos sociais e/ou profissionais, apresentando dificuldades para os usuários recuperarem os seus espaços de atuação social que foram prejudicados. A reinserção no mercado de trabalho, por exemplo, após um processo de tratamento da dependência química é um grande desafio; bem como a reconstrução dos laços afetivos e de sociabilidade. Portanto, entende-se que um dos grandes desafios no campo do uso de drogas é a promoção da reinserção social, o que depende de circunstâncias bastante complexas que podem exigir desafios que vão muito além do papel do profissional. Os processos de reinserção social de usuários de álcool e outras drogas estão contemplados nos contextos das políticas públicas sobre drogas do Ministério da Saúde, bem como na da SENAD, do Ministério da Justiça.

Segundo Duarte, (2009) o processo de reinserção social aconteceria mediante a superação da privação do acesso aos sistemas sociais básicos, a exemplo da família, moradia, trabalho formal ou informal, saúde, dentre outros. Ainda conforme a pesquisadora, essa situação seria uma condição imposta aos indivíduos que estabeleceram algum tipo de relação com as drogas. A pesquisadora explica que a reinserção social teria a função de restabelecer o resgate das perdas ocorridas como consequência do uso da droga, viabilizando o exercício pleno da cidadania do paciente através do restabelecimento de sua rede social quando comprometida pelo uso de substâncias psicotrópicas. A referida pesquisadora afirma que assim como a prevenção da recaída foi bastante valorizada nos últimos anos; o grande desafio das políticas públicas e dos profissionais na atualidade é a reinserção social dos usuários de drogas.

Laranjeira e Zaleski (2012) defendem a necessidade de se investir, significativamente, na estrutura de serviços para lidar com os problemas do uso de drogas que são bastante

complexos. Recorrendo aos critérios da área médica e considerando a importância dos processos terapêuticos e psicossociais, esses pesquisadores admitem que o sistema de tratamento que visa apenas à estabilização física e mental do usuário de drogas deverá inserir nos seus procedimentos técnicos iniciativas na área da reinserção social visando, desta forma, proporcionar, além de uma vida sem drogas, a volta à plenitude das atividades educacionais, profissionais e familiares”.

Souza e Kantorski (2009), em uma pesquisa realizada com usuários de um CAPS-AD, afirmam que os indivíduos com problemas de saúde ou deficiência necessitam de apoio social para se reinserirem na comunidade. Segundo esses pesquisadores, o objetivo final dos cuidados em saúde, na sua vertente social, deve ser muito mais do que o tratamento dos sintomas; mas, também, proporcionar a reintegração dessas pessoas à vida em sociedade.

Para Silva (2011) a reinserção social é um processo que busca integrar novamente o indivíduo excluído à sociedade através do restabelecimento dos laços sociais. O problema do uso de drogas é visto de forma mais preconceituosa pela sociedade quando associado à pobreza. Os valores impostos a esses segmentos sociais pela sociedade capitalista abominam qualquer atitude que represente um risco à perda do controle social. A sociedade exige dos trabalhadores uma postura extremamente conservadora, tanto com relação ao uso de drogas, quanto com a sexualidade, o que pode ser entendido como uma reminiscência dos valores impositivos da cultura de produção econômica implantada pelo fordismo e o americanismo. Gramsci (2008), em estudo relacionado à questão, revelou que a classe dominante americana defendia esses valores conservadores, mas não os praticava.

Para Barros (2013), as estratégias mais eficazes na atenção aos usuários de drogas são aquelas que possibilitam processos de socialização que viabilizem a reinserção do indivíduo nas redes de sociabilidade formais e não-formais. A pesquisadora defende o redimensionamento das intervenções junto aos usuários de drogas a partir de mudanças ousadas nas práticas profissionais e institucionais com o objetivo de viabilizar a articulação da rede de atenção em benefício dos usuários.

Segundo Meirelles (2013), as duas linhas que orientam as políticas públicas sobre drogas no País, ainda tem características repressivas. A autora refere-se à atual política sobre drogas, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); bem como à política da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde. Deve-se esclarecer, entretanto, que a visão repressiva é incompatível com a política de

reinserção social, que procura dar mais uma oportunidade àquele indivíduo que teve a sua vida prejudicada por um uso abusivo de substâncias psicoativas.

Costa (2001) analisa as consequências sociais para os usuários de drogas na atual conjuntura econômica brasileira, considerando o alto índice de desemprego que atinge, praticamente, todas as áreas profissionais. Sendo que os mais prejudicados são os trabalhadores oriundos das classes mais na base da pirâmide social que têm menos acesso à educação:

Nesse contexto, ao tornar-se usuária de drogas e/ou álcool, a pessoa torna-se facilmente vítima desse vício, pois os efeitos orgânicos e psicológicos oriundos do uso de substâncias psicoativas logo se manifestam socialmente, atingindo o ambiente familiar, de trabalho e escolar (quando estudante), determinando a perda do emprego e dificultando a inserção em outra atividade profissional (COSTA, 2001, p. 226).

O problema da atenção às drogas no Brasil representou, por muito tempo, uma lacuna na história da saúde pública. Enquanto o problema das drogas era visto como uma questão médico-psiquiátrica, jurídica e de segurança pública, grande parte das intervenções ficavam sob os auspícios da filantropia, da mútua-ajuda e das instituições religiosas. Essa situação reforçava o isolamento e o estigma contra os usuários de substâncias psicoativas e seus familiares. Segundo Pinho (2008) foi o movimento iniciado nas últimas décadas do século XX, visando uma reforma no campo da saúde mental, que trouxe novos questionamentos que culminaram na aprovação de leis que propiciaram a transformação das práticas e dos saberes na área da psiquiatria.

Ressalte-se que, nas últimas décadas, as concepções sobre os transtornos mentais em decorrência do uso de álcool e outras drogas, no Brasil, foram afetadas por mudanças profundas. Nesse período, as políticas públicas passaram a garantir, tanto aos usuários de serviços de saúde mental, como aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, um atendimento mais adequado às demandas desses segmentos. As estruturas dos serviços ficam mais próximas à convivência social dos usuários.

O período foi marcado pela reestruturação nos contextos de atenção que teriam como eixo principal o modelo de atenção psicossocial; o qual se identifica com a reinserção social. O referido pesquisador (2009) observou a importância da ampliação das ações pontuais para as intervenções terapêuticas no processo de reabilitação do usuário de drogas. Em uma pesquisa realizada com profissionais de um centro de reabilitação de usuários de álcool e

outras drogas, o pesquisador percebeu a importância da realização de atividades terapêuticas com os usuários que possibilitassem a articulação com outras instituições sociais.

No referido trabalho, o pesquisador associa o processo de reinserção social à reconstrução de um novo projeto de vida; o que deve ser realizado através de apoio profissional e familiar ao usuário. Ele ressalta a importância desse apoio para que os usuários consigam gerenciar suas próprias vidas com maior autonomia e capacidade de escolha, possibilitando o processo de trocas sociais, a restituição plena dos direitos, das vantagens e das posições que essas pessoas tinham ou poderiam vir a ter se as barreiras fossem minimizadas ou desaparecessem; em suma um processo de resgate da cidadania (PINHO, 2009, p. 1262).

A reinserção social de usuários de crack e outras drogas é uma atividade complexa que requer ações interdisciplinares e intersectorializadas. Conforme o pesquisador, quando se aponta a ênfase na reabilitação psicossocial deve-se estar orientado para a construção de novas práticas que objetivem a emancipação e o empoderamento dos usuários no que tange à prevenção, ao combate ao estigma social e à discriminação, possibilitando-se o desenvolvimento de potencialidades sociais através da criação de um sistema de suporte continuado.

Estas estratégias deverão ser alcançadas pela articulação entre os sistemas sociais e os sistemas de saúde. Portanto, uma política de promoção, prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas deverá necessariamente ser construída nas interfaces intra-setoriais seja do próprio Ministério da Saúde, em relação a outros Ministérios, como das organizações governamentais e não governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada. (PINHO, 2009, p. 1264).

Há uma tendência forte nos estudos sobre a temática das drogas no sentido de identificá-la às questões sociais superando-se, cada vez mais, a visão médico-psiquiátrico e jurídico-moral. A reinserção social de usuários de crack e outras drogas, desta forma, estaria relacionada à conquista dos direitos fundamentais da pessoa, ou seja, direito à liberdade e à dignidade da pessoa, o que também estaria associado à conquista de uma ocupação digna, acesso à cultura, a educação e ao lazer. Ressalte-se que a gênese da questão social está na forma como os homens se organizam e como estruturam suas relações de produção num determinado período histórico. Portanto, o atual modelo de sociedade de consumo gera, concomitantemente, os seus problemas sociais, que se expressam nas diversas formas de desigualdades, injustiça e de exclusão que podem ser situações geradoras do uso e abuso de drogas. Desta forma, os modelos de compreensão, intervenção e tratamento do uso e abuso de

substâncias psicoativas têm um forte viés com os contextos psicossociais de reabilitação e reinserção social.

Na visão de Hirdes e Kantorski (2004), a reabilitação psicossocial é um processo complexo, uma vez que iniciativas nessa área necessitam da articulação de várias instâncias e políticas específicas; o que se pode entender como uma ação intersetorial. Segundo essas pesquisadoras, o envolvimento de entidades promotoras de capacitação técnica dos profissionais de forma continuada é essencial no processo de reabilitação psicossocial. Eles acrescentam que desde o advento das discussões sobre a desinstitucionalização de portadores de transtorno mental muito tem se falado sobre reabilitação psicossocial, sendo que, geralmente, os serviços que trabalham na perspectiva da reforma psiquiátrica se intitulam reabilitadores. O modelo de reabilitação psicossocial, portanto, tem o objetivo de aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo as deficiências e os danos da experiência do transtorno mental; a terminologia foi criada pela Organização Mundial de Saúde. Desta forma, a reabilitação também estaria relacionada às possibilidades da reinserção social.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), a dependência de drogas é reconhecida como um transtorno cerebral como qualquer outra doença neurológica ou psiquiátrica. Conforme relatos da referida organização, as novas tecnologias e as pesquisas na área da neurociência fornecem meios de visualizar e medir mudanças em funções cerebrais, desde os níveis moleculares e celulares até alterações em processos cognitivos complexos que ocorrem com o uso de substâncias a curto e a longo prazo.

Fundamentando-se em critérios específicos, é possível transpor as conceituações constantes da literatura especializada em reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais, para o campo das abordagens relacionadas aos usuários de drogas, principalmente, no que tange à reabilitação que se assemelharia com a reinserção social desses usuários.

Como assinalam Luisse e Júnior (2006), a reabilitação do portador de transtorno mental só ocorreria a partir da reinserção da pessoa na sociedade. Se, pelo contrário, a pessoa acreditar que é incapaz ou impotente frente à dinâmica de sua própria vida haverá um estado de inércia que dificultará, ainda mais, a condição para o enfrentamento dos problemas relacionados aos transtornos, seja pelo uso de drogas, ou outra fragilidade qualquer; situação está que poderá ser modificada pela ampliação da sua rede social.

O conceito de reabilitação psicossocial se traduz em um grande avanço sobre as concepções tradicionais no que tange ao tratamento da dependência química, sendo que as

ações de reabilitação devem ocorrer de forma intersetorial. Na opinião dos referidos pesquisadores, o processo de reabilitação consiste em prover os indivíduos de um exercício pleno de cidadania, além da plena contratualidade nos três grandes cenários da existência humana: habitação, rede social e trabalho com valor social. Desta forma, supera-se a cisão entre sujeito e contexto social, admitida pela psiquiatria tradicional

Bonadio (2010) afirma que para a Organização Mundial de Saúde (OMS), reabilitar seria oferecer a indivíduos prejudicados ou incapacitados por alguma forma de transtorno mental a oportunidade de alcançar seu nível ótimo de funcionamento na comunidade. Nesse sentido, a reabilitação pode ser entendida como uma ênfase na saúde do indivíduo baseada em aspectos do suporte vocacional, estrutura residencial, social, recreacional e educacional. No caso dos usuários de drogas, pode-se dizer que reabilitar seria possibilitar um retorno à vida sem os impedimentos comuns a um processo de dependência química que retira a autonomia do indivíduo que passa a se dedicar exclusivamente à busca da droga, o uso e à recuperação dos sintomas.

Para Bonadio (2010):

Algumas definições descritas na literatura enfatizam reabilitação psicossocial como um processo que envolve: indivíduos prejudicados; demandas singulares; reconstrução de contratualidade em diversos âmbitos (casa, trabalho, comunidade); remoção de barreiras; estímulo às competências e potenciais individuais; ênfase na rede social; e foco na equidade e na cidadania [...]” (BONADIO, 2010, p. 16).

Bonadio (2010) concorda e reforça as proposições de outros pesquisadores, a exemplo de Bertolote, que se refere à reabilitação como um processo de remoção de barreiras que, evidentemente, impediriam uma plena integração social do usuário, no caso das drogas. Nessas circunstâncias, promover a reinserção social deste segmento seria retirar as barreiras que possam impedir a plena integração de um indivíduo na sua comunidade, bem como o pleno exercício de seus direitos de cidadania. Compreendida desta forma, a reabilitação psicossocial não seria meramente a recuperação de uma pessoa doente, mas a reintegração social de um indivíduo aos processos sociais.

Nesse contexto, o referido pesquisador admite a possibilidade da recuperação de pessoas portadoras de transtornos mentais; o que também pode ser inerente à condição dos portadores de transtornos causados pelo uso prolongado das substâncias psicoativas. Para ele, o processo de recuperação, que teria semelhança com a reabilitação psicossocial, estaria relacionada aos propósitos estabelecidos no processo terapêutico, tendo como meta, de forma genérica, apoiar as pessoas afetadas para que elas possam reduzir os seus prejuízos e a

incapacidade relacionada, direta ou indiretamente, aos transtornos mentais, com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida. Desta forma, pode se entender que a recuperação seria um processo centrado na pessoa, exigindo, portanto, seu envolvimento com ênfase no crescimento pessoal traduzido pela capacidade de fazer escolhas.

O mesmo pesquisador destaca, ainda, a importância da conscientização dos portadores de transtorno sobre os limites que os problemas impõem as suas próprias vidas; o que vale também para os usuários de drogas em processo de reinserção social. Segundo o pesquisador, com o ajustamento do problema pode-se promover o empoderamento da pessoa portadora de transtornos em seus direitos de cidadania, melhorar a sua auto-estima e a auto-determinação. Ele afirma que a esperança é um valor crucial no processo de recuperação, bem como a participação de pessoas significativas para a vida do paciente (também neste caso, o dependente químico), no processo, instigando a confiança em si mesmo. A participação e o apoio da família e dos pares, ao longo do processo de recuperação, é fundamental, sobretudo considerando-se seu caráter contínuo e não linear.

Vale salientar que o desenvolvimento teórico tem contribuído para o aprimoramento das políticas públicas, nessa área, que vêm sendo aprimoradas nas últimas décadas. No próximo capítulo, será apresentada a metodologia de trabalho que possibilitou a análise das concepções dos profissionais da rede de atenção aos usuários de drogas do Estado da Paraíba, sobre as possibilidades da realização da reinserção social dos usuários de crack e outras drogas com o apoio das políticas públicas e fundamentando-se, também, nas teorias vigentes na área.

CAPÍTULO III – A REINSERÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS

3.1. Método e local da pesquisa

Neste capítulo discorre-se sobre os processos metodológicos que viabilizaram a análise da concepção de 240 profissionais da rede de atenção aos usuários de drogas, do Estado da Paraíba, sobre os processos de reinserção social dos usuários de crack e outras drogas. Esses profissionais participaram da pesquisa como alunos dos cursos do Centro Regional de Referência do IFPB¹², no período 2013/2014. Adotou-se, no referido trabalho, a metodologia, de análise de conteúdo fundamentada em Bardin (1977), com o apoio do programa de computador Iramuteq (Camargo e Justo (2013) para realização do cálculo de frequência de palavras e análise multivariadas (classificação hierárquica descendente - CHD). No referido capítulo, também será apresentada a sistematização dos temas e sub-temas da pesquisa que possibilitaram as inferências, discussão e conclusão do trabalho.

O CRR, do IFPB, foi implantado em 2010, a partir da classificação de um projeto selecionado em edital da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, que tinha o objetivo de implantar um centro de formação para a capacitação dos profissionais que atuariam no plano crack, é possível vencer. O CRR oferece, atualmente, sete cursos: Aperfeiçoamento sobre Crack e outras Drogas, para Agentes do Sistema Judiciário, do Ministério Público e da Segurança Pública; Aperfeiçoamento sobre Crack e outras Drogas, para Profissionais do Poder Judiciário, Ministério Público e entidades que atuam no atendimento/apoio a adolescentes em cumprimento de medidas sócio-educativas, com privação de liberdade; Atualização sobre Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em Crack e outras Drogas, para Agentes Comunitários de Saúde, Redutores de Danos, Agentes Sociais e demais profissionais que atuam nos Consultórios de Rua; Curso de Aperfeiçoamento em Crack e outras Drogas para Médicos atuantes no Programa de Saúde da Família (PSF) e no Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF); Curso de Atualização em Atenção Integral para Usuários de Crack e outras Drogas para Profissionais atuantes em Hospitais Gerais (HG); Curso de Atualização sobre Intervenção Breve (IB) e Aconselhamento Motivacional em Crack e outras Drogas para Agentes Comunitários de Saúde e Redutores de Danos e outros Agentes Sociais e o Curso de Atualização em Gerenciamento de Casos e Reinserção Social de Usuários de Crack e outras Drogas para Profissionais das Redes SUS e SUAS.

¹² CRR-IFPB – Centro Regional de Referência para a Formação dos Profissionais que Atuam na Rede de Atenção aos Usuários de Crack e outras Drogas, no Estado da Paraíba.

Na edição de 2013/2014, o CRR contou com cerca de 400 alunos matriculados nos sete cursos ofertados. Esses alunos eram profissionais que atuavam nos serviços da rede de atenção aos usuários de drogas das quatro mesorregiões do Estado da Paraíba. A mesorregião da Zona da Mata teve profissionais dos municípios de Bahia da Traição, Cabedelo, Conde, João Pessoa, Mari, Pedras de Fogo, Rio Tinto, Santa Rita e Sapé. Da mesorregião do Agreste participaram profissionais dos serviços instalados nos municípios de Guarabira, Solânea, Cuité, Salgado de São Félix, Barra de Santa Rosa, Gurinhém, Serra da Raiz, Itabaiana, Araçagi, Alagoinha, Montadas, Esperança e Areia. Da mesorregião da Borborema, participaram profissionais dos serviços de Santa Luzia, Galante, Zabelê, Prata, Campina Grande, Camalaú, Taperoá, Monteiro, Picuí, Carturité, Barra de São Miguel, Barra de Santana e Natuba. Os municípios da mesorregião do Sertão, que tiveram profissionais nos cursos do CRR, foram: São José de Piranhas, Malta, Itaporanga, Água Branca, Piancó, Tavares, Princesa Isabel, Patos, Riacho dos Cavalos, catolé do Rocha, Pombal, São Bento, São João do Rio do Peixe, Cajazeiras, São Bentinho e Sousa.

Nessa segunda edição do projeto do CRR, os gestores e a equipe docente decidiram realizar uma produção científica envolvendo os alunos da rede de atenção matriculados no referido centro. A realização do trabalho foi decidida em reunião de planejamento das ações para o biênio 2013/2014. Os alunos do CRR, público-alvo da pesquisa, na sua maioria são psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, professores, agentes comunitários de saúde, agentes sociais, servidores da segurança pública, operadores da justiça, além de profissionais que atuam nas entidades não governamentais da comunidade (veja tabela 04 na pag. 108). O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, do IFPB, por ser um trabalho que envolve seres humanos.

3.2. Processos éticos

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, cujo parecer nº 482.799, foi emitido em 04/12/2013 (Anexo 01), conforme a Resolução CNS/Ministério da Saúde, nº 196, de 10 de outubro de 1996 (Brasil, 1996). Os participantes da pesquisa foram comunicados que teriam a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Os participantes da pesquisa assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (Anexo 02).

3.3. Procedimentos técnicos da Pesquisa

Foi elaborado um questionário semiaberto (Anexo 03) com sete perguntas, das quais a primeira, a quinta, a sexta e a sétima eram abertas; e a segunda, terceira e quarta eram semiabertas, em que o entrevistado no primeiro momento respondia sim ou não para o questionamento e depois justificava sua resposta. Através das perguntas formuladas buscou-se entender: 1ª - a concepção dos profissionais da rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas sobre a reinserção social desses usuários; 2ª - se é possível realizar a reinserção social e quais as formas de realização desse trabalho; 3ª - se o profissional acompanhou em sua atuação algum caso de reinserção social e de que maneira isso aconteceu; 4ª - se a instituição onde ele atuava já protagonizara algum caso de reinserção social, quais as estratégias utilizadas e suas dificuldades; 5ª - qual o papel do profissional nesse processo; 6ª - as dificuldades enfrentadas pelos entrevistados; 7ª - quais as potencialidades para a realização da reinserção social. As perguntas foram elaboradas em conformidade com os objetivos da pesquisa e respeitando-se os limites do conhecimento e autonomia do público-alvo.

O referido questionário foi aplicado no primeiro dia de aula das turmas dos cursos do CRR, no início do período de 2013, com o objetivo de captar as informações que eles detinham antes da formação, já que durante o curso seriam ministrados conteúdos enfocando a reinserção social, sendo intenção evitar a influência da formação nas respostas ao questionário. O pesquisador informou as condições éticas aos participantes e contou com o apoio da equipe do CRR para a aplicação de 278 questionários, que era o número de alunos presentes naquele primeiro dia de aula. Destes, 240 foram utilizados, sendo que 38 foram descartados por dados incompletos, impossibilidade de identificação do aluno, ou por estarem com a escrita ilegível.

Após a coleta de dados, a próxima fase da pesquisa foi a sistematização do material que seria analisado. Primeiramente, com realizada a construção de um banco de dados com a criação de nove variáveis (Anexos 04) visando à caracterização dos participantes da pesquisa. As variáveis indicavam o local do serviço de atuação do profissional na Rede de Atenção, o Sexo, o Tempo de Serviço, o Município, a Escolaridade, a Profissão, e as questões semiabertas (02, 03, 04). O referido banco de dados foi submetido a um processo de análise estatística através do programa de computador Iramuteq; sendo que, para essa fase da

pesquisa, foram utilizadas as fichas de matrícula dos alunos que estavam disponibilizadas na base de dados do CRR. A utilização das fichas viabilizou a identificação e a quantificação dos alunos pelos serviços nos quais atuavam, pelo sexo, pelo município, o tempo de serviço, e o nível de escolaridade (ver tabela 04, pag. 108). Essas informações foram utilizadas na construção do banco de dados e na análise dos dados.

3.4. Sistematização dos dados

Após a construção do banco de dados, o material foi rodado no programa de computador Iramuteq. Através do cálculo da variável dependente, frequência das palavras, e o teste estatístico de significância das palavras para as classes de discurso (Qui Quadrado - simbolizado por χ^2 ¹³) foram fornecidas as unidades de registros nos perfis das classes compostas por palavras agrupadas pelo χ^2 . Os resultados foram validados pela análise qualitativa da associação existente entre a variável dependente (frequência da palavra), o seu χ^2 e o sentido expresso na unidade de registro.

Com o material fornecido, construíram-se as grades das classes de palavras, sendo que a pergunta nº. 01 gerou uma grade com 06 classes de palavras (Anexo 05); a pergunta nº 02 gerou uma grade com 05 classes de palavras (Anexo 06); a pergunta nº. 03 gerou uma grade com 05 classes de palavras (Anexo 07); a pergunta nº. 04 gerou uma grade com 04 classes de palavras (Anexo 08); a pergunta nº. 05 gerou uma grade com 05 classes de palavras (Anexo 09); a pergunta nº. 06 gerou uma grade com 06 classes de palavras (Anexo 10) e a pergunta nº. 07 gerou também uma grade com 05 classes de palavras (Anexo 11). O programa Iramuteq também forneceu as unidades de contextos elementares (UCE), através do “corpus couleur” que é o relatório dos excertos de textos que contextualizam as unidades de registro; portanto, foram as palavras das classes que possibilitaram as inferências para a construção dos temas e sub-temas. As referidas UCEs foram utilizadas na sessão de discussão dos temas gerados pelos discursos dos profissionais.

Segundo Camargo e Justo (2013), este programa de informática aplicado às ciências sociais viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, a exemplo da lexicografia básica, ou cálculo de frequência de palavras, bem como as análises multivariadas

¹³ O Qui Quadrado é um teste de hipóteses que se destina a encontrar a significância da palavra para o ordenamento das classes.

(classificação hierárquica descendente e análises de similitude). O programa organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara através de gráficos, além de contextualizar as unidades de registros no banco de dados criando as unidades de contextos elementares (UCE). Vale salientar que as áreas de ciências humanas e sociais têm usado, progressivamente, a interface tecnológica através do uso de *softwares* específicos, para análise de dados textuais, especialmente naqueles estudos em que o “corpus” a ser analisado é muito volumoso.

Após a construção das grades de classes de palavras foi possível proceder à categorização que, segundo Bardin (1977), é uma operação de classificação de elementos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero e a partir de critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos. A partir do processo de categorização foi possível realizar inferências sobre os discursos dos profissionais visando à construção dos temas e sub-temas implícitos nos referidos discursos. Os temas são unidades de significação que se libertam do texto analisado, conforme os critérios da análise de conteúdo; podendo o referido texto “[...] ser recortado em ideias constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significações isoláveis [...]” (BARDIN, 1977, 105). A partir da análise multivariada realizada através da técnica de classificação hierárquica descendente – (CHD), e a contextualização das unidades de registros nos discursos dos profissionais, foi possível a construção de 14 temas e 19 sub-temas, a partir de um estudo bastante detalhado de análise das unidades de contexto elementares (UCEs) dos discursos dos referidos profissionais. Sendo possível ao pesquisador, após essa fase do trabalho de análise, entrar em contato com o sentido semântico dos discursos dos profissionais e proceder à interpretação e posterior discussão dos dados.

3.5. Apresentação e descrição dos temas e sub-temas da análise

3.5.1 - Temas e sub-temas construídos a partir das respostas da 1ª pergunta do questionário: A partir da concepção dos profissionais sobre a reinserção social de usuários de crack e outras drogas formou-se dois temas, sendo o primeiro composto por três sub-temas e o segundo por dois sub-temas. (Os temas podem ser visto em forma de dendograma no anexo 12).

PRIMEIRO TEMA: “A reinserção social é promover oportunidades para o usuário retornar ao convívio social de forma normal”.

Sub-temas:

- 1) “É o tratamento físico e psicológico que prepara o usuário para a reinserção social”.
- 2) “É o retorno do usuário de drogas ao convívio social, familiar, aos estudos, mercado de trabalho e lazer”.
- 3) “A reinserção social só acontece com a ajuda de outros para a recuperação da auto-estima e da vivência em sociedade”.

SEGUNDO TEMA: “A reinserção social foi entendida como o resgate da cidadania do usuário promovida pela rede de assistência”.

Sub-temas:

- 1) “A reinserção social acontece através de processos que concebem o usuário como um sujeito de direitos”.
- 2) “A reinserção social acontece através de processo de mudança envolvendo o acolhimento e a formação de vínculos”.

3.5.2. Temas e sub-temas construídos a partir das respostas à 2ª pergunta do questionário (em forma de dendograma no anexo 13): Ao se posicionarem sobre a possibilidade, ou não, da realização da reinserção social de usuários de crack e outras drogas (Tabela 01, abaixo), os profissionais possibilitaram a geração de dois temas, sendo que o primeiro gerou dois sub-temas; e o segundo tema, gerou mais um sub-tema.

Tabela 01 - Quantificação das respostas da 2ª pergunta

Total	240	
Pergunta Objetiva: Questão 02: É possível realizar a reinserção social de um usuário de crack e outras drogas?	Sim	Não
	237	03
Total	240	

PRIMEIRO TEMA: “A reinserção social acontece através de uma rede de apoio para capacitação profissional e promoção da convivência social do usuário”.

Sub-temas:

- 1) “A reinserção social acontece com o apoio da rede de serviços multiprofissionais”.
- 2) “Reinserção social acontece mediada pelas ações das políticas públicas e projetos sociais”.

SEGUNDO TEMA: “A reinserção social acontece quando se dá oportunidade aos usuários crack nos processos de mudanças de vida”.

Sub-tema:

- 1) “A reinserção social é possível quando há o desejo de desenvolvimento humano com dignidade”.

3.5.3. Temas e sub-temas construídos a partir das respostas à 3ª pergunta do questionário (Anexo 14): A partir da revelação dos profissionais se tinham acompanhado, ou se conheciam, algum caso de reinserção social de usuários de crack e outras drogas (Tabela

02, abaixo) foi possível a construção de dois temas, sendo que o primeiro tema gerou um sub-tema, e o segundo tema gerou mais três sub-temas.

Tabela 02 - Quantificação das respostas da 3ª pergunta

Total	240	
Perguntas objetivas	Sim	Não
Questão 03: Você já acompanhou, ou conhece, algum caso de reinserção social de usuário de crack e outras drogas?	127	113
Total	240	

PRIMEIRO TEMA: “Conheço casos de reinserção social de pessoas que quiseram sair da droga”.

Sub-tema:

1) “Conheço casos de adolescentes que retornaram à sociedade com apoio religioso e psicológico”.

SEGUNDO TEMA: “Conheço casos de pessoas que foram reinseridas através da participação em grupos terapêuticos e de apoio de equipe de multiprofissional e da família”.

Sub-temas:

1)“Conheço casos de pessoas que foram reinseridas no mercado de trabalho a partir da participação em oficinas terapêuticas e de capacitação profissional”.

2) “Conheço casos de pessoas reinseridas através da reabilitação e da abstinência do uso de droga”.

3) “Conheço casos de pessoas reinseridas a partir da orientação para a redução de danos”.

3.5.4. Temas e sub-temas construídos a partir das respostas à 4ª pergunta do questionário (Anexo 15): O posicionamento sobre se a instituição na qual trabalha realiza, ou não, a reinserção social de usuários de crack e outras gerou a possibilidade da construção de dois temas, sendo que o segundo tema gerou dois sub-temas (Tabela 03, abaixo).

Tabela 03 - Quantificação das respostas da 4ª perguntas

Total	240	
Pergunta Objetiva	Sim	Não
Questão 04: A instituição na qual você atua realiza a reinserção social de usuários de crack e outras drogas?	89	151
Total	120	

PRIMEIRO TEMA: “As instituições realizam a reinserção social através do acompanhamento terapêutico do usuário e encaminhamento aos serviços”.

SEGUNDO TEMA: “As instituições não trabalham a reinserção social de usuários”.

Sub-temas:

1) “As instituições não realizam a reinserção porque não existem projetos, programas, estrutura, organização e falta condições de trabalho e capacitação profissional”.

2) “As instituições não realizam a reinserção social, mas procuram direcionar os usuários”.

3.5.5. Temas e sub-temas construídos a partir das respostas da 5ª pergunta do questionário (Anexo 16): A partir do posicionamento dos profissionais sobre o seu próprio papel na rede de apoio à reinserção social de usuários de crack e outras drogas foi possível gerar dois temas, sendo que o primeiro tema gerou três sub-temas.

PRIMEIRO TEMA: “O papel do profissional é articular a rede intersetorial e as políticas públicas para a reinserção social dos usuários”.

Sub-temas:

- 1) “O papel do profissional é atuar em rede para apoiar, orientar, respeitar os usuários e seus familiares contra o preconceito”.
- 2) “O papel do profissional deve ser trabalhar a prevenção”.
- 3) “O papel do profissional é encaminhar, acompanhar ou garantir a reinserção social.

SEGUNDO TEMA: “O papel do profissional é mostrar ao usuário as suas possibilidades de vida”.

3.5.6. Temas e sub-temas construídos a partir das respostas da 6ª pergunta do questionário (Anexo 17): Ao se posicionarem sobre as dificuldades enfrentadas na rede de atenção nos processo de reinserção social de usuários de crack e outras drogas, os profissionais possibilitaram a construção de dois temas, sendo que o primeiro gerou dois sub-temas.

PRIMEIRO TEMA: “As dificuldades enfrentadas são a falta de políticas públicas eficazes e da intersetorialidade da rede”.

Sub-temas:

- 1) “As dificuldades são decorrentes da falta de investimento, incentivo, recursos financeiros e humanos”.
- 2) “Falta de capacitação profissional e conhecimento”.

SEGUNDO TEMA: “A resistência dos usuários e das famílias ao tratamento devido ao preconceito e ao medo da sociedade em se relacionar com os usuários”.

3.5.7. Temas e sub-temas construídos a partir das respostas da 7ª pergunta do questionário (Anexo 18): Ao se posicionarem sobre as possibilidades da realização da

reinserção social de usuários de crack e outras drogas, os profissionais possibilitaram a construção de dois temas.

PRIMEIRO TEMA: “Uma possibilidade seria a conscientização da sociedade sobre o uso de drogas”.

SEGUNDO TEMA: “Apesar das dificuldades, outra possibilidade seria a realização do trabalho em rede para garantir a reinserção social e a cidadania desses usuários”.

3.6. Perfil dos profissionais

Os dados da tabela abaixo (tabela 06) indicam que a participação feminina na pesquisa foi majoritária em cerca de 84,17% com relação ao sexo masculino 15,83%, o que revela a predominância feminina na rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas nos municípios analisados. Com relação ao número de profissionais, observou-se que a quantidade de trabalhadores nos serviços do município de João Pessoa é maior do que o número de profissionais que trabalham nos serviços da rede no interior do Estado; a Capital conta com 56,67%, enquanto o interior tem 43,33%. Mais da metade dos profissionais tinham curso de graduação 50,42%, e apenas cerca de 16,25% não tinham graduação, enquanto que 33,33% tinham pós-graduação. Observou-se a predominância dos profissionais com formação em psicologia 22,08%, e assistência social 20,83%; os profissionais da rede de educação representaram 12,08%, e os com formação em enfermagem 14,58%. Os advogados representaram 7,08% da pesquisa e o menor índice foi 1,67% representado pelos psicopedagogos. Registrou-se, também, que a maioria dos profissionais tinha de 1 a 5 anos de serviços prestados 55,42%, os com mais de 10 anos eram 25%. A maioria desses profissionais trabalha em serviços das redes SUS 41,25%, SUAS 19,58%; o número de profissionais que trabalhavam na Justiça foi de 11,25%, nas Escolas 11,67%, e em entidades da comunidade 2,92%. (Ver tabela na próxima página (108))

Tabela 04: Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa

VARIÁVEL	CATEGORIA	QUANTIDADE	PERCENTUAL %
Sexo	Masculino	38	15,83
	Feminino	202	84,17
	Total	240	100
Município onde atuam os profissionais	João Pessoa	136	56,67
	Interior	104	43,33
	Total	240	100
Nível de Escolaridade	Sem Graduação	39	16,25
	Com Graduação	121	50,42
	Com Pós-Graduação	80	33,33
	Total	240	100
Tempo de Serviço	De 1 a 05 anos	133	55,42
	De 05 a 10 anos	47	19,58
	Mais de 10 anos	60	25,00
	Total	240	100
Profissão	Assistente Social	50	20,83
	Psicólogo	53	22,08
	Professor	29	12,08
	Agente Comunitário de Saúde (AGS)	12	5,01
	Advogado	17	7,08
	Educador Social	06	2,50
	Enfermeiro	35	14,58
	Pedagogo	10	4,17
	Psicopedagogo	04	1,67
	Outros	24	10,00
	Total	240	100
Rede de Atuação	SUS	99	41,25
	SUAS	47	19,58
	Justiça	27	11,25
	Escola	28	11,67
	Entidades da comunidade	07	2,92
	Diversos	32	13,33
	Total	240	100

3.7. Discussão dos resultados da pesquisa

A partir deste tópico, inicia-se a fase de discussão dos dados obtidos durante todo o processo de desenvolvimento da pesquisa. Para que haja um maior aproveitamento da discussão empreendida, em seguida, faz-se necessário alguns esclarecimentos sobre os métodos adotados para se chegar a essa fase do trabalho.

A partir da construção de sete grades de unidades de registros (palavras), foi possível proceder à categorização, ou constituição das classes, que possibilitaram a inferência de 14 temas e 19 sub-temas relacionados ao discurso dos profissionais. No processo de construção dos temas foi utilizada a análise CHD e os dendogramas de classificação apresentados. O pesquisador arbitrou a formação de apenas dois temas para cada pergunta, a partir das categorias geradas pelas unidades de registros. Os sub-temas foram construídos a partir das possibilidades semânticas apresentadas nos conteúdos.

Cada tema com seus respectivos sub-temas, posteriormente, a partir de exercícios acurados de contextualização nos discursos dos profissionais, foram unificados em quatro grandes temas que, em seguida, foram interpretados e discutidos de forma fundamentada nos excertos dos discursos dos profissionais, nos conteúdos das políticas públicas sobre drogas vigentes no País, e na fundamentação científica dos teóricos da área. Finalmente, foi possível se chegar a uma conclusão sobre os objetivos do trabalho. Em seguida far-se-á a discussão dos quatro grandes tópicos inferidos dos temas e sub-temas elaborados a partir dos discursos dos profissionais que participaram da pesquisa.

3.7.1 A reinserção social de usuários de crack e outras drogas como retorno ao convívio Social e como resgate da cidadania

Um grupo de profissionais da rede atenção no Estado na Paraíba associa a reinserção social de usuários de drogas à reintegração desses usuários aos processos sociais, a exemplo da retomada das atividades produtivas a partir da capacitação, bem como ao retorno das funções familiares e sociais. Essa reintegração social deve ser possibilitada com o apoio da rede de atenção e da família. Além da garantia dos direitos sociais para a conquista da cidadania, alguns profissionais chegam a defender mudanças das estruturas sociais para o acolhimento desses usuários, combatendo-se o preconceito e a discriminação. No entanto, também se verifica a valorização de métodos tradicionais para a reinserção social através de

intervenções médico-psicológicas lineares que consistem em submeter esses usuários aos processos de tratamento convencionais para a recuperação das condições físicas e mentais consideradas normais pelos profissionais. Posteriormente, na visão desses profissionais, esses usuários deverão ser integrados aos processos produtivos exigidos pela sociedade como exercício de cidadania. Percebe-se, nos discursos dos profissionais, concepções avançadas e ao mesmo tempo vertentes conservadoras; podendo-se afirmar que há um contexto de complexidade nos discursos desses profissionais sobre a reinserção social de usuários de drogas. Em seguida, serão apresentados os excertos de discursos dos profissionais e, em seguida, faz-se a análise com base nas políticas públicas e nos teóricos da área.

[...] entendo que trata-se de um processo pelo qual o usuário de crack e outras drogas retorna à sociedade retomando seu papel de cidadão detentor de direitos e deveres onde o preconceito e estigma devem ser quebrados.

Essa psicóloga associa a reinserção social de usuários de drogas à reintegração social a partir da recuperação dos direitos de cidadania que, evidentemente, ela considera que haviam sido prejudicados pelo problema do uso de drogas. A profissional também refere-se às dificuldades enfrentadas pelas pessoas que tiveram problema de uso abusivo de drogas ou dependência química em decorrência do preconceito vigente na sociedade contra essas pessoas. Como afirma Mota (2009) referindo aos problemas causados pela dependência química nas interações sociais dos usuários.

O discurso registrado acima remeta às ações voltadas para os usuários de drogas no âmbito do SUAS tendo, como pano de fundo a garantia de direitos visando o exercício da cidadania, tanto no eixo das ações da proteção social básica como na proteção especial. Desta forma, destaque-se a importância do Programa de Atenção Integral às Famílias (MDS, 2012) que defende a potencialidade das ações comunitárias para a prevenção do uso, abuso e dependência de drogas, uma vez que iniciativas, nesse sentido, devem estar embasadas na mobilização social, no protagonismo, no sentimento de coletividade e no fortalecimento da comunicação e organização comunitária; promovendo a participação cidadã e ampliando a capacidade das famílias interferirem na construção da vida pública de seus territórios.

O discurso da referida profissional está em consonância com o que estipula a Política Nacional de Assistência Social, executada pelo SUAS, em consonância com a LOAS, possibilitando ações afirmativas no sentido de promover a conquista dos direitos de cidadania

e inclusão social, além de definir e organizar os elementos essenciais e imprescindíveis à execução da política de assistência social (BRASIL, 2005).

As situações atendidas nos serviços de Proteção Social Especial PSE, do SUAS, beneficiam os indivíduos, suas relações familiares e comunitárias. São situações que envolvem conflitos, tensões e, até mesmo, fragilização ou rompimento de vínculos, além de violação de direitos, demandando, portanto, atenção especializada e trabalho em rede. Nessa direção, a atenção da PSE tem como objetivos principais contribuir para assegurar proteção social especial nestes casos, de modo a prevenir agravamentos, potencializar recursos e o acesso a direitos socioassistenciais e à rede de proteção, na perspectiva da superação das situações vivenciadas que denotem vulnerabilidades do indivíduo ou da família. Portanto, verifica-se que existe sintonia entre os discursos dos profissionais que participaram da pesquisa e o que está posto nas políticas sobre drogas.

[...] eu entendo por reinserção social de usuários de crack e outras drogas a volta do indivíduo a todas ou parte das atividades realizadas anteriormente, vai desde o acolhimento da família ou restituição do vínculo familiar ao retorno de nova atividade empregatícia onde o indivíduo resgata sua cidadania retirando seus documentos e buscando novas diretrizes para sua vida.

Essa outra psicóloga enfatiza o acolhimento como ação importante para o processo da reinserção social. No discurso da profissional percebe-se uma alusão ao retorno às partes e às atividades realizadas anteriormente, entendendo-se que ela faz referência a uma fase produtiva e participativa em algum momento da vida dessas pessoas prejudicadas pelo uso de drogas. Duarte (2009) refere-se ao restabelecimento da rede social dos usuários como processo de reinserção social; o que, de certa forma, corrobora o discurso dessa profissional.

Gayotto (2013) abordando a proteção social na política nacional de assistência social (PNAS) afirma que essa proteção significa a busca da garantia do desenvolvimento humano e social, os direitos de cidadania, a segurança da acolhida, de renda, de convivência familiar e comunitária e social e de sobrevivência a riscos circunstanciais.

Pinho (2009) fundamenta os discursos dos profissionais quando defende que a reinserção social de usuários de crack e outras drogas estaria relacionada à conquista dos direitos fundamentais da pessoa, ou seja, direito à liberdade e à dignidade do indivíduo, o que também estaria associado à conquista de uma ocupação digna, acesso à cultura, a educação e ao lazer, além da capacitação para o mercado de trabalho.

[...] significa a possibilidade de acolhimento desses usuários pela sociedade e o olhar especial da rede de assistência a fim de proporcionar verdadeiras oportunidades para esses usuários.

Essa assistente social também faz alusão à reinserção social através dos processos de acolhimento que são uma característica dos serviços na área do SUAS, estando referendado nos processos ofertados pelo Serviço de Acolhimento. Esse serviço também é direcionado às famílias e indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, ou até mesmo sem referência familiar. O serviço visa garantir proteção integral aos sujeitos atendidos dando atenção personalizada, e em pequenos grupos, além da questão de gênero e orientação sexual. Entretanto, os serviços de acolhimento do SUAS não devem ser confundidos com outros serviços prestados por instituições da rede de saúde que são destinadas à internação para tratamento da dependência química de drogas (MDS, 2012). Quanto à oferta de oportunidades, como possibilidade de reinserção social, está referendada no discurso de Bonadio (2010) que se reporta aos processos de remoção de barreiras para a reabilitação.

Ainda contextualizando o discurso da assistente social, citado acima, no âmbito das políticas públicas sobre drogas, destaque-se o Serviços de Proteção Integral à Família (PAIF), do SUAS. O PAIF é um serviço desenvolvido no CRAS, conforme a tipificação nacional de serviços socioassistenciais, que consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, que tem a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e o usufruto de direitos contribuindo na melhoria de sua qualidade de vida. A maioria dos serviços ofertados no âmbito do SUAS, na proteção básica, bem como na especial, no fundo, objetivam garantir o exercício da cidadania através da garantia dos direitos sociais.

[...] a possibilidade oferecida para o usuário e seus familiares através de atendimento por uma rede de proteção composta por saúde educação segurança e principalmente assistência social.

Ao se referir ao desenvolvimento de diversas ações de forma interinstitucionalizadas e em rede essa professora valoriza os princípios da intersetorialidade que é um dos pressupostos das políticas sobre drogas no País. O discurso enfatiza a importância de vários setores atuando de forma concomitante na promoção da reinserção social dos usuários de crack e outras drogas, com destaque para a Assistência Social. Pode-se afirmar, portanto, que o discurso da professora está em conformidade com o que está posto nas políticas sobre drogas.

[...] entendo como uma construção conjunta de diversos atores da comunidade visando à modificação de estruturas sociais que marginalizam a condição de um retorno ou possibilidade de receber os usuários de drogas nos espaços da comunidade, reinserção social é, portanto, pensar as instituições.

Essa advogada aprofunda bastante a compreensão sobre os processos da reinserção social dos usuários de drogas sugerindo que essas iniciativas exigem a transformação das instituições sociais. O discurso é bastante pertinente ao momento atual quando se valoriza fortemente a adoção de métodos de gestão e de trabalho que viabilizem as ações institucionais em rede; colocando-se todas as instituições a serviço dos cidadãos de forma universalizante e eficiente.

Ao reportarem-se às ações de assistência em rede, de forma conjunta, envolvendo diversos setores, os profissionais trazem à tona o problema da realização da reinserção social através de ações multidisciplinares e intersetorializadas que, além de incluir diversos serviços da rede de atenção, também necessitam do apoio da família, bem como de outros atores da comunidade. Essas referências identificam-se com as diretrizes das políticas públicas sobre drogas dos Ministérios da Saúde, e do Ministério da Justiça; com as propostas do Plano Crack, é possível vencer, e, principalmente, com os níveis da Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de Média e Alta Complexidade da política do SUAS. A questão da reinserção social, através dos princípios da cidadania, está presente na política de implantação dos CAPS-AD, que têm como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade. Os CAPS têm a função de realizar, dentre outras iniciativas, a reinserção social dos usuários utilizando, para tanto, recursos intersetoriais envolvendo a educação, esporte, cultura e lazer, através de estratégias conjuntas para o enfrentamento desses problemas (BRASIL, 2003).

O discurso do referido profissional também está em consonância com a PNAS no que tange à intersetorialidade. Nos pressupostos dessa política estão preconizadas a importância das articulações que viabilizem ações complexas. Nas palavras de Couto (2012) a intersetorialidade deve expressar a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social básica ou especial e ao enfrentamento das desigualdades sociais identificadas nas distintas áreas. Essa decisão supõe a necessidade de se desenvolver serviços integrados superando-se a visão fragmentada da

atenção às necessidades sociais e fortalecendo a concepção de atendimento em rede. Os discursos também estão em sintonia com as propostas a serem desenvolvidas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do Ministério da Saúde, através do desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção da autonomia e ao exercício da cidadania.

Barros (2013) ratifica o discurso dos profissionais, quanto à defesa dos direitos de cidadania nos processos de reinserção social, admitindo que as estratégias de atenção mais eficazes, nesse âmbito, são aquelas que possibilitam os processos de socialização que viabilizam a reinserção do indivíduo nas redes de sociabilidade formais e não-formais; o que pode ser concretizado através do redimensionamento das práticas institucionais, bem como das articulações entre diferentes instituições pelas quais os usuários transitam.

[...] entre outras ações é promover a recuperação da saúde física psicológica e social do indivíduo que em razão do vício e do desequilíbrio emocional sente dificuldades para as diversas relações da sociedade contemporânea.

O discurso dessa enfermeira está fundamentado na visão de alguns teóricos, a exemplo de Laranjeira e Zaleski (2012), que preconizam a submissão do usuário a um processo de tratamento visando à estabilidade física e mental: “O sistema de tratamento, que visa à estabilização física e mental do usuário, deverá trabalhar em sintonia com o setor de reinserção social, que visa uma vida sem drogas e a volta à plenitude das atividades acadêmicas, profissionais e familiares [...]” (LARANJEIRA; ZALESKI, 2012, p. 637). No entanto, essa postura diverge dos pressupostos das políticas públicas sobre drogas vigentes no País, que preconizam a redução de danos como estratégia de tratamento dos usuários de drogas. Para a redução de danos “[...] a abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado[...]” (BRASIL, 2003, p. 10).

A enfermeira também faz alusão à complexidade dos processos produtivos de uma sociedade fundamentada na ciência e tecnologia que, como afirma Tomasello (2006), é um modelo que exclui as pessoas numa dimensão bastante peculiar da contemporaneidade. Desta forma, pode se reconhecer no discurso a inferência sobre a complexidade da saúde do trabalhador que depende de uma convivência social adequada aos princípios da qualidade de vida social, econômica, cultural e espiritual; sendo inadequada às situações de dependência química.

[...] a reinserção social de usuários de crack e outras drogas é exatamente trazer de volta ao convívio social aqueles que antes viviam de certa forma isolados e presos ao uso de substâncias que não só afetam sua saúde como também os grupos familiares aos quais pertencem.

Há, também, aqueles profissionais que valorizam, nos seus discursos, o fortalecimento dos vínculos familiares, sociais e comunitários, bem como o resgate da auto-estima, nos processos de reinserção social, a exemplo desse advogado que caracteriza a visão da reinserção como fortalecimento de vínculos.

[...] é o retorno ao convívio com a família com a comunidade e ao trabalho, reassumir as suas atividades nos estudos no trabalho e no convívio familiar; entendo que seja o retorno do indivíduo ao convívio social através do retorno ao convívio familiar aos estudos ao trabalho à prática esportiva todas essas atividades que o indivíduo deixa de fazer em função da dependência.

Essa professora também se refere à reinserção social de usuários de crack e outras drogas como uma atividade complexa e de resgate de algo que foi perdido por condições inadequadas de vida, mencionando a necessidade de ações articuladas em rede para atender às demandas complexas do processo. Como embasamento desses discursos, no contexto das políticas públicas, se pode citar o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) do SUAS. Esse serviço funciona de articulada ao Serviço de Proteção Integral à Família, sendo desenvolvido por meio do trabalho em grupos (ou coletivos) e organiza-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, estimulando a valorização do sentimento de pertença e de identidade; o que visa o fortalecimento de vínculos familiares, bem com o incentivo à socialização e a convivência comunitária (MDS, 2012).

3.7.2. A reinserção social como processo de mudança de vida com apoio da rede de atenção de forma intersectorializada

A grande maioria dos profissionais da amostra da pesquisa acredita na possibilidade da realização da reinserção social dos usuários de crack e outras drogas (ver tabela 03, pag. 97), enquanto uma pequena minoria, apenas 03 afirmou não acreditar nessa possibilidade. Da referida amostra, 113 profissionais disseram que não tinham acompanhado, nem conheciam

casos de reinserção social nos serviços nos quais atuam. Por outro lado, 127 afirmaram que conheciam casos de reinserção social de usuários de crack e outras drogas (tabela 04, pag. 98). Os profissionais que comungam da visão favorável à reinserção social sugerem que essa iniciativa pode ser realizada através de oportunidades para mudança do estilo de vida a partir do desenvolvimento de projetos de capacitação e convivência social com o apoio da rede de atenção e das políticas públicas.

[...] através de redes de apoio, a reinserção social possibilita ao usuário a compreensão da necessidade que o ser humano tem de viver em sociedade e assim manter boa convivência seja no ambiente escolar de trabalho entre outras, um exemplo de rede são os CAPS-AD que possibilitam opções de enfrentamento às drogas.

Essa enfermeira valoriza os serviços desenvolvidos nos CAPS-AD para preparar os usuários para a convivência nos ambientes sociais e institucionais. No entanto, ela alerta que essas ações deverão ser desenvolvidas de forma articulada com outras instituições da rede de atenção. O discurso dessa profissional está em sintonia com a visão de Martins (2012) sobre esse serviço. Segundo o pesquisador, o Centro de Atenção Psicossocial se constitui em um dos serviços, da rede, que tem como objetivo manter um atendimento diário em que o usuário segue projeto terapêutico estabelecido em comum acordo, entre o usuário, sua família e a equipe do serviço. Isso implica a manutenção da convivência do usuário com a família e a sociedade. Para o pesquisador, esses equipamentos, criados oficialmente pela Portaria 336/2002, têm como meta dar andamento às propostas oriundas da reforma psiquiátrica que repudia o modelo asilar excludente e segregador. Entretanto, para outros pesquisadores, a exemplo de Silva (2010) e Andrade (2011), esses equipamentos carecem de reestruturação profunda nos seus métodos para poderem atender às demandas para as quais foram criados.

[...] através do apoio das diversas ramificações das políticas públicas da ação social fazendo frente ao acompanhamento sistemático das famílias já que é aí que lhe falta a estrutura e as condições mínimas de convivência salutar.

Essa psicóloga resgata uma questão de suma importância no contexto da reinserção social de usuários de drogas que é o apoio da família. A dependência química é um problema que afeta fortemente as famílias dos usuários que se tornam “codependentes”. Essa afetação

da família concorre para o agravamento da situação dos usuários sendo, de suma importância, as ações da rede de atenção voltadas para essas famílias.

Esses discursos referem-se à importância de ações intersetorializadas das políticas públicas e à promoção de condições dignas de convivência social para o usuário em situação de reinserção social. Através dessas afirmações verifica-se que os discursos dos profissionais estão fundamentados nas políticas públicas existentes no País para essa área. No que concerne às ações executadas pelo SUS, além dos CAPS, resgata-se o papel da rede de assistência psicossocial para dar apoio aos usuários de crack e outras drogas, a RAPS. Essa rede, que deve atuar de forma intersetorial, tem o objetivo de promover a reinserção social considerando as demandas originadas pelos usuários. A política do Ministério da Saúde, no tocante à questão da intersetorialidade, orienta que o uso de substâncias psicoativas é um problema que deve ser visto de forma transversal, devido à sua multifatorialidade. Desta forma, é imprescindível a participação das diversas áreas que compõem as redes de serviços públicos neste contexto, a exemplo da saúde, educação, assistência social e desenvolvimento. Através desta capilaridade é que se poderá ter uma política eficiente de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. O documento do MS assinala as ações governamentais no sentido de adotar a intersetorialidade em todas as suas políticas públicas.

Vale salientar que a gênese da intersetorialidade nas políticas públicas brasileiras surge com a Constituição Federal (CF) de 1988. O documento constitucional explicita, através de arcabouços jurídicos, o campo da seguridade como um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade através do artigo 194. Já com relação ao direito à saúde, o artigo 196 deixa claro que esta será garantida mediante políticas sociais e econômicas. O aspecto intersetorial está manifestado nos pressupostos de que esse direito deverá ser executado diretamente ou através de terceiros, bem como por pessoa física ou jurídica de direito privado, conforme o artigo 197. Mas é só no artigo 198 que se apresenta o direito à saúde como decorrente da atuação do Estado, na forma de serviços que “[...] integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único” (TUMELERO, 2011, p. 05).

Uma concepção que corrobora os discursos dos profissionais é discutida por Nascimento (2010) quando explica que a intersetorialidade pode ser entendida como a complementaridade nas ações de prestação de serviços públicos à população que devem ser realizados de forma integrada com a participação de diversos setores. A intersetorialidade constitui-se em uma nova concepção sobre o planejamento e a execução na prestação de

serviços de forma a garantir um acesso igual dos desiguais, o que significaria alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses. Diante disso, a implantação integrada das várias políticas sociais não dependeriam apenas da vontade política de quem tem o poder ou os recursos disponíveis, pois cada política setorial tem seus interesses e práticas. A intersetorialidade também pode ser vista como a articulação de saberes e experiências para o planejamento, a realização de avaliação de políticas, programas e projetos, cujo fim é alcançar resultados cooperativos em situações complexas (NASCIMENTO, 2010). Vale destacar que todas as políticas públicas na área de drogas estão perpassadas por aspectos que sugerem a realização de ações e da gestão de serviços permeados por critérios que denotam a orientação para a intersetorialidade (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005; BRASIL, 2010).

No entanto, Mioto e Schutz (2011) discorrem de forma bastante contraditória sobre a intersetorialidade no campo da gestão de serviços públicos no Brasil que, para o pesquisador, ainda é fortemente impregnada pelos aspectos corporativos e pela hierarquização, contrapondo-se aos pressupostos da intersetorialidade. Desta forma, as estruturas organizacionais dos serviços na área da atenção aos usuários de drogas ainda são prejudicadas pelas estruturas piramidais que se contrapõe às possibilidades da intersetorialidade.

A defesa das ações intersetorializadas é recorrente nos discursos dos profissionais da rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas. Esses discursos, portanto, estão em conformidade com os critérios da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que preconiza a importância de iniciativas articuladas que viabilizem ações complexas. Nesse sentido, a PNAS determina a realização de ações que atendam às demandas da sociedade no tocante à garantia dos direitos de cidadania sem restrições. Mas também tem serviços caracterizados pela atenção às famílias e às pessoas em situação de vulnerabilidades, incluindo os usuários de drogas. Essa política sugere ações contra a violência e a favor da inserção social e no mercado de trabalho (BRASIL, 2005).

[...] deve-se respeitar a opinião do mesmo e realizar um trabalho que oportunize novas possibilidades de educação trabalho lazer para que possa sentir que é um ser humano digno de respeito digno de oportunidades.

A defesa da dignidade humana também consta dos discursos dos profissionais, a exemplo da fala dessa assistente social. Neste caso, o respeito à dignidade está associada à participação do usuário no processo de decisão sobre os métodos utilizados nos processos de

recuperação e de reinserção social; o que é uma das características mais humanizadoras das políticas sobre drogas em vigor no País.

[...] para isso é necessário um acompanhamento do usuário não só no processo de recuperação, mas também após este, contribuindo e incentivando-o a buscar através do trabalho sobretudo a sua dignidade e a valorização da sua vida [...] assim adquirindo a sua confiança na família e na comunidade e construindo ou reconstruindo os valores necessários para sua convivência em uma sociedade que muitas vezes o excluiu por ser usuário de crack e outras drogas.

Essa professora refere-se ao processo de recuperação do uso de drogas que é um pressuposto da política pública que está associado ao processo de reinserção social; podendo, inclusive, ser considerado a mesma situação. Bonadio (2010) afirma que se pode entender a recuperação como um processo centrado na pessoa, exigindo, portanto, seu envolvimento com ênfase no crescimento pessoal traduzido pela capacidade de fazer escolhas. Vale salientar que as políticas públicas sobre drogas adotam expressões diferenciadas para explicar situações bastante semelhantes, a exemplo da reabilitação psicossocial, recuperação e reinserção social. Essas expressões significam a interrupção do uso de drogas com a conseqüente retomada das atividades sociais no âmbito da cidadania.

Tanto o discurso da assistente social como o da professora estão embasados nos pressupostos das políticas públicas sobre drogas, a exemplo da Política da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) que sugere ações para a reinserção social de usuários de crack e outras drogas. No capítulo II, art. 20, o referido documento valoriza as atividades que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e danos associados ao uso de drogas. No art. 21, está determinado que constituem-se atividades de reinserção social do usuário, ou do dependente de drogas e respectivos familiares, aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais (BRASIL, 2010)

O plano crack, é possível vencer, do governo federal, nas suas diretrizes para o eixo cuidado orienta a execução de ações que tratam da ampliação do acesso às redes de atenção à saúde e à assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares, visando, desta forma, promover a reinserção social de usuários de crack e outras drogas. Buscando alcançar os objetivos do referido plano, o governo federal tem disponibilizado aos Estados e Municípios, e DF, diretrizes técnicas e financiamento para fortalecer e qualificar a rede de serviços de saúde e assistência social. A referida rede vem trabalhando para acolher usuários e familiares, respeitando sua autonomia e singularidade, e ofertar cuidados

necessários a cada caso, adotando a defesa da vida e da redução dos danos à saúde como princípio fundamental das suas ações.

[...] no serviço que trabalho chegou um usuário de drogas pedindo ajuda, pois o mesmo relatava que queria sair desta vida uma vez que ele tinha uma profissão na área de saúde, família que o amava e o apoiava.

Essa fisioterapeuta refere-se a uma circunstância que torna as intervenções na área do uso de drogas mais confortáveis: quando o usuário procura o serviço por vontade própria. No seu discurso, a profissional faz alusão a uma situação de manutenção dos vínculos familiares e profissionais; o que também torna a possibilidade da reinserção mais favorável; pois ainda não houve uma ruptura efetiva do usuário com as relações sociais, que podem estar apenas prejudicadas.

[...] o usuário já tinha sido internado várias vezes e de início não queria o tratamento, mas depois de vários atendimentos no caps decidiu não abandonar mais o tratamento no serviço, conseguiu uma vaga como apoiador em um determinado hospital e ele encontra-se trabalhando atualmente.

O discurso dessa enfermeira denota uma situação de dificuldade demonstrando a resistência do usuário em aceitar os processos de intervenção que podem resultar na sua reinserção social. Ela também demonstra a eficiência do serviço que conseguiu vencer a resistência do usuário e promoveu a sua reinserção social. Faz parte da metodologia da reinserção social não desistir do usuário que deve ser visto sempre como a possibilidade de superação do problema.

Todas as possibilidades que viabilizem a reinserção social dos usuários de crack e outras drogas estão contempladas nas políticas públicas sobre drogas executados nos serviços públicos da rede de atenção. A PNAD, com os seus 20 pressupostos, pretende alcançar o ideal de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas. As questões mais candentes sobre o problema estão contempladas nas propostas para tratamento do uso de drogas, ou da dependência química, com eficiência e dignidade, sem discriminações; além da conscientização da sociedade sobre os problemas advindos do uso dessas substâncias. Enfim, esses pressupostos, se colocados em prática, de forma efetiva, contribuiriam para diminuir a oferta das drogas, as consequências em termos de aumento da criminalidade, além de repercutir fortemente na área da prevenção e da eficiência do tratamento ao uso de drogas de forma humanizada, garantindo-se a não violação dos princípios de cidadania dos usuários e

seus familiares. Nos seus princípios institucionais, o Sisnad defende a garantia dos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia, bem como o respeito às diversidades e especificidades populacionais. O documento reconhece a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania, como fatores de proteção para o uso indevido de drogas (PNAD, 2010).

Vale destacar que o serviço mais adequado à atuação em conformidade com o respeito à vontade do usuário, ou seja, com o respeito à sua autonomia é o Serviço de Acolhimento do SUAS. Esse serviço visa garantir proteção integral aos sujeitos atendidos dando atenção personalizada, e em pequenos grupos, além de considerar a questão de gênero e orientação sexual.

Para Bonadio (2010) a recuperação, que teria semelhança com a reabilitação psicossocial, estaria relacionada aos propósitos estabelecidos no processo terapêutico, tendo como meta, de forma genérica, apoiar as pessoas afetadas a reduzirem os prejuízos e a incapacidade relacionada, direta ou indiretamente, aos transtornos mentais com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida. Para o pesquisador deve-se dar ênfase nos processos de recuperação, ou reinserção social, à capacidade dos usuários em fazer escolhas. Não esquecendo que a dependência química é considerada uma tipo de transtorno.

[...] conheci um adolescente que já foi usuário de crack cometeu alguns atos infracionais cumprindo medida socioeducativa e quando entrou em liberdade começou a participar de cultos evangélicos participou de projetos na igreja parou de usar drogas e atualmente está cursando faculdade de direito e trabalhando.

O uso de drogas por adolescentes também foi abordado nos discursos dos profissionais da rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas, no Estado da Paraíba, Os casos de reinserção social, nessas circunstâncias, conforme os profissionais, são fundamentadas no apoio religioso e psicológico, como está explicitado no discurso dessa psicóloga.

[...] adolescentes que eram viciados nas drogas tiveram oportunidades de se envolverem em trabalhos artísticos através de grupos de danças de rua onde conseguiram deixar as drogas e também ajudaram a outros jovens que também deixaram conseguindo até uma profissão como monitores e terem uma renda mensal para sua sobrevivência.

Já o discurso dessa professora refere-se às ações desenvolvidas no âmbito da cultura e das artes com o objetivo de promover a reinserção social de adolescentes em situação de uso de drogas. Sanchez e Nappo (2008) afirmam que a religiosidade pode atuar como protetora do consumo de drogas, entre pessoas que frequentam a igreja regularmente, bem como daquelas que praticam de algum tipo de preceito religioso e creem na importância da religião em suas vidas, ou tiveram algum tipo de educação religiosa na infância. Para as pesquisadoras, a prática religiosa, além da proteção ao uso de drogas, também seria um recurso social de reestruturação, oportunizando uma nova rede de amizades, ocupação do tempo livre em trabalhos voluntários, atendimento psicológico individualizado, além da valorização das potencialidades individuais. As referidas pesquisadoras enfatizam o apoio incondicional dos líderes religiosos, sem julgamentos e, em especial entre evangélicos, para a formação de uma nova família; o que estaria associado ao processos de reinserção social corroborando o discurso do profissionais.

No caso dos adolescentes que cometeram atos infracionais, abordado no discurso dos profissionais, podem ser beneficiados pelo serviço Creas na Medida. Este serviço é uma iniciativa desenvolvido no âmbito do SUAS voltada para adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativa em meio aberto, determinada judicialmente com base no Estatuto da Criança e do Adolescente; sendo uma oportunidade das políticas para esse segmento, o programa que busca contribuir para o acesso aos direitos e para a ressignificação de valores na vida pessoal e social dos adolescentes. No Plano Individual de Atendimento (PIA) realizado de forma personalizada para os adolescentes, pela equipe do referido serviço, deve se dar atenção ao contexto de vida desses adolescentes, considerando-se suas relações familiares, sociais e comunitárias (MDS, 2012).

Outra possibilidade de reinserção desse segmento pode acontecer através do Serviço Especializado em Abordagem Social, da Rede SUAS, que tem por objetivo assegurar o trabalho social de busca ativa e abordagem social, considerando como território de sua atuação os espaços públicos, tais como praças, locais de intensa circulação de pessoas e existência de comércio; terminais de ônibus, trens, metrô, dentre outros. Esse serviço também é direcionado às crianças, adolescentes, jovens, adultos; bem como idosos e famílias que utilizam os espaços públicos como forma de moradia. Ainda no âmbito da estratégia política do MDS, no campo das drogas, o PETI, que é um serviço de intervenção na questão do uso/dependência de crack e outras drogas associado ao trabalho infantil, desenvolvido no âmbito do SUAS, compreende um conjunto de ações integradas e complementares de caráter

intersetorial que visam interromper a exploração do trabalho infanto-juvenil. O serviço realiza a transferência de renda, desenvolve trabalho social com famílias e oferece serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças e adolescentes em situação de trabalho (MDS, 2012). As ações desses serviços confirmam a possibilidade de se realizar a reinserção social desse segmento.

O Plano Crack é possível vencer também desenvolve ações de destaque no eixo da prevenção que estão direcionadas aos adolescentes. Os programas são constituídos por cursos de capacitação que são realizados em parceria entre os Ministérios da Justiça e o da Educação. O plano estimulou a implantação de cinco programas voltados à reinserção dos adolescentes: Educação integral, Programa mais educação; Programa saúde na escola; Sistema nacional de atendimento socioeducativo ao adolescente em conflito com a lei (SINASE); Programa de proteção a crianças e adolescentes ameaçadas de morte (PPCAAM); e os Núcleos de formação continuada de conselheiros de direitos e tutelares – escolas de conselhos (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar, ainda, que o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), desenvolvido no âmbito do SUAS, é uma importante ação no contexto do fortalecimento de vínculos para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos, tendo como objetivo a constituição de espaços de convivência, formação para a participação e o exercício da cidadania. Esse serviço visa ao fortalecimento do protagonismo e da autonomia, a partir dos interesses, demandas e potencialidades dessa faixa etária. Nesse contexto, deve-se reconhecer que essas iniciativas podem se tornar ações de enfrentamento ao uso e dependência de crack e outras drogas, podendo ser fortalecidas pela realização de campanhas, eventos e gincanas, que informem a esse público específico sobre as repercussões negativas do uso dessas substâncias. Também podem ser realizadas sessões de vídeos, teatro; bem como se lançar mão de outras formas de manifestação cultural que possam transmitir mensagens educativas, estimulando sempre a participação e o protagonismo infanto-juvenil no desenvolvimento de ações de enfrentamento ao crack e outras drogas (MDS, 2012).

Costa (2001) abordou a importância das atividades sociais e de geração de renda no processo da reinserção social afirmando que a reinserção no mercado de trabalho para essa população não é algo muito fácil. No entanto, pode se tornar possível com o apoio da família, trabalhando junto com os pais ou através da qualificação profissional em alguma área técnica, como afirma a referida pesquisadora. Alguns jovens em situação de uso de drogas que conseguem iniciar um processo de reinserção social esperaram meses para uma chance de

emprego e, ainda outros, permanecem desempregados, sendo sustentados pela família. Por sua vez, o acesso a um novo ciclo escolar passa necessariamente pela questão do emprego e das condições financeiras. Mesmo assim, principalmente os mais jovens, quando têm condições e são apoiados pela família ou companheiros, retornam aos estudos. Quando isso acontece, é a retomada do ciclo natural da vida, da capacidade de investir na esperança de melhores dias e de não mais voltar à desesperança das drogas e do álcool (COSTA, 2001, p. 239).

3.7.3. Os limites político-institucionais à efetivação da reinserção social

Conforme a amostra da pesquisa, 89 profissionais reconhecem que a instituição na qual atuam realiza a reinserção social de usuários de crack e outras drogas, enquanto que 151 afirmaram não ter conhecimento dessa iniciativa nas suas instituições (tabela 05, pag. 100).

Os profissionais que disseram que a instituição na qual trabalham realiza a reinserção social esclareceram que essa atividade é executada através do acompanhamento terapêutico dos usuários e encaminhamento aos serviços especializados nessa área; o que já foi abordado nos temas anteriores. Portanto, o mais importantes desse conjunto de discursos são os questionamentos e as críticas feitas pelos profissionais quanto a falta de programas e projetos nos serviços para a realização da reinserção social. A partir das inferências sobre os discursos desses profissionais foi possível identificar uma visão crítica sobre a situação atual da reinserção social na rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas. Além disso, os profissionais também alegam a insuficiência das estruturas organizacionais dos serviços, falta de condições de trabalho e capacitação profissional.

[...] na nossa instituição não existem projetos onde possa haver uma reinserção dos usuários de drogas, no meu ver não existe uma preocupação das autoridades em implantar projetos que venham recuperar os jovens para enfrentar a realidade que lhe espera.

Essa pedagoga reclama da negligência das autoridades com relação à temática, demonstrando insatisfação com o rumo das políticas públicas sobre drogas no País e que, segundo ela, causa problemas à juventude.

[...] o Estado não oferece condições mínimas de trabalho, sequer tem alguma capacitação, os trabalhadores do SUS tratam usuários de drogas como animais sem

nenhum respeito, os hospitais gerais não tem luvas para os atendimentos de emergência.

O discurso dessa assistente social é mais incisivo quanto à negligência das autoridades com os serviços das políticas públicas sobre drogas. Os discursos expressam a visão crítica dos profissionais quanto ao interesse dos gestores das políticas públicas em dinamizar as ações na área da reinserção social de usuários de crack e outras drogas nos serviços públicos. A assistente social admite que os profissionais da área não têm condições de realizar suas atividades com eficiência por falta de equipamentos fundamentais, a exemplo de luvas para atendimento de emergência. O mais preocupante nos discursos dessa profissional é sobre a acusação de maus tratos aos usuários nos serviços públicos. Na verdade, esse tipo de abordagem remete a uma situação mais complexa que diz respeito ao estigma que existe na sociedade com relação aos usuários de drogas. Em conformidade com o discurso da referida profissional entende-se que nem nos serviços especializados essas pessoas são tratadas com dignidade, o que pode ser atribuído à falta de uma política de capacitação adequada dos profissionais.

[...] no CAPS-AD o trabalho visa a reinserção social do usuário só que não acontece de uma forma direcionada, ocorre como uma consequência da abstinência e não como um objetivo específico.

Esse psicólogo admite falhas nos serviços prestados nos CAPS-AD, com relação à reinserção social de usuários de crack e outras drogas. O que para ele deveria ser uma constante, só acontece de forma ocasional; não como meta do serviço, mas como uma iniciativa da abstinência pelo esforço do próprio usuário.

[...] existe pouca contribuição nesse aspecto pela falta de preparação dos profissionais e ainda preconceito que atrapalham o acolhimento desses usuários.

No discurso dessa assistente social também se percebe a crítica e a insatisfação com relação às limitações dos serviços e a falta de implementação nas políticas públicas que viabilizem a execução do trabalho nessa área. Ao afirmar que existe preconceito por parte dos profissionais responsáveis pelo acolhimento desses usuários, ela compromete a qualidade da política desenvolvida pelo SUAS que tem como um dos principais objetivos promover o acolhimento dessas pessoas com dignidade, principalmente os usuários de drogas. Tomando-

se como exemplo o Serviço de Acolhimento do SUAS, que é direcionado às famílias e aos indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, ou até mesmo sem referência familiar, incluindo-se usuários de drogas, visa garantir proteção integral aos sujeitos atendidos dando atenção personalizada e em pequenos grupos, além da questão de gênero e orientação sexual (MDS, 2012).

[...] pois há falta de compromisso por parte dos que integram a rede e percebemos que são as pequenas falhas e lacunas deixadas as que foram contribuindo para a não reinserção do usuário.

Essa assistente social admite a falta de compromisso dos próprios atores que compõem a rede de atenção, causando prejuízos aos usuários que são pessoas em situação de total vulnerabilidade social e que deveriam ter nessa rede um tipo de apoio fundamental para a resolução desses problemas.

[...] acredito que por falta de condições de trabalho falta de capacitação dos profissionais, particularmente não percebo que a reinserção social é uma prioridade das instituições.

Essa enfermeira reconhece que a reinserção social não seria prioridade dos serviços da rede de atenção, alegando a falta de condições de trabalho e de uma política efetiva de capacitação. Nas diversas vertentes dos discursos dos profissionais ficaram explícitos vários posicionamentos que expõem a falta de estrutura dos serviços ofertados nas redes de atenção voltadas à execução das políticas públicas sobre drogas no Estado da Paraíba. Esse conjunto de discursos expressando uma visão crítica e a insatisfação com as limitações existentes na área constitui um importante posicionamento do ponto de vista dialético para o aprimoramento das instituições que constituem a rede de atenção. A situação desses profissionais torna-se bastante delicada, uma vez que devem ter uma postura ética diante das instituições que representam, ao mesmo tempo em que se veem na circunstância de defender um tratamento mais adequado aos usuários dos serviços; o que também se traduz em uma postura ética, desta vez, com relação aos usuários.

O que se pode dizer sobre essa situação dilemática é que as políticas públicas de intervenção nas áreas das vulnerabilidades sociais, que contemplam o problema das drogas, vêm sendo aprimoradas a partir da Constituição de 1988, que possibilitou a criação das Redes SUS e SUAS. Também é inegável a qualidade das políticas do Ministério da Saúde, da

SENAD, e, mais recentemente, do MDS. No entanto, o discurso dos profissionais da rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas no Estado da Paraíba encontra eco nos discursos de vários pesquisadores da área, a exemplo da crítica que faz Andrade (2011) aos serviços prestados nos CAPS-AD. O Pesquisador questiona a eficiência desses equipamentos pela falta de condição para chegar até aos usuários de drogas. Segundo ele, apesar dos CAPS-AD terem uma função territorializada, as ações são desenvolvidas internamente. Para Andrade, a população alvo não tem os CAPS como referência porque a clientela desses serviços, na sua grande maioria, é constituída por pessoas marcadas pela falta de vínculos institucionais; o que às vezes é uma questão iniciada já no convívio familiar, no início da existência. Para o pesquisador a possibilidade de alguém passar uma noite usando drogas e na manhã seguinte procurar um serviço de saúde e enfrentar uma fila para ser atendido é praticamente impossível (ANDRADE, 2011).

Borysow e Furtado (2013), criticam os serviços de saúde mental do Ministério da Saúde, que são os responsáveis pela execução dos serviços de atenção aos usuários de crack e outras drogas, apontando problemas de ordem organizacional e iniciativas das equipes frente ao trabalho de busca ativa aos potenciais usuários, que são os portadores de transtorno, dentre eles, os usuários de drogas, bem como dificuldades em acolhê-los de maneira adequada no CAPS.

Tanaka e Ribeiro (2009, p. 484) analisando a questão da atenção integral à saúde no SUS, o que envolve a política de saúde mental, portanto, a política sobre drogas, criticam os procedimentos técnicos relacionados à insuficiência na formação das equipes de saúde, bem como à carência de instrumentos e apoio organizacional para a resolução e/ou encaminhamentos dos problemas identificados e/ou demandados pelos usuários.

Meirelles (2013) corrobora a visão crítica dos profissionais da rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas ao afirmar sua concepção de que as duas linhas que orientam as políticas públicas sobre drogas no País ainda estão eivadas de características repressivas. A autora refere-se à atual política sobre drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); bem como à política da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde. A pesquisadora esclarece que esse tipo de visão é incompatível com a política de reinserção social, que procura dar mais uma oportunidade àqueles indivíduos que tiveram suas vidas prejudicadas em decorrência do uso abusivo de substâncias psicoativas.

[...] na instituição não, mas na comunidade há um projeto intitulado uma nota que salva, que atende os usuários da nossa comunidade e que já fez algumas apresentações em determinados eventos da unidade e também tentamos sempre orientar algumas pessoas para procurar tal espaço.

No contexto dos discursos críticos às ações de reinserção social pelos profissionais da rede de atenção aos usuários de drogas no Estado da Paraíba identificam-se, também, o interesse e a responsabilidade dos profissionais da área, mesmo diante de adversidades, para a superação dos problemas. O discurso acima, proferido por um Agente Comunitário de Saúde, demonstra que quando o serviço de uma instituição não se adéqua à demanda, o usuário é encaminhado para outra instituição, sendo preciso contar com setores não governamentais apoiando as políticas públicas através da intersetorialidade.

O discurso desse profissional reitera a importância das ações na área da intersetorialidade no campo da atenção aos usuários de drogas; que, inclusive, está prescrita nas políticas públicas da área. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas orienta que a assistência a esses usuários deve ser realizada de forma intersetorializada envolvendo toda a rede institucional disponível, a exemplo de CAPS-AD, Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e Rede Básica de Saúde (SOUZA et al, 2006).

A reinserção social de usuários de crack e outras drogas é uma atividade complexa que requer ações interdisciplinares e intersetorializadas. Pinho defende a articulação entre os sistemas sociais e os de saúde no sentido de aprimorar as intervenções no campo do tratamento dos usuários de drogas. Segundo o pesquisador, a participação de entidades não-governamentais nesse processo deve ser considerada, bem como a participação da sociedade civil organizada (PINHO, 2009).

[...] a falta de políticas públicas que direcionem e assegurem melhores condições para disponibilizarmos ações mais efetivas, o distanciamento da população e a vista curta feita pelo estado acaba contribuindo para anulação da identidade do usuário o número de casas instituições e espaços mais diversos ainda não dão conta da demanda.

Constam da referida amostra da pesquisa discursos acusando a falta de políticas públicas, a exemplo da fala dessa assistente social. Esse posicionamento é bastante contraditório, uma vez que se reconhece a existência das políticas públicas sobre drogas

vigentes no País, a exemplo da Política Nacional Sobre Drogas (PNAD). Vale resgatar, inclusive, que a legislação atual sobre drogas foi atualizada em 2006, com o Projeto de Lei nº 115/02, do Senado Federal, que tornou-se a Lei 11.343/06, colocando o País em destaque no cenário internacional nos aspectos relacionados à prevenção, atenção, reinserção social do usuário e dos dependentes químicos, bem como ao endurecimento das penas relativas ao tráfico dessas substâncias (Brasil, 2010). Existe, ainda, a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, o plano crack, é possível vencer, e a política de drogas do SUAS. Desta forma, não é possível concordar com essa concepção. O que deve ser mencionado é a preocupação pela existência das políticas sobre drogas e a falta de capacidade de enfrentamento dos problemas de forma adequada, como é também uma constante dos discursos da referida amostra. Também não se deve responsabilizar a população pelo distanciamento dos serviços; como já foi dito, nem sempre uma pessoa em situação de uso de drogas tem discernimento para procurar esses serviços que, ao contrário, devem ir ao encontro dos usuários.

[...] a dificuldade de colocar em prática as políticas públicas propostas assim como as limitações oriundas deste todo na prática.

Ao invés de acusar a falta de políticas públicas, esse profissional refere-se, de forma mais coerente, às limitações para se colocar em prática, ou executar, o que está previsto nas políticas públicas. Dito, desta forma, a questão torna-se compreensiva, já que existem outros profissionais que, nos seus discursos, reforçam essa concepção ao atribuírem as dificuldades à falta de capacitação profissional adequada para essa atividade.

[...] acho que a falta de capacitação para que trate os usuários de forma humanizada, a falta de verbas e também de um projeto já que a cada instante mais pessoas sendo jovens ou adultas ingressam cada vez mais nas drogas.

Há, também, outros discursos mais pertinentes que se referem às dificuldades constatadas nos processos de reinserção social pela falta de investimentos, incentivo e recursos humanos, como ilustra os excertos da fala dessa assistente social que, além de reconhecer a insuficiência dos serviços, também refere-se ao agravamento do problema das drogas.

[...] falta recursos tanto materiais como mão-de-obra qualificada falta mais apoio do governo para qualificar os profissionais, falta melhores condições de trabalho.

O discurso dessa enfermeira também remete ao problema das limitações para fazer funcionar a rede de atenção. Nesse contexto, vale esclarecer que o aporte de recursos financeiros para a manutenção dos serviços ofertados na rede de atenção está previsto nas políticas de atenção, principalmente, na área de saúde que adota um método de gestão descentralizado e autônomo envolvendo os três níveis da administração pública. A política define que é de fundamental importância para o êxito das suas diretrizes a captação, utilização e repasse de recursos financeiros pelos três níveis de governo, de forma a dar suporte e sustentação às gestões no que tange aos gastos nas áreas de vigilância, tratamento, prevenção e redução de danos (BRASIL, 2003). A PNAD também prevê o aporte de recursos financeiros para dar sustentação às atividades e serviços previstos na política, dispondo de um Fundo Nacional para financiar as atividades da referida política sobre drogas. Vale destacar que está inscrito no texto que a política deve ser contemplada financeiramente pelo orçamento geral da união com a previsão de dotações em todos os ministérios responsáveis pelas ações da PNAD. Essa política também valoriza a capacitação continuada, avaliada e atualizada de todos os setores governamentais e não governamentais envolvidos com tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos usuários, dependentes e seus familiares, com aporte financeiro para o aprimoramento dos conhecimentos da área (BRASIL, 2010, p. 17/18). No entanto, Couto (2013) afirma que existe um problema de centralização de recurso no nível da administração federal que, às vezes, impede a execução de projetos identificados com as realidades locais, já que o repasse de recursos, muitas vezes, fica condicionado à execução de programas desconectados da realidade dos municípios; situação que pode ser confundida com a falta de recursos.

Souza (2010) também refere-se ao problema de repasse financeiro aos serviços das políticas sobre drogas. O pesquisador aborda o problema do SUAS que está presente em cerca de 99% dos municípios brasileiros; no entanto, o sistema também ainda não conta com um sistema eficaz de transferência e aplicação dos recursos. Portanto, talvez o problema não esteja na falta de verbas, mas no processo de aplicação desses recursos financeiros. Couto (2013) garante que o SUAS tem se preocupado com a política de formação de recursos humanos nas suas diversas áreas de atuação. Segundo o referido pesquisador a implantação do SUAS exige novas formas de regulação e de gestão do trabalho, bem como a ampliação do

número de trabalhadores com estabilidade funcional, sendo condição essencial desta política, ao lado de processos continuados de formação e qualificação. Desta forma, se constata que há uma identificação entre os discursos dos profissionais com relação à preocupação com o problema da falta de recursos financeiros e de capacitação adequada para os profissionais poderem realizar um trabalho mais adequada na área da reinserção social. O fato é que existem os mecanismos de repasse dos recursos financeiros e de capacitação, no entanto, os entraves de ordem administrativa e burocrática continuam sendo uma dura realidade nos serviços públicos no Brasil.

[...] a maior dificuldade enfrentada ainda é o preconceito e o medo que as pessoas erroneamente têm de conviver com uma pessoa usuária de crack ou outras drogas por desinformação e exclusão.

Como relação aos limites nos serviços executados pelos profissionais que atuam na rede de atenção, abordado por essa enfermeira, pode ser atribuído ao estigma e preconceito gerados pelos resquícios da visão moral e de guerra às drogas que ainda perpassam alguns setores da sociedade, inclusive, nos serviços públicos. Um dos grandes problemas que dão sustentação ao preconceito e ao medo, com relação aos usuários de drogas, está na visão moral sustentado por alguns redutos mais conservadores da sociedade que entendem o usuário de drogas como pecador e criminoso; “[...] visto que ele pode ser induzido pelas contingências de sua dependência a cometer delito, além de fazer uso de substâncias proibidas por lei [...]” (MOTA, 2009, p. 32).

No entanto, segundo Acselrad (2000), a política de atenção aos usuários de drogas, ou dependentes químicos, tem seguido parâmetros próximos em todo o mundo. Para o pesquisador, o modelo biopsicossocial de atenção aos usuários de drogas tem suplantado a visão médico-sanitarista e o jurídico-moral, que se constituem de métodos que vão desde a higienização, à demonização, a estigmatização e a segregação dos usuários. Podem ser citados também os movimentos sociais que se opõem a esses modelos, a exemplo do movimento antimanicomial, redução de danos e “advocacyofrecovery”, este último nos Estados Unidos, a partir do ano 2000 (WHITE, 2006), que muito tem contribuído para humanizar a visão sobre os usuários de drogas.

Vales salientar que até recentemente, no Brasil, as diretrizes da política sobre drogas estavam eivadas de insuficiências históricas no campo da promoção e proteção social, de saúde e tratamento para pessoa que usavam, abusavam ou eram dependentes de álcool; o que

era determinante para o aumento das vulnerabilidades nesses segmentos. Some-se, a essas insuficiências, o rigor da criminalização do uso de drogas que, pelo status de ilícitas, atribuído a algumas substâncias, provocavam pânico na sociedade ao lado do incentivo ao uso de substâncias lícitas, a exemplo do álcool (BRASIL, 2003). A partir da aprovação da Lei 11.343, em 2006, o quadro passou a ser outro com a descriminalização progressiva do uso de drogas na sociedade. No entanto, a situação de pânico ainda persiste em alguns segmentos pela falta de informações adequadas. O problema vem sendo tratado efetivamente no campo das políticas de direitos humanos.

Desta forma, resgate-se o que já foi dito com relação à visão dos princípios de dignidade humana que devem embasar as ações na área da reinserção social. Nesse sentido, Pinho (2009) acredita na reinserção social como sendo um apoio para que os usuários e usuárias consigam gerenciar suas vidas com maior autonomia e capacidade de escolha, possibilitando o processo de trocas sociais, a restituição plena dos direitos, das vantagens e das posições que essas pessoas tinham ou poderiam vir a ter, se as barreiras fossem minimizadas ou desaparecessem (PINHO, 2009).

3.7.4 O papel do profissional no processo de reinserção social de usuários de crack e outras drogas: dificuldades do trabalho em rede e propostas de ação

O papel principal dos profissionais no campo da reinserção social de usuários de crack e outras drogas é o de articuladores da rede de atenção e de promotores da intersetorialidade.

Os profissionais que participaram da amostra da pesquisa atribuíram uma dimensão específica ao trabalho desenvolvido pelo segmento, nos serviços que compõem a referida rede, com relação às atividades de reinserção social. Nesse sentido, os profissionais se auto-atribuem o papel de articuladores da rede de atenção visando à viabilidade das ações intersetorializadas propostas nas políticas públicas para a reinserção social dos usuários de crack e outras drogas.

[...] a partir das necessidades observadas trabalhar de forma a articular a rede, de forma a resolver as questões que possibilitarão a reinserção.

O discurso dessa psicóloga caracteriza a visão de um grupo considerável de profissionais sobre a importância da articulação da rede de atenção aos usuários de drogas, vale salientar que uma rede que não se articula é uma grande contradição operacional.

[...] é fundamental o trabalho destes profissionais de forma intersetorial e interdisciplinar por isso só com um trabalho em rede é que se pode dar alguma resposta a estes usuários e tentar encaminhar suas demandas.

Essa assistente social atribui aos profissionais o mesmo sentido da articulação da rede no trabalhando de reinserção social. Evidentemente, que as expectativas quanto aos serviços ofertados nas redes de atenção aos usuários de crack e outras drogas, bem como em outras redes, é de que sejam ações efetivamente articuladas, em decorrência da própria nomenclatura atribuída a esses serviços, ou seja, como Redes de Serviços Públicos. No entanto, há de se admitir os conflitos de ordem corporativa que permeiam as atividades profissionais nesses serviços, bem como as características ideológicas que perpassam as formações acadêmicas disciplinares de cada segmento profissional.

[...] é fundamental o trabalho destes profissionais de forma intersetorial e interdisciplinar por isso só com um trabalho em rede é que se pode dar alguma resposta a estes usuários e tentar encaminhar suas demandas.

Para essa assistente social só o trabalho em rede pode dar encaminhamento às demandas dos usuários. Desta forma, há de se reconhecer os esforços envidados no âmbito das políticas públicas sobre drogas com relação à adequação dos profissionais aos novos desafios na área através das políticas de capacitação, bem como da reestruturação dos serviços. A articulação da rede de atenção está no cerne dos interesses das políticas públicas sobre drogas.

Devido à sua multifatorialidade, o uso de substâncias psicoativas é um problema que deve ser visto de forma transversal sendo, portanto, imprescindível a participação das diversas áreas que compõem as redes de serviços públicos neste contexto, a exemplo da saúde, educação, assistência social e desenvolvimento. Através desta capilaridade é que se poderá ter uma política eficiente de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. O documento sobre a política do MS assinala as ações governamentais no sentido de adotar a intersetorialidade em todas as suas ações; o que, evidentemente, requer adequação profissional.

[...] o papel deve estar voltado para conhecendo a problemática do uso indevido de drogas e a dificuldade de reinserção social procurar trabalhar em parceria com outros órgãos afins e a sociedade objetivando criar meios que possibilitem a oportunidade de reinserção do usuário no mercado de trabalho.

Conforme o discurso dessa profissional da segurança pública construir parcerias institucionais é fundamental para a política de reinserção social. No contexto das políticas intersetoriais, são imprescindíveis as articulações políticas e sociais com as organizações civis, como movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e Universidades. Essas articulações estão previstas no documento que contém as diretrizes para a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas do MS, que preconiza a realização de ações de articulação com o objetivo de promover a conquista dos direitos sociais e da cidadania (advocacy), estando implícitos a reinserção social. No entanto, uma política deste porte só se realiza com fortes investimentos de forma contínua e a longo prazo; além dos esforços das novas gerações de profissionais que atuem nesse campo da saúde pública (BRASIL, 2003, p. 28).

O Plano Crack, é possível vencer, adotou iniciativas bastante arrojadas na área da capacitação profissional, sendo uma das expectativas, do referido plano, a formação para a articulação das redes de atenção aos usuários de crack e outras drogas. Nesse sentido, foram ofertados curso presenciais e a distância direcionados a diferentes públicos, a exemplo de educadores de escolas públicas, profissionais da área de saúde, assistência social, segurança pública, juízes, promotores e demais servidores do Poder Judiciário; conselheiros municipais, lideranças comunitárias e religiosas, além de gestores de comunidades terapêuticas. Esses profissionais foram capacitados para a prevenção, acompanhamento, tratamento e reinserção social de dependentes de drogas, bem como à repressão ao tráfico.

Em decorrência da complexidade da temática, a política sobre drogas do MDS também orienta a capacitação permanente das equipes técnicas dos serviços socioassistenciais, argumentando que é por meio da formação continuada que as equipe terão condições de exercer uma abordagem inovadora junto às famílias e aos usuários evitando a visão moralizadora, ou repressiva, dando conteúdo às informações que possibilitem a reflexão humanizada sobre o problema. Desta forma, os profissionais estarão agindo de forma preventiva, proativa, protetiva e com maiores chances de alcançar efetividade em suas intervenções (MDS, 2012).

O documento do MDS (2012) destaca que a abordagem com pessoas em situação de risco pelo uso de drogas deve ser realizada conjuntamente pelas equipes dos serviços socioassistenciais e as equipes de saúde que também atuam nos espaços públicos. A intersectorialidade significa cada segmento atuando com suas habilidades específicas de forma integrada em benefício do usuário. Para que possam desempenhar os papéis reservados às

ações que envolvem iniciativas intersetoriais os profissionais precisam estar em constante capacitação para poderem acompanhar as inovações que ocorrem nas políticas públicas.

Cardona (2013) corrobora a visão do profissional como articulador da rede, assinalando que os usuários de drogas e seus familiares precisam de ajuda, apoio e redes públicas que garantam a atenção integral desses sujeitos. Desta forma, os serviços de atenção a esse segmento deveriam estar articulados, o que na prática ainda não acontece. “As instituições que fazem parte dessa rede trabalham de forma individual e fragmentada, realizando, às vezes, um trabalho duplo ou esgotado tanto pelos profissionais que fazem parte de cada uma das instituições, quanto pelos usuários que devem ir de um lugar para outro à procura de atendimento e encaminhamentos que possam suprir as suas necessidades. (CARDONA, 2013, p. 39).

[...] reintegrar à sociedade e ao leito familiar, ouvi-lo sem preconceito tratá-lo como gente e não como um bicho mal, encaminhar a um órgão competente para que seja acompanhado com mais segurança e controle nas suas fúrias de abstinência entre outros.

Os profissionais entendem que a atuação em rede minimiza os preconceitos contra os usuários e seus familiares, como indica esse agente comunitário. Nesse sentido, pode-se afirmar que a PNAD (2010) orienta cuidados especiais no contato com os usuários de drogas a partir do primeiro contato. Nestes casos, os profissionais deverão assumir uma postura de acolhimento do usuário, na qual deve transparecer a atitude solidária e a crença na capacidade desses usuários construírem e/ou restabelecerem suas redes sociais, o que irá determinar o estabelecimento de um vínculo positivo entre ambos viabilizando, desta forma, o início do processo de reinserção social. Assim, o profissional e o paciente devem entender a reinserção social como um processo longo e gradativo que implica, inicialmente, na superação dos preconceitos com a recuperação e reinserção do dependente químico; o que nem sempre é consenso entre as partes (OBID/SENAD, 2014).

De forma generalizada, todas as políticas sobre drogas vigentes no País priorizam a superaram da visão do autoritarismo pela valorização dos direitos humanos, sendo a reinserção social dessas pessoas a principal indicação desse processo de humanização. Pinho (2009) acredita na reinserção social como sendo um apoio para que os usuários consigam gerenciar suas vidas com maior autonomia e capacidade de escolha, possibilitando o processo

de trocas sociais, a restituição plena dos direitos, das vantagens e das posições que essas pessoas tinham ou poderiam vir a ter, se as barreiras fossem minimizadas ou desaparecessem.

No que tange às estratégias de políticas sobre drogas do MDS, executada pelo SUAS, são explícitas a valorização das ações em rede, a exemplo da proposta da proteção social especial cujas ações devem incidir sobre os indivíduos, suas relações familiares e comunitárias, em situações de conflito, tensões, fragilização ou rompimento de vínculos, além de violação de direitos demandando trabalhos especializados e ação em rede; com o objetivo de resgatar a dignidade dessas pessoas (MDS, 2012). Duarte (2009) corrobora a visão dos profissionais afirmando que a reinserção social estaria relacionada ao exercício pleno da cidadania dos usuários através do restabelecimento de sua rede social quando comprometida pelo uso das substâncias.

Vale destacar que não só a articulação da rede de serviços, mas também a tentativa de articular a rede pessoal do usuário tem um papel bastante significativo nos processos de reinserção, tratamento, recuperação e reinserção social de usuários de drogas. Para Martí (2006) as vulnerabilidades sociais são caracterizadas pelos aspectos que configuram as redes sociais nas quais os sujeitos estão inseridos. Considerando-se essa perspectiva, a partir de análises de redes sociais, já realizadas, comprovou-se que uma situação de vulnerabilidade relacional se caracteriza pela inserção do sujeito em redes de perfil fragilizado com um tamanho tendencialmente pequeno, uma elevada densidade e deficientes conexões com outras sub-redes operantes no território devido à ausência de “brokers”, que são os “nós” que servem de pontes entre redes heterogêneas. Portanto, conforme Silva (2014), a condição de abuso de drogas leva o sujeito a vivenciar um processo de fragilidade nas suas relações acarretando a ruptura de laços sociais e, em consequência, o isolamento social e o distanciamento de sua rede intersetorial. A partir destas concepções, pode-se inferir que a articulação entre as redes de serviços e as redes sociais teria um papel preponderante na recuperação e reinserção social de usuários de crack e outras drogas.

Penso e Pereira (2010) reconhecem a importância da articulação das redes para a prevenção à saúde dos adolescentes, incluindo o uso de substâncias. As pesquisadoras afirmam que se existir uma relação familiar e educacional estruturada constituindo uma rede social efetiva e consolidada, a saúde do adolescente será preservada. Entretanto, em caso de vulnerabilidades nessas áreas, que não contribuam para a busca da autonomia de forma saudável, é bem provável que esse adolescente procure se comunicar através de sintomas

como, por exemplo, o uso de substâncias. Podendo se compreender que as relações saudáveis são preventivas e promotoras de oportunidades para a reinserção social.

[...] através de uma divulgação, ou seja, colocando para a população através da mídia com campanhas de educação e conscientização sobre a dependência química na intenção de mudar o olhar sobre o usuário de abrir as possibilidades do mesmo dentro da sociedade.

Nos discursos dos profissionais que participaram da pesquisa também aparece uma forte atribuição de valor à questão da conscientização da sociedade sobre o problema do uso de drogas, o que também poderia contribuir para viabilizar a articulação do trabalho em rede visando à reinserção social. Desta forma, a conscientização social contribuiria para minimizar os preconceitos sociais contra os usuários de drogas possibilitando os processos de reinserção social, como está explícito no discurso registrado acima, proferido por uma psicóloga, da rede de atenção.

[...] os governantes devem investir mais nesta área para que haja uma conscientização geral neste sentido a sociedade precisa se unir deixar o preconceito a saúde precisa se envolver no processo preparar a equipe disponibilizar clínicas para o tratamento especializado.

Não obstante, os profissionais entendem, como esse professor, que é preciso desenvolver ações na área da comunicação social, a exemplo de campanhas públicas, para conscientizar a população sobre a importância da temática. No referido discurso está explícito o problema do preconceito com relação aos usuários de drogas em decorrência da forte presença da visão moral e médico-psiquiátrica que ainda tem muita influência sobre a população, causando estigma e medo. Há que se reconhecer que o discurso atual da mídia nem sempre se adequa às necessidades da questão das drogas, e que também contribui para causar pânico na sociedade, com relação ao uso dessas substâncias.

Cardona (2013) corrobora os discursos desses profissionais quando admite que os processos sociais na contemporaneidade têm a propriedade de estimular o uso de drogas e a partir desta prática excluir o usuário, vendo-o como um diferente e rotulando-o como marginal ou desadaptado socialmente, gerando vários tipos de dificuldades para o usuário de drogas enquanto ser humano e como ser integrado à essa sociedade. A pesquisadora entende que: “A exclusão social não é simplesmente física e de mercado, pois o usuário de drogas

também pode ser excluído de forma geográfica, e seus valores e direitos como cidadão não são reconhecidos pelos outros, nem pelo Estado” (CARDONA, 2013, p. 11).

Conforme a visão de Bucher e Oliveira (1994) os posicionamento sociais com relação às drogas geram ideologias e discursos sobre o problema, sendo uma dessas vertentes o discurso de guerra às drogas que adota a rigorosa posição condenatória aos usuários. Desta forma, há muitos estudos enfocando a questão da mídia e as drogas que sugerem o aprimoramento do comportamento editorial relacionado ao problema afirmando que essa é uma missão prioritária para a mídia jovem e a grande imprensa (Medeiros, 2014).

Vale destacar, ainda, que já existem metodologias de atuação com a mídia voltadas à disseminação de uma abordagem mais humanizada com relação ao uso de drogas, com o objetivo de conscientizar a população evitando-se a disseminação do pânico. Dentre outras ferramentas de atuação na comunicação, mídia advocacy é uma estratégia utilizada para promover mudanças sociais e implantar políticas públicas mais adequadas com a participação das comunidades, empoderando-as e dando voz a quem não tem. Esse método de abordagem do problema das drogas, através da mídia, entende que o uso de drogas deve ser enfrentado não como uma questão individual, mas coletivamente no campo das políticas públicas (Medeiros, 2014).

Deve-se enfatizar, finalmente, que a valorização da atuação do profissional em rede, no sentido de garantir a reinserção social, foi uma das concepções mais frequentes nos discursos dos profissionais. Não obstante, pode-se afirmar que todas as políticas públicas sobre drogas vigentes no País, atualmente, almejam a articulação da rede de atenção em benefício dos usuários de drogas, a exemplo do que está presente no documento do Plano Crack, é possível vencer; na Política sobre Drogas do Ministério da Justiça, através da SENAD, na política do Ministério da Saúde, bem como na estratégia sobre drogas do MDS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais que participaram da pesquisa realizada no Centro Regional de Referência, do IFPB, na sua maioria, admitiram a possibilidade da reinserção social dos usuários de crack e outras drogas, sugerindo que essa iniciativa deve ser realizada com o apoio da rede de atenção de forma articulada pelos próprios atores da rede. Esses profissionais também reclamam que há muitas dificuldades a serem superadas para que eles possam prestar um serviço de qualidade no campo da reinserção social de usuários de drogas, conforme está prescrito nas políticas públicas vigentes no País.

Os profissionais alegam a insuficiência das ações de capacitação nessa área, a falta de recursos humanos, financeiros e metodológicos para que eles possam cumprir o seu papel na rede de atenção, com relação à reinserção social. Criticam a falta de compromisso dos governantes para o cumprimento efetivo das políticas públicas e a ausência de apoio da sociedade, que ainda vê os usuários de drogas com o olhar do estigma e do preconceito. Os profissionais, que participaram da pesquisa, defendem, com maior ênfase, a necessidade de se articular a rede de atenção aos usuários de drogas, bem como a deflagração de ações para conscientizar a população sobre a importância das políticas públicas nessa área suplantando os resquícios de preconceito com relação a esse segmento social constituído pelos usuários de drogas.

Com relação aos aspectos técnicos envolvidos no processo de reinserção social desses usuários, esses profissionais, na sua maioria, afirmam que a reinserção social dos usuários começa por submetê-los aos processos de tratamento convencionais, ou seja, desintoxicação e terapias, integrando-os, em seguida, aos processos produtivos através da capacitação profissional. Os profissionais entendem que o resgate da cidadania desse segmento está associado à conquista de direitos sociais relacionados, principalmente, ao aspecto econômico.

Os profissionais da rede de atenção entendem que a reinserção social dos usuários de drogas acontece através de processos lineares que se iniciam com o acolhimento, dos referidos usuários, nos serviços de atenção de forma adequada, sem medo e sem preconceitos com o problema das drogas. Em seguida, esses usuários deverão ser submetidos aos processos de intervenção médico-psiquiátricos com o objetivo de recuperar os aspectos físicos e mentais considerados normais; numa fase posterior, deverão ser encaminhados às modalidades terapêuticas disponíveis nos serviços, principalmente do CAPS-AD. A continuidade do processo de reinserção social se dará através de programas de capacitação profissional e,

finalmente, o retorno ao mercado de trabalho, ao convívio familiar e ao meio social. Na visão dos profissionais todo esse processo resultaria em uma mudança de estilo de vida, com a possibilidade da reintegração à convivência social pela conquista de um status produtivo, sendo papel da rede de atenção apoiá-los nessas circunstâncias. É subjacente a essa visão a concepção de que alguém perdeu algo, em decorrência da interferência de algum processo prejudicial, no caso o uso de drogas, que precisa ser interrompido para que a pessoa volte às suas atividades normais nos contextuais sociais; para isto, precisando ser reabilitada através de processos educacionais, culturais e terapêuticos.

Pode se afirmar que essa visão está sendo superado por novas metodologias que estão sendo experimentadas em diversos países da América Latina que, como parte inicial do processo de tratamento da dependência química, valoriza a reinserção dos usuários em programas geradores de renda, acreditando na capacidade do envolvimento desses usuários em processos produtivos como uma oportunidade para a recuperação e reinserção efetiva nos processos de cidadania.

Os profissionais reconhecem que os usuários de drogas ainda são vítimas de processos de estigmatização pela sociedade, o que acarreta medo e preconceitos em alguns setores sociais, inclusive nos serviços da rede de atenção. Para superar esse problema, eles defendem uma maior conscientização da população com o objetivo de tornar possível a atuação profissional, bem como o apoio social necessário às implementações nos contextos da reinserção social desse segmento.

A partir das discussões empreendidas confirmou-se que a reinserção social dos usuários de crack e outras drogas ainda é um dos pressupostos das políticas públicas mais difíceis de serem realizados. As discussões foram fundamentadas nas teorias produzidas pelos pesquisadores da área reconhecendo-se que há um avanço nas concepções científicas sobre o problema do uso de drogas que superam os preconceitos impostos pelas visões jurídico-moral e médico-psiquiátricas que deram sustentação às políticas de “guerra às drogas”; que só serviu para aumentar os preconceitos com relação aos usuários de drogas nas últimas décadas. Após se ter discorrido sobre a trajetória dos processos teóricos metodológicos que atualizaram a questão das drogas, numa perspectiva de humanização da visão sobre o problema, foi possível proceder às intervenções metodológicas sobre os dados auferidos com a aplicação de um questionário aos profissionais matriculados no CRR-IFPB.

A partir do objetivo geral, que foi analisar a concepção de uma amostra dos profissionais da rede de atenção aos usuários de crack e outras através no Estado da Paraíba,

acerca dos processos de reinserção social com base nas políticas públicas sobre drogas em vigor no País; e dos específicos: (1º) Identificar as dificuldades desses profissionais para atuar na reinserção social, em decorrência dos limites das políticas públicas; (2º) Verificar as possibilidades da reinserção social de usuários de drogas pelo viés dessas políticas, conforme o olhar desses profissionais; e, (3º) Reconhecer os aspectos através dos quais as políticas públicas sobre drogas viabilizam o trabalho desses profissionais, no campo da reinserção social de usuários de crack e outras drogas, foi possível a construção de quatro grandes temas. Os temas construídos foram os seguintes: (1º) A reinserção social de usuários de crack e outras drogas como retorno ao convívio social e como resgate da cidadania; (2º) A reinserção social como processo de mudança de vida com apoio da rede de atenção de forma intersetorializada; (3º) Os limites político-institucionais à efetivação da reinserção social; e (4º) o papel do profissional no processo de reinserção social de usuários de crack e outras drogas – dificuldades do trabalho em rede e propostas de ação.

A partir da interpretação e análise desses temas, que resumem o pensamento dos profissionais da amostra da pesquisa, conclui-se que a reinserção social de usuários de crack e outras drogas requer a consolidação da articulação da rede de atenção que deverá funcionar efetivamente de forma intersetorializada com a participação dos segmentos sociais comunitários, das instituições não-governamentais, das empresas, das escolas, das autoridades constituídas, das famílias e do protagonismo dos usuários na complexidade das ações das políticas públicas sobre drogas, dando relevância ao papel da reinserção social nos diversos contextos sociais de forma totalmente humanizada. Destaque-se, também, a necessidade das ações formativas nesse âmbito visando à capacitação dos profissionais com uma visão complexa sobre o problema das drogas, com o objetivo de possibilitar a atuação em rede de forma intersetorializada e humanizada, papel que pode ser atribuído aos Centros Regionais de Referência.

As experiências teórico-metodológicas deste trabalho indicam as suas limitações em construir uma visão acabada sobre os processos políticos sociais da reinserção social dos usuários de crack e outras, ficando diversas lacunas que deverão ser esclarecidas através de outras iniciativas de pesquisa neste campo social. Com a realização deste trabalho, espera-se ter contribuído, de forma modesta, para o aprofundamento científico nesta área, estimulando-se a realização de outras pesquisas que venham dar sustentação ao processo de consolidação das políticas públicas sobre drogas através de intervenções mais eficazes e humanizadas, principalmente no campo da reinserção social.

REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, G. Avessos ao prazer: Drogas, Aids e Direitos Humanos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- ANDRADE, T. M. de. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12): 4665-4674, 2011
- BAPTISTA, M. A. Política de Substituição e a Psicanálise: seria essa política um tráfico do Nome do Pai?. IN/ BAPTITA, M. et al., *Drogas e Pós-modernidade – faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro, Vol. 2, 2003.
- BARBALET, J. M. A Cidadania. Lisboa: Ed. Stampa, 1989.
- BARDAN, L. Análise de conteúdo. Trad. RETO, L. A.; PINHEIRO. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1977.
- BARROS, R. Redes de apoio e participação social do usuário de drogas. IN: GACRIA, M. R. V.; FRANCO, O. Y (Orgs.). *Usuários de Drogas: da invisibilidade ao acolhimento*. Sorocaba: Eduniso, 2013.
- BASTOS, F.I.; BERTONI, N. (Org.) Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.
- BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. Política Social – fundamentos e história. 9ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BONADIO, A. N. Reabilitação Psicossocial de dependentes químicos: estudo qualitativo em uma residência terapêutica. Tese. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria. São Paulo, 2010.
- BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 [1]: 33-50, 2013.
- BRASIL. Fé na prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins. (Org.) FORMIGONE, M. L. O de S.; DUARTE, P. C. A. V. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.
- BRASIL. Política Nacional de Assistência Social – SUAS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - Secretaria Nacional de Assistência Social, Brasília, 2005.
- BRASIL. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de SDT E AIDS, Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2003.
- BRASIL. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, 2010.

BRASIL. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) Ministério da Justiça. Reinserção social. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php> (acessado em 06.06.2014).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. Disponível em: <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha>, 2012, acessado em: 08.06.2014.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. A. A Saúde no Brasil: Reforma sanitária e ofensiva neoliberal. IN/ BRAVO, M. I. S; PEREIRA, P. A. P (Org.) Política social e democracia. 5ª. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BUCHER, Richard; OLIVEIRA, Sandra R. M. O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 137-145, abr. 1994. Disponível: em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 abr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101994000200008>.

CARDONA, H. E. H. Gerenciamento de caso em usuários de crack: contribuição para o tratamento e qualificação da intervenção profissional de um CAPS-AD do DF. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento, Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2013.

CASTEL, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. As armadilhas da exclusão. IN: (Orgs.) WANDERLEY, B. M; BÓGUS, L; YAZBEK, M. C. 3ª Ed. Rev. e ampliada, 2. Reimpr. – SP: EDUC, 2011.

CAMARGO, B. Z.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. Temas em Psicologia – 2013, Vol. 21, nº 2, 513-518.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões sobre a Construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um novo modo singular de produzir política pública. Serviço Social & Sociedade, ano XXVI, nº. 87, 2006.

CAMPOS. A. et al (Org.). Atlas da exclusão social no Brasil – dinâmica e manifestação territorial, v. 2. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2004.

COIMBRA, M. A. Abordagens teóricas ao estudo das políticas sociais. IN: ABRANCHES, S. H. (Org.) Política social e combate à pobreza. 4ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

COSTA S. F. O processo de reinserção social do dependente químico após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica. Serv. Soc. Rev., Londrina, v. 3, n. 2, p. 215-242, jan./jun. 2001.

COUTO, B. R. O Sistema Único de Assistência Social – SUAS: na consolidação da Assistência Social enquanto política pública. IN/ CRUZ, L. R. GUARESCHI, N. (Org.) Políticas Públicas e Assistência Social – Diálogo com as práticas psicológicas. 4ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

COUTO, B. R.; YAZBEK, M. C.; RAICHELIS, R. A política nacional de assistência social e o Suas: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. IN/ COUTO ET. AL. O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento. 3ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2012.

COVRE, M. de L. M. O que é cidadania. Coleção Primeiros Passos. 6ª. Ed. Tatuapé-SP: Editora Brasiliense, 1998.

CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. Políticas Públicas e Assistência Social – Diálogo com as práticas psicológicas. 4ª. Ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2013.

CRUZ, M. S. Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania. IN: ACSELRAD, G. Avessos ao prazer: drogas, aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

DEMO, P. Exclusão social – categorias novas para realidades velhas. Ser Social. Periódico Semestral do Programa de Pós-graduação em Política Social, nº 3, julho a dezembro, ISSN 1415-6946, Brasília-DF: Unb, 1998.

DIAS, A. C. Estudo Longitudinal que Acompanhou o Percurso de Dependentes de Crack ao Longo de 12 Anos: Perfil, Evolução da Coorte, Trajetórias de Consumo e Principais Desfechos após a Alta de um Episódio de Internação. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica. São Paulo, 2010.

DUARTE P. C. A.; BRANCO, A. P. U. A. O uso de substâncias psicoativas no Brasil.: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais. IN: Curso Supera: Módulo 01. Coordenação ANDRADE, T. M. – 3 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

FALEIROS, V. P. A política social do Estado capitalista: as funções da previdência e assistência sociais. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1985.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca, 2004.

FORMIGONE, M. L. O.; DUARTE, P. C. A. V. (Orgs.) Fé na prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

GAYOTTO, D. L. M. G. Por uma política de Assistência Social Efetiva. IN/ GARCIA, M. R; FRANCO, Y. O (Org.) Usuários de drogas: da invisibilidade ao acolhimento. Sorocaba – SP: Eduniso, 2013.

GARCIA, M. L. T; LEAL, F.X; ABREU, C.C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicologia & Sociedade*; 20 (2): 267-276, 2008.

GARCIA, M. R. V.; FRANCO, O. Y. Usuários de Drogas: da invisibilidade ao acolhimento. Sorocaba; Eduniso, 2013.

GOFFMAN, E. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. NUNES, M. B. de M. L. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L. P. Reabilitação Psicossocial: objetivos, princípios e valores. *R. Enferm. UERJ*, 2004; 12:217-21. p.217.

LEMOS et. al. Da neurobiologia ao tratamento biopsicossocial da dependência química. IN: Gigliotti, A.; Guimarães, A. Diretrizes gerais para tratamento da dependência química. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010.

GRAMSCI, A. Americanismo e Fordismo. *Quadernidel cárcere*. Trad. Gabriel Bogosian. São Paulo-SP: Hedra, 2008.

LARANJEIRA, R.; ZALESKI, M. Políticas Públicas. IN: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O tratamento do usuário de crack. 2ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LARANJEIRA, R. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca, 2004.

LESBUPIN, I. Poder local “x” exclusão social – a experiência das prefeituras democráticas no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

LOPES, M. L. C. O tempo do SUAS. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, ano XXVII, nº. 87, 2006.

LUSSI, I. A. O; PEREIRA, M. A. O.; JUNIOR, A. P. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 maio-junho; 14(3):448-56.

MARQUES. W. E. U. Exclusão social e inclusão marginal no mundo da drogadição. IN/ SUDBRACK, M. F. O.et al. (Org). Brasília: Plano Editora, 2003.

MARTÍ, J. B. La vulnerabilidad relacional: Análisis del fenómeno y pautas de intervención. *REDES - Revista hispana para El análisis de redes sociales*. Vol.11,#4, Diciembre 2006. <http://revista-redes.rediris.es>, acessado em 06.06.2014.

MARTINS, et al. Ações de saúde mental na região Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), 2012, mar; 33(1):11-8.

MARTINS, J. de S. A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais. Petrópolis-RJ: Vozes, 2002.

MEDEIROS, C. R. de A. Mídia Advocacy: Comunicação proativa na prevenção ao uso de álcool e outras drogas. João Pessoa – PB: Ed. Sal da Terra, 2014.

MEIRELLES, M. M. Reflexão sobre a política de drogas no Brasil. IN: GARCIA, M. R. V.; FRANCO, O. Y. Usuários de Drogas: da invisibilidade ao acolhimento. Sorocaba; Eduniso, 2013.

MENICUCCI, T. M. G. Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, Ano XXVII, nº. 87. Setembro, 2006.

MILANESE, F. Tratamento Comunitário – Manual de trabalho I. Brasília – DF. SENAD/MJ, 2012.

MIOTO, R. C. T.; SCHUTZ, F. Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. DIPROSUL, 2011. PELOTAS - RS – BRASIL ISBN 978-85-7590-139-7.

MORAES, M. de M. O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Recife, 2005.

MOTA, L. Dependência química e representações sociais – pecado, crime ou doença? Curitiba: Juruá, 2009.

NASCIMENTO, S. do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F (Orgs.). Guia de projeto consultório de rua. Brasília-DF: SENAD, 2011.

OLIVEIRA, M. P. M. T. de. Dependência Química: O homem à procura de si mesmo. Considerações a respeito de tratamento, prevenção de farmacodependência e jogo patológico. São Paulo: Ícone, 2005.

OLIVEIRA, E. M. & SANTOS, N. T. V. A rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas – em busca da integralidade. In. SANTOS, L. M. de B. Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. 192 p.; 14 x 21 cm.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Neurociências do uso e da dependência de substâncias psicoativas. Trad. CORREGIARI, F. São Paulo: Roca, 2006.

PAIVA, B. A. O SUAS e os direitos socioassistenciais – a universalização da seguridade social em debate. Revista de Assistência Social, Ano XXVII, n. 87, setembro, 2006.

PENSO, M. A; PEREIRA, S. E. F. N. Prevenção ao uso de drogas: o desafio da construção das redes de proteção para crianças e adolescentes. IN: SILVA, G. L (Org.) Drogas: políticas públicas. São Paulo: Roca, 2010.

PEREIRA, P. A. P. Centralização e exclusão social: duplo entrave à política de assistência social. Ser Social. Periódico semestral do Programa de Pós-graduação em Política Social, nº 3, julho a dezembro, ISSN 1415-6946, Brasília-DF: Unb. 1998.

_____. Política social: temas & questões. 3ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, P. A. P.; Política social e democracia. 5ª Ed. São Paulo-SP: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

PINHO, P. H, et al. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Rev. Psiq. Clín.* 35, supl1; 82-88, 2008.

PINHO, P. H. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. 2009; 43(Esp2):1261-6.

POCHMANN, M.; et al. (Org.) Atlas da exclusão social: a exclusão no mundo, v. 4. São Paulo: Cortez, 2004.

RIBEIRO, M.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Organização de serviços de tratamento para a dependência Química. IN: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca, 2004.

RICHARDSON, R. J. Exclusão, inclusão e diversidade. (Org.) João Pessoa: Editora Universitária, 2009.

ROMEY, G. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, C. S. (Org.) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Rev Saúde Pública* 2008;42(2):265-72

SANICOLA, L. As dinâmicas de rede e o trabalho social. Trad. CORDAS, D. São Paulo: Veras Editora, 2008.

SAWAIA, B. (Org.) As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis - RJ: Vozes, 1999.

SCHARTZ, E.; NOGUEIRA, V. M. Exclusão social: a desigualdade do século XX. *SER Social -Revista semestral do programa de pós-graduação em política social do Departamento de Serviços Social da UnB. N° 6, janeiro a junho, ISSN 1415-6946, Brasília-DF, 2000.*

SILVA, D. A. D. A mediação socioeducativa como campo de intervenção na toxicodependência. Relatório de Estágio. Mestrado em Educação, Área de Especialização em Mediação Educacional e Supervisão da Formação. Universidade do Minho, Instituto de Educação, Portugal, 2011.

SILVA, M. O. da S. A pesquisa Suas: apresentando o contexto, a proposta metodológica e o conteúdo do livro. IN/ COUTRO, et al (Orgs.) O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento. 3ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, Mª. N. R. M. de O. et al. Desenvolvendo e articulando a rede intersertorial para cuidado integral de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade. *Cadernos de Terapia*

Ocupacional da UFSCar / Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos. V. 22, Suplemento Especial, 2014.

SILVA, G. L. da (Org.). Drogas: políticas e práticas. São Paulo: Roca, 2010.

SILVA, M. de N. R. M. de O.; et al. Desenvolvendo e articulando a rede intersetorial para cuidado integral de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidades. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos. V.1, N.1 (1990). São Carlos – SP, 2014.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400019&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 20 mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000400019>.

SILVA, M^a. O. da S.; YAZBECK, M. C.; GIOVANNI, G. di. A Política Social Brasileira no Século XXI – A prevalência dos programas de transferência de renda. 6^a Ed. São Paulo: Cortez, 2012.

SLUZKI, C. E. A rede social na prática sistêmica – alternativas terapêuticas. Trad. BERLINER, C. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, G. C. de A.; COSTA, I. do C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde soc., São Paulo, v. 19, n. 3, set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 07 mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004>.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2009, vol. 43, n. 2, pp. 373-383. ISSN 0080-6234.

SOUZA et al. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) v. 2 n. 1 Ribeirão Preto fev. 2006.

SPOSATI, A. de O. Mapa da exclusão/inclusão social na cidade de São Paulo. São Paulo: EDUC, 1996.

_____. O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social. Serviço Social & Sociedade, ano XXVII, n.º. 87. São Paulo: Ed. Cortez, 2006.

SUDBRACK, Maria de Fátima Oliver. "Construindo redes sociais: metodologia de prevenção à drogadição e à marginalização de adolescentes de famílias de baixa renda. "Família e comunidade (1996): 87-114.

TOMASELLO, F. Oficinas RAP para adolescentes: proposta metodológica psicossocial em contexto de privação de liberdade. Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia,

Departamento de Psicologia Clínica. Brasília-DF, 2006. Disponível em: <http://abramd.org/biblioteca/teses-e-dissertacoes/>, acessado em: 29.06.2014.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p.477-486, 2009. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/12905>, acessado em: 10.07.2014.

TOROSSIAN, S. D.; RIVERO, N. E. Políticas públicas e modos de viver – A produção de sentidos sobre a vulnerabilidade. CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. (Orgs.) 4ª. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

TUMELERO, S. M. Políticas Públicas no Estado Brasileiro e Intersetorialidade. Anais de evento.Trabalho apesentado no Seminário Nacional Sociologia & Política – Repensando Desigualdades em Novos contextos – UFPR, 2011. Sociologia e Políticas Públicas- ISSN 2175-6880 (Online).

ZEMEL, M. L. S. O papel da família no tratamento da dependência. *Revista IMESC*, nº 3, 2001, p. 43-63.

UNODC. – Da Coerção à Coesão – Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não na punição. Viena, 2009.

WADERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão. SAWAIA, B. (Org.) *As artimanhas da exclusão social - análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 1999.

WALLACK, L. M.; et al. *Media advocacy and public health: power for prevention*. Sage Publications, Inc. Newbury Park. California. E.U.A, 1993.

WHITE, W. L., *Pathways From the Culture of Addiction to the Culture of Recovery : a Travel Guide for Addiction Professions*. 2nd ed Center City, Minn: Hazelden, 1996.

DOCUMENTOS ANEXOS

Anexo 01 – Parecer de aprovação do projeto no Comitê de Ética do IFPB

	INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA -	
Continuação de Parecer: 452.796		
Situação do Parecer:		
Aprovado		
Necessita Apreciação da CONEP:		
Não		
Considerações Finais a critério do CEP:		
JOÃO PESSOA, 07 de Dezembro de 2013		
Assinado por: Alexsandro Guedes de Lima (Coordenador)  Alexsandro Guedes de Lima Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-IFPB		
Endereço: Avenida Primeiro de Maio, nº 720 Bairro: Jaguaribe UF: PB Município: JOÃO PESSOA Telefone: (33)3512-1220 CEP: 58.015-433 E-mail: etica@pesquisa@ifpb.edu.br		

Anexo 02 – Termo de consentimento assinado pelos profissionais (trocar)**DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO**

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. O coordenador da pesquisa, Crisvalter Rogério de Araújo Medeiros, certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que não haverá gastos associados à pesquisa. Em caso de dúvidas poderei contatar o pesquisador responsável, Crisvalter Rogério de Araújo Medeiros, a qualquer momento da pesquisa pelo telefone (83) 8811-0252, ou o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, sito à Rua Primeiro de Maio, 720, Jaguaribe – João Pessoa/PB, telefone (83) 3216-1226, e-mail: eticaempesquisa@ifpb.edu.br.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do participante	Data
Nome	Assinatura do pesquisador	Data
Nome	Assinatura da testemunha	Data

Anexo 03 – Questionário aplicado aos profissionais

CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA- CRR-IFPB
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

O questionário abaixo apresentado comporá um banco de dados para subsidiar a pesquisa: Usuários de crack e outras drogas - os limites das políticas públicas de reinserção social sob o olhar dos profissionais em formação no Centro Regional de Referência – CRR - IFPB.

Solicitamos o seu empenho, de forma voluntária, em participar da referida pesquisa que irá contribuir com a proposição de inserções nas políticas públicas sobre drogas, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos usuários de crack e outras e seus familiares.

NOME: _____

INSTITUIÇÃO: _____

Fone: _____

e-mail: _____

QUESTIONÁRIO:

1 - O QUE VOCÊ ENTENDE POR REINserÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS?

2 - É POSSÍVEL REALIZAR A REINserÇÃO SOCIAL DE UM USUÁRIO DE CRACK E OUTRAS DROGAS? SIM NÃO

2.1 - SE RESPONDEU SIM, COMO DEVE SER REALIZADA A REINserÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS?

2.2 - SE RESPONDEU NÃO, EXPLIQUE POR QUÊ?

3 - VOCÊ JÁ ACOMPANHOU, OU CONHECE, ALGUM CASO DE REINserÇÃO SOCIAL DE USUÁRIO DE CRACK E OUTRAS DROGAS? SIM NÃO?

3.1 - SE A RESPOSTA FOI SIM, EXPLICITAR COMO OCORREU.

4 - A INSTITUIÇÃO NA QUAL VOCÊ ATUA REALIZA A REINserÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS?

SIM - NÃO

4.1 SE RESPONDEU SIM, COMO ISTO ACONTECE?

4.2 SE RESPONDEU NÃO, EXPLIQUE POR QUÊ?

5 - QUAL O PAPEL DO PROFISSIONAL NA REDE DE APOIO À REINserÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS?

6 - QUAIS AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO NO PROCESSO DE REINserÇÃO DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS?

7 - QUAIS AS POSSIBILIDADES DE SE REALIZAR A REINserÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS?

Anexo 04 – Tabela das variáveis

VARIÁVEIS:						
Rede de atuação	SUS	SUAS	Justiça	Educação	Comunidade	Diversos (outros)
Sexo	Masc.	Fem.				
Tempo de serviço	De 01 a 05 anos	De 05 a 10 anos	Mais de 10 anos			
Município	João Pessoa	Interior				
Escolaridade	Sem graduação	Com graduação	Pós-graduação			
Profissão	Assistente Social	Psicólogo	Professor	Agente Comunitário de Saúde	Advogado	Educador social
Profissão (continua)	Enfermeiro	Pedagogo	Psicopedagogo			
Questão 02	Sim	Não				
Questão 03	Sim	Não				
Questão 04	Sim	Não				

Anexo 05 – Grade referente às respostas da pergunta nº. 01

CLASSE 01 – temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 02 tema e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 03 - tema e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 4 tema e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 05 tema e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 06 - tema e sub-temas χ^2 / palavra
26.32/oportunidade	45.80 / direito	22.31/importante	68.29/vínculo	27.58/encontrar	64.24/convívio
24.27/tendo	33.20 /cidadão	22.23/quando	37.34/acolhimento	26.42/dificuldade	39.04/social
19.09 / normal	28.20/ sujeito	21.40/ajuda	29.75/mudança	21.34/junto	27.87/dependente
17.89/ educacional	24.35/cidadania	17.65/reinserção	29.55/fortalecer	19.93/sair	20.47/químico
17.65/ mercado_de_trabalho	19.73 /garantir	17.64/droga	24.02/resgatar	19.90/físico	20.17/familiar
14.00/ meio	15.65 /espaço	17.34/precisar	22.29/afetivo	19.90/substância	17.98/estudo
12.01/ inserir	13.97/dever	17.00/próprio	22.23/psicossocial	13.63/usuários de crack	16.80/reintegração
11.55/através	13.94/integrar	17.00/manter	22.23/atendimento	10.46/reintegrar	15.35/pessoa
10.73/colocar	12.93/ver	13.28/questão	17.35/oferecer	9.77/psicológico	14.33/perder
10.73/contribuir	11.66/desenvolver	13.28/termo	15.25/perdido	9.77/promover	13.38/modo
10.58/vida	11.66/valor	13.28/contar	13.32/acompanhamento	9.77/participação	13.38/livre
9.05/crack	11.31/exercer	13.28/combate	11.11/vir	9.77/momento	10.79/volta
8.65/tentar	10.02/humano	13.26/criar	10.12/familiar	9.02/saúde	7.09/saudável
8.65/apoio	8.53/digno	12.69/superar	9.28/realizar	7.65/trazer	7.09/retomar
6.77/profissionalizante	8.52/respeitado	12.69/problema	9.06/rede	7.59/desenvolvimento	6.70/dependência
6.77/Curso		12.69/excluir	8.58/retirar	7.59/âmbito	5.04/retorno
6.77/chance	7.82/receber	10.50/marginalizar	8.58/acompanhar	7.59/renda	4.95/uso

Anexo 06 - Grade referente às respostas da pergunta nº. 02

CLASSE 1 Tema e sub temas χ^2 / palavra	CLASSE 02 Tema e sub temas χ^2 / palavra	CLASSE 03 Temas e sub temas χ^2 / palavra	CLASSE 04 Temas e sub temas χ^2 / palavra	CLASSE 05 Temas e sub temas χ^2 / palavra	CLASSE 06 Temas e sub- temas χ^2 / palavra
32.68 <i>oportunidade</i>	29.28 <i>crack</i>	37.70 <i>médico</i>	61.27 <i>público</i>	32.82 <i>projeto</i>	29.88 <i>equipes</i>
25.91 <i>mudar</i>	28.32 <i>processo</i>	30.40 <i>psicológico</i>	50.48 <i>político</i>	28.65 <i>atenção</i>	24.32 <i>inserir</i>
25.55 <i>novo</i>	28.18 <i>precisar</i>	26.70 <i>psicólogo</i>	22.89 <i>privado</i>	21.57 <i>perfil</i>	19.71 <i>conhecer</i>
20.64 <i>certo</i>	20.74 <i>vez</i>	21.27 <i>assistente</i>	17.47 <i>voltado</i>	14.04 <i>ação</i>	19.17 <i>possibilidade</i>
20.01 <i>caminho</i>	20.40 <i>ajuda</i>	17.77 <i>ajudar</i>	17.47 <i>estratégia</i>	13.66 <i>dependência</i>	14.99 <i>realidade</i>
17.69 <i>pessoa</i>	19.78 <i>capaz</i>	15.89 <i>psicossocial</i>	17.47 <i>âmbito</i>	10.84 <i>promover</i>	14.99 <i>atendimento</i>
17.13 <i>adequado</i>	16.65 <i>droga</i>	15.89 <i>escolar</i>	17.19 <i>objetivo</i>	10.16 <i>público</i>	14.83 <i>mostrar</i>
15.42 <i>longe</i>	16.34 <i>importante</i>	15.50 <i>conjunto</i>	13.11 <i>inserção</i>	9.95 <i>político</i>	14.83 <i>atender</i>
13.49 <i>dar</i>	15.93 <i>uso</i>	13.05 <i>indivíduo</i>	13.11 <i>vencer</i>	8.28 <i>inclusão</i>	13.07 <i>oferecer</i>
12.75 <i>problema</i>	15.69 <i>maneira</i>	11.70 <i>ambiente</i>	11.67 <i>escola</i>	8.28 <i>socioeconômico</i>	12.16 <i>grupo</i>
12.15 <i>sentir</i>	12.34 <i>papel</i>	10.49 <i>acompanhar</i>	11.67 <i>civil</i>	8.28 <i>rua</i>	11.72 <i>profissionalizante</i>
11.28 <i>desintoxicação</i>	12.34 <i>achar</i>	10.49 <i>gerar</i>	10.90 <i>sociedade</i>	8.06 <i>setor</i>	11.41 <i>multidisciplinar</i>
10.39 <i>encontrar</i>	12.34 <i>reinsere</i>	9.37 <i>acompanhamento</i>	10.23 <i>preconceito</i>	5.33 <i>capacitação</i>	11.03 <i>acordo</i>
10.39 <i>preciso</i>	12.34 <i>agir</i>	9.03 <i>receber</i>	10.23 <i>tratar</i>	5.33 <i>busca</i>	9.03 <i>serviço</i>
10.13 <i>inicialmente</i>	11.69 <i>levar</i>	8.47 <i>apoio</i>	10.23 <i>integrar</i>	5.33 <i>ativo</i>	8.90 <i>potencialidade</i>
10.13 <i>superar</i>	8.54 <i>desenvolver</i>	7.32 <i>convívio</i>	9.26 <i>educação</i>	5.33 <i>mínimo</i>	8.90 <i>lugar</i>
10.13 <i>seguir</i>	7.83 <i>físico</i>	7.32 <i>ocupacional</i>	8.11 <i>envolver</i>	5.14 <i>programa</i>	7.87 <i>comunidade</i>

Anexo 07 - Grade referente às respostas da pergunta nº. 03

CLASSE 01 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 02 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 03 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 04 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 05 Temas e sub-temas χ^2 / palavra
22.27retornar	19.66 novo 12.98 não	20.65acompanhamento	31.48oficina	32.54caso
21.83 psicológico	11.16tudo	18.26abstinência	21.12junto	25.06adolescente
19.04sair	11.16vencer	15.26emprego	20.62mercado_de_trabalho	16.61vulnerabilidade
16.58membro	11.16sentir	15.23reabilitação	15.73terapia	16.61dificuldade
16.32próprio	11.16devido	15.23multiprofissional	11.64curso	13.24situação
16.32religioso	10.68conseguir	14.41 mês	10.90realizar	11.95social
16.97igreja	10.12começar	13.86serviço	10.90rede	11.78processo
13.03acompanhar	9.95 vez	11.34geral	10.39renda	11.78reinserção_social
9.65sociedade	9.95oportunidade	11.34força	10.39 educação	11.78escola
8.77ajuda	8.31sofrer	11.34redução	9.89tratamento	7.87atualmente
7.76vício	8.31viciado	11.34dano	9.00buscar	6.43meio
7.62querer	8.31tendo	11.06clínica	8.02grupo	6.43encaminhar
7.00usuário	7.41testemunho	10.30familiar	7.25recaída	6.14instituição
6.77profissional	7.1utilizar	9.64equipe	5.69mudança	5.25projeto
6.07voluntário	7.41mãe	7.71vontade	5.69atenção	4.91 ano
6.07mudar	7.41centro	7.71desenvolver	5.69ação	4.84caps
5.63internação	7.36pessoa	7.09paciente	5.69atender	4.70acompanhar

Anexo 08 - Grade das respostas da pergunta nº. 04

CLASSE 01 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 02 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 03 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 04 Temas e sub-temas χ^2 / palavra
22.82 criança	32.12 acompanhamento	30.36 existir	31.04 atender
19.86 trabalho	26.16 oficina	25.34 não	23.63 procurar
19.71 geral	17.16 serviço	25.34 reinserção	16.63 mental
18.86 local	13.48 psicossocial	16.72 profissional	14.02 chegar
16.63 hospital	12.32 usuário	14.00 realidade	14.02 atenção
12.23 público	11.81 familiar	11.05 instituição	12.08 droga
11.67 objectivo	10.90 curso	9.21 falta	11.47 caso
11.67 direcionar	1079 terapêutico	9.21 acolhimento	10.56 escola
11.67 emergência	8.94 social	9.21 cidadão	10.45 problema
1056 adolescente	8.85 equipe	8.07 dar	10.45 álcool
9.43 pessoa	8.80 internação	8.07 crack	10.43 saúde
8.18 tratamento	8.80 retorno	7.71 programa	9.70 contato
7.99 João pessoa	8.63 família	7.71 ação	8.91 projeto
5.89 capsad	7.89 encaminhamento	6.68 contribuir	6.87 unidade
4.83 diretamente	5.45 profissionalizante	6.68 perceber	4.56 apoio
4.83 oferecer	5.45 medida	6.86 pequeno	4.53 atuar
4.83 transtorno	5.19 convívio	6.86 pena (penalidade)	4.11 precisar
		6.67 específico	

Anexo 09 - Grade das respostas da pergunta nº. 05

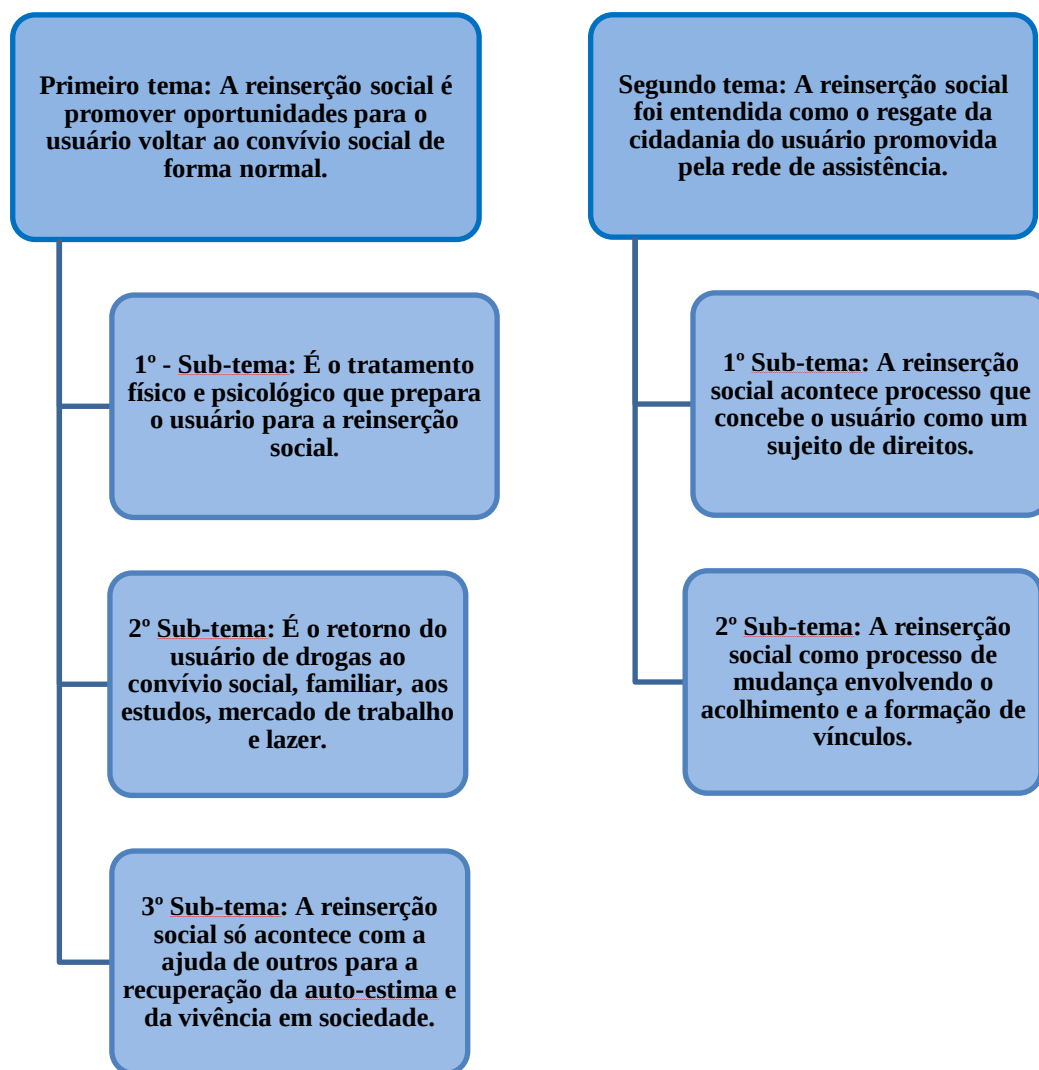
CLASSE 01 – Temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 02 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 03 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 04 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 05 Temas e sub-temas χ^2 / palavra
29.91 rede	32.40 mostrar	31.93 apoiar	39.77 crack	36.72 encaminhar
28.95 atuar	17.54 vida	23.26 orientar	29.39 trabalhar	24.72 acompanhar
19.18 profissional	16.44 não	18.47 respeitar	21.59 prevenção	11.85 garantir
17.43 apoio	15.39 muito	13.77 tratar	17.56 saúde	11.85 ajuda
14.84 comunidade	13.22 existir	11.57 sociedade	17.18 voltar	9.95 estimular
10.84 importante	13.22 mudar	10.46 necessidade	17.18 contribuir	9.33 tratamento
10.31 preconceito	13.22 funcionar	8.91 acordo	17.18 apresentar	8.74 orientação
10.31 importância	13.22 difícil	8.33 usuário	16.41 uso	8.74 responsável
9.15 reinserção_social	13.22 assunto	7.46 direito	16.41 programa	7.41 familiar
8.19 além	9.86 tudo	5.72 acolher	14.03 político	6.70 encaminhamento
6.49 ponte	9.86 saudável	4.84 lugar	13.72 indivíduo	6.11 órgão
6.49 plano	9.86 mundo	4.84 assistente	12.81 possuir	5.89 realizar
6.49 conjunto	9.86 causa	4.84 dificuldade	12.77 conhecer	5.76 inserir_lo
6.19 ação	9.86 visão	4.84 atento	12.24 público	5.76 atender
5.30 serviço	9.86 exemplo	4.43 buscar	12.22 questão	5.76 auto_estima
4.44 família	9.86 ajudá_los	4.24 convívio	10.89 droga	5.52 necessário
4.06 papel	9.86 achar	3.87 família	10.69 reinserção	5.35 trabalho

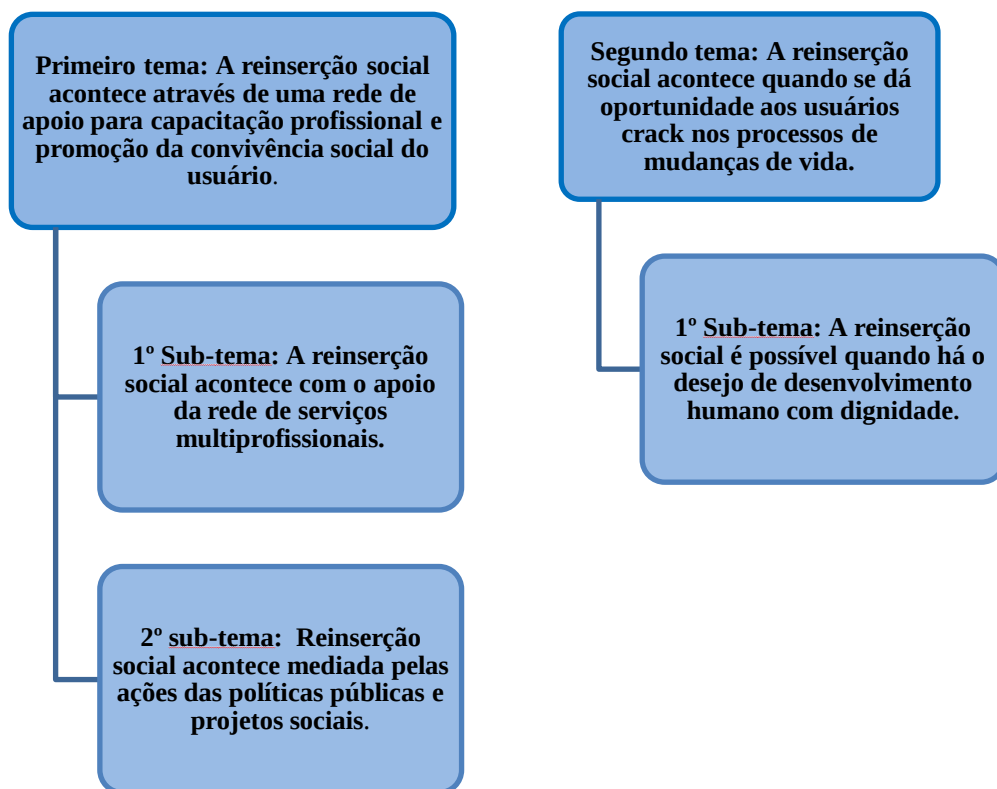
Anexo 10 - Grade das respostas da pergunta nº. 06

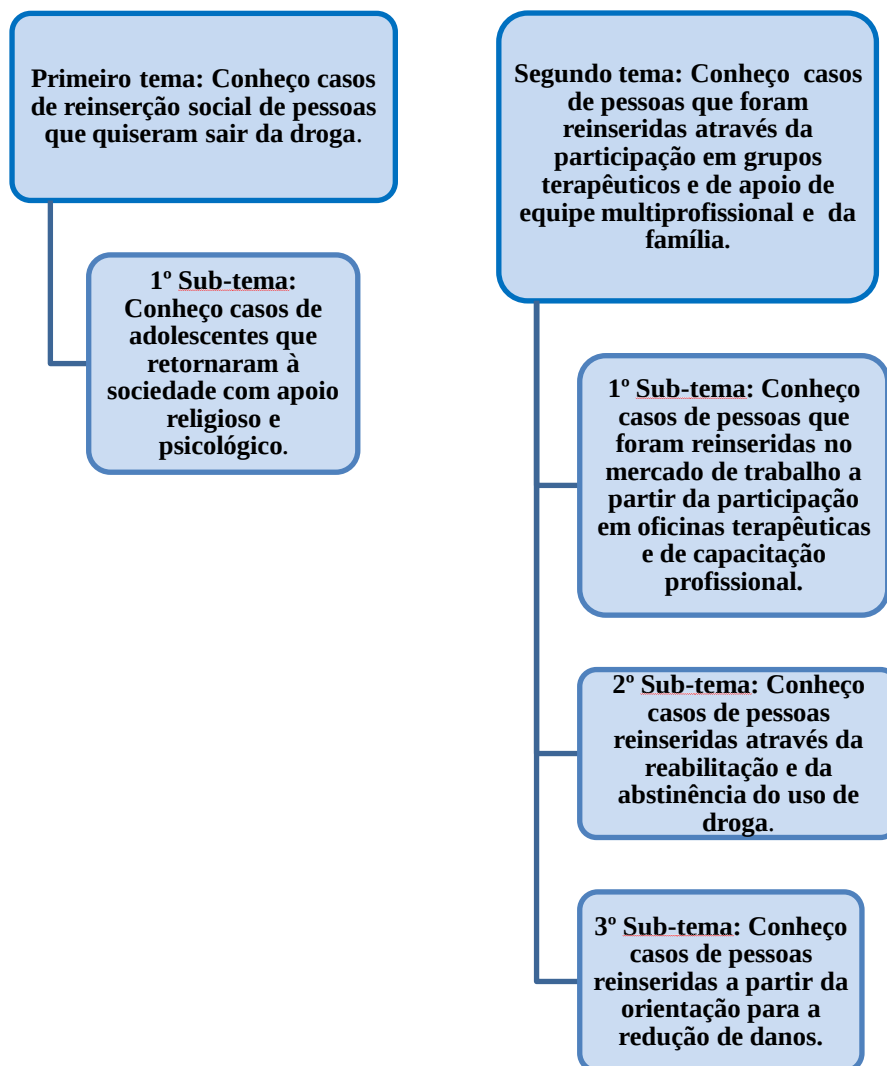
Classe 01 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	Classe 02 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	Classe 03 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	Classe 04 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	Classe 05 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	Classe 06 Temas e sub-temas χ^2 / palavra
30.75incentivo	27.80política	45.70lidar	31.82forma	26.82sociedade	30.84 processo
30.22recurso	22.98público	43.48capacitação	25.71quando	20.78oferecer	21.59reinserção
25.50investimento	15.44eficaz	26.49adequado	22.37pessoa	17.19próprio	19.73trabalho
22.83político	15.44diverso	22.37conhecimento	20.45existir	16.54atuação	19.72condição
19.67ausência	13.61casa	21.52instituição	19.18apenas	12.34rejeição	17.69familiar
17.43público	13.61parceria	19.09físico	19.18procurar	12.34confiança	17.33conhecer
16.85financeiro	13.61leito	18.34profissional	19.06porque	11.71crer	15.69 vez
15.56equipe	12.23articulação	16.65falta	16.43ver	11.71vício	13.95não
15.14material	11.57mais	13.97espaço	14.34tratamento	10.97usuário	13.29grande
14.97falta	10.87apoio	10.19droga	11.58saúde	9.39 dificuldade	11.00 oportunidade
12.51qualificado	9.81atenção	9.49estrutura	11.58vida	7.84desconhecimen to	9.72inserir
9.93informação	9.81órgão	9.30interesse	9.45usuário	7.84primeiramente	9.51dependência
6.61muito	9.81 desintoxicação	9.30número	9.29principalme nte	5.63preconceito	6.74dificultar
6.57 preconceito	8.04espaço	7.22 fácil	8.85dificuldade	4.79indivíduo	6.30necessário
5.44governo	7.60efetivo	7.22violência	7.66 vez	4.21difícil	6.30viver
5.44qualificação	7.60enfrentamento	7.22envolvido	7.22 contínuo	4.21chegar	4.84ambiente
5.44intersectorialidad e	7.60privado	7.22acesso	7.22comunidad e	4.21resolver	4.32social

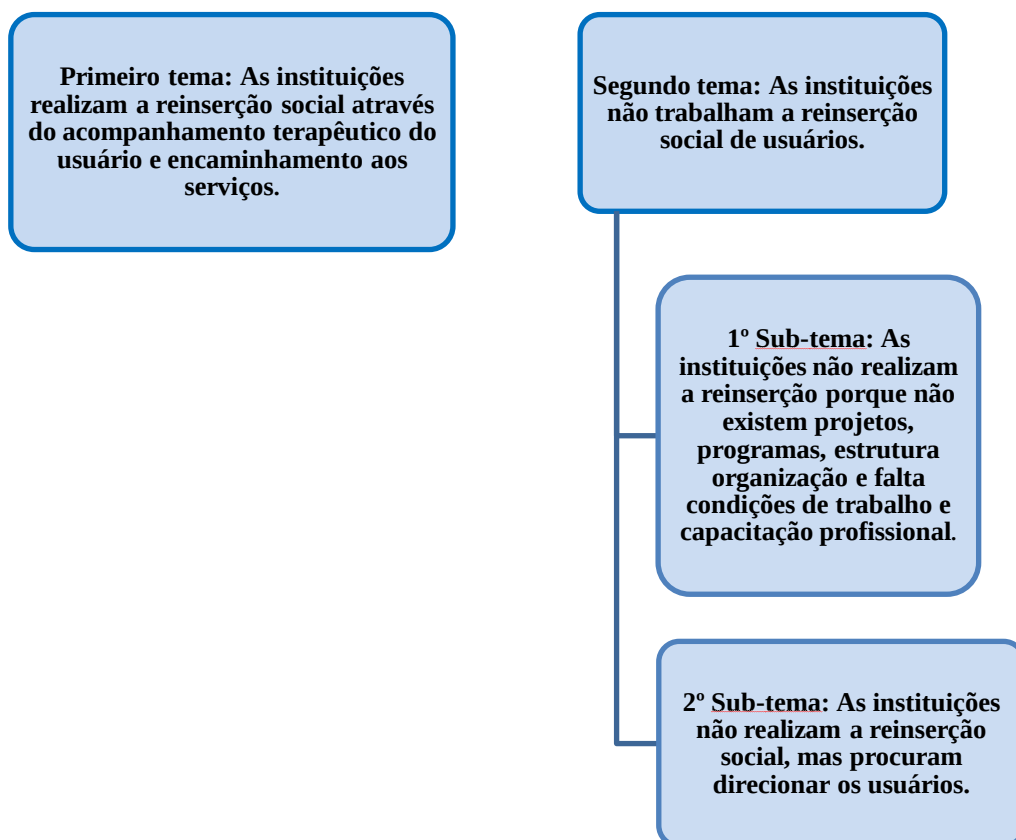
Anexo 11 - Grade das respostas da pergunta nº 07

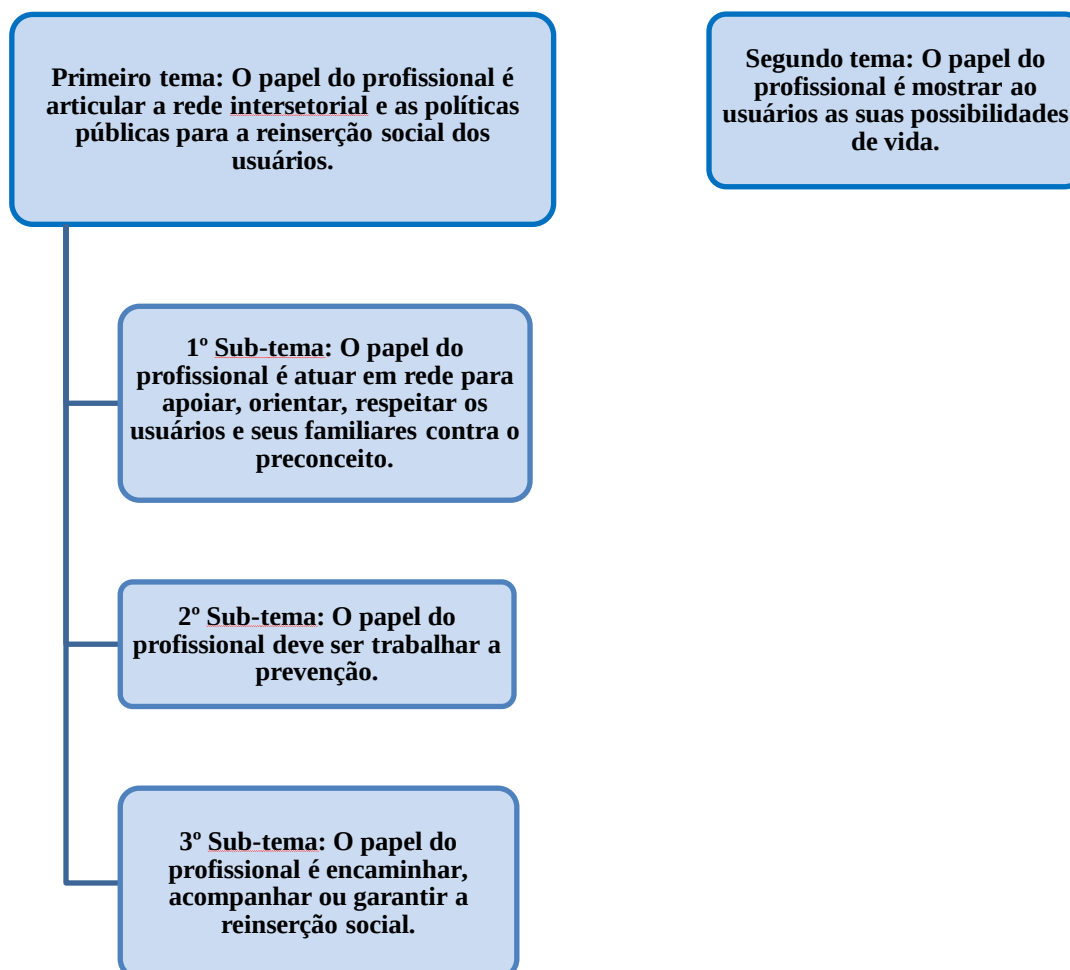
CLASSE 01 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 02 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 03 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 04 Temas e sub-temas χ^2 / palavra	CLASSE 05 Temas e sub-temas χ^2 / palavra
39.22através	41.64profissional	26.88acreditar	38.63espaço	28.43droga
19.91comunidade	38.30político	26.79não	38.15trabalhar	24.61uso
19.36apoio	15.14público	20.63possível	28.68depende	24.61conscientização
16.12diverso	13.50trabalho	18.00melhor	14.41maior	19.59sentido
15.29escola	12.99criar	16.97sim	13.62atenção	19.59crer
12.73família	12.89capacitação	13.41inúmero	13.62direito	14.62ilícito
12.34dar	9.84interesse	13.41investimento	13.62acontecer	14.15ocorrer
11.81programa	8.42familiar	13.41humano	11.44parceria	14.15investir
10.34acompanhamento	7.54condição	13.41federal	10.15ver	11.96geral
9.25mercado_de_trabalho	7.20sociedade	11.21possibilidade	10.15vez	10.59químico
8.28querer	5.44saúde	10.81grande	10.13rede	9.54especializado
7.60projeto	4.89social	10.20financeiro	9.23caso	9.54problema
5.81oportunidade	4.08pensar	9.94situação	9.17bastar	9.54jovem
5.04junto	4.08envolvido	8.08muito	7.72fato	9.54atualmente
5.59instituição	4.08existente	7.07governo	7.69necessário	8.09população
4.08lazer	3.55voltar	6.60dificultar	6.13realizar	6.57acolhimento
4.08direcionar	3.55instituição	6.60comprometimento	5.00conjunto	6.57necessitar

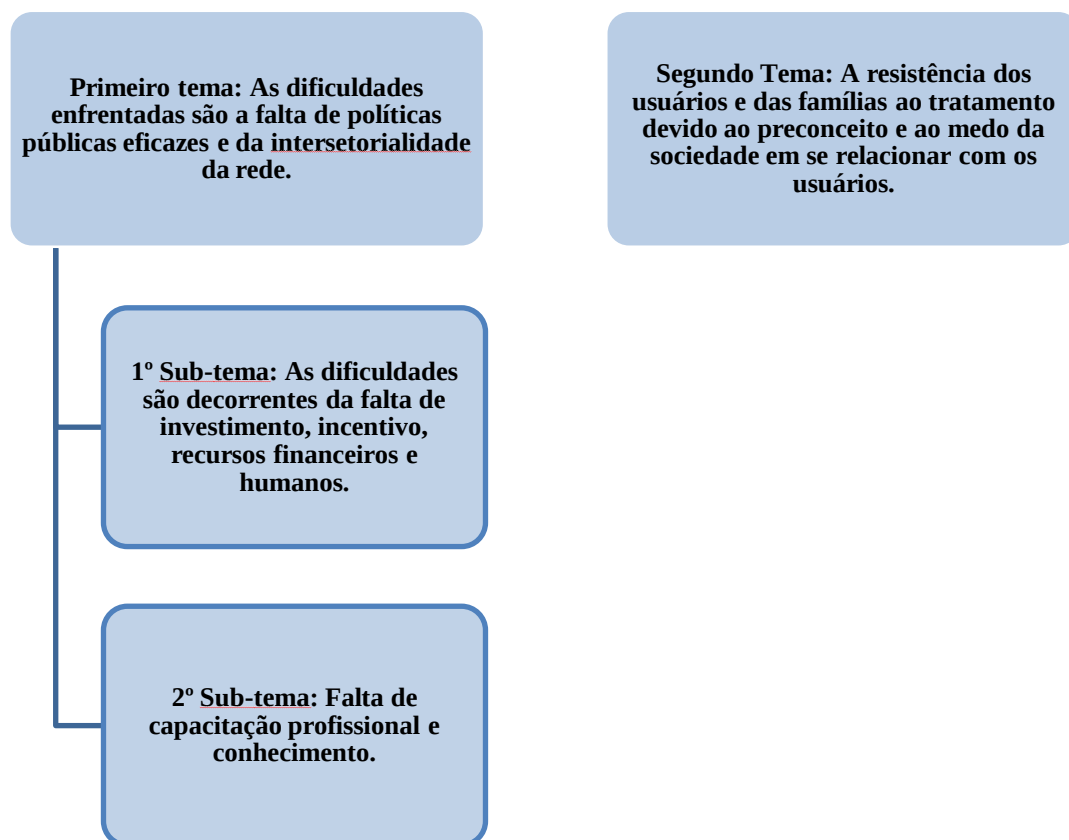
Anexo 12 – Dendrograma das respostas da 1ª pergunta

Anexo 13 - Dendograma das respostas à 2ª pergunta

Anexo 14 - Dendograma das respostas da 3ª pergunta

Anexo 15 - Dendograma das respostas da 4ª pergunta

Anexo 16 - Dendograma das respostas da 5ª pergunta

Anexo 17 - Dendograma das respostas da 6ª pergunta

Anexo 18 - Dendograma das respostas da 7ª pergunta

Primeiro tema: Uma possibilidade seria a conscientização da sociedade sobre o uso de drogas.

Segundo tema: Apesar das dificuldades, outra possibilidade seria a realização do trabalho em rede para garantir a reinserção social e a cidadania desses usuários.