



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

LEANDRO ROQUE DA SILVA

POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL: A INTERSETORIALIDADE
COMO POSSIBILIDADE DE UMA ASSISTÊNCIA INTEGRAL EM UM
SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

JOÃO PESSOA
2015

LEANDRO ROQUE DA SILVA

**POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL: A INTERSETORIALIDADE
COMO POSSIBILIDADE DE UMA ASSISTÊNCIA INTEGRAL EM UM
SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba.

Área de concentração: Política Social

Orientadora: Prof^a Dr^a Patrícia Barreto Cavalcanti

JOÃO PESSOA

2015

S586p Silva, Leandro Roque da.
Políticas sobre drogas no Brasil: a intersectorialidade como possibilidade de uma assistência integral em um serviço de saúde mental / Leandro Roque da Silva.- João Pessoa, 2015.
173f. : il.
Orientadora: Patrícia Barreto Cavalcanti
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA
1. Serviço social. 2. Políticas sociais. 3. Drogas - tratamento - usuários. 4. Intersetorialidade.

UFPB/BC

CDU: 36(043)

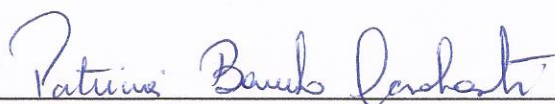
LEANDRO ROQUE DA SILVA

**POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL: A INTERSETORIALIDADE
COMO POSSIBILIDADE DE UMA ASSISTÊNCIA INTEGRAL EM UM
SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL**

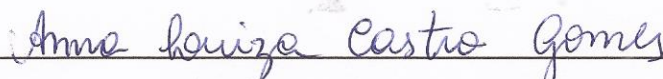
Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba.

Aprovado em 16 de Abril de 2015.

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Patrícia Barreto Cavalcanti
Universidade Federal da Paraíba
Orientadora



Profª Drª Anna Luiza Castro Gomes
Universidade Federal da Paraíba
Examinadora Externa



Profª Drª Ana Paula Rocha de Sales Miranda
Universidade Federal da Paraíba
Examinadora Interna

DEDICATÓRIA

Tendo o entendimento de que pesquisar é ao mesmo tempo criar devires, gerando saberes inesperados, este trabalho, fruto de intermináveis indagações e inquietudes, é totalmente dedicado a todos aqueles que sentiram na pele, no corpo e na alma, os efeitos nefastos, não apenas do próprio consumo das SPA, mas também da ineficácia de boa parte das políticas sociais que esse segmento populacional acessa ou pelo menos tentam acessar nas suas trajetórias de vida. Dedico também a construção dessas reflexões a aqueles que mesmo que não se sentirem prejudicados pelo descaso público de financiamento e manutenção das políticas sociais, decidem manter guiando suas próprias vidas, agindo na perspectiva de uma emancipação pelo menos imaginária de sua condição de cidadãos. Enfim, a vocês, anônimos, discriminados, que são chamados de vagabundos e marginais, sem garantias e muitas vezes sem perspectiva de vida. Sem respeito mútuo e sem condições dignas de sobrevivência. A vocês anônimos na batalha da vida, as linhas que se seguem visam ressaltar a importância do respeito, da manutenção das políticas sociais e da compreensão da sociedade e do poder público para esse segmento, como formas de garantir o acesso às políticas sociais como direito constituído.

*Uma ilha perdida
No oceano da razão
Levantando as mãos para o céu
Vejo a ideia
De ampliar o território da Loucura
Olho-me no espelho e não me vejo
Mais posso pegar uma pedra
E lapidá-la, para o meu amor.
(Livreto de colagens “Oceano da Razão”,
usuário Jorge Brasil,
frequentador do CAPS AD Primavera).*

AGRADECIMENTOS

Reconhecendo que o processo da escrita muitas vezes é semelhante a uma travessia solitária, onde sentimentos de angústia e cansaço tomam conta das forças vitais do pesquisador, sabe-se da importância de várias pessoas que direta e indiretamente participaram desse processo. Eis aqui o momento de reconhecimento da contribuição pela forma e atenção que dispensaram para este pesquisador diante de seu incessante trabalho. É neste momento que expresso a minha intensa gratidão para esses que listarei a seguir.

À minha colega de turma de mestrado Kattia Gerlane, que em vários momentos dessa travessia, demonstrou-se disponível para tirar dúvidas e esclarecimentos em muitas questões relacionadas à própria pesquisa e às disciplinas do mestrado.

À Carol Paz, pela disponibilidade e ajuda no registro das imagens e do áudio na realização do grupo focal. Grande abraço.

A todos e a todas que fazem a equipe do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) Primavera. Local não apenas da pesquisa, mas onde tudo começou, onde os primeiros interesses de atuação e estudo nessa área se deram. Um grande e infinito abraço aos que estão e aos que passaram por esse serviço, em especial, à companheira de coordenação Jossana Rafaela, que dividiu comigo a gerência desse dispositivo por três anos. Momento de muito aprendizado e conquista, de alegrias e também tristezas.

À Maria Milaneide, ou simplesmente Mila. A primeira pessoa que apostou no meu interesse e na minha convicção em querer atuar no campo da Saúde Mental. Grande militante da reforma psiquiátrica no estado da Paraíba, profissional e gestora exemplar na Saúde Mental. Possuidora de conhecimento e experiência profundos. Meus sinceros agradecimentos.

Aos companheiros do último serviço que tive a honra de integrar a equipe, ajudando no gerenciamento desse (não vou citar os nomes, se não a lista seria grande, são mais de 70 profissionais). A todos que fazem o CAPS AD David Capistrano da Costa Filho, um serviço potente e turbinado que funciona 24 horas aqui na capital. Local onde passei dois anos de muita aprendizagem e carregarei

momentos felizes e outros nem tantos por boa parte da minha vida. Um abraço a todos.

A todas as pessoas que tive a oportunidade de escutar as histórias, alegrias, angústias, sonhos, desesperos e projetos de vida. A todos os usuários que frequentaram os serviços de Saúde Mental que tive a honra de acompanhar no cotidiano do trabalho. Meus sinceros agradecimentos.

A toda a minha família: meu pai, Srº Luiz; minha mãe, Dª Litinha; meus irmãos; minha irmã; meus sobrinhos; cunhados e cunhada. Agradeço as contribuições diretas e indiretas e o entendimento que expressaram nas muitas ausências que apresentei para conseguir concluir este trabalho.

Aos meus amigos e amigas, colegas e companheiros (não cito nomes, com receio de esquecer alguém) de luta na Saúde Mental e no campo das políticas de álcool e outras drogas. Foram muitas discussões e aprendizados em vários espaços de diálogo nesses últimos anos. Meu muito obrigado.

Ao meu amor, à minha companheira e amiga, Marília. Perdi os momentos que realizamos discussões acerca do tema, onde muitas vezes ao se sentir perdido, divagando nas ideias, sem limites e fronteiras, ela com uma espécie de chama reluzente no fundo do túnel, proporcionou um rearranjo na energia psíquica e uma força suficiente para seguir rumo ao caminho. À vezes, mesmo contrariada com as minhas noites em claro, soube entender a solidão que um pesquisador muitas vezes passa e, por consequência, ela também passava, refletida no cotidiano da nossa vida privada. Meu eterno amor. E ao nosso filhote, o pequenino Kalil, que no meio dessa travessia veio ao mundo, contribuindo de sua maneira com a conclusão desta pesquisa.

E, por último, agradeço, possivelmente não tendo palavras para expressar a gratidão, à minha querida orientadora Patrícia Barreto. Considero que em todo o processo percorrido, ela soube com maestria me proporcionar a crítica suficiente, a parcimônia existente e o interesse pelo ato de pesquisar. A parceria estabelecida foi fundamental para conclusão deste trabalho, pois as suas orientações, o diálogo travado e os questionamentos que foram realizados serviram como aporte e alicerce para que as ideias pudessem ser transmutadas para o papel, seguindo uma concatenação lógica e consistente. O meu agradecimento é incondicional.

*Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.
E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão
(João Cabral de Melo Neto, 1968).*

RESUMO

Historicamente, o consumo de álcool e outras drogas foi entendido em nosso país como caso de segurança pública e justiça. Dessa forma, os consumidores sempre foram tratados como pessoas de índole duvidosa e perturbadora da ordem pública. Porém, no contexto atual, se faz presente nos textos das leis federais e nas diretrizes das Políticas sobre Drogas, elementos como: redução dos riscos a vida, prevenção, reinserção social e intersectorialidade. Dessa forma, considerando a importância destas políticas, este estudo objetivou analisar como uma equipe composta por 23 profissionais inserida em um CAPS AD, no município de Cabedelo/PB articula movimentos junto às demais políticas sociais a partir de arranjos intersectoriais para o atendimento as demandas voltadas ao tratamento do uso abusivo de SPA (crack, álcool e outras drogas). A partir de uma investigação de caráter descritivo, exploratório e utilizando o método histórico-dialético de apreensão da realidade, realizamos inicialmente um levantamento bibliográfico historicizando as intervenções estatais neste campo das políticas sociais. Constatamos que o conceito da intersectorialidade aparece em vários documentos oficiais recentes. Além desse material teórico, foi produzido um material empírico, a partir de uma abordagem quanti-qualitativa, por meio das anotações no diário de campo e na transcrição dos depoimentos de um grupo focal realizado no período de maio a julho de 2014 com 09 profissionais e uma estagiária de psicologia. Com a transcrição do depoimento dos 10 participantes, e realizando a análise de conteúdo proposto por Bardin (1977), ficou evidente que ao mesmo tempo em que houve o reconhecimento da necessidade de atender as inúmeras demandas destes usuários, este mesmo serviço não possui uma agenda permanente de diálogo com outros dispositivos da rede. Apesar de considerar alguns movimentos em relação às articulações intersectoriais, observou-se a dificuldade de uma articulação com outras políticas sociais, tanto no âmbito da gestão como a nível técnico profissional. Dessa forma, concluímos que os problemas estruturais deste CAPS AD só poderão ser resolvidos a partir da superação dessas contradições, como tentativa de desvendar as complexidades da realidade social no território percorrido por estes usuários.

Palavras-chave: drogas; intersectorialidade; políticas sociais.

ABSTRACT

Historically, consumption of alcohol and other drugs was perceived in our country as a case of public security and justice. Therefore, consumers have always been treated as persons of dubious character and disturbing public order. However, currently, there are in the texts of federal laws and guidelines of Drug Policy, elements such as: reducing risks to life, prevention, social reintegration and intersectoral. So, considering the importance of these policies, this study aimed to analyze how a team of 23 inserted professionals in a CAPS AD in the city of Cabedelo / PB articulated movements together with the other social policies from intersectoral to satisfy the demands focused on the treating the excessive use of psychoactive substances (crack, alcohol and other drugs). From a descriptive and exploratory research, which also uses the historical and dialectical method of apprehending reality, initially we did a literature research historicizing state interventions in the field of social policies. We note that the concept of intersectionality appears in several recent official documents. Besides the theoretical material, an empirical material from a quantitative and qualitative approach was produced through the notes in the field diary and the transcript of the testimony of a focus group conducted between May-July 2014 with 09 professionals and a psychology intern. With the transcript of the testimony of the 10 participants, and conducting content analysis proposed by Bardin (1977), it became clear that while there was recognition of the need to attend the many demands of users, the same service does not have a permanent agenda of dialogue with other devices of network. Despite considering some moves in relation to intersectoral joints, there was the difficulty of links with other social policies, both in the management and professional technical level. Thus, we conclude that the structural problems of CAPS AD can only be solved after the overcoming of these contradictions in an attempt to unravel the complexities of social reality in the territory covered by these users.

Keywords: drugs; intersectorality; social policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O escravo punido.....	20
Figura 2 - Propaganda antiga de cigarro de maconha.....	23
Figura 3 - Ação estatal de uma Política Pública.....	78
Figura 4 - Fluxograma de admissão no serviço.....	114

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Legislação sobre as substâncias psicoativas: da Colônia até o Império.....	21
Quadro 2 - Legislação sobre as substâncias psicoativas: do século XIX até as primeiras décadas do século XX.....	33
Quadro 3 - Legislação sobre as substâncias psicoativas no período da ditadura militar.....	38
Quadro 4 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....	71
Quadro 5 - Cronograma resumido de atividades diárias.....	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABORDA	Associação Brasileira de Redução de Danos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGAP	Aperfeiçoamento de Gestão da Atenção Primária
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
CEP-HULW	Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley
CF	Constituição Federal
CNFE	Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONEP	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
CONFEN	Conselho Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes
CRMSLM	Centro de Referência Municipal em Saúde Leonardo Mozart
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações não governamentais

ONU	Organização das Nações Unidas
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PRONAL	Programa Nacional de controle dos problemas relacionados com o consumo de Álcool
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SENAD	Secretaria Nacional sobre Drogas
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SINPFRE	Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SM	Saúde Mental
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UNDCP	Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
CAPÍTULO 1 - A POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL	18
1.1 Retrospectiva histórica sobre as ações de enfrentamento estatais ao uso de álcool e drogas: dos primórdios à materialização da política pública	18
1.2 A política de álcool e drogas: avanços e desafios	47
CAPÍTULO 2 - A INTERSETORIALIDADE NO ENTORNO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: A POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS COMO CENÁRIO	76
2.1 Discutindo a intersectorialidade no campo das políticas públicas	76
2.2 Intersectorialidade (e arranjos setoriais possíveis) no contexto da saúde mental	97
CAPÍTULO 3 - COORDENADAS METODOLÓGICAS	108
3.1 O cenário de pesquisa: o município de Cabedelo e a construção das políticas de saúde mental, álcool e outras drogas	108
3.1.1 O Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD) Primavera	110
3.2 Desvendando o processo de coleta	115
CAPÍTULO 4 - A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS INTERSETORIAIS SEGUNDO A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO CAPS AD PRIMAVERA	120
4.1 Perfil dos entrevistados no CAPS AD Primavera	120
4.2 Análise sobre os movimentos que os profissionais de nível superior do CAPS AD Primavera articulam junto às demais políticas sociais a partir da construção de arranjos intersectoriais para o atendimento das demandas	127
4.3 Políticas Sociais mais acionadas pelos profissionais do CAPS AD Primavera	138
4.4 Demandas e ações profissionais face à construção da intersectorialidade	142
CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS	153
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	164
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE GRUPO FOCAL	166
APÊNDICE C - PARECER DO CEP	170
APÊNDICE D - CARTA DE ANUÊNCIA	173

APRESENTAÇÃO

Na atualidade, o temor da sociedade em relação ao uso de drogas expressa o perigo representado, muitas vezes de forma arbitrária, pelo que há de transgressor em tal ato. A cada dia, somos testemunhas da grande visibilidade alcançada pelo fenômeno do uso de drogas na nossa sociedade capitalista. Médicos, educadores, assistentes sociais e psicólogos, entre outros, são quase que diariamente convocados pela mídia e por outros meios para tratar dessa temática.

Com isso, mostra-se que, na história do Brasil, as ações públicas para a abordagem de usuários de substâncias psicoativas (SPA)¹ foram maciçamente propostas no âmbito da justiça sem a preocupação de estabelecer articulações com outras instâncias públicas, por exemplo, com o campo da saúde. Tal aspecto se soma a uma tendência, que infelizmente ainda se observa nos dias atuais, de indefinição e sobreposição de atribuições e responsabilidades pela implementação de ações de saúde com relação às SPA. Nesse sentido, e justamente por se tratar de um problema social, a questão se torna objeto de políticas públicas voltadas a diminuir, inibir e prevenir suas causas.

Atualmente, no cenário brasileiro, observa-se que a reflexão sobre a mudança da concepção política, técnica e científica, em relação às pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial de SPA, aponta algumas mudanças e inovações que se aproximam das discussões de promoção da saúde e estratégias intersetoriais como fundamentos indispensáveis para esses novos modelos de cuidado. Concebe-se a questão do uso prejudicial das SPA como um problema de saúde pública, que envolve toda a rede de serviços públicos e recursos comunitários, norteando uma visão ampla de assistência, onde se observam as múltiplas necessidades dos cidadãos usuários e dos serviços por esses acessados.

Sendo assim, não há dúvidas que a problemática acerca das drogas consiste hoje, aliada a outras questões, em um dos maiores fatores de marginalização social

¹ Denominação dada a quaisquer substâncias, que ajam principalmente no sistema nervoso central, alterando a função cerebral e temporariamente modificando percepção, consciência, humor e comportamento. Essa alteração pode ser provocada para fins recreacionais (de forma proposital), científicos (observação do funcionamento da mente) ou médico-farmacológicos (sob prescrição médica).

e um dos maiores obstáculos no acesso aos direitos fundamentais de considerável parcela da população mundial. Nesse aspecto, torna-se impossível conceber mudanças éticas somente a partir do cuidado em saúde, mergulhada em um contexto de políticas repressivas, que fazem apologia à guerra, à adulteração e ao crime nos territórios onde se dão a produção, circulação, o comércio e uso de drogas. Todavia, ao se pensar em promoção da saúde e autonomia, haverá uma série de revisões necessárias no âmbito da moralidade de trabalhadores e trabalhadoras consigo mesmos/as. É nesse aspecto que trilhamos um complexo caminho em relação à assistência a essas pessoas, tentando incluir, nessa trajetória de mudanças, perspectivas de ordem social, econômica e política, incorporando os diversos setores da população.

Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi analisar como os profissionais de nível superior da atenção pública à Saúde Mental (SM) do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) Primavera, no município de Cabedelo/PB, articulam movimentos junto às demais políticas sociais a partir da construção de arranjos intersetoriais para o atendimento das demandas voltadas ao tratamento do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas.

Assim, o presente trabalho se dividiu esteticamente em 04 capítulos, tendo como metodologia dois procedimentos de pesquisa para auxiliar na aproximação do objetivo pesquisado. Nos capítulos 1 e 2 utilizamos um levantamento bibliográfico como metodologia de apreensão da realidade e nos capítulos 3 e 4 a pesquisa empírica a partir da realização do grupo focal e das observações sistemáticas transcritas no diário de campo.

No capítulo 1, intitulado “A política de álcool e drogas no Brasil”, percorremos, historicamente, a partir de uma reflexão crítica, o surgimento das primeiras expressões das intervenções estatais no Brasil, do período colonial até os dias atuais. Constatamos que até a segunda metade do século XX, as políticas públicas foram instituídas atendendo aos interesses econômicos, políticos e ideológicos das potências mundiais, aliadas a uma hegemonia da ciência médica da época. Isso resultou em iniciativas no âmbito jurídico e criminal, caracterizando os consumidores como anômalos, fora da ordem produtiva social e possuidores de graves alterações de caráter. Nesse aspecto houve um fortalecimento do viés proibicionista para as políticas direcionadas a esse segmento populacional. Demonstramos também que foi a partir da redemocratização do país - juntamente com os movimentos da

Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e das políticas de prevenção à disseminação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que o Estado brasileiro ampliou essa perspectiva, elaborando políticas no âmbito da garantia dos direitos desses usuários e na perspectiva da ética na Redução de Danos (RD).

No capítulo 2, “A intersectorialidade no entorno das políticas públicas: a política de álcool e drogas como cenário”, iniciamos uma discussão sobre a concepção de intersectorialidade e o seu surgimento nas agendas das políticas públicas, apresentando uma reflexão sobre essas políticas, com foco nas sociais. Na segunda parte, contextualizamos a construção das políticas de SM, e nela atualmente inseridas, as políticas de atenção integral aos usuários de SPA. Refletimos também sobre as possibilidades e a importância da intersectorialidade para a construção de um atendimento integral no campo das políticas sociais.

Já nos capítulos 3 e 4, a partir da segunda etapa da nossa pesquisa, e partindo-se do pressuposto da importância da articulação intersectorial nas políticas sociais no âmbito da assistência aos usuários de SPA, descrevemos a pesquisa empírica realizada junto aos profissionais do CAPS AD Primavera, no município de Cabedelo/PB. O objetivo foi analisar como esses profissionais articulam, junto às demais políticas sociais do município, o seu processo de assistência às demandas que os usuários apresentam no atendimento diário nesse serviço.

Por fim, refletindo sobre as atuais políticas no âmbito das SPA e sobre os resultados que essa pesquisa gerou, nos arriscamos a construir algumas problematizações acerca do objeto pesquisado, abrindo caminhos para possíveis pesquisas futuras com a intenção de melhorar o campo assistencial a essa população. Portanto, espera-se que as próximas páginas sirvam de inspiração para os demais pesquisadores e interessados que se debruçam sobre a temática.

CAPÍTULO 1 - A POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL

1.1 Retrospectiva histórica sobre as ações de enfrentamento estatais ao uso de álcool e drogas: dos primórdios à materialização da política pública

*“Algum dia, quando a descriminalização das drogas for uma realidade, os historiadores olharão para trás e sentirão o mesmo arrepio que hoje nos produz a inquisição”
(LÁZARO apud NIVEN, 2010).*

É notório observar que antes da chegada dos europeus nas Américas, as populações locais consumiam diversas SPA tais como: cauim (bebida destilada da raiz de mandioca), tabaco das plantações de fumo, cogumelos alucinógenos, entre outras, nativas da região. Basicamente, o uso era coletivo e de ordem religiosa, sendo controlado por meio de prescrições e proibições sociais, geralmente acatadas e do autocontrole, sem a necessidade de agentes estatais para tal uso.

Porém, com a expansão das grandes navegações, a partir dos séculos XVI e XVII, foi possível a circulação de outros produtos que aguçavam o paladar, como as folhas de chá, a pimenta, o ópio da papoula, as bebidas a base de álcool etílico, o tabaco, o café, a noz-moscada e o chocolate de cacau. O consumo dessas SPA, juntamente com a sua produção e o seu comércio, alteraram os hábitos alimentares e de lazer, provocando grandes mudanças na sociedade colonial da época.

Nesse contexto, ficavam evidentes os interesses do projeto exploratório da metrópole portuguesa em terras ameríndias, visando, exclusivamente, o lucro. Projeto esse em que a comercialização de SPA tinha seu grau de importância na dimensão lucrativa “exploração-colônia”. Começam, pois, as primeiras intervenções no consumo da população:

A cachaça ou pinga, como passou a ser chamada popularizou-se entre escravos e homens livres. Com a comercialização da bebida, a coroa portuguesa chegou a proibir os alambiques de aguardente, não porque o Estado estivesse preocupado com o consumo e efeitos do uso abusivo da cachaça. A fabricação do chamado “vinho do mel” foi proibida (1649) para não concorrer com as bebidas portuguesas. (TRAD, 2010, p. 91).

No entanto, desde essa época, as medidas proibitivas não logravam êxito. Sendo assim, o Estado optou por liberar a venda da aguardente para diversos fins, a exemplo de pagar salários dos professores da colônia ou até mesmo para ajudar na reconstrução de Lisboa.

Outra substância psicoativa que gerou problemas com a coroa portuguesa foi o ópio. No entanto, a partir de uma petição feita ao Rei pelos comerciantes da colônia, relatando os prejuízos comerciais, essa substância voltou a ser comercializada legalmente. Porém, um edital da Câmara de São Paulo, publicado em 09 de fevereiro de 1737, autorizou apenas médicos, boticários e cirurgiões a vender, em seus estabelecimentos, substâncias como o ópio, a escamônea e os rosalgar vermelho, branco e amarelo.

Diante desse impasse da colônia em relação à livre comercialização de algumas substâncias, novamente, comerciantes que se sentiam prejudicados pela proibição representaram ao Rei D. João V, o qual, em ordem real de 24 de abril de 1738, ordenou a capitania de São Paulo que corresse livre o comércio dessas drogas e gêneros, fazendo com que várias SPA voltassem ao livre mercado em terras nacionais. Nota-se que essas primeiras intervenções estatais “[...] sobre a produção e venda de álcool e outras drogas atendiam mais a necessidade de controle do lucro do que de manutenção da moral, ordem ou sobriedade na colônia” (TRAD, 2010, p. 92).

Nessa mesma época, na cidade do Rio de Janeiro e em regiões do estado de Minas Gerais, os escravos que excediam no consumo de cachaça eram tratados com bastante rigor, com o objetivo de que cessassem a ingestão de álcool e, assim, que o sistema de produção escravista se mantivesse em funcionamento. As formas encontradas pelos senhores de escravos eram as mais variadas possíveis, recorrendo a diversos tipos de máscaras de ferro para impedir que os escravos ingerissem qualquer tipo de líquido. “A ordem escravista era mantida pelo grotesco de uma máscara que evitava o alcoolismo do escravo e consequentemente o hábito de furtar para a compra de álcool [...]” (MORAES, 2009, p. 1).

A cronista francesa Adèle Toussaint-Samson, se declara estarrecida com a brutalidade empregada, nessa época, aos escravos, para conter o abuso no consumo de bebidas alcoólicas:

Mal conseguira acalmar-me e alguns passos adiante encontrava um pobre negro usando uma máscara de ferro; era ainda dessa maneira que se punia a bebedeira no escravo há doze ou quinze anos. Os que bebiam eram condenados a usar uma máscara de ferro, que era presa atrás da cabeça com a ajuda de um cadeado e era retirada apenas na hora das refeições. Não se pode imaginar a impressão que causava aqueles homens com cabeça de ferro! Era assustador! Imagine que suplício sob aquele calor tropical! (TOUSSAINT-SAMSON, 2003, p. 98 apud TRAD, 2010, p. 93).

Figura 1 - O escravo punido



Fonte: Debret (apud FARIAS, 2009).

Outra substância de destaque que teve sanções estatais, na época colonial, foi a maconha. Tal matéria-prima poderia ser encontrada facilmente nas sombras dos cultivos dos latifúndios de cana-de-açúcar existentes no Brasil. Planta originária dos continentes africanos e asiáticos, a maconha foi trazida a terras brasileiras por escravos oriundos de Angola e de outras regiões da África. Com o passar do tempo, fumar maconha na colônia foi se tornando um ritual popular nas zonas rurais do nordeste e do norte, o que era feito por escravos, ex-escravos, camponeses e soldados.

Para a coroa portuguesa, pelo menos nesse primeiro momento, o cultivo da planta também fazia parte do projeto econômico colonizador.

Aos 4 de agosto de 1785, o vice-rei [...] enviava carta ao Capitão General e Governador da capitania de São Paulo [...] recomendando o plantio de cânhamo por ser de interesse da metrópole [...] remetia o porto de Santos [...] dezesseis sacas com 39 alques de semente de maconha (FONSECA, 1980 apud CARLINI, 2005, p. 2).

Esse incentivo tinha por finalidade a produção de cânhamo², excelente matéria-prima para a fabricação das cordas e velas dos navios portugueses. Porém, em 1930, período de conflitos regionais e revoltas dos escravos, o município do Rio de Janeiro publicou um edital de proibição da venda e consumo de maconha em lugares públicos. Tal medida representava o temor dos senhores e das elites políticas por uma rebelião da população escrava, já que, nesse período, essa se encontrava em maior número do que a população livre e se comportava com irreverência nas ruas da cidade.

Apesar desse decreto de lei proibitivo, a maconha continuou sendo cultivada para fins medicinais em lugares previamente autorizados, a exemplo dos jardins do Palácio Imperial do Rio de Janeiro. Desse modo, em algumas regiões do Brasil, a plantação de maconha continuou sendo realizada para a produção de cordas marítimas. A seguir, apresentamos um quadro que contextualiza essa realidade:

Quadro 1 - Legislação sobre as substâncias psicoativas: da Colônia até o Império

Decreto	Ano	Período	Observações	Implicações para os usuários
			Tipo de controle, substância, penalidades.	
<i>Rentas del Anfión</i>		Colônia	Excetuando os jesuítas, os especialistas não davam muito atenção às plantas nativas. Optava-se pela importância de medicamentos europeus, que muitas vezes já chegavam deteriorados ou vencidos.	
		Colônia	Proibida a venda de tabaco sem pagamento de impostos. Ocorria com frequência o contrabando, e as estratégias eram semelhantes às realizadas com as chamadas drogas ilegais como maconha e cocaína na atualidade.	
	1649	Colônia	Proibição dos alambiques para produção de cachaça.	
<i>Ordenações Filipinas</i>	1737	Colônia	Edital da Câmara da cidade contendo interdições para aqueles que não fossem médicos, boticários ou cirurgiões e vendessem em seus estabelecimentos substâncias venenosas como o ópio.	
	1738	Colônia	Revogação do edital - pressões dos comerciantes da colônia sobre o rei de Portugal, por se sentirem prejudicados economicamente. Restaurado o livre comércio.	
	1830	Império	Proibida a venda Maconha em lugares públicos da cidade do Rio de Janeiro.	Contraventores: Multa de 20\$000; Usuários: 03 dias de prisão.
	1876		Proibida a venda, o uso e a conservação de maconha em lugares públicos da cidade de Campinas.	

Fonte: Adaptado de Trad (2010).

² É o nome da fibra que se obtém da planta da maconha, que tem, entre outros, usos têxteis. Além de tecidos, é utilizado na fabricação de papel, cordas, alimentos (principalmente forragem animal), óleos, resinas e combustíveis.

Dessa forma, não se percebe uma preocupação mais constante, nos documentos pesquisados sobre o consumo de SPA no Brasil. Esse fato não exigiu medidas mais complexas e abrangentes por parte do aparato estatal, ou seja, o problema do consumo das substâncias e a sua dependência não eram considerados como alarmantes para a sociedade ou para os governantes dessa época.

Pode-se dizer que, apenas no final do século XIX, as representações sociais sobre o uso das SPA no Brasil foram se transformando de forma substancial. É necessário frisar que, no plano internacional, a partir desse século, os interesses ideológicos, políticos e econômicos da Revolução Industrial acabaram por estimular uma crescente visão sobre as SPA de forma criminalizante. Ou seja, a ideia de se construir uma sociedade apta e perfeita para o trabalho em série, estigmatizava os usuários de SPA, entrando esses em desacordo com a ordem social.

Estabeleceram-se técnicas e disciplinas da produção em série, da linha de montagem, exigindo habilidades relativas à normatização do operário. Sendo assim, o lema “Ordem e Progresso” não era vazio, e o Estado, alicerçado na influência econômica das potências industriais - como os Estados Unidos e a Inglaterra - e nos “genuínos conceitos médicos”, interferia na vida privada, na pretensão de salvar almas e corpos, com ou sem consentimento do possível beneficiado.

Durante boa parte do século XIX, o Estado brasileiro reproduziu um modelo clássico de abordagem aos usuários de SPA, interferindo pouco no seu uso. A esse usuário, no campo da legislação estatal, concebeu-se que apenas a embriaguez alcoólica em público era punida com prisão. Já as demais SPA eram categorizadas como veneno, não existindo leis para os seus diferentes tipos e podendo ser adquiridas apenas em estabelecimentos autorizados pelo governo para fins medicinais.

Até a metade do século XIX, o problema das drogas e a dependência não eram considerados como alarmantes para a sociedade ou o estado brasileiro. A própria imprensa relatava as propriedades de cura de enfermidades pelo consumo de bebidas alcoólicas, inclusive em crianças (FONSECA, 1994 apud TRAD, 2010, p. 97).

Nesse sentido, é importante destacar que a medicina começa fortemente a desempenhar um papel central na influência das primeiras iniciativas públicas de interferência no uso e no comércio das SPA. Dessa forma, a ciência médica almejou

interferir nas esferas jurídica e educacional (intelectual, física e sexual), servindo de instrumento de influência no uso e no comércio de certas substâncias.

Assim, enquanto a doutrinação médica da época permanecia envolvida na geração de definições oficiais da realidade, estabelecendo a natureza das teorias causais sobre o uso abusivo do consumo, o Estado se responsabilizava por interferências em tais fenômenos. Os discursos dos denominados médicos sociais da época, visavam organizar, disciplinar e normatizar a sociedade, buscando a salubridade do espaço urbano.

Não existiam leis específicas sobre a maioria das substâncias da época e, nessa lacuna do Estado perante o consumo, vários jornais exibiam anúncios (conforme demonstrado abaixo) sobre as possibilidades medicinais de algumas substâncias, entre elas a maconha.

Segue abaixo um anúncio de um jornal brasileiro sobre cigarros de maconha produzidos por uma farmácia em Paris no ano de 1885.

Figura 2 - Propaganda antiga de cigarro de maconha



Fonte: Fatos e curiosidades sobre *cannabis*... (2012).

Dessa forma, a medicina não poderia estar ausente das câmaras municipais, pois tinha total interesse de participar de uma ordem institucional. Essa ciência estabelecia uma influência política, organização e adesão dos governantes para a manutenção e elevação da governabilidade, sobretudo nos períodos de crise. O interesse era contribuir para uma forma de hierarquização da sociedade, exigindo o monopólio do saber e das ações relativas à saúde e à doença.

Sendo assim, tal ciência, baseava-se em doutrinações morais (relativas às regularidades de horários, à disciplina sexual, aos hábitos alimentares, etc.) e ideológicas (concernentes à obediência e ao comprometimento para com a pátria, o trabalho e o processo industrial e financeiro do país). Foi construído, assim, um intercâmbio entre a profissão médica e o Estado, consolidando o monopólio médico das atividades relativas à saúde e à doença, interferindo nas políticas públicas.

Adiante, situando as iniciativas do Estado a partir do século XX, poderemos afirmar que a questão do uso abusivo das SPA foi pensada pelos formuladores das legislações estatais no imediatismo dos preconceitos, sem uma análise profunda do fenômeno. São discursos moralistas e alarmistas que contribuíram para ocultar as reais dimensões psicológicas, sociais, políticas e econômicas envolvendo as SPA.

Assim, nessa direção, tentaremos identificar quais foram os fatores que contribuíram para o surgimento de incursões estatais sobre os usuários de SPA, realçando como o poder público se apropriou dessa temática no Brasil. No entanto, salientamos que a escassez de informações a respeito da dimensão do uso prejudicial na primeira metade do século XX, dificultará uma descrição mais apurada sobre o estabelecimento de medidas estatais para essa questão.

Podemos dizer que, no início do século XX, essa apropriação ocorreu no campo da segurança pública, embora, para que isso se concretizasse, foram necessários argumentos subordinados à medicina da época que, por sua vez, obedecia ao regime econômico de organização social vigente nesse período.

Ainda nas primeiras décadas do século XX encontramos uma publicação médica que traz um exemplo dessas incursões nas áreas jurídica, policial e moral. Pernambuco Filho e Adauto Botelho - médicos do Sanatório Botafogo e professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, considerados especialistas da época - publicaram, em 1924, a obra mais importante do período sobre o tema, intitulada “Vícios Sociais e Elegantes”. As abordagens desses dois autores não se baseavam apenas na medicina, mas tinham o objetivo de contribuir para a instituição de leis mais severas contra o uso e comércio de certas SPA.

As recomendações desses médicos afirmavam seus interesses no sentido de contribuir para a visão de que o usuário de SPA é psicologicamente anômalo e moralmente pervertido. Esse já seria deficiente em relação à sua afetividade, moralidade, ética e iniciativa. O perigo e a perversão estão sempre associados ao próprio indivíduo que consome as SPA, as quais, por sua vez, são relacionadas,

efetiva ou simbolicamente, aos comunistas, judeus, alemães, às camadas populares e aos comportamentos desviantes.

Sem esta contenção dos viciados, a luta contra a difusão dos tóxicos, será quase utópica, porque são eles os grandes disseminadores do vício, pela propaganda que fazem e por serem eles próprios fornecedores, grande número de vezes. - Sabemos de médicos, judeus da medicina, que vendem a sua honra profissional pelo lucro que lhes advém em dar receitas, ou mesmo em fornecer drogas aos viciados (PERNAMBUCO; BOTELHO, 1924, p. 154-155 apud MORAIS, 2005, p. 181).

Pernambuco e Botelho (1924) atestam ainda que a solução para a dependência química só poderá existir em torno de uma legislação jurídico-criminal severa. Para esses médicos, a legislação jurídico-criminal e suas conseqüentes ações policiais são os instrumentos que efetivamente precisam ser explorados para controlar o problema.

Nesse período, os médicos permaneciam envolvidos na geração de definições oficiais da realidade. Essa ciência era autorizada a produzir um discurso sobre a realidade social universalmente válido em que habitava o monopólio da perícia e de sua própria legitimação.

Em outras publicações médicas da época, fica clara a defesa da esterilização a fim de se conter comportamentos supostamente destituídos de moralidade. Nesse sentido, sobre a utilização de SPA, tinha-se esse mesmo interesse de higienização da sociedade.

Leis norte-americanas para esterilização de “degenerados” foram freqüentemente elogiadas em revistas de medicina acadêmica brasileira. Em 1916, na *Revista Syniátrica* há um artigo afirmando ser necessário impedir a reprodução em indivíduos doentes e perigosos. Tuberculosos, doentes mentais, epiléticos, imbecis, paralíticos, alcoólicos crônicos e delinqüentes não poderiam procriar (MORAIS, 2005, p. 177).

No campo do uso das SPA, foi criada, a partir desse aparato ideológico, uma categoria criminal para esses usuários, sendo fornecida base “científica” para os perigos e as ameaças à ordem social que esse consumo representava.

À concepção moral do fenômeno das drogas, somou-se o discurso médico, supostamente neutro e científico, contribuindo para que os

aspectos socioeconômicos, étnicos, morais ou políticos presentes nas intervenções se tornassem mais difusos e menos evidentes. Esse contexto cultural contribuiu para a consolidação de uma política proibicionista, pois se as drogas eram perigosas, era necessário proibi-las (MACHADO, 2006, p. 29).

Observa-se que tais ideais da ciência médica eram colocados enquanto neutros e desinteressadas, mesmo se alinhando às metas político-econômicas. Ou seja, nesse período, a associação entre eugenia, nação e trabalho era uma das características do discurso médico.

Para muitos autores da área médica dessa época, os toxicômanos formavam uma verdadeira raça intelectual à parte, constituindo-se como indivíduos anômalos com evidentes alterações de caráter e de vontade. Deliberadamente, há uma associação da periculosidade do uso de SPA a certos grupos sociais do período, sendo pertencentes quase sempre à periferia e destituídos das altas classes e elites da época.

Dessa forma, todo esforço estatal existente, situava-se nos campos da legislação e repressão policial, que se constituíam como medidas preventivas e resolutivas para a problemática. A repressão policial era de muita utilidade, pois, para uma profilaxia das toxicomanias, era imprescindível o auxílio de leis coercitivas e vigorosas que evitassem o comércio industrial das substâncias perigosas e que punissem os já viciados que, por si só, já eram perigosos para a sociedade (PERNAMBUCO; BOTELHO, 1924).

Esses autores também fazem referência em seus artigos ao Decreto n. 4.294 de 1921, em vigor na época, que para eles cumpria a missão legislativa almejada. Tal Decreto (BRASIL, 1921) trazia a seguinte indicação:

- “O comércio de substância entorpecente (ópio e seus derivados, cocaína e seus derivados) era punido com prisão de 1 a 4 anos e multa de 500\$ a 1:000\$”.

Nos artigos 2º e 3º, têm-se as punições aos que faziam uso abusivo:

Art. 2º: apresentar-se publicamente em estado de embriaguez que cause escândalo, desordem ou ponha em risco a segurança própria ou alheia. Pena: multa de 20\$ a 200\$. O dobro em cada reincidência. Art. 3º: embriagar-se por habito, de tal modo que por actos inequívocos se torne nocivo ou perigoso a Si próprio, a outrem, ou à ordem pública. Pena: internação por três meses a um ano em estabelecimento correccional adequado (BRASIL, 1921).

Como correção a esses “desviantes” consumistas de SPA, o estabelecimento adequado correccional consistia em um setor dos sanatórios destinado aos “internados judiciários” e outro aos “internados voluntários”. Os internados recebiam atendimento médico e se submetiam a um regime de trabalho imposto, com prescrição médica.

Em 1922, recursos estatais foram empregados para a criação de um pavilhão na colônia dos alienados, no Engenho de Dentro³, para a internação de toxicômanos do sexo feminino.

Nessa mesma década, o sistema policial sofreu algumas alterações, sendo implantada a inspetoria de entorpecentes e mistificações, estabelecendo o uso abusivo de SPA enquanto uma disciplina da Escola de Polícia. Em 1924, criou-se uma delegacia especializada na repressão ao comércio ilícito de entorpecentes. Os usuários e vendedores das SPA passaram a frequentar os Tribunais de Justiça, nos quais médicos e psiquiatras afirmavam o ideário eugênico e exigiam novas capturas.

Policiais e psiquiatras passam a trabalhar em conjunto, punindo o crime, internando os doentes e pressionando o governo para construir de um sanatório para toxicômanos que “nunca” foi construído (ADIALA, 1986, p. 74-82 apud Moraes, 2005, p. 185).

Foi também nesses primeiros anos do século XX que se iniciou o processo de deterioração das condições de vida nos grandes centros urbanos brasileiros. Esse fato contribuiu significativamente para que as camadas mais pobres da população se tornassem marginalizadas, tendo poucas chances de obter empregos satisfatórios e ficando mais vulneráveis ao uso prejudicial de SPA. Dessa forma, iniciou-se uma concepção de que o uso de SPA, aliado a um meio social fragilizado, era a causa da desorganização social e moral da sociedade, necessitando-se, portanto, haver a eliminação desses usuários.

Assim, tomamos como base de pesquisa, nessa primeira metade do século XX, dois acontecimentos históricos que ocorreram influências internacionais: a revolução industrial, enquanto propulsora de transformação dos costumes sociais, e a consolidação da aliança entre a medicina psiquiátrica e o Estado. Diante desses

³ Hospital Psiquiátrico criado em meados do século XIX, no estado do Rio de Janeiro.

acontecimentos, também faremos referência ao primeiro modelo republicano adotado, sendo seguido pelo regime ditatorial de Getúlio Vargas em anos posteriores. Com essas transformações, o campo das intervenções estatais em relação às SPA sofreu mudanças significativas na sociedade brasileira.

No fim do século XIX, com a Proclamação da República (1889), a ideologia republicana se articulou aos padrões universais irradiados pela Inglaterra, França e pelos Estados Unidos. Contudo, no Brasil, o ideal de felicidade, baseado no igualitarismo civil e respeito aos interesses e direitos individuais, era algo visivelmente distante dos estratos sociais mais pobres. Houve um desenvolvimento das forças produtivas e, paralelamente, uma expansão da desigualdade, miséria e pobreza. Dessa forma,

[...] no afã do esforço modernizador, as novas elites se empenhavam em reduzir a complexa realidade social brasileira, singularizada pelas mazelas herdadas do colonialismo e da escravidão, ao ajustamento em conformidade com padrões abstratos de gestão social hauridos de modelos europeus ou norte-americanos [...]. Era como se a instauração do novo regime implicasse pelo mesmo ato o cancelamento de toda a herança do passado histórico do país e pela mera reforma institucional ele tivesse fixado um nexos co-extensivo com a cultura e a sociedade das potências industrializadas (SEVCENKO, 1998, p. 27 apud TRAD, 2010, p. 99-100).

Com a revolução industrial, a transformação social das elites no poder foi inevitável. Assim, houve uma

[...] reordenação da dominação burguesa e, conseqüentemente, das relações dessa classe com as demais, com o Estado, com as grandes corporações e as nações centrais, com as quais os laços foram estreitados (IAMAMOTO, 2000, p. 80).

Iamamoto (2000) afirma ainda que no mesmo período se verificou uma ampliação da miséria absoluta e relativa de camadas expressivas da população brasileira, reduzindo o padrão de vida dos assalariados e, produzindo, assim, contradições ainda mais complexas.

Autores como Netto (1992) e Abreu (2002) também assinalam que nesse período ocorreram modificações na organização social brasileira, tendo por consequência um reordenamento de elementos centrais do sistema produtivo. Nesse aspecto, o Estado se tornou uma estratégia indispensável para a formação de

um novo tipo humano com qualidades morais adequadas à nova ordem do processo produtivo.

Já Coutinho (2005) reforça essa ideia ao afirmar que a modernização econômico-social no Brasil seguiu uma “via prussiana”, ou “revolução passiva”, pois as transformações ocorridas não decorreram de revoluções, mas de conciliação entre os grupos dominantes, sendo realizadas “de cima para baixo”.

Nesse contexto, surgiu uma reorganização racional do trabalho que contribuiu para uma sociedade mais materialista e normatizadora, consumidora de produtos e serviços, entre eles as SPA, em maior número e variedade. Foram tempos de surgimento de outros grupos sociais, com novos costumes e modos de uso das SPA, exigindo novas formas de controle social.

Assim, em nosso país, começam a se revelar outras maneiras, de maior ou menor tolerância, para se lidar com o uso de SPA, tendo como influência algumas legislações internacionais. Nesse período, alguns países já haviam desencadeado verdadeiras cruzadas em relação a determinadas substâncias de consumo. É importante também destacar que as conferências internacionais lideradas pelos Estados Unidos - a exemplo da Conferência Internacional de Shagay (1909) e a da Conferência de Haya (1911), destinadas ao combate das SPA -, repercutiram diretamente sobre os formadores de opiniões na sociedade brasileira. Nesse aspecto, os profissionais da área médica e cientistas de áreas afins influenciaram diretamente em projetos, leis e ações estatais nesse âmbito. A ideia era evocar o positivismo científico para empreender o bem-estar e os valores morais concernentes à sociedade burguesa.

Em 1912, foi promulgada a primeira lei sobre drogas do século XX, a lei norte-americana Harrison, proibindo a comercialização de ópio e dos seus derivados, cocaína e éter.

Já no Brasil, em 1914, estabelece-se a primeira legislação republicana sobre as SPA. Essa legislação relacionava, por exemplo, o ópio e os seus derivados, a cocaína e o éter, como “venenos”, que deveriam ser controlados pelas farmácias. Fica evidente, pois, a influência internacional na primeira lei brasileira. Nessa época, o presidente Wenceslau Braz considerou que a medida era uma resposta aos reclames da sociedade. No entanto, essa recaía especificamente na preocupação de que jovens das elites brasileiras aderissem aos costumes vindos da Europa, de utilização dessas substâncias.

Com o avanço do regime republicano, houve uma legitimação e institucionalização da medicina psiquiátrica, propiciando novas visões e novos conceitos sobre o homem racional e civilizado, reconhecendo a aptidão ao trabalho como referência de inserção do cidadão na sociedade.

Com os médicos assumindo a administração e o controle das ações nas instituições públicas de saúde, a função era identificar o “desvio” contido em atos, hábitos, comportamentos e crenças, revelando, a partir desses parâmetros, a inferioridade de alguns grupos.

[...] populações negras, pobres e/ou de baixa escolaridade terminavam preenchendo os requisitos e sendo reconhecidas como segmentos sociais primitivos, inferiores e perigosos [...] Manifestações típicas da população afro-descendente, o samba, a capoeira, o candomblé e a maconha, foram proibidos sob a argumentação de que eram comportamentos primitivos que deveriam ser extintos (FRY, 1978 apud TRAD, 2010, p. 105).

Nessa conjuntura, as políticas públicas, juntamente com as reformas urbanas, refletiam o distanciamento entre o Estado e o cidadão comum, não levando em consideração o arranjo sociocultural construído pelos grupos de descendência africana ou de emigrantes oriundos de regiões mais pobres.

Dessa forma, as políticas públicas expressam as relações, os conflitos e as contradições resultantes da desigualdade estrutural inerente ao sistema capitalista. Os interesses não são neutros, sendo as intervenções estatais condicionadas ao contexto histórico em que emergem (YAZBEK, s/d).

Com o golpe de 1930 e a entrada de Getúlio Vargas no poder, o Brasil incorporou definitivamente as medidas proibitivas das convenções internacionais. Foi um período em que as principais leis e diretrizes brasileiras foram criadas, onde a manutenção dos princípios médico jurídicos reforçavam o caráter intervencionista e pouco participativo da sociedade civil na legislação brasileira sobre as SPA.

Durante o longo período em que esteve no poder⁴, Vargas inaugurou uma nova forma de atuação política, baseada no populismo nacionalista e no

⁴ Enquanto permaneceu no poder, Vargas foi chefe de um governo provisório (1930-1934), presidente eleito pelo voto indireto (1934-1937) e ditador (1937-1945). Seu governo foi marcado por diversas mudanças, tanto no aspecto social quanto no econômico.

intervencionismo do Estado no âmbito da sociedade civil. Para Bulla (2003), o Estado foi se tornando o principal instrumento de acumulação capitalista, utilizando para isso mecanismos como a centralização política e administrativa e o controle da população, principalmente da massa trabalhadora, utilizando técnicas de propaganda, coesão social e assistência.

[...] o Estado tornou-se o centro máximo das decisões, passando a impor, quase que unilateralmente, as novas vantagens sociais, sem maior participação da sociedade brasileira. Esse Estado se arrogava a prerrogativa de conceder os benefícios sociais, dentro de uma política de *harmonia e de paz social*. (BULLA, 2003, p. 7, grifo nosso).

Nesse sentido, no campo das intervenções em relação às SPA, inaugurou-se uma nova fase de abordagem no Brasil, estabelecendo a fixação de normas para a fiscalização da produção, oferta, venda e compra e para a repressão do tráfico. Já em 1934, foi instituído o Decreto Lei nº 24.505, que substituiu o Decreto de 1921 e consolidou a criminalização do uso e comércio das SPA. Foi instituída uma lista de entorpecentes e o ato de induzir o uso também foi inserido na gravidade penal da venda.

A implantação do Estado Novo permitiu que o Estado brasileiro assumisse, no campo das SPA, características intervencionistas de controle normatizador. Nesse período, foi criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), mantendo princípios liberais diante de algumas substâncias como álcool, tabaco e derivados do ópio.

Foi nesse contexto que a utilização de SPA passou a ser considerada uma doença de notificação compulsória, como uma enfermidade transmissível e muitas vezes contagiosa. Porém, as medidas necessárias para atender a demanda e a prevenção não se efetivaram. Nesse aspecto, é importante observar que a preocupação do Estado brasileiro, até então, era de apenas criminalizar o usuário de SPA e, na melhor das hipóteses, considerá-lo como um enfermo, destituído de capacidades laborativas e de inserção na sociedade.

Segundo Romani (2004 apud TRAD, 2010), toda intervenção se baseou na forma higienista e sanitária, utilizando-se do paradigma da enfermidade contagiosa, individualizando as enfermidades, estigmatizando os enfermos e lhes atribuindo características de pessoas contaminadas. Delgado (1992) aponta para a

consolidação da estrutura manicomial do Estado na era Vargas como parte de um projeto reformista.

O que se tinha era a tutela do Estado e o monopólio da medicina. Havia a eleição de substâncias que eram mais toleradas e outras proibidas.

Uma das consequências dessa lógica [...] foi a abertura de novas vias de distribuição para os derivados de ópio e bebidas alcoólicas. Nas décadas que se seguiram, a indústria farmacêutica e os médicos conquistaram novos adeptos de opiáceos sintéticos, como os sedativos, medicamentos que se tornaram símbolo do uso de drogas entre as mulheres (ROMO, 2005 apud TRAD, 2010, p. 110-111).

De maneira geral, durante esse meio século, as medidas adotadas com relação aos usuários abusivos de SPA foram propostas no âmbito da justiça penal, em decorrência de um aparato legislativo que criminalizava as várias condutas associadas à produção, ao comércio e ao uso.

Nesse sentido,

[...] foram adotadas medidas governamentais, sobretudo no campo legislativo, para o estabelecimento de medidas de controle do uso de álcool e outras drogas. A manutenção da ordem social e a preservação das condições de saúde e de segurança da população brasileira serviram como justificativas para o estabelecimento desse contexto. O saber jurídico e o saber psiquiátrico forneceram as bases técnico-científicas necessárias à elaboração e a legitimação dessas medidas [...] (MACHADO, 2006, p. 36).

Diante dessas referências, constatamos que a criminalização do uso de SPA foi promovida pela medicina no início do século XX. Essa visão corrobora com a forma policialesca e moralista que a medicina “possuía” nesse período, constituindo-se enquanto uma liderança nas influências perante o Estado para a construção e implementação de leis mais rígidas.

Dessa forma, existia nessa época todo um cenário que influenciava as políticas repressivas no Brasil, como forma de conter e criminalizar o uso de SPA. Percebe-se que essa visão médica, que tanto influenciou posturas estatais em relação ao consumo de SPA, encontrou, como substrato e alicerce, um ambiente social favorável.

A seguir, organizamos um quadro demonstrativo da legislação sobre as SPA que surgiram desde o século XIX até as primeiras décadas do século XX.

Quadro 2 - Legislação sobre as substâncias psicoativas: do século XIX até as primeiras décadas do século XX

Ano	Decreto/Lei	Características e implicações para os usuários
1914	2.861	Inspirada na convenção de Haia, 1912, aprova medidas que tentam impedir o uso crescente do ópio, da morfina e derivados e cocaína.
1921	4.294 14.969	Ratificação da convenção de Haia 1921 Comissão de médicos, juristas e autoridades policiais (Juliano Moreira, Carlos Chagas, Pernambuco Filho). Pena de prisão para quem vender ópio ou cocaína; e internação compulsória para o hábito da embriaguez. Primeira tipificação jurídica do toxicômano. Institui a os sanatórios para o internamento de toxicômanos, requerido pela família, juiz ou o pelo próprio usuário.
1932	30.939	O porte de qualquer substância considerada entorpecente passa a ser passível de prisão e internamento por tempo indeterminado.
1938	891	Estabelece a mesma pena de prisão para o porte, uso ou venda de drogas, independente da quantidade. Pela primeira vez a toxicomania é considerada como uma doença de notificação obrigatória, com o mesmo status de doença infecciosa. Aprovada a Fiscalização de Entorpecentes. Listas das substâncias entorpecentes/ produção, tráfico e consumo/Internação e tratamento.
1940	891	Texto inspirado na Convenção de Genebra trata da internação e interdição civil dos - toxicômanos. Relaciona às substâncias consideradas entorpecentes e cria normas restritivas de produção, tráfico e consumo.
1941	3.114	Aprovada a criação da CNFE, alterado pelo Decreto Lei nº 8.647.
1942	4.720	Fixou as normas gerais para cultivo de plantas entorpecentes e para extração, transformação e purificação de seus princípios ativos terapêuticos.
1946	8.647	CNFE - Atribuições de estudar e fixar normas gerais sobre fiscalização e repressão em matéria de entorpecentes, bem como consolidar as normas dispersas a respeito.

Fonte: Adaptado de Trad (2010).

Em meados da década de 1960, um movimento armado, apoiado pelas elites conservadoras da sociedade civil e das forças armadas nacionais, depôs o então presidente da república, João Goulart, iniciando um período de ditadura militar que perdurou por 21 anos. Goulart, herdeiro político de Getúlio Vargas, foi acusado de tentar transformar o Brasil em uma nação comunista (TRAD, 2010). Os militares, como primeira tarefa, trataram de eliminar e/ou diluir as organizações populares que atuavam na linha reformista (BRUM, 2000). Sendo assim, nesse período, constantemente, foram violados princípios fundamentais da democracia, excluindo-se politicamente a sociedade por meio do exercício de um controle vertical do Estado sobre essa (BRUM, 2000).

Economicamente, o golpe de 1964 representou a aliança da burguesia industrial e financeira com o capital mercantil, os latifundiários e a força coercitiva dos militares (SANTOS; NETO, 2010). Como consequência, toda a política econômica contemplava a lógica do capital, ou seja, se constituía numa tecnocracia,

segundo Brum (2000), visando o crescimento global da economia em detrimento das demandas sociais postas pela população.

Em termos sociais,

[...] o Brasil, sob certos aspectos, caminhou na contramão da história do desenvolvimento humano [...] em vez de avançar no sentido da construção da cidadania e da nação, ampliou a massa dos marginalizados, despossuídos e excluídos (BRUM, 2000, p. 354).

Nesse período, no plano internacional, o mundo estava dividido em dois blocos, um comandado pelos Estados Unidos e o outro pela União Soviética. Isso se caracterizava pela divisão polarizada entre capitalismo e socialismo, situando frente a frente dois sistemas sócio-econômico-político-ideológico distintos, forçando a maioria dos países a subordinar-se a uma ou outra dessas superpotências (BRUM, 2000). Sendo assim, os militares brasileiros da época acreditavam que sua principal missão era impedir que o país se tornasse uma nação comunista, afastando as organizações populares reformistas.

Em relação às políticas sobre as drogas⁵, no plano internacional, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), teve-se a possibilidade de um organismo internacional controlar o uso das SPA. E, justamente pela sua natureza multilateral, esse espaço se constituiu enquanto um dos territórios por onde se expressaram posições dissonantes nessa área (LIMA, 2009).

Dessa forma, na década de 1960, após a convenção única da ONU, consagrou-se a tendência política proibicionista em todo o mundo. Nesse quadro, os Estados Unidos, em 1972, instituiu a ideia de combate rígido e militarizado ao tráfico e uso de todas as SPA, em todo o território internacional.

Em sua gestão (1970-1973), o presidente norte americano Richard Nixon declarou publicamente que a droga seria o inimigo número um do país (LIMA, 2009). Esse mesmo presidente, no Congresso de 1971 da ONU, proferiu: “o problema das drogas atingiu dimensões de emergência nacional que aflige o corpo e alma da

⁵ Num contexto legal e no sentido corrente (fixado depois de quase um século de repressão ao consumo) o termo “droga” refere-se, geralmente, às SPA e, em particular, às drogas ilícitas ou àquelas cujo uso é regulado por lei, por provocarem alterações do estado de consciência do indivíduo. Optamos aqui na preferência de usar o termo substância psicoativa na maioria das vezes, devido à conotação negativa que o termo droga carrega na sociedade.

América” (OLMO, 1999, p. 42 apud LIMA, 2009, p. 246). Tal declaração justificou, por exemplo, a instalação por parte do governo americano de bases militares em países da América Latina, nos anos 80 e 90 (TEIXEIRA, 2012).

No Brasil, sob a égide da influência norte-americana, o governo militar passou a construir um modelo repressivo centrado na eliminação do inimigo. No âmbito político, seriam os comunistas, e no âmbito criminal, seriam, entre outros, os usuários de drogas (BATISTA, 1985). O Estado, na tentativa de desestabilizar os setores clandestinos que se opunham aos militares no poder, associava o tráfico e o consumo de drogas a subversão política, intensificando a repressão contra o seu uso (TRAD, 2010).

Note-se que, antes da década de 1960, o consumo de SPA era associado à loucura, doença e criminalidade. Já nos tempos da ditadura militar, as drogas eram constantemente associadas à juventude, atribuindo novos significados ao imaginário social, como a delinquência juvenil e a alienação político-social (OLMO, 1990). Nesse contexto, ganha força uma sistematização em torno dos binômios dependência-tratamento e tráfico-repressão, reforçando os estereótipos do consumidor-doente e do traficante-delinquente (CARVALHO apud PETUCO, 2011, p. 22).

Consolidava-se efetivamente o proibicionismo no Brasil. Apesar de conceder mais ênfase na substância, as evidências apontam que as restrições ao consumo refletiam a intolerância frente às diferenças socioculturais. Na prática, o consumidor era privado da liberdade e capacidade de escolha ou vontade, sujeito a um controle muito forte por parte do Estado.

No plano jurídico-legal, foram determinadas substâncias que causam “dependência física ou psíquica”, objetivando a penalização, a fiscalização e o controle. Mantinham-se as imprecisões e distorções conceituais. Não se tinha a definição entre posse e consumo, contribuindo para múltiplas sentenças que condenavam à prisão possíveis consumidores.

Em 1971, a Lei nº 5726 introduziu mudanças significativas no campo da drogadição. O usuário passou a ser considerado como um doente, sendo os hospitais psiquiátricos lócus privilegiados de tratamento, tendo como objetivo salvar e recuperar, ultrapassando, nesse sentido, os limites da punição.

Primeiramente ao surgir no cenário jurídico-penal de 1971 como um complemento às ações de repressão e prevenção ao uso de drogas, servindo para o emparelhamento do judiciário através da absorção de sua tecnologia. Segundo, ao se apresentar como alternativa institucional no destino desta classe de excluídos, implicando a psiquiatrização dos procedimentos de controle do uso de drogas em nossa sociedade (BITTENCOURT, 1986 apud MACHADO, 2006, p 38).

Assim, a psiquiatria torna-se aliada da repressão militar, na hegemonia de postular o destino dessa classe de excluídos, favorecendo o controle e a normatização da sociedade brasileira da época.

Já em 1976, foi promulgada a Lei nº 6.368, que reforçou a tendência de abordar o abuso e a dependência das substâncias no campo médico-psiquiátrico. Nesse momento, surgem nas leis estatais propostas assistenciais de ordem pública. Propostas de criação de estabelecimentos especializados para o tratamento de dependentes químicos (termo que surgiu na época, no lugar da denominação de viciados), de realização de tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar, bem como da indicação do tratamento como medida compulsória.

A Lei nº 6.368 definiu medidas para o setor da saúde pública. No artigo 9º do capítulo 2, estabeleceu atribuições para o sistema de saúde e para o ministério da previdência e assistência social, responsáveis pela assistência médica no país⁶.

Autores como Siqueira (2004), dentre outros, afirmam que o problema do uso de SPA se tornou relevante nesse período como um problema de saúde pública, devido à aproximação que o Estado fez em relação aos danos acarretados pelo consumo dessas, tornando-se uma ameaça à segurança pública.

Outros autores, como Bittencourt (1986), afirmam que as orientações contidas na Lei nº 6.368 só começaram a ter efeitos práticos nas décadas posteriores, quando surgiram os primeiros centros de tratamento (médico-psicológicos ou religiosos), ligados ou não ao poder público. Nesse sentido, apesar de atender a um problema formulado na sociedade, esses estabelecimentos especializados

⁶ “Art. 9º. As redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para o tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente lei” (Brasil, 1976).

“§ 2º O Ministério da Previdência e Assistência Social providenciará no sentido de que as normas previstas neste artigo e seu § 1º sejam também observadas pela sua rede de serviços de saúde (Brasil, 1976)”.

emergiram como suporte institucional ao cumprimento da prescrição legal existente na legislação.

É importante destacar que a abertura dos serviços assistenciais, nesse primeiro momento, destinava-se apenas aos usuários de SPA ilícitas⁷. Tal posicionamento confirma a tendência do Estado brasileiro em assumir os compromissos internacionais de controle e de repressão do consumo das SPA, servindo para o estabelecimento do domínio a segmentos específicos da população.

Em 1980 foi instituído o Decreto nº 8110, de 02 de setembro de 1980, criando um sistema subordinado ao Ministério da Justiça. Esse sistema, ligado ao Conselho Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes (CONFEN), propôs uma política nacional de controle e fiscalização, passando a abordar as questões relacionadas às drogas lícitas e ilícitas em meados da década de 1980.

Apesar de ampla composição - composto por vários Ministérios (Justiça, Saúde, Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social e Relações Exteriores); um representante do Departamento da Polícia Federal; um da Vigilância Sanitária; um Jurista, escolhido pelo Ministério da Justiça; e um médico psiquiatra, escolhido pela Associação Médica Brasileira e designado pelo Ministério da Justiça - o CONFEN tinha a função de ser apenas um órgão normativo (MACHADO, 2006). Nesse sentido, em vários momentos da história, esteve mais comprometido com o desenvolvimento de ações repressivas, os aspectos legislativos e a própria revisão da lei do que com a proposta de políticas eficientes e amplas para essa questão no Brasil.

Dessa forma, o CONFEN teve em determinados momentos iniciativas pontuais comprometidas com a repressão às SPA e, em outros, apresentou uma abordagem centrada na pessoa e nas suas motivações, deixando em segundo plano a própria substância e o contexto das reações sociais a que a população se submetia. Portanto, começou a ser delineado, no Brasil, um plano de ações públicas para lidar com os problemas relacionados ao uso de SPA. Grande parte dessa

⁷ Na maioria dos países, o consumo de substâncias psicoativas é regulamentado por órgãos oficiais que determinam quais substâncias psicoativas podem ser consumidas ou produzidas (substâncias lícitas) e quais não se permitem o consumo e a produção (substâncias ilícitas). É importante destacar que tais classificações possuem um caráter essencialmente moral e impreciso, não obedecendo a critérios científicos ou em relação aos danos produzidos ao organismo pelo seu consumo excessivo.

iniciativa estatal decorreu da ameaça de legitimidade do Estado em decorrência dessa problemática que poderia afetar a questão estrutural.

O quadro abaixo descreve os principais dispositivos legais sobre drogas implantados no Brasil no período analisado:

Quadro 3 - Legislação sobre as substâncias psicoativas no período da ditadura militar

Ano	Decreto/Lei	Características e implicações para os usuários
1967	n. 159	O Brasil é o segundo país do mundo a considerar tão nocivo quanto o uso de entorpecentes, o uso dos anfetamínicos e dos alucinógenos.
1971	n. 5.726	Alterou o rito processual para o julgamento dos delitos previstos nesse artigo.
1972	Portaria n.1316	Regimento Interno da CNFE, órgão orientador e disciplinador da fiscalização e controle de substâncias entorpecentes e equiparados. Objetivo: reprimir o tráfico e a utilização ilícita.
1973	Portaria n. 18	Instruções relativas à fiscalização e ao controle das substâncias que determinam dependências físicas ou psíquicas e das especialidades que as contenham, apresentando cinco listas e respectivas normas relativas a receituários, compra, venda.
1974	Portaria n. 26	Exige controle rigoroso pelo farmacêutico do estabelecimento. Obrigatoriedade de retenção das receitas pelas farmácias ou drogarias, em casos de emergências, prescrição em hospitais, uso em pesquisas ou atividades de ensino. Dificuldade para se adquirir psicoativos nas farmácias.
1976	Lei 6.360 Lei 6.360/76 Artigo 12 Lei 6.360/76	Novas medidas de prevenção e repressão ao tráfico e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependências físicas ou psíquicas, e dá outras providências. Cria o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes - SINPFRE e o CONFEN (nos moldes da CNFE). Pena de reclusão (3 a 15 anos e multa), para quem "importar ou exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar". Arguição sobre a dependência e a hipótese de inimizabilidade do usuário (falta da capacidade psíquica necessária para compreender a natureza penalmente ilícita de sua conduta). Torna o tratamento médico obrigatório para indivíduos de condutas definidas como de dependência, ou Internação hospitalar. Criminalizada a posse para uso pessoal de drogas ilícitas.
1977	Decreto n. 73.388	Promulga a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, Controle de substância/ disposições especiais relativas ao âmbito do controle/ ação contra o tráfico ilícito.
1980	Decreto n. 85.110	Cria o SINPFRE.

Fonte: Adaptado de Trad (2010).

Diante desse percurso histórico, observa-se que o trato com a questão do uso das SPA em nosso país se concentrou basicamente no campo jurídico-criminal,

sendo influenciado por um discurso médico segregacionista e moralista que limitava o processo de cuidado, ora entendendo que o usuário era infrator, um criminoso, ora como doente que precisava ser internado para ser curado. Tal postura visava manter o controle de segmentos sociais da população, bem como legitimar o poder do Estado na ordem social vigente. Portanto, toda política sobre drogas no Brasil até esse momento permeou o discurso penal, com influências da ciência médica pseudocientífica de cunho moralista.

No entanto, no fim dos anos 1970, quando a ditadura militar ainda impunha algumas medidas, começava a ganhar notoriedade um processo de desestabilização política e econômica que deixou visível as crises estruturais que esse regime provocava desde a década de 1960. A crise econômica se seguiu a uma crise política e vários segmentos da sociedade sofreram consequências. Foi inevitável uma abertura política e com isso vários campos sociais se articularam na proposta de garantia dos direitos.

No campo do uso das SPA, o usuário deixou de ser visto exclusivamente como um delinquente, ocasionando uma ampliação da discussão em seu entorno e das propostas de construção de políticas públicas referentes à sua assistência. Começa a ganhar terreno de importância critérios políticos, socioculturais, econômicos e ideológicos nas políticas sobre drogas, em detrimento de posturas criminais e farmacológicas.

Nas linhas que se seguem, percorreremos historicamente a construção dessas políticas sobre drogas, se distanciando um pouco do âmbito jurídico e adentrando o âmbito da saúde que teve como plano de fundo os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, como dois processos de organização social que impulsionaram uma nova visão de assistência a essas pessoas.

É sabido que a maioria dos principais movimentos sociais que eclodiram na segunda metade da década de 1970 nasceu das periferias das grandes cidades e das necessidades de sobrevivência cotidiana: transporte, moradia, saneamento básico, saúde (YASUI, 2006).

Nesse sentido, houve a possibilidade de uma identificação e um reconhecimento de interesses coletivos vinculados às condições de vida, especialmente da vida urbana. Esses movimentos, pontuais em suas reivindicações, surgiram

[...] em um momento histórico marcado pela opressão em que os canais de manifestações estavam emudecidos ou eliminados pelo regime autoritário [...] possibilitaram a conquista de espaços políticos para a manifestação, articulação, reivindicação e exigências de direitos frente ao Estado, solidificando, na sociedade civil, a noção de participação e ação coletivas, acelerando a transição democrática (TELLES, 1987 apud YASUI, 2006, p. 23-24).

Salientamos que foram movimentos que objetivavam ampliar a concepção de saúde e o bem-estar gerais, no âmbito da sociedade pós-ditadura militar. Dessa forma, a saúde e o bem-estar foram relacionados a “um conjunto de valores”: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, justiça social, revalorização ética da vida.

Para Yasui (2006), a Reforma Sanitária se constituiu enquanto um processo político, entendido como possibilidade emancipatória na construção da Polis. Traduziu-se pela militância cotidiana, ocupação de espaços institucionais e pelas articulações com outros setores da sociedade. A Reforma Sanitária significou um tensionamento na relação entre o Estado e a sociedade civil.

Já Teixeira e Mendonça (1995 apud YASUI, 2006), destacam três direções da estratégia dessa militância: a primeira seria a politização da questão da saúde, aprofundando e difundindo uma nova consciência sanitária; a segunda seria a alteração da norma legal necessária à criação do Sistema Único de Saúde (SUS); e a terceira se constituiu na mudança das práticas institucionais sob a orientação dos princípios democráticos.

No interior desse processo, localiza-se o Movimento da Reforma Psiquiátrica que, nascida da mobilização dos trabalhadores, buscou também politizar a questão da SM, produzindo reflexões críticas sobre a assistência asilar. É criado um movimento, articulado a outros movimentos sociais, que transcendeu a questão específica da SM, intitulado-se Movimento da Luta Antimanicomial.

É, também, o lugar de confronto: das ideias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da afirmação da cidadania e de sua negação [...]. Movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade (YASUI, 2006, p. 26).

Nesse caso, foi proposto o início do desmonte das estruturas manicomiais, legitimando o acesso a um acompanhamento digno e multifacetado e ampliando as

estratégias de assistência. Assim como os portadores de sofrimento psíquico, os usuários de drogas até esse momento, ora eram levados para instituições manicomiais, ora submetidos a regimes carcerários, demonstrando a falta de preparo para a assistência a essa população.

No escopo dessas transformações - apesar de estar inserida nesse processo histórico relatado, seja no âmbito da loucura ou da marginalidade, e sendo muitas vezes classificada como “doença mental” -, a questão do uso prejudicial de drogas passou pelas mesmas intervenções que marcaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil. No entanto, observa-se que sem a mesma velocidade e incremento ocorrida na substituição do modelo asilar junto aos transtornos mentais. Abordaremos, pois, esses aspectos a seguir.

Por ora, ao pensarmos na importância da perspectiva ampliada de saúde e na potencialidade que a aproximação com outros setores trouxe, começa-se a caminhar diante de um movimento iniciado nos anos 1970 no país que, sendo contemporâneo ao movimento da Reforma Sanitária, traz consigo aproximações em termos de expansão gradual de forças progressistas na própria consolidação de um movimento democrático que originou o SUS. Para Amarante (1995) foi nessa época que se inscreveu características conceituais distintas de projetos anteriormente surgidos.

Tal movimento, que pode ser denominado genericamente de Movimento da Luta Antimanicomial, inicia uma relação de maneira mais consistente, assim como o movimento da reforma sanitária - guardando suas devidas diferenças - com as dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas da sociedade, como fatores importantes nas práticas e políticas de assistência. A terapêutica deixa de ser apenas individual e passa a ser coletiva, abandonando o viés meramente assistencial de forma a abarcar também o campo da prevenção (AMARANTE, 1995).

É nesse aspecto que o campo da doença mental passa agora a ser chamado de campo da SM, numa tentativa de promover a responsabilidade social da saúde, postulando sua política enquanto uma política social de responsabilidade do Estado. Para Birman e Costa (1994 apud AMARANTE, 1995), foi no bojo da própria psiquiatria clássica que ocorreu essa mudança radical em seu objeto. Foi nesse contexto de crise, da própria revisão de seus paradigmas, que o tratamento da doença mental passa a ser a promoção da SM.

Nesse aspecto, Lobosque (2001) afirma que foi no final dos anos 1970, quando a ditadura produzia suas últimas imposições, que se deu início a um

movimento muito vivo de reorganização das forças democráticas. Nessa redemocratização do país, alguns trabalhadores da SM de vários estados brasileiros se reuniram em torno de propostas de uma reforma abrangente que pudesse mudar a maneira da assistência ao portador de sofrimento psíquico que existia até o momento.

Para Cavalcanti (2008, p.127),

[...] emergem, na cena política brasileira, nesse período, novos atores sociais, novas e heterogêneas configurações de forças, esboçando-se no país uma rede de possibilidades em torno da participação política.

Tenta-se incluir nessa trajetória de mudanças, perspectivas de ordem social, econômica e política, incorporando os diversos setores da população.

Vale lembrar que toda a política assistencial exercida na primeira metade do século XX priorizou a construção de grandes hospícios públicos destinados ao atendimento da população em geral. Já a partir da década de 1960, houve uma grande proliferação de hospitais psiquiátricos privados, caracterizando uma política privatista do governo militar.

Assim, para Lobosque (2001), a reforma iniciada no final da década de 1970 enfrentou três grandes obstáculos: 1) os preconceitos sociais que eram fortemente enraizados na cultura (preconceitos centenários que muitas vezes ecoam até os dias de hoje); 2) a resistência dos setores *psi*, que tenderam a encarar as transformações efetivas da situação como algo que feria os princípios da ciência e da técnica; 3) e em relação àquele representado pela indústria da loucura, a partir de um contexto de todo um processo de mercantilização da saúde e medicalização do cuidado. Portanto, foram basicamente esses obstáculos que colocaram o Brasil numa situação singular no panorama internacional no que diz respeito à reforma psiquiátrica.

Situamos o final da década de 1970 como o início da RPB, pois esse período é caracterizado por um amadurecimento de concepções políticas internas, sem necessariamente a importação de modelos do exterior.

Tenório (2001) afirma que a experiência das comunidades terapêuticas ocorridas no Brasil, entre os anos 1960 e 1970, caracterizou-se como uma primeira reação às estruturas tradicionais do aparato asilar, pois trouxe um novo modelo

discursivo/organizacional que comandou e remodelou as ações do cotidiano hospitalar, ou seja, de práticas de saúde unilaterais. No entanto, essas primeiras tentativas de mudança fracassaram, pois as experiências foram absorvidas pelos manicômios privados que não estavam interessados em mudança alguma, servindo apenas ao marketing das próprias instituições, não deixando com isso de ter um caráter conservador.

É importante considerar que a criação dessas formas de atendimento foi acompanhada por denúncias de fraudes no sistema de financiamento dos serviços, de abandono, de violência e de maus tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos grandes hospícios do país.

Foi a partir dessas denúncias que, em 1978, criou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que combinava as reivindicações trabalhistas a um discurso humanitário, alcançando grande repercussão e fazendo com que, nos anos seguintes, o MTSM liderasse os acontecimentos, ganhando o caráter definitivamente antimanicomial.

No rol das denúncias, e tendo como aspecto circundante o debate em torno da democratização dos serviços de saúde no país, ocorre um fato histórico importante e que leva a uma divulgação mais ampla a situação da rede psiquiátrica nacional (CAVALCANTI, 2008, p. 127).

Em decorrência de todo esse período de questionamentos, uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) culminou na demissão sumária de técnicos do Ministério, principalmente aqueles que atuavam na fiscalização e no ordenamento dos hospitais psiquiátricos ligados ao órgão (CAVALCANTI, 2008).

Ainda sobre isso, Bezerra Jr. (1994 apud CAVALCANTI, 2008, p.127-128) expõe que

[...] esse fato impulsiona a busca de novas alternativas para a área, já que a pressão exercida pelos setores progressistas do campo psiquiátrico foi tão bem sucedida que extrapolou a simples denúncia, atingindo uma estrutura estatal que funcionava como legitimador do modelo asilar perpetuado por longo período. Expôr a DINSAM significou a confirmação de muitas das denúncias realizadas, afinal, a DINSAM era o órgão federal responsável pela assistência psiquiátrica em todo o país. O alvo das críticas era o governo central e sua política de saúde. A violência e o descaso em relação aos

pacientes internados tornam-se exemplificação extremada da natureza inaceitável do regime.

A partir da década de 1980, com a intensificação das críticas às políticas de saúde vigentes até então no Estado autoritário brasileiro, deu-se ênfase à administração e ao planejamento dos serviços e à ampliação do acesso da população à assistência em saúde.

Apostou-se no aperfeiçoamento técnico e no gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública [...] as iniciativas foram basicamente duas: racionalização, humanização e moralização do asilo e a criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação (TENÓRIO, 2001, p. 30-31).

Muito para além dessas críticas, a década de 1980 também assistiu a outros momentos indispensáveis à reforma, por exemplo, a chegada dos protagonistas do movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas (TENÓRIO, 2001). Tenório (2001) afirma ainda que se produziram importantes diagnósticos quanto à prestação de serviços nesse âmbito no Brasil, destacando a prevalência da internação asilar juntamente com a privatização.

Em 1987 aconteceram dois eventos que marcaram a segunda década de 1980: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Na I CNSM foram discutidas proposições gerais, como a concepção de saúde, a participação popular, questões referentes à cidadania e ao interesse dos usuários por detrás de sua sintomatologia. Essa conferência foi realizada sob o clima de intensas discussões e o seu relatório final ficou para a história do movimento da reforma psiquiátrica, que fez prevalecer suas teses em praticamente todos os temas.

Já no II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (1987), houve críticas enfatizando a própria natureza do saber, das práticas e dos processos de cuidado existentes nas instituições psiquiátricas, estas últimas, por sua vez, deviam ser questionadas no sentido de convocar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o sofrimento psíquico, na tentativa de elaborar políticas públicas alinhadas ao próprio movimento de democratização da saúde que começava a se instaurar nesse período. Nessa ampliação de participação do movimento, instituiu-se 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, na

tentativa de potencializar o poder de aglutinação de grande parcela da sociedade. Agora,

[...] não se trata apenas de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatórios e hospitais de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exige rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases (TENÓRIO, 2001, p. 33).

Amplia-se, portanto, o diálogo com os vários segmentos da população:

[...] a partir de então, passa-se a lutar por uma sociedade sem manicômio, deixando de restringir o movimento ao campo médico-assistencial e aos serviços assistenciais. A transformação destas teria que ser percebida de uma discussão mais abrangente e dialogada com outros saberes (CAVALCANTI, 2008, p. 129).

Vasconcelos (2007 apud SANTOS, 2009, p.59) afirma que:

[...] os dois principais instrumentos legais da saúde pública foram sancionados nesta época, a saber, a Constituição Federal (CF) de 1988 e a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 [...]. Foi um momento de avanços no plano jurídico.

Ainda na década de 1980, há uma iniciativa de revisão legislativa por parte de alguns parlamentares. Em 1989, o deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT) de Minas Gerais, apresenta um projeto de lei que ficou conhecido como “Lei da Reforma Psiquiátrica”. Esse projeto só foi efetivamente aprovado como lei no ano de 2001, mas desde a sua tramitação no congresso, produziu uma intensificação sem precedentes na discussão sobre o tema em todo o país.

Originalmente, o projeto do deputado Paulo Delgado tinha apenas três artigos: o primeiro vetava a construção de novos hospitais e a contratação de leitos psiquiátricos pelo governo em hospitais privados; o segundo direcionava os recursos públicos para a criação de recursos não-manicomial de atendimento; e o terceiro artigo obrigava a comunicação das internações não voluntárias à autoridade judiciária que, por sua vez, estaria obrigada a emitir um parecer sobre a legalidade da internação. Portanto, foi um projeto que tentou pôr fim à instituição manicomial, induzindo sua substituição progressiva por outros mecanismos de assistência pública ao portador de sofrimento psíquico (TENÓRIO, 2001).

Portanto, Cavalcanti (2008, p. 129) afirma que:

[...] a modificação da assistência psiquiátrica seria consequência de mudanças mais profundas nos modos como são postas e gestadas as políticas sociais de modo geral. Era no plano político que a aglutinação das forças progressistas teria que centrar seus esforços. Nessa dimensão, ocorria o embate maior, e as reformas (tanto da saúde, quanto da assistência psiquiátrica) seriam produtos decorrentes. Essa percepção, fruto do amadurecimento de grande parte dos profissionais da área, muda suas diretrizes no interior dos serviços, nas universidades, nas entidades representativas da sociedade civil. A partir de então, “convencidos dos limites da intervenção no nível das macropolíticas e no interior de instituições cronificadas”, os profissionais passam a difundir uma discussão mais ampla, envolvendo desde a questão jurídica que cerca os psiquiatrizados, até as condições necessárias para a preservação da saúde mental.

A RPB foi sendo construída por quem vivenciava o cotidiano de violência das instituições, angustiados pelas contradições que a prática asilar impunha. Somando-se a isso, esses atores sociais foram inspirados pelo clima político e cultural, e acreditavam na possibilidade de mudança, ocupando os espaços públicos e inventando novas instituições.

Nesse sentido, na próxima seção, a partir desse campo em intensa expansão e criação, que é o campo da SM, tentaremos desenvolver um percurso das discussões sobre as políticas públicas de saúde como estratégia de assistência aos usuários prejudiciais de álcool e outras drogas. Pretendemos discorrer sobre a construção de uma rede de cuidados e serviços, o fortalecimento das estratégias de promoção da saúde, a concepção ampliada do processo saúde-doença, as estratégias intersetoriais de cuidado e a responsabilidade social da comunidade, como possibilidades de consolidação de práticas e políticas em atenção a essas pessoas que fazem uso prejudicial de drogas.

Apesar disso, pretendemos realçar também que, em nosso país, na atualidade, existem dois processos que contribuem muitas vezes para um tensionamento velado, não declarado, na assistência aos usuários de drogas. O primeiro processo gira em torno do avanço e construção do SUS, sendo instituída a Política Integral de atenção aos usuários de Álcool e outras Drogas, agregando outros setores públicos e não públicos no âmbito da assistência, envolvendo várias políticas sociais.

Já o segundo processo que ainda prevalece em âmbito nacional, caracteriza-se por políticas de caráter repressivo, ligadas diretamente à Casa Civil da Presidência da República, tendo como instância central o Gabinete de Segurança Institucional do Governo Federal. Essas políticas, por sua vez, exigem recursos para componentes repressivos, resgatando visões arcaicas e moralistas de séculos anteriores. Portanto, o cenário atual das políticas sobre drogas é marcado por posicionamentos contraditórios e reacionários, comprometendo a efetividade do processo de assistência aos usuários prejudiciais de SPA.

1.2 A política de álcool e drogas: avanços e desafios

Tendo feito esse percurso sobre as incursões estatais na área de álcool e outras drogas, reconhece-se que atualmente temos duas orientações na formulação de políticas públicas e na criação de estratégias de assistência nesse campo. Em linhas gerais, nas próximas páginas, pretende-se discorrer sobre essas questões, ou seja, descrever os elementos do surgimento dessas duas políticas nacionais, a sua organização, o seu contexto de surgimento e os atores envolvidos. Traremos para a discussão, dados recentes de sua implantação no país, demonstrando o desafio dessa construção no atual contexto social brasileiro.

Na última seção trouxemos a discussão sobre o movimento da RPB e suas influências para a construção de uma política sobre drogas. A seguir, discorreremos sobre essas aproximações, que muitas vezes não se efetivaram de forma clara e conjunta, mas que serviram de fomentação e subsídio para uma concepção mais ampliada do processo.

Mas antes de nos debruçarmos sobre essa política originada no âmbito do Ministério da Saúde (MS), sob a influência dos movimentos sociais estruturantes do SUS, faz-se necessário discorrer sobre a manutenção de outra abordagem legitimada pelo poder público que continua possuindo um foco proibicionista e repressor. Essa, por sua vez, ligada ao Gabinete de Segurança Nacional, pauta suas diretrizes a partir dos componentes e órgãos repressivos, considerando o problema das drogas como caso de polícia.

Como citamos anteriormente, a Lei nº 6.368 de 1976 estabeleceu as bases legais para a criação do SINPFRE e do CONFEN, ambos ligados ao Ministério da Justiça (MACHADO, 2006).

Por quase duas décadas, o CONFEN foi responsável pela formulação de políticas públicas, privilegiando as atividades de repressão à produção, ao tráfico e consumo de drogas (SANTOS; OLIVEIRA, 2012). Já em outros momentos, esse órgão abriu a possibilidade para outras práticas.

Em 1988, o CONFEN publicou um documento intitulado “Política Nacional na Questão das Drogas”, buscando estabelecer uma abordagem destituída de preconceitos e de certezas aterrorizantes (MACHADO, 2006). Porém, não minimizou a importância das ações repressivas, trazendo uma abordagem centrada na pessoa e em suas motivações.

Em 1992, um novo documento é criado, revelando impasses da política de drogas no Brasil, questionando a visão secular jurídico-penal, com influências na perspectiva médico-psiquiátrica. No entanto, esse ensaio de avanço nas propostas desse conselho, foi interrompido no início da década de 1990.

Importante destacar que esse retrocesso e essa estagnação das políticas sobre drogas no Brasil surgiram num contexto político-social de implantação do neoliberalismo, tendo como consequência uma ampla desestruturação social. Isso foi propiciado pelo “aumento das desigualdades, pela redução de salários, pelo aumento na taxa de desemprego, pela precarização do mundo do trabalho” (TEIXEIRA, 2012, p. 56). É importante assinalar que tal configuração política possibilitou que a estratégia repressiva das políticas sobre drogas desempenhasse a função de controle social de caráter étnico-classista.

Nessa conjuntura, as políticas repressivas que visam apenas o tráfico de drogas foram legitimadas, gerando um imenso contingente no sistema carcerário. Por exemplo, para ilustrar esse quadro, Teixeira (2012) afirma que uma pesquisa realizada pelo Ministério da Justiça, em 2009, mostrou que 70 mil pessoas estavam presas pelo tráfico e que entre essas a maioria era negra, sem associação com o crime organizado e apresentando baixo nível de escolaridade.

Dessa forma, tais políticas sobre drogas tinham um foco segregacionista, sem interesse na promoção e conquista de garantia dos direitos sociais dessas pessoas. A intervenção estatal, portanto:

[...] se destina aos miseráveis, aos inúteis e aos insubordinados. À ordem econômica e étnica que se segue ao abandono do compromisso fordista-keynesiano e a crise do gueto. Volta-se para aqueles que compõem o sub-proletariado negro das grandes cidades,

as frações desqualificadas da classe operária, que recusam o trabalho mal remunerado e se voltam para a economia informal da rua, cujo carro-chefe é o tráfico de drogas (WACQUANT, 1999, apud TEIXEIRA, 2012, p. 57).

Em 1996, foi proposto um novo documento, intitulado “Programa de Ação Nacional Antidrogas”. Em suas linhas, há uma preocupação com o crescimento do consumo de drogas lícitas e ilícitas e a disseminação do HIV entre os usuários de drogas injetáveis (UDI). Foram apresentadas algumas propostas para o tratamento (TEIXEIRA, 2012):

- Estabelecimento de critérios e normas para o funcionamento de instituições de tratamento;
- Substituição do modelo assistencial de SM por serviços específicos de atenção aos dependentes químicos;
- Apoio técnico e financeiro às entidades filantrópicas e a promoção de capacitação de recursos humanos.

No entanto, apesar de incluir propostas do campo da saúde pública, o documento não propõe nenhuma articulação com o setor público da saúde. Isso fica claramente estabelecido, pois a responsabilidade pela coordenação e pelo acompanhamento das ações de tratamento e recuperação foi atribuída ao Ministério da Justiça, à Secretaria de Planejamento das Ações de Segurança Pública e ao Departamento de Entorpecentes. Mesmo nesse período estando em curso os processos de implementação do SUS, o documento não faz referência à questão da assistência nesse âmbito.

Mesmo com todas essas contradições ressalta-se o apoio do CONFEN aos Centros de Referência para tratamento, às pesquisas em prevenção na área de álcool e outras drogas, às comunidades terapêuticas e aos programas de RD⁸ voltados para a prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Em 1998, no plano internacional, aconteceu a XX Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas (UNGASS), na cidade de Nova York. Essa

⁸ A RD é uma política pública que se pauta na minimização dos impactos maléficos e riscos advindos do uso de drogas, sem partir do princípio de que se deve haver imediata e obrigatória extinção de sua utilização.

sessão teve por objetivo discutir o problema mundial das drogas. Nessa ocasião, os países signatários - entre eles o Brasil - decidiram renovar o compromisso de fixar metas para minimizar e eliminar a disponibilidade e uso de drogas ilícitas até 2019.

Em novembro de 1998, a partir do I Fórum Nacional Antidrogas, foi criada a Política Nacional Antidrogas⁹ (PNAD). A diretriz da PNAD se constituiu em um discurso de guerra às drogas, em que a prevenção seria a melhor arma de combate nessa guerra. (MORAIS, 2005).

Além disso, em alguns subitens dessa política, coloca-se usuário e traficante no mesmo status jurídico-criminal, suprimindo o tratamento diferenciado entre um e outro.

O crime de tráfico não se efetivaria se não houvesse o usuário. Portanto, se o usuário é indispensável para que o tráfico ocorra, ele também seria responsável pelo fato e deveria sofrer punição criminal [...] (MORAIS, 2005, p. 227).

Nesse aspecto, observa-se que o usuário está sendo discriminado, pois ele é definido como coautor do crime, não sendo respeitada sua opção pessoal, ou melhor, sua opção de uso está sendo discriminada.

É com a adesão do Brasil ao documento das Nações Unidas, no ano de 1998, por meio da Medida Provisória nº 1669, que o presidente da república Fernando Henrique Cardoso, substituiu o CONFEN pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)¹⁰. Órgãos esses vinculados ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, tendo função de controlar o impacto das drogas na sociedade. Observa-se que o tema das drogas mais uma vez volta a ser pauta de segurança nacional, permitindo uma organização estrutural militarizada por parte do Estado para enfrentá-lo (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

A criação do CONAD e da SENAD ocupou um espaço institucional no então Gabinete Militar da Presidência da República que atualmente se constitui no Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

⁹ Valer salientar que essa sigla atualmente significa Política Nacional sobre Drogas, como se encontra textualmente na Lista de Abreviaturas e Siglas.

¹⁰ Valer salientar que essa sigla atualmente significa Secretaria Nacional sobre Drogas, como se encontra textualmente na Lista de Abreviaturas e Siglas.

Esses dois órgãos integraram o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) que teve a função de integrar as atividades de prevenção ao uso indevido, tratamento e reinserção dos usuários de drogas. No entanto, apesar de ter componentes de tratamento e recuperação, nenhuma dessas atividades foi atribuída ao MS, concentrando o Ministério da Justiça como órgão central e a Polícia Federal como instância executiva.

Mais uma vez as ações direcionadas à saúde por meio do Ministério da Justiça permaneceram em segundo plano, constituindo-se em ações pontuais, apenas como apoio à melhoria da qualidade do trabalho realizado. Neste sentido, ao próprio MS foi atribuído o apoio às Comunidades Terapêuticas já existentes e o incentivo à realização de pesquisas pelos Centros de Referência na área de drogas (MACHADO, 2006).

Diante desse cenário, constata-se que mais uma vez no Brasil, as ações para a abordagem aos usuários de drogas, inclusive as de saúde, foram propostas no âmbito da justiça, sem a preocupação de uma articulação mais ampla e intersetorial com outras políticas. Em toda a sua constituição, o campo da segurança pública apresentou inúmeras dificuldades de articulação com o setor saúde, por exemplo.

No entanto, alguns autores, como Machado (2006), afirmam que apesar do caráter repressivo e moralista, em muitas situações, todo esse controle sobre as drogas teve desdobramentos importantes que, em anos posteriores, favoreceram o surgimento de práticas e atores sociais nas propostas de outras políticas públicas sobre drogas.

Diante desse recorte histórico, dos movimentos da Reforma Sanitária, a partir da década de 1970, aliado aos movimentos da Reforma Psiquiátrica, observa-se que a sociedade brasileira tentou imprimir uma nova práxis nesse campo da assistência. Diante de uma discussão para uma formulação de novas políticas de saúde para as pessoas que sofriam de transtornos mentais e também para aquelas que apresentavam algum tipo de sofrimento relacionado ao uso de SPA, foi possível repensar em práticas de cuidado no território à revelia de internações de longo prazo (SANTOS, 2009).

No entanto, a criação de uma nova política de saúde que atendesse esses usuários de SPA só veio a ser instituída no cenário nacional em 2003, décadas após o surgimento dos movimentos sociais na saúde.

Nesse sentido, nas linhas que se seguem, discorreremos sobre esse surgimento, seus impasses, suas aproximações e seus distanciamentos do campo da saúde para promover tal mudança de paradigma na assistência às pessoas em sofrimento a partir do uso de álcool e outras drogas.

Machado (2006) constata que alguns fatores ocorridos nas décadas de 1980 e 1990 podem ser relacionados à criação dessa política. O primeiro foi o próprio movimento da Reforma Psiquiátrica que culminou em mudanças efetivas após a criação do SUS. A isso, soma-se o processo de reestruturação da assistência em SM, colocando a saúde como direito social. O segundo fator seria o surgimento de alguns casos de contaminação pelo vírus da AIDS, onde uma percentagem significativa de infectados eram UDI. Esses fatores, juntamente a outros que surgiram nesse período, favoreceram a aproximação entre a temática e a saúde pública.

Em 1982 foi descoberto o primeiro caso de AIDS no Brasil. A ocorrência dessa doença foi inicialmente associada aos homossexuais da classe média alta, não havendo motivo para uma abordagem pelo setor público da saúde. Além disso, o preconceito e a falta de compreensão dos riscos para a população em geral faziam com que o poder público resistisse em abordar esse fenômeno.

Surgiu, então, o conceito de grupo de risco, que amplamente divulgado pela mídia, contribuiu para estigmatizar os segmentos que eram identificados como transmissores da doença. Com esse conceito de grupo de risco houve uma construção de uma consciência social sobre a doença que impedia que indivíduos sociais se percebessem em situação de risco por não se identificar com os segmentos sociais que o conceito abarcava (BRITES, 2006).

Porém com a rápida expansão da doença para outros segmentos sociais e a possibilidade de sua extensão para grande parte da população, colocou-se como necessária a criação de uma política pública de saúde para o controle da AIDS.

Foi o período de surgimento de várias organizações não governamentais (ONG) que, além de ajudar as pessoas portadoras do HIV, tinham como objetivo fiscalizar e criticar algumas propostas assistenciais por parte do poder público. Dessa forma, cada vez mais, o movimento organizado em torno da AIDS passou a contar com um quantitativo maior de atores que pautavam as demandas dos grupos mais atingidos pela epidemia (BRITES, 2006).

No plano de governo, em 1987, o MS reconheceu a importância de se debruçar sobre a situação da AIDS no Brasil e criou a Divisão Nacional de Doença Sexualmente Transmissível (DST)/AIDS que, posteriormente, foi transformada na Coordenação Nacional de DST/AIDS (MACHADO, 2006).

Nessa coordenação, havia uma unidade relacionada às questões sobre drogas que ficou responsável por implementar projetos relacionados à temática. Em 1989, com o crescimento epidemiológico da doença junto aos UDI, o MS, por meio dessa coordenação, criou o projeto Previna. Em linhas gerais, o Previna buscou estabelecer ações de prevenção para populações específicas, entre elas os usuários de drogas.

As ações estratégicas previstas relacionavam-se a capacitação de recursos humanos, à produção de materiais preventivos, a implantação de ações educativas e à formação de equipes de apoio, orientação e aconselhamento de drogas ilícitas (MACHADO, 2006, p. 63-64).

Em 1993, o uso de drogas injetáveis era responsável por 11,5% dos casos de AIDS no Brasil (PINHEIRO, 2006). Mesquita (1998 apud MACHADO, 2006) afirma que nesse mesmo ano, no estado de São Paulo, já se constatava que mais de 50% dos casos notificados de AIDS tinham como forma de contaminação o compartilhamento de seringas na utilização de drogas injetáveis. Nesse sentido, foi implantado o primeiro projeto de RD no Brasil, com a distribuição de seringas e outros insumos. No entanto, o Ministério Público daquele estado interveio, abrindo várias ações cíveis e criminais contra os seus coordenadores.

É importante destacar a dificuldade de implementação desses projetos de RD para a sociedade brasileira, apesar das experiências exitosas de outros países com essas políticas. Além do aspecto legal que foi interpretado devido à distribuição de seringas e insumos, uma vez que a Lei 6.368/76 criminalizava quem contribuísse de qualquer forma para o uso de drogas, a sociedade marcada por preconceitos e acostumada a abordagens repressivas apresentou dificuldades em aceitar medidas no âmbito da saúde pública que se configuravam como tolerantes e focadas na RD.

Já em 1994, a ONU, por meio do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP), passou a apoiar política e financeiramente o desenvolvimento de programas de prevenção da AIDS entre os

usuários de drogas no país. Foi chamado de Programa AIDS I, e desenvolvido a partir de cinco estratégias/eixos de trabalho (MACHADO, 2006):

- Formação de multiplicadores para a prevenção de DST - ênfase na AIDS - e do uso indevido de drogas no ambiente escolar;
- Capacitação para o desenvolvimento de projetos na área de drogas e AIDS;
- RD à saúde associada ao uso indevido de drogas, por meio de práticas seguras e ações preventivas ao uso injetável de drogas;
- Apoio técnico e financeiro às ONG para o desenvolvimento de ações junto a populações específicas (ex.: usuários de drogas);
- Avaliação e pesquisa.

Dessa forma, inaugura-se no Brasil, uma abordagem de cuidado¹¹ às pessoas que fazem uso de drogas sob outra perspectiva. Distante das concepções repressivas, e permeadas pelos discursos de “guerra às drogas” que se originaram no âmbito da segurança pública, começa-se a investir dinheiro estatal para o cuidado em saúde, focando-se não mais no objeto em si, que seria a droga, mas nas múltiplas relações e nos contextos em que estão inseridos os seus sujeitos.

O objetivo dessas ações seria reduzir os riscos e danos associados ao consumo de drogas, sendo pautadas pelo reconhecimento dos direitos sociais e humanos desses usuários.

Outros projetos de redução de danos foram implementados no Brasil, ainda na década de 90. A partir desses projetos - que contavam com financiamento do governo federal e do banco mundial - e do contato com a experiência de redução de danos de outros países, começaram a surgir no Brasil organizações não governamentais associadas a redução de danos. Em 1997, foi criada a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA) e nos anos subsequentes foram criadas outras organizações com atuações regionalizadas (MACHADO, 2006, p. 69).

¹¹ A concepção de cuidado utilizada neste trabalho se aproxima da ideia expressa em Tenório (2002), que afirma que ao operar a partir do cuidado em SM, faz-se necessário inventar novos dispositivos de assistência, diante de novas tecnologias, enfatizando a relação que cada um tem com a sociedade em que está inserido. Somando-se a isso, tenta-se conceber uma nova sociedade, para que se possa, sem constrangimento, exercer a experiência, acessando seus plenos direitos de cidadão. Nessa perspectiva, essa seria a concepção de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

A perspectiva que a RD trouxe de privilegiar a defesa de direitos dos usuários de drogas abarcava o acesso não apenas aos serviços de saúde, mas à assistência burocrática estatal. Para além disso, exigia a modificação da percepção acerca do uso de drogas na cultura brasileira e o deslocamento do fenômeno para o campo dos direitos humanos.

Nesse sentido,

[...] a estratégia da redução de danos abriu um novo posicionamento ético-político frente ao usuário de drogas no Brasil e em outras partes do mundo, na qual agentes públicos da saúde passaram a conviver com os usuários em seus locais de uso de drogas injetáveis, passaram a respeitar sua posição de fazer um “uso próprio” das drogas controladas, sem a autorização médico-sanitária prevista, acompanhando-o de forma preventiva e assistencial, a fim de minorar o aprofundamento dos danos relativos ao uso indevido dessas substâncias (LIMA, 2005, p. 283).

Importante destacar que os projetos de RD, inicialmente ligados à problemática da AIDS e posteriormente focados nos usuários de drogas, forneceram subsídios técnicos e teóricos para a elaboração da política pública de saúde para esse segmento social.

É mister salientar que esses projetos deram maior visibilidade à realidade dos usuários no setor público da saúde, evidenciando a dificuldade de acesso desses ao SUS. A partir da aproximação dos usuários de drogas com os serviços de saúde é que foi possível revelar as dificuldades na prestação da assistência e a quase inexistência de políticas públicas na área da saúde destinadas a essa população.

Nesse sentido,

[...] a organização política de profissionais da saúde, de pesquisadores e de redutores de danos¹², ligados à pesquisa ou a implantação das estratégias de RD, contribuiu para o avanço da redução de danos em nosso meio, ao longo da década de 90. O compromisso e o empenho de alguns técnicos e de alguns gestores ligados aos Programas Nacional, Estadual e Municipal de DST/AIDS foram, também, fundamentais para a implantação e ampliação da RD brasileira (BRITES, 2006, p. 86).

¹² Redutores de danos são pessoas que conhecem e efetivam as abordagens e técnicas da RD. Geralmente fazem parte da rede de interação social dos usuários de drogas, das comunidades locais ou são os próprios usuários de drogas.

Dessa maneira, a RD se configura como uma alternativa à diversidade intrínseca da dependência de drogas e de respeito às singularidades do indivíduo. Por isso, é uma estratégia dirigida ao usuário de substâncias, na qual o foco não está voltado “para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida” (BRASIL, 2004, p. 10).

Para Brites (2006), a RD promove em suas abordagens a construção de respostas sociais e de saúde para os usuários de drogas. A perspectiva aqui seria democrática e de ampliação dos direitos, contribuindo para o confronto ético e político e deixando suspensas as normativas repressoras com relação ao uso de drogas.

Portanto, a RD nessas últimas décadas vem se intensificando com as conferências anualmente realizadas em diversos países. Hoje, constitui-se em um conjunto de políticas públicas ligadas ao enfrentamento dos eventuais problemas relacionados ao uso de drogas, buscando promover a saúde integral das pessoas e a garantia de acesso aos direitos sociais legitimados por lei para qualquer cidadão.

É importante destacar que, no Brasil, o movimento de criação dos programas de assistência, devido ao aumento significativo dos casos de AIDS entre os UDI, serviu como alicerce para a criação de iniciativas estatais no âmbito da saúde no que se refere aos usuários de drogas. Vimos que, em decorrência desses dados epidemiológicos, pôde-se começar a estruturar programas de RD, que mais tarde contribuiriam para a criação e o desenho técnico assistencial da política sobre drogas do MS.

Sendo assim, foi inevitável o surgimento de um movimento da saúde em relação à assistência para as pessoas que usam drogas. Porém, reconhece-se que, historicamente, todo o movimento social de reestruturação dos serviços e da política de SM demorou a reconhecer a importância da elaboração de uma política pública voltada para essa população.

Todavia, compreende-se que a estruturação da política e dos mecanismos de assistência à SM serviu, em um segundo momento, como terreno fértil para as propostas das políticas sobre drogas na saúde. Assim, diante dessas aproximações e distanciamentos, é que, em 2003, foi elaborada e implantada a Política do MS para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Nas linhas que se seguem

pretendemos tratar desse surgimento e de suas implicações para a assistência nesse âmbito, bem como suas disputas nas arenas decisórias.

Como anteriormente já nos preocupamos em traçar uma linha histórica sobre o movimento da reforma psiquiátrica, aqui nos deteremos mais especificamente às mudanças ocorridas entre a década de 1990 e a primeira década do século XXI. Momento esse em que já se tinha um discurso fortalecido em relação à assistência das pessoas com sofrimento psíquico e em que se começa a debater, nas Conferências e Fóruns, sobre o lugar dos usuários de drogas nessa política de SM.

O que pretendemos relacionar nessas linhas é que parte das forças contestatórias, concernentes às políticas de viés repressor e moralista das drogas no país, esteve presente desde o final da década de 1990. Isso foi auxiliado pelo contexto político-econômico de implantação do neoliberalismo, a partir dos anos 1990, com ampla desestruturação social, provocada pelo aumento das desigualdades, redução de salários, aumento da taxa de desemprego e precarização do mundo do trabalho. Essa configuração política hegemônica possibilitou uma continuidade da estratégia repressiva, desempenhando uma função de controle social. Dessa forma,

[...] como espaços contraditórios, as políticas refletem uma arena em que comparecem múltiplos interesses (produtores, comerciantes, governo, usuários, especialistas, entre outros). (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008, p.1).

Ainda esses autores analisam:

[...] o processo político de formulação/implementação dessa política é atravessado por interesses, valores e ideologias conflitantes. Nesse embate colocam-se diferentes perspectivas teóricas, diferentes projetos societários e variadas análises de futuro. Por um lado, a direção dada às políticas governamentais no Brasil caracteriza-se mais pela preponderância de modos de regulação de acordo com as demandas ou conveniências dos interesses de dirigentes políticos ou de grupos e corporações com influência sobre o Estado (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008, p. 7).

No entanto, mudanças pontuais e contestatórias começaram a se desenhar no cenário da assistência às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Apesar de esse período estar caracterizado por disputas favoráveis de posições e

projetos, concomitantemente, houve o fortalecimento das contradições do estatuto médico-jurídico que era hegemônico ao longo dessas décadas.

É sabido que antes de uma reestruturação mais consistente em relação às políticas de SM, o MS, por meio da DINSAM, chegou a elaborar três documentos abordando essa temática.

O primeiro, data do ano de 1981, intitulado “Subsídios para o Programa Nacional de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo”. O documento apresentava alguns dados referentes ao ano de 1977, indicando que o alcoolismo e as psicoses alcoólicas eram responsáveis pelo maior número de internações psiquiátricas em instituições asilares da época.

Já em 1986, outro documento foi elaborado: “Proposta para o Programa Nacional de Prevenção, Recuperação e Ressocialização de Usuários de Drogas e Bebidas Alcoólicas”. Esse documento trouxe críticas à abordagem medicamentosa e/ou hospitalar que era tradicionalmente utilizada, propondo a reorganização das formas de atendimento às pessoas que fazem uso de drogas.

Já em 1988, foi estabelecido pela DINSAM, o Programa Nacional de Controle dos Problemas relacionados com o consumo de Álcool (PRONAL). Várias diretrizes foram propostas nesse programa, tais como: criação de uma rede de tratamento composta prioritariamente por serviços de atenção primária, com a colaboração de grupos de mútua ajuda; unidades de desintoxicação; estabelecimento de medidas restritivas à oferta de álcool; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de pesquisas e estudos referentes à temática; entre outras recomendações.

Fica evidente que o próprio MS se organizou até os anos 1980, levando em consideração a maldade ou a malvadeza da droga ou até mesmo do álcool. O problema sempre estava com a substância e não com o indivíduo, diante das relações sociais que permeiam o seu sofrimento. Portanto, caracterizou-se como um grande desafio para o MS promover o deslocamento do produto para a ênfase no sujeito e suas correlatas ações, relações e comprometimento.

Este foi um outro desafio: a construção de uma política nesta área dentro da Saúde Mental. **A Saúde Mental trouxe o caminho de construção de uma rede dentro do SUS. Eu acho que o campo de álcool/drogas não acompanhou este movimento** porque, de certa forma, a Saúde Mental tinha mais clareza do seu papel na condução da reforma psiquiátrica brasileira... **A gente pode até dizer**

que, em termos de discurso, esta questão sempre esteve vinculada à Saúde Mental, mas não se chegou a traçar ações práticas para a área de álcool e drogas, no âmbito do Ministério. Cabe nos perguntar se faltava pernas para tocar dois projetos ou se não se encontrava nesta área atores para tocá-la. (Representante de centro de referência de tratamento pesquisa e prevenção apud MACHADO, 2006, p. 81, grifo da autora).

Diante dessa disputa dentro do aparato público do governo federal, o MS, na década de 90, criou um comitê específico para essa área. Tal comissão tinha a função de contribuir para a consolidação das experiências de RD na assistência clínica a esses usuários. No entanto, como os integrantes desse comitê vinham das universidades e dos centros de pesquisa, acabou por se distanciar dos técnicos que atuavam nos serviços públicos de SM, impedindo a conjunção desses dois campos, não conseguindo articular mais uma vez essas propostas em torno da construção de uma política pública.

Fica claro que, nesse momento, apesar de constatar a presença significativa de alcoolistas nos hospitais psiquiátricos, os técnicos de SM, inseridos nas discussões e nos serviços, não conseguiam participar da construção de respostas a essa situação. Em experiências pontuais foram criados serviços substitutivos a essa demanda, seguindo os moldes dos serviços de SM destinados às pessoas acometidas de sofrimento psíquico. Foi o que ocorreu nos municípios de Natal/RN, em 1996, e Santo André/SP, em 1998, ambos destinados ao atendimento de usuários prejudiciais de SPA.

Apesar da criação, em 1999, de uma proposta de normalização dos serviços de atenção aos transtornos por uso e abuso de SPA, incluindo alguns procedimentos específicos para essa assistência, não se observaram modificações relevantes em termos de estruturação dos serviços a essa parcela da população. Embora constituísse um documento oficial, construído a partir da articulação entre a SENAD e o MS, a proposta não foi acompanhada de um debate público consistente.

Alguns autores se debruçaram sobre esse conjunto de fatores que proporcionaram esse foço de distanciamento do debate público na SM em relação à área de assistência de álcool e outras drogas.

Lima (2009) afirma que historicamente com a criação do SUS, instaurou-se uma tensão interna expressa no poder executivo federal. Por um lado, as políticas proibicionistas mantinham sua força - com o apoio de órgãos como a SENAD -,

criando propostas para uma PNAD e tendo o apoio do então presidente da república Fernando Henrique Cardoso. Por outro lado - sob a influência das experiências exitosas dos programas de RD e das mudanças estruturais produzidas pelo movimento da reforma psiquiátrica com o apoio de vários gestores e trabalhadores na estruturação dos serviços de SM -, postulava-se uma reforma político-assistencial, seguindo os parâmetros da RPB, que já vinha se consolidando.

Segundo Poulantzas (1989 apud LIMA, 2009, p. 310):

[...] é impossível tomar o Estado como bloco monolítico de poder. A pretensa unidade política não é realizável e é marcada por contradições interestatais, nas quais setores distintos do Estado podem institucionalizar posições inconciliáveis sobre certo tema oferecendo a conotação de aparente caos e incoerência às suas posições.

Nessa arena de disputa, em 2001, na cidade de Brasília, foi promovido pela SENAD o II Fórum Nacional Antidrogas, com a presença do Presidente da República e das instâncias de segurança nacional do país. Simultaneamente, ocorreu também a II CNSM, discutindo em uma de suas oficinas qual a posição da política de saúde para a assistência ao usuário prejudicial de álcool e outras drogas.

Eram atores distintos, engajados em dois posicionamentos antagônicos, na construção de uma política sobre drogas no país. Enquanto que no II Fórum Nacional Antidrogas os seus integrantes - advindos de espaços acadêmicos enrijecidos - tangenciavam a trajetória dos movimentos sociais da Reforma Sanitária, não incluindo nos debates os usuários e os profissionais de saúde; na II CNSM, postulava-se a inclusão da atenção aos usuários de drogas nas portarias ministeriais do SUS, convocando familiares, usuários dos serviços, movimentos sociais e trabalhadores para a construção das propostas.

Para Machado (2006), foi a partir desses movimentos que começaram a ser criadas as condições técnicas e políticas para o encontro efetivo da área de álcool e outras drogas com a SM e com o SUS.

De um lado, havia uma pressão das comunidades terapêuticas para obter financiamento do SUS, posição que contava com apoio de alguns setores do Ministério da Saúde e da SENAD; de outro, havia uma pressão de outros setores do Ministério da Saúde, entre eles a Coordenação de Saúde Mental, para que a questão de álcool e outras drogas fosse abordada no âmbito do SUS. Essas diferenças -

aparentemente de ordem técnica, sobre modelos e dispositivos assistenciais a serem adotados no país - revelam também um debate político-ideológico, ainda que pouco explícito, entre as diferentes concepções existentes no país em relação a abordagem dos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas (MACHADO, 2006, p.85).

Trata-se, pois, de posicionamentos propulsores para as políticas nacionais e para orientar as relações multilaterais e bilaterais nas políticas sobre drogas (LIMA, 2009). O desafio seria a produção de uma política que garantisse um espaço popular de participação política, mesmo sob a cobertura tão restrita de debate social e sob a liderança de atores responsáveis pela segurança nacional.

A discussão se dava na tentativa de poder responder, de forma simultânea, a exigência internacional¹³ - de afirmação de uma política proibicionista mais clara - e os diferentes anseios e posições nacionais sobre o tema das drogas para a agenda pública do país (LIMA, 2009).

Diante desses embates, em junho de 2001, o então ministro da saúde, José Serra, por meio da Portaria GM nº 843, decidiu incluir nas áreas de atuação da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a área temática de assistência aos portadores de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Reconheceu-se, para tal, a necessidade de sistematizar o conhecimento oriundo de diferentes experiências assistenciais e pesquisas realizadas no país, subsidiando a atuação do MS na possibilidade de financiamento das instituições de assistência aos usuários de drogas.

No mesmo ano, no mês agosto, o então Coordenador Nacional de SM, Drº Pedro Gabriel Delgado, organizou o Seminário Nacional sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na rede SUS. Apesar de várias contradições em diversos posicionamentos sobre a questão, o relatório final desse seminário criou mecanismos para a criação de algumas portarias que, mais tarde, no ano de 2003, deram origem à Política do MS para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

¹³ É importante lembrar que as Políticas Nacionais Antidrogas (PNAD), instituídas pela SENAD, continuavam e continuam a tomar como empréstimo os posicionamentos rígidos das convenções internacionais sobre drogas lideradas pela ONU, visto que afirmam e atualizam o proibicionismo, numa tentativa de construir uma sociedade livre de todas as drogas.

Apesar desse fortalecimento político da Coordenação de SM, tendo a possibilidade de incluir os usuários de drogas na assistência ao SUS, o MS manteve uma posição ambígua até o ano de 2002, quando publicou portarias ministeriais que forneceram o esboço para uma política pública mais consistente (MACHADO, 2006).

- Portaria GM nº 336 de 19/02/2002. Essa portaria, entre outras definições, criou a possibilidade de existência, no SUS, dos CAPS AD, que são serviços de atenção diária às pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas;

- Portaria SAS nº 189 de 20/03/2002. Essa Portaria, entre outras definições, incluiu, na tabela de serviços do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), os procedimentos referentes à atenção para as pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas nos CAPS AD;

- Portaria GM nº 816 de 30/04/2003. Essa Portaria instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, com objetivos de: articular ações desenvolvidas nas três esferas de governo para a atenção aos pacientes com dependência ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas; organizar e implantar rede de serviços extra-hospitalares para esses; aperfeiçoar intervenções preventivas de maneira a reduzir os danos sociais e à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas; realizar ações de atenção integral a pacientes e seus familiares; organizar demandas e fluxos assistenciais; promover capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de SM. A Portaria previu ainda: a expansão da rede dos CAPS AD (meta: 250 CAPS AD em 2004); a criação do Programa Permanente de Capacitação de recursos humanos da rede SUS para os CAPS AD; e a alocação de recursos financeiros para a implementação do programa;

- Portaria GM nº 817 de 30/04/2002. Essa Portaria incluiu, na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), procedimentos referentes à atenção hospitalar em hospitais gerais quando do uso prejudicial de álcool e outras drogas;

- Portaria SAS nº 305 de 03/05/2002. Essa Portaria definiu as normas de funcionamento e de cadastramento dos CAPS AD e designou centros de referência em vários estados para implementar o Programa Permanente de Capacitação para a rede CAPS AD.

Lima (2005) afirma que a demora de posicionamento por parte do MS acerca da SM ocorreu devido ao estabelecimento histórico de um arranjo assistencial de múltiplas facetas que criminalizou o usuário e pactuou seu isolamento para o tratamento nas comunidades terapêuticas religiosas, isso somado ao baixo potencial de organização política dos usuários das políticas e dos trabalhadores da área.

Em março de 2003, início do governo Lula, a SENAD realizou um Seminário - Novos Cenários da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) - convocando os Ministérios para que se posicionassem em relação às ações a serem desenvolvidas nessa área. Nesse seminário foi, então, apresentada a primeira versão da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas proposta pelo MS.

Em abril de 2003, por meio da portaria nº 457, foi criado um grupo de trabalho com o objetivo de estabelecer diretrizes para essa política de álcool e outras drogas. Esse grupo foi alocado na área técnica de SM, contando com a participação de outras áreas do MS: Secretaria Executiva, Coordenação de DST/AIDS, ANVISA e SAS (saúde do adolescente e do jovem, prevenção de violência e causas externas, saúde do trabalhador e atenção básica). Em 2004, após a consolidação desse grupo de trabalho, foi lançada a segunda versão da Política do MS na área de drogas.

Nesse documento, foi reafirmado o comprometimento do MS no enfrentamento à questão das drogas, ressaltando a importância da criação do SUS, presente no texto da CF de 1988 e regulamentado pela Lei 8080/90.

O texto dessa política também faz referência ao caminho percorrido pelos movimentos sociais que originaram a Reforma Psiquiátrica, enfatizando as recomendações originadas nas Conferências Nacionais de Saúde Mental.

Dessa forma,

[...] torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à

comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004, p. 6).

Propõe-se nesse documento romper com as abordagens reducionistas dos problemas associados ao consumo de drogas, reconhecendo-os como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas. Tal abordagem prevê a articulação de ações intersetoriais que não tenham o objetivo exclusivo e único da abstinência como forma de cuidado.

O documento ainda propõe a indicação das estratégias de RD nas ações de prevenção e tratamento; e mobilização da sociedade civil para participar de práticas preventivas e terapêuticas, desconstruindo a concepção de que todo usuário é doente e requer internação para seu tratamento (MACHADO, 2006).

Como proposta de articulação de redes assistenciais com o estabelecimento de ações intersetoriais, essa política traz no seu escopo a importância da intersetorialidade como possibilidade de minimização dos agravos que o uso prejudicial de drogas acarreta. No próprio documento, o MS deixa evidente a importância da articulação intersetorial nesse campo, por se tratar de um tema transversal a outras áreas:

O uso de álcool e outras drogas, por tratar-se de um tema transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, social e de desenvolvimento, requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral ao consumidor de álcool e outras drogas [...] Nesse sentido, no campo da prática de políticas públicas, a intersetorialidade e a intrasetorialidade requerem investimentos contínuos e de longo prazo, dedicando esforços coerentes a cada nova geração (BRASIL, 2004, p. 24).

Dessa forma, a política do MS para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas inaugura uma prática de saúde pública capaz de articular ações e estratégias com outros campos da assistência. Reconhece-se, assim, o direito social à saúde, permitindo o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre as instituições e os diferentes setores da sociedade, demonstrando a necessária construção de parcerias com as áreas de educação, trabalho e emprego, habitação, cultura, segurança, alimentar e outras.

O fenômeno do uso de SPA pela sociedade ultrapassa as motivações individuais e singulares, percorrendo caminhos sociais vinculados a um diagrama de

fatores complexo e multifacetado e que produzem o uso prejudicial das drogas, cuja abordagem precisa ser originada a partir das várias áreas das políticas públicas, tendo a participação de um suporte social comunitário. Neste sentido, na realidade brasileira atual, ainda persistem duas indicações de políticas de assistência nesse âmbito do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

No panorama nacional, observa-se que a formação da sociedade, ao se configurar de maneira conservadora e heterônoma, produz intervenções estatais sobre os fenômenos sociais tomados em sua problemática diante de um binômio polarizado: repressão e assistência.

Sendo assim, o debate sobre a política de assistência aos usuários de drogas apresenta diferentes perspectivas na arena política, estabelecendo disputas que resultam ora em retrocessos ora em alguns avanços. Esse aspecto se destaca pela visível luta concorrencial entre os setores do governo aos quais compete a hegemonia nessa área (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Silva e Melo (2000 apud GARCIA; LEAL; ABREU, 2008) afirmam que a análise empírica da política sobre drogas revela que seus formuladores trabalham com fenômenos complexos, mas também com limitações quanto ao conhecimento disponível desses fenômenos. Os que formulam essas políticas expressam preferências de um dado grupo, confrontando-se com preferências contrárias.

Dessa forma, seguindo ainda o viés proibicionista, a Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) continua tendo uma grande influência de participação nesse campo. Ou melhor, há uma proposição desse órgão que, sob a regência do Ministério da Justiça, seja possível articular outros ministérios e a sociedade civil para uma ampla resposta “salvadora da nação” nessa questão. Nesse sentido, em 2007, no plano do governo federal, quando trata da segurança pública, propõe intensificar a repressão ao crime organizado e a vigilância das fronteiras para impedir o tráfico de drogas e armas, reforçando a criminalização dos usuários de drogas.

No campo da legislação penal, apesar de significativas mudanças trazidas com a promulgação da Lei nº 11.343/2006, destacamos que a criminalização pelo uso de drogas continua presente, fortalecendo o estigma e o preconceito. O que mudou foi a forma de cumprir a pena para quem for considerado usuário de drogas ilícitas. Se em décadas anteriores era a privação de liberdade, essa promulgação substitui pela privação de direitos (ESPÍNDOLA, 2011).

Já a PNAD, instituída em 2005, também pela SENAD, apesar de ampliar e se orientar pelo princípio da responsabilidade compartilhada - ao adotar a importância da articulação de esforços entre governo e as várias instâncias sociais -, contribui também para a manutenção da repressão aos usuários de drogas ilícitas. Em um dos eixos, que estrutura toda a política, há a redução da oferta como possibilidade de política para essa população. É importante lembrar, pois, que a SENAD - vinculada ao Ministério da Justiça -, materializa-se como um mecanismo de controle social aos excluídos, com a função de coordenar a PNAD por meio da articulação e integração entre governo e sociedade.

Isso reflete em uma política atravessada por interesses, valores e ideologias, caracterizadas pela preponderância de modos de regulação a partir das conveniências dos políticos ou de grupos e incorporações sobre a influência do Estado (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Sendo assim,

[...] no contexto neoliberal, o esvaziamento dos princípios democráticos nacionais, as antipopulares reformas administrativas do Estado, a retirada da responsabilidade estatal nas respostas às sequelas da “questão social” marcam o tempo presente (Montaño, 2003). Esse cenário reflete, portanto, o processo segundo o qual a legislação na área vem sendo feita em gabinetes de alguns poucos legisladores que arvoram para si a condição de conhecedores ou especialistas na matéria ou, como denominados por MacRae (1996), “guardiões da saúde psíquica da nação”. Assim, convivemos com novos e velhos dilemas (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008, p. 7).

Seguindo esse viés, em 2010, a Presidência da República instituiu, por meio do Decreto nº 7.179, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. No ano seguinte, em dezembro de 2011, instituiu o Programa Crack é Possível Vencer. Em linhas gerais, fica instituído um grande plano integrado de ação com vistas à prevenção ao uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. A coordenação desse plano ficou sob a responsabilidade dos Ministros de Estado e da Justiça, cabendo a este último prover apoio técnico-administrativo e meios necessários ao funcionamento das instâncias da gestão.

O plano é composto por ações imediatas e estruturantes. Em relação às ações imediatas, temos aquelas voltadas ao enfrentamento do tráfico de drogas no

território nacional e a realização de uma campanha permanente de mobilização nacional para o engajamento ao plano. Já as ações estruturantes organizam-se em torno de três eixos: prevenção (educação, informação e capacitação); cuidado (aumento da oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários); e autoridade (enfrentamento ao tráfico de drogas e às organizações criminosas).

Quando foi anunciado, em dezembro de 2011, ressaltou-se a urgência de um pacto para vencer a “epidemia” do crack. Nesse sentido, uma questão inicial que se coloca é que não existe na literatura científica atual nenhuma pesquisa que comprove o uso do crack como uma epidemia de saúde pública. Colaborando com essa assertiva, a própria Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas idealizou um estudo que pudesse delinear o perfil da população usuária de crack e similares, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), entre os anos de 2011 e 2013. Realizada em 26 capitais, no Distrito Federal, em 09 regiões metropolitanas e municípios de médio e pequeno porte, foram mapeadas e escolhidas cenas de uso de crack e similares, as quais eram visitadas por equipes de campo treinadas previamente.

Alguns resultados se tornam relevantes para a discussão até aqui apresentada, trazendo evidências de forma mais objetiva e consciente (FIOCRUZ, 2013):

- O levantamento demonstra que a grande maioria, cerca de 78,9%, dos usuários de crack pesquisados desejam receber tratamento;
- Outra questão relevante é que em todo o país os usuários de crack se apresentam como poliusuários, ou seja, o crack/similar foi apresentado como mais uma das drogas em um amplo portfólio de SPA. Em compensação, o álcool e o tabaco se configuraram como as drogas mais consumidas por essa população - cerca de 80%.

Refletindo sobre esses dois resultados da pesquisa, podemos inferir algumas contradições sobre o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack. Com um percentual expressivo de pessoas usuárias que desejam se tratar, torna-se desnecessário um incentivo de recursos públicos em comunidades terapêuticas como preconizado pelo Plano Crack. Além de serem entidades religiosas que reforçam ações e atitudes moralizantes, são instituições que não se adequam a todo o processo histórico da reestruturação dos serviços da RPB. Nesse aspecto, a

internação involuntária e compulsória¹⁴ começa a ser implantada, em alguns contextos¹⁵, como a principal e muitas vezes a única estratégia para o enfrentamento ao uso do crack e outras drogas.

A segunda questão é que a justificativa do lançamento do Plano Crack se deu devido a uma “epidemia” que se consolidava no território nacional, especificamente pelo uso do crack. Nesse levantamento, contrariando essa posição oficial do governo federal, observa-se que o consumo maior seria das drogas lícitas (álcool e tabaco), caracterizando o usuário como poliusuário, não justificando o caráter epidêmico, sendo, assim, um contrassenso uma política emergencial para uma população específica usuária de crack.

Nesse sentido, Teixeira (2012, p. 58) afirma que:

[...] esse plano reflete a adição de medidas como a recentemente decretada internação compulsória para crianças e adolescentes, moradores de rua, usuários de crack, em abrigos para serem tratados da dependência química, com acompanhamento de agentes de saúde. Depois da deflagrada conclusão que a guerra às drogas e sua ação militarizada é uma medida falida, vem emergindo uma resposta igualmente repressiva no sentido de minar as políticas de redução de danos, e reafirmar o foco da ação punitiva, só que agora não mais com a legitimidade do discurso penal, mas com a afirmação do discurso medico sanitarista.

Dessa forma, caracterizam-se como medidas cerceadoras da liberdade das pessoas em um estado democrático de direito, dando continuidade a ideia do inimigo a ser combatido que seria o objeto droga. Nesse sentido, impede-se uma concepção ampliada do fenômeno que pudesse envolver várias políticas sociais, na tentativa de deslocar a promoção da assistência do discurso polarizado entre a penalização e o médico-sanitarista-higienista.

Em outra direção, temos o MS, que mesmo sendo parceiro desse plano, consegue produzir um novo discurso, aliado à concepção de saúde como direito

¹⁴ As modalidades de internação voluntária e compulsória apesar de estarem presentes na Lei 10.216/2001 - lei da reforma - só podem ser utilizadas quando todos os recursos extra-hospitais tiverem sido usados.

¹⁵ A internação compulsória de crianças e adultos, no município do Rio de Janeiro, caracteriza-se como um plano de ação desde 2012, com operações que envolvem a Secretaria de Assistência Social e a vara da Infância e Juventude (FRAGA, TONIOLO e MARCHI, 2012).

social, tendo os pressupostos da reforma psiquiátrica e a política de RD como ética para a construção de suas ações.

Com a criação, em 2003, da Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas, e a promulgação, em 2005, da Portaria nº 1.028 que regulamenta a política de RD, atualmente o uso problemático de álcool e outras drogas é tomado pelo viés de ser uma questão de saúde pública, inviabilizando a lógica da criminalização e exclusão.

Após essas publicações, no contexto das práticas e do cuidado a essa população, houve como consequência:

[...] uma importante mudança ideo-política ao afirmar a pessoa portadora da síndrome de dependência em substância psicoativa como cidadão sujeito de direitos [...] Ao envolver governo e sociedade no cuidado desse cidadão, acarreta a premissa da participação social, da integração de ações da sociedade civil organizada e das diferentes esferas governamentais, além de priorizar prevenção ao uso indevido (SANTOS, 2009, p.61).

Ainda Santos (2009) aponta que a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) concebe essa questão do uso prejudicial das drogas como um problema de saúde pública:

[...] envolvendo assim toda rede de serviços públicos. Desta maneira, esse sistema deve nortear-se por uma visão ampla de saúde, observando as múltiplas necessidades dos cidadãos usuários de seus serviços [...] ao envolver governo e sociedade civil organizada e as diferentes esferas governamentais [...], traz ainda em seu arcabouço a lógica da redução de danos sociais, a educação e a reinserção social como norteadora das ações (p.68).

Com essa forma de assistência, reconhece-se a necessidade da implantação de programas de prevenção, tratamento e promoção da saúde, mobilizando e engajando diversos segmentos sociais na defesa dos direitos dos usuários de acesso aos serviços públicos.

É uma aposta na criação e manutenção de equipamentos, na qualificação dos profissionais inseridos nos serviços e na articulação com áreas afins para a execução e avaliação dessas políticas (COSTA, 2012).

Dessa forma, o MS defende os princípios das redes de assistência, da intersetorialidade e da responsabilidade compartilhada nas suas diretrizes,

articulando-se com a Lei nº 10.216/2001 - a conhecida lei da reforma - e propondo a definição de estratégias específicas para o fortalecimento dos vínculos sociais e terapêuticos, diminuindo, assim, o estigma e o preconceito.

Abaixo, listamos os princípios que norteiam a política do MS na atenção aos usuários de drogas (BRASIL, 2004):

- atenção integral: o usuário deve ser visto de forma geral e não apenas na questão específica da saúde;
- base comunitária: o cuidado ao usuário na comunidade, no espaço onde ele vive, perto da família;
- territorialização: cada unidade deve atender um espaço determinado a fim de facilitar o vínculo;
- lógica da RD: não existe o objetivo único de se chegar à abstinência, pois a principal finalidade das ações de tratamento é melhorar a qualidade de vida dos usuários;
- intersetorialidade: a questão do tratamento não é só da saúde, para tal, faz-se necessário que se concretizem parcerias para incluir o usuário em outros espaços de cidadania.

Já a portaria nº 1.028, instituída em julho de 2005, regulamenta as ações que visam a RD sociais à saúde, decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Todas as ações obedecem a uma diminuição dos riscos sociais à saúde, envolvendo várias políticas públicas na constituição dessas práticas. O posicionamento é que a “garantia do acesso aos serviços e da participação do usuário em seu tratamento são princípios assumidos pelo SUS como direitos a serem garantidos” (COSTA, 2012, p. 409).

Para uma melhor definição, essa política se baseia em algumas diretrizes básicas, tais como: intersetorialidade, atenção integral, prevenção, promoção e proteção à saúde. Evidencia-se, pois, a preconização em relação à uma rede de assistência, com ações integrativas entre as áreas de saúde e serviço social, associadas à rede de SM. A lógica que permeia essa assistência está pautada no planejamento das ações e na integralidade dos serviços de assistência.

Fortalecendo essa rede de cuidados, em dezembro de 2011, o governo federal institui, por meio da Portaria nº 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o objetivo de ampliar e articular os diversos pontos de atenção à saúde

para pessoas em sofrimento psíquico ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A RAPS é composta por serviços e equipamentos variados que vão desde a atenção básica à saúde até a reabilitação social. A seguir, apresentamos os seus componentes:

Quadro 4 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

Atenção Básica em Saúde	• Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio à Saúde da Família; • Consultório na Rua; • Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; • Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	• CAPS, nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	• Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192; • Sala de Estabilização; • Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	• Unidade de Acolhimento; • Serviço de Atenção em Regime Residencial.
Atenção Hospitalar	• Enfermaria especializada em Hospital Geral; • Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégias de Desinstitucionalização	• Serviços Residenciais Terapêuticos; • Programa de Volta para Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	• Iniciativas de geração de trabalho e renda; • Empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2011).

É importante assinalar que o objetivo desse modelo integrado é que haja uma comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção, na incorporação de instrumentos tecnológicos e na exigência de modificações significativas na abordagem do indivíduo, da família e da comunidade onde esse se insere.

Nesse aspecto, os CAPS AD¹⁶ deverão funcionar como dispositivos estratégicos para a organização da rede de SM do território. Além disso, devem realizar ações de matriciamento para os demais dispositivos de saúde, visando a construção de redes intersetoriais que tenham por objetivo a promoção da ressocialização por meio da oferta de atividades de esporte, cultura, educação, lazer, inserção no mercado de trabalho, entre outras.

Sendo assim,

[...] trata-se de um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que, portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas - como ocorreu historicamente no Brasil - nem tampouco de ações exclusivas da saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 818).

Portanto, pode-se inferir que o desafio do MS é ampliar o acesso ao tratamento e acompanhamento eficaz e de qualidade no próprio território. Isso coaduna com a ampliação do número de pontos de tratamento na rede pública e com a adoção da lógica de RD como princípio norteador no entendimento da questão do consumo de álcool e outras drogas.

Diante desse panorama, até o momento percebe-se que o debate sobre as drogas é atualmente mais aberto, apresentando diferentes perspectivas na arena política. Para Santos e Oliveira (2012), a reflexão política acerca do enfrentamento das drogas faz-se necessária na medida em que se mostra o amadurecimento ideológico acerca dessas concepções, servindo de alicerce para fundamentar as políticas públicas mais recentes a essa população.

É nesse momento em que vivemos, ou seja, num processo atual de revisão de nossa legislação - embora a passos lentos, com a criação de planos emergenciais e resquícios de uma política segregadora e moralista - que se encontra uma tentativa de solucionar a questão das drogas na agenda das políticas públicas.

¹⁶ Em 2002, o MS publica diversas portarias que dão início a um modelo de tratamento para as pessoas que sofrem de transtorno mental e de dependência de álcool e outras drogas - são criadas unidades de tratamento denominadas CAPS. Uma de suas modalidades se destina ao atendimento de usuários prejudiciais de álcool e outras drogas, os CAPS AD. Nas próximas seções, haverá um detalhamento maior sobre esse dispositivo.

Por outro lado, todo esse avanço conquistado resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento da atuação em rede, a fim de possibilitar uma intervenção baseada na integralidade do atendimento ao usuário.

Portanto, é mister considerar que, presente em todos os textos das leis federais e nas diretrizes atuais das Políticas sobre Drogas, elementos como promoção da saúde, cuidados amplos ao ser humano e redução dos riscos à vida, prevenção, reinserção social, construção de rede e intersectorialidade, são preconizados no atendimento às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Diante da complexidade dessa problemática, a intersectorialidade se configura como estratégia fundamental para a consolidação dessas políticas no âmbito nacional. Essa estratégia, ao ser entendida como a articulação de saberes e experiências, visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, envolvendo as múltiplas esferas da realidade social, num movimento de reversão da exclusão social, diluindo as visões moralistas e intolerantes que ainda insistem em permear as políticas e práticas de cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Assim, entende-se

[...] a intersectorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem [...]. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2006, p. 13-14).

Venturini (2010) ao considerar a intersectorialidade, afirma que se trata de um modelo que se baseia em um critério temporal de funções. Mais do que importar-se com a aceitação e legitimação, os serviços oferecidos deverão ativar a integração das redes sociais com as instituições sócio-sanitárias. Nesse sentido, seria uma “intervenção de elevado profissionalismo que pode-se comparar tecnicamente e

quanto ao custo, a uma difícil intervenção cirúrgica” (VENTURINI, 2010, p. 476). Ainda esse autor afirma que:

[...] os profissionais da saúde mental, além do próprio papel (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, operador social) deveriam sempre ser analisadores da realidade social e valorizadores de recurso humano. Tendo presente as situações específicas dos doentes deveriam estimular a coesão social (melhorando as relações interpessoais entre usuários da residência e os vizinhos), sustentar as redes informais (tornando protagonistas os grupos de auto - ajuda e os serviços voluntários), manter as motivações (através da valorização dos sucessos dos usuários, mas também daqueles das pessoas envolvidas na gestão da residência), apoiar mais a convergência do que as disputas, legitimar os sujeitos envolvidos (através da descentralização do poder)(VENTURINI, 2010, p.476).

Nesse sentido, ao se buscar superar tantas fragmentações históricas, sabemos que não estamos diante de uma tarefa simples. Torna-se um desafio construirmos estratégias para a produção de conhecimentos que possibilitem a problematização de práticas e políticas instituídas, bem como a descoberta de novos caminhos que sustentem a criação de outros projetos, fundamentados em referenciais teórico-técnicos consistentes.

Somando-se a isso, outra dificuldade para a efetivação das políticas intersetoriais nesse campo refere-se à própria compreensão da complexidade do trabalho territorial, ou seja, mesmo estando disposto nas leis e nas diretrizes que regem essas práticas em relação à dimensão comunitária e intersetorial dos serviços, falta ainda a concepção do trabalhador a fim de fomentar tais mudanças nos processos de trabalho diário.

A dimensão política - no sentido de valores, interesses, aspirações e relações sociais, envolvendo a capacidade de identificar e privilegiar as necessidades resultantes das relações coletivas e individuais -, muitas vezes não é construída no processo de trabalho e nas relações entre esses trabalhadores.

Dessa forma, não temos dúvidas de que os problemas estruturais de nossos serviços só poderão ser resolvidos a partir da superação dessas contradições, forçando-nos a buscar soluções, mesmo que pontuais e, principalmente, levando-nos a desvendar as complexidades de nossa realidade social.

Sendo assim, o próximo capítulo inicia uma discussão sobre a intersetorialidade, primeiramente percorrendo a sua conceituação no campo das

políticas públicas em geral para, em seguida, discutir a aproximação dessa com a SM, mais especificamente em relação às políticas de álcool e outras drogas. Salientamos a relevância dessa discussão pelo fato de o problema do uso prejudicial de drogas ser de complexa abordagem, permeado por múltiplos fatores e variadas demandas de atendimento, configurando-se a necessária parceria com outros setores e outras políticas na assistência à essas pessoas.

CAPÍTULO 2 - A INTERSETORIALIDADE NO ENTORNO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: A POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS COMO CENÁRIO

2.1 Discutindo a intersectorialidade no campo das políticas públicas

*O combate às iniquidades sociais,
mais do que um ato de eficácia administrativa,
constitui uma responsabilidade moral
que nenhum governo sério deve abdicar
(PEREIRA, 2001, p. 220).*

Atualmente, é comum se referir ao tema da intersectorialidade sob distintas abordagens. Seja na cena política ou em debates acadêmicos, o tema aparece como possibilidade de superação de práticas fragmentárias em relação aos usuários de serviços estatais (TUMELERO, 20--). Para Nascimento (2010), esse conceito passou a ser valorizado no âmbito das políticas públicas pela observação da não eficiência, efetividade e eficácia esperadas na implementação dessas políticas. Corroborando com essa ideia, Monnerat e Souza (2009) afirmam que a intersectorialidade vem sendo defendida por diversos analistas com o objetivo de minimizar a fragmentação histórica das políticas públicas. Ressaltam ainda que a complexidade da realidade social coloca novos desafios ao sistema, provocando inovadoras fórmulas de programar tais políticas que auxiliem na melhoria social da população.

Sendo assim, é nessa direção que diversos autores (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997) insistem que o reconhecimento da população em suas singularidades e necessidades, tendo em vista as determinações múltiplas, situa-se no campo da intersectorialidade.

Com base em tais prerrogativas, entendemos que o debate sobre a intersectorialidade deve ser precedido de uma discussão sobre o entorno das políticas públicas, notadamente as de natureza social (foco de nossa investigação), realçando as questões de ordem estrutural que as configuram historicamente no Brasil. Entendemos que só com esse aparato é possível traçar a real dimensão que a intersectorialidade possui.

Dessa forma, nas linhas que se seguem, primeiramente buscaremos contribuir para o aprofundamento desse debate, discutindo a intersectorialidade na

emergência do campo das políticas públicas, com o objetivo de compreendermos a articulação entre os diversos atores que elaboram e executam essas políticas. Seguiremos a discussão configurando as políticas sociais no Brasil e as formas históricas que assumiram até a atualidade.

Já na segunda parte deste capítulo, situaremos esse tema no contexto da SM, mais especificamente nas políticas de assistência aos usuários prejudiciais de álcool e outras drogas, situando a importância desse debate para a efetivação dessa assistência no âmbito da saúde pública.

Nesse sentido, para iniciarmos a discussão, é necessário apresentar alguns conceitos importantes para a delimitação desse estudo. Advertimos que o percurso aqui proposto não é o de esgotar as possibilidades e os aspectos de abordagem teórico-conceitual da política social, mas sim contribuir para o debate. Sendo assim, cabe-nos explicitar a concepção de política que alguns autores trazem para a discussão.

A política deriva do adjetivo originado de *pólis*, significando tudo que se refere à cidade, ou seja, a política nesse contexto é entendida como uma forma de atividade que depende da mediação entre indivíduo - indivíduo e indivíduo - instituição (BOBBIO et al., 2002 apud SILVA, 2012).

Assim, a política diz respeito à vida coletiva das pessoas em sociedade, caracterizando-se por um conjunto de processos e métodos usados por indivíduos ou grupos para a manutenção de poder (SILVA, 2012). Dessa forma,

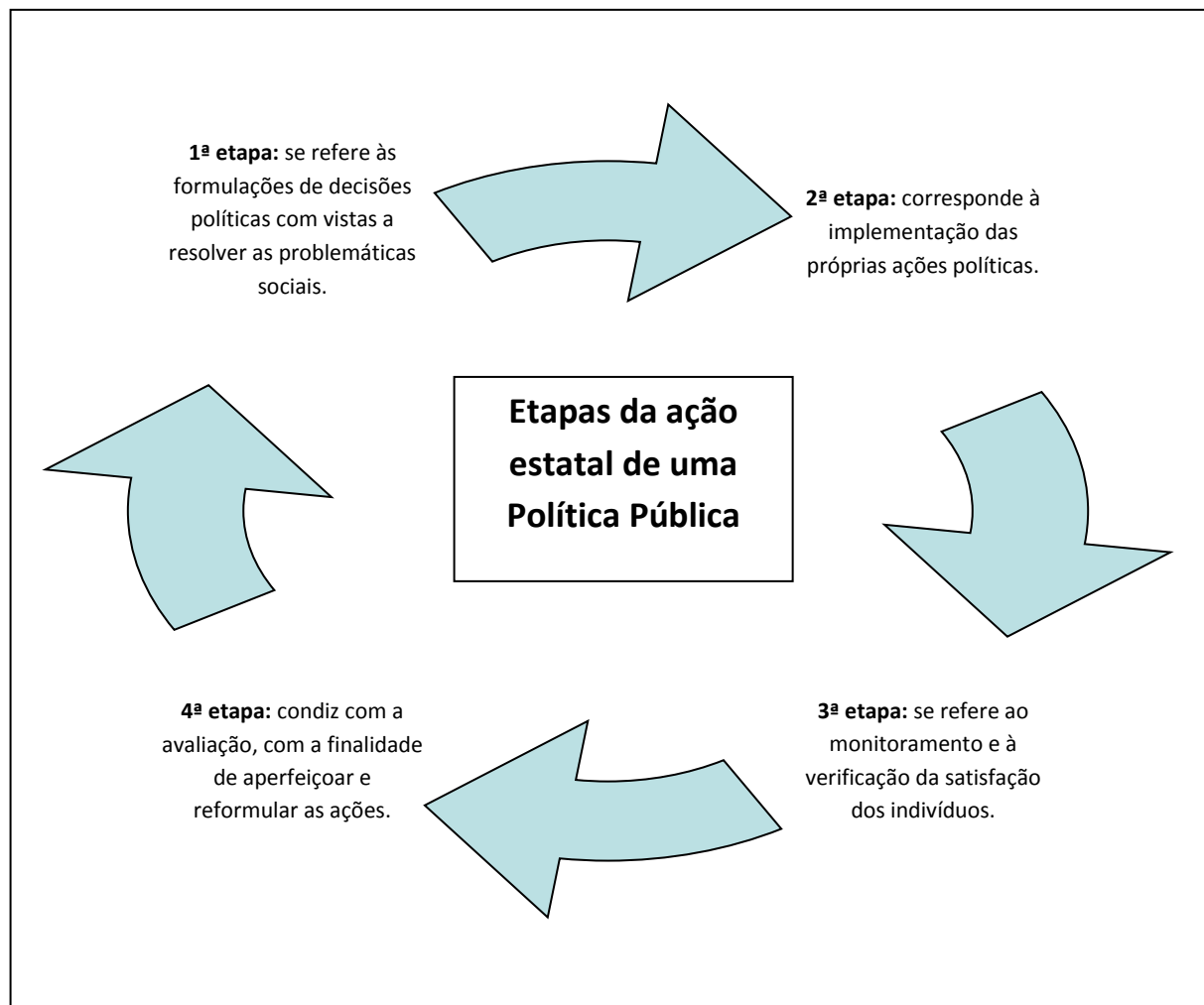
[...] quando a política se aproximou do conhecimento ligado ao controle da vida humana em sociedade, a sua concepção passou por diversas mudanças e avanços no processo de jurisdições político-administrativas que caracterizavam a formulação, a implementação e a avaliação de programas e projetos de desenvolvimento nos municípios, estados e nações (HEIDEMANN, 2009 apud SILVA, 2012, p. 34).

Lasswell (apud PEREIRA, 2009) identifica três características centrais nas políticas: a primeira gira em torno de seu caráter multidisciplinar, pois abrange temas tratados por outras disciplinas científicas; a segunda, diz respeito à intervenção, pois não se limita a conhecer o objeto, mas, para além disso, procura interferir nele e modificá-lo; a terceira é a sua normatização, pois se defronta com a possibilidade de separar fins e meios, no estudo das ações do governo.

Dessa forma, a política pública porta a noção de que as dificuldades encontradas na sociedade poderão ser assumidas coletivamente com a supremacia de responsabilização do Estado (TUMELERO, 20--). Nessa concepção, surge como o ideal para o desenvolvimento - tendo o Estado papel de interventor das ações e ao mesmo tempo garantidor, pelo menos no campo conceitual - a liberdade em todos os campos de ação (SILVA, 2012).

Ainda Silva (2012) refere-se a quatro etapas da ação estatal das políticas públicas:

Figura 3 - Ação estatal de uma Política Pública



Fonte: Elaborada pelo autor, 2014.

Dessa forma, as políticas públicas correspondem a um conjunto de ações desencadeadas pelo Estado com vistas ao bem coletivo em relação a um determinado setor ou atividade (HEIDEMANN, 2009 apud SILVA, 2012).

É nesse panorama de avanço discursivo no campo das políticas públicas que ganha força a distinção entre políticas de estado e políticas sociais (SILVA, 2012). As primeiras correspondem às ações estáveis e inflexíveis que fazem com que todo governo de Estado implante, independente do partido político ou da continuidade dos mandatos. Já as políticas sociais correspondem às ações setoriais de uma questão particular da sociedade. Por exemplo, ações que incluam saúde, esporte, educação, lazer, etc. Sobre esse segundo conceito, pretendemos tecer um maior aprofundamento nas linhas que se seguem, como forma de melhor apreender a sua formação e os seus atores, tendo, contudo, o cuidado de não esgotar a discussão.

Em geral, a existência das políticas sociais é um fenômeno associado à própria constituição da sociedade burguesa, sendo específico ao modo capitalista de produzir e reproduzir-se (BEHRING, 2000). É importante destacar que a política social não se dá no vácuo e seu trato não pode prescindir do exame da sociedade considerando seus variados aspectos: históricos, culturais, sociais, econômicos e políticos (PEREIRA, 2012). Essa deve ser entendida como fruto da própria dinâmica social a partir de vários e diversos interesses dos atores sociais (PIANA, 2009).

No entanto, será preciso superar dicotomias que são visíveis em algumas abordagens da política social, buscando uma leitura abrangente e totalizadora, reconstruindo no pensamento os processos que delineiam os fenômenos sociais (BEHRING, 2000). Trata-se de pensar a política social, seu significado, suas possibilidades e seus limites na contemporaneidade.

Para Behring (2000) o surgimento das políticas sociais começa a ser delineado quando houve um reconhecimento da questão social inerente às relações sociais no modo de produção capitalista e os trabalhadores assumiram um papel político e até revolucionário.

Estas transformações do Estado foram de acordo com a força do movimento trabalhista e ocorreram nos chamados países desenvolvidos da Europa e nos Estados Unidos [...] Buscou assegurar um acordo de neutralidade nas relações das classes sociais e amortecer a crise do capitalismo com a sustentação pública de um conjunto de medidas anticrise (PIANA, 2009, p. 30-31).

Corroborando com essa autora, Behring (2000) situa a política social enquanto uma estratégia anticíclica ocorrida na era do keynesianismo¹⁷. Mas, apesar dessa afirmação, a autora reconhece que existiram movimentos anteriores que pressionaram o Estado em torno da insegurança da existência que peculiariza, por exemplo, a condição operária (desemprego, invalidez, velhice, dentre outros). Dessa forma, “superando o recurso à caridade e à beneficência privada ou pública, o movimento operário impõe o princípio dos seguros sociais” (BEHRING, 2000, p. 19).

Contudo, ampliando o conceito de seguridade social para além do seu núcleo duro, tentando ultrapassar o sistema previdenciário, autores como Faleiros (1986) e Aglietta (1991) concordam que os seguros sociais possuem inúmeras formas de se apresentar para a sociedade: compra de equipamentos de consumo coletivo; garantia estatal dos preços da cesta básica para populações de baixa renda, etc. Essa possibilidade de compartilhamento, alguns autores, a exemplo de Cohn (1997), entendem como significado de desenvolvimento social, ou seja, constitui-se na ampliação das condições de qualidade de vida dos indivíduos que, por sua vez, dependem das condições socioeconômicas, políticas e culturais de cada nação em cada momento histórico (INOJOSA, 1998).

Assim, observa-se que a política social ocupa certa posição político-econômica e que seu significado não pode ser compreendido exclusivamente pela sua inserção objetiva no mundo do capital nem apenas pela luta de interesses dos sujeitos que se movem na definição de tal e qual política (BEHRING, 2000).

Dessa forma, a política social,

[...] configura-se, no contexto da estagnação, como um terreno importante da luta de classes: da defesa de condições dignas de existência, face ao recrudescimento da ofensiva capitalista em termos do corte de recursos públicos para a reprodução da força de trabalho (BEHRING, 2000, p.24).

¹⁷ “O ideário do Estado de Bem-Estar Social é proposto pela teoria keynesiana em países da Europa e nos Estados Unidos da América que tinha como princípio de ação o pleno emprego e a menor desigualdade social entre os cidadãos. É erigido pela concepção de que os governos são responsáveis pela garantia de um mínimo padrão de vida para todos os cidadãos, como direito social. É baseado no mercado, contudo com ampla interferência do Estado que deve regular a economia de mercado de modo a assegurar o pleno emprego, a criação de serviços sociais de consumo coletivo, como a educação, saúde e assistência social para atender a casos de extrema necessidade e minimizar a pobreza” (PIANA, 2009, p.30).

Nessa perspectiva, Silva (2012) destaca dois fatores fundamentais das políticas sociais: o primeiro corresponde à natureza do capitalismo e seu grau de desenvolvimento; e o segundo, constitui-se no papel do Estado na regulação e implementação dessas políticas ora enfatizando as econômicas ora as sociais.

Já Faleiros (1986), em uma perspectiva gramsciana, entende a política social como:

[...] um processo de mediações complexas, resultado da luta de classes por melhores condições de vida, acesso aos bens e às riquezas, que envolvem as esferas sociais, econômicas, políticas, e culturais que se movimentam e disputam a hegemonia nas esferas estatal e privada (apud SILVA, 2012, p.34).

Para Silva (2012), quando pensamos na via democrática para o cidadão participar do Estado, as políticas sociais correspondem a uma tomada de decisão e autonomia para que os cidadãos possam reivindicar a contemplação dos seus direitos. Nesse sentido,

[...] a política social apresenta uma dinâmica multifacetada que inclui as ações intervencionistas na forma de distribuição de recursos e oportunidades, a promoção de igualdade e dos direitos de cidadania e a afirmação de valores humanos como ideais a serem tomados como referência para a organização de nossas sociedades (FREURY; OOVERNEY, s/d, p.17).

Assim, a política social compreende relações, processos e atividades que visam desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) na promoção do bem estar social (FLEURY; OOVERNEY, 2008).

Dessa forma, analisamos que a política social, sempre que possível, deve ser emancipatória, fundada na economia, voltada para a autossustentação; e fundada na política, alicerçada na cidadania dos indivíduos. Nesse aspecto, o Estado tem um papel importante, tendo a função de equalizar as oportunidades e garantir o acesso de todos aos direitos.

Ademais, o entendimento que se precisa ter em qualquer análise é o de que as políticas sociais são construções históricas definidas política e economicamente, a partir de situações dadas em determinados períodos da sociedade, não podendo ser colocadas em termos de um esquematismo rígido de leis imutáveis.

Já Heidemann (2009 apud SILVA, 2012) afirma que as políticas sociais têm como foco uma questão particular da sociedade em torno de um grupo determinado, tendo o intuito de minimizar as desigualdades sociais. É nessa perspectiva, que a

[...] política social será abordada como modalidade de intervenção do Estado no âmbito do atendimento das necessidades sociais básicas dos cidadãos, respondendo a interesses diversos, ou seja, a política social expressa relações, conflitos e contradições que resultam da desigualdade estrutural do capitalismo (YASBEK, 20--).

No Brasil, Behring e Boschetti (2011 apud SILVA, 2012), afirmam que as políticas sociais assumiram contornos diferentes, mergulhados nos variados contextos ético-políticos.

A partir do desenvolvimento dos processos de urbanização e industrialização dos espaços nas cidades, ocorrido a partir dos anos 1930, a questão social - produto e condição da ordem burguesa - passa a ser o fator impulsionador das medidas estatais de proteção para alguns segmentos sociais (YASBEK, 20--). Na constituição de 1937, houve a criação de uma dualização entre a atenção previdenciária para os trabalhadores formais (da indústria) e os informais, como pobres dependentes das instituições sociais.

Assim, Yasbek (20--, p.11), afirma:

para a emergente classe operaria brasileira, as ações no campo da proteção social se redefinem como parte de um pacto entre as classes sociais, para o trabalhador pobre, sem carteira assinada ou desempregado, restam obras sociais e filantrópicas que mantêm-se responsáveis pela assistência e segregação dos mais pobres, com atendimento fragmentado por segmentos populacionais atendidos.

É neste ponto que herdamos uma “herança maldita” das políticas sociais, ou seja, o Estado incentiva a benemerência, executando-a, mantendo a atenção aos mais pobres sem definir a real política para esse segmento.

Já no período da ditadura militar, as políticas sociais assumiram ações centralizadas nacionalmente. “Tratava-se de uma conjuntura econômica dramática, dominada pela distância entre minorias abastadas e massas miseráveis. Permanecem as antinomias entre pobreza e cidadania” (YASBEK, 20--, p. 12).

Dessa forma, pelo lado do grupo dominante, a política social tenderá a ser tática de controle das classes, enquanto do ponto de vista dos desiguais, assume

uma oposição, transfigurando como princípio de redução da desigualdade (DEMO, 2006 apud SILVA, 2012).

Na conjuntura pós Constituição de 1988, a política social continua sendo seletiva e compensatória, focada nos limites em termos de sobrevivência. Nesse sentido, tais políticas acabam sendo o lugar dos não direitos e da não cidadania, comprovando que grande parcela dos indivíduos não tem a própria condição de cidadania, localizando-se numa situação de exclusão na sociedade (YASBEK, 20--). Mas, apesar dessa característica, a carta Constitucional de 88 definiu mecanismos de colaboração, como os conselhos representativos, sendo esses, instrumentos da participação civil no controle da gestão de políticas sociais (PIANA, 2009).

Todavia, ainda assim, no Brasil, Piana (2009) afirma que as políticas sociais conservam na sua execução um caráter fragmentário, setorial e emergencial, sustentadas pela necessidade de legitimar os governos que buscam bases sociais para se manter. Há uma seleção das reivindicações dos grupos populares, pode-se dizer.

A esse respeito, a literatura é pródiga em valorosas contribuições, dentre as quais se destacam os estudos de Yasbek e Giovanni (2011); Silva (2010); Fagnani (1999; 2005); Castro e Ribeiro (2009); Fleury (1994); Vianna (1998); dentre outros.

Em tais estudos, a caracterização histórica das políticas sociais brasileiras aponta para uma fase inicial (dos anos 1930 aos 1950) de construção calcada na concepção de seguro social, portanto, fundamentalmente contributiva. Em seguida há uma etapa de consolidação (a partir da década de 1960). Nessa periodização, é possível identificar claramente: o princípio da privatização margeando os processos de formulação dessas políticas; o uso clientelístico da máquina pública; o patrimonialismo; o excesso de burocracia na administração pública; a sobreposição de ações entre os ministérios e entre esses e os estados e municípios; focalização e seletividade no acesso aos programas sociais; populismo como dispositivo de busca de consenso social; fragmentação institucional; centralização dos processos decisórios e, por fim, uma regressão crescente do financiamento dos gastos sociais.

Nos últimos anos é possível ainda constatar a persistência de grande parte dessas características - apesar das mudanças conjunturais -, com a adição de uma nova tendência de enfoque largamente utilizado em países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil. Trata-se de uma nova investida do capital, tendo em vista o binômio do crescimento da economia junto ao desenvolvimento social.

Nas considerações de Castro (2013), o neodesenvolvimentismo e o neoconservadorismo repercutem um novo ciclo de reordenamento do capital que tem como essência o protagonismo do Estado frente às expressões da questão social apenas nos limites da extrema pobreza. São assumidos nomeadamente pelas agências multilaterais (Banco Mundial, Bird).

Trata-se de uma tentativa de alcançar o tão propalado “crescimento sustentável”. A nova estratégia do capital proclama que os patamares satisfatórios de crescimento econômico serão mantidos com a ampliação do consumo, a fim de fortalecer o mercado. E isso só acontecerá com um certo atendimento das necessidades sociais, o que exige um conjunto de políticas e programas sociais voltados para minorar a pobreza e reduzir as desigualdades sociais. O incremento das políticas sociais deve ser conduzido em articulação com um conjunto de orientações e estratégias, formatando uma nova cultura cívica e uma nova sociabilidade que instaurem novas tendências de comportamento e de relações sociais (CASTRO, 2013, p. 363).

Essa lógica pode ser claramente constatada nas duas gestões do Governo Lula da Silva e na gestão de Dilma Houssef, que usaram largamente os Programas de Transferência de Renda (com o protagonismo do Programa Bolsa Família), pautando suas gestões na contradição entre adoção dos parâmetros neoliberais e ações de resgate da miséria via aumento do consumo.

São incontestes as contradições que caracterizam o desenho das políticas sociais nacionais nas décadas mais recentes. Tais aspectos têm sido analisados por autores de campos de saberes diversos tais como: Behring e Boschetti (2007); Druck e Filgueiras (2007); Marques e Mendes (2006); Pereira e Stein (2010); dentre outros.

Ademais como ressaltam Gasparotto et al. (2014, p. 7):

[...] para discutir e conceituar política social na contemporaneidade é preciso relacioná-la ao contexto neoliberal e ao seu receituário, já que é necessário apreender como as políticas sociais são concebidas no capitalismo de ideário neoliberal, como elas são conformadas neste sistema e de que forma respondem às necessidades sociais. Neste contexto, as políticas sociais passam a atuar como forma de contenção social e cooptação da sociedade em torno da proposta e dos interesses capitalistas, na busca do reconhecimento e aceitação da retórica de que o crescimento econômico levaria automaticamente ao desenvolvimento social. As políticas sociais não assumem caráter redistributivo, mas sim, um caráter compensatório das desigualdades econômicas e sociais,

originadas de um modo de produção extremamente desigual e competitivo, motor propulsor e perpetuador da desigualdade social.

Para além desses processos de implementação e de seus vieses conflituosos e ambíguos, tem se buscado, desde a expansão dos direitos sociais no país (CF de 1988), formas e dispositivos que auxiliem na resolução da seguinte equação: baixos investimentos no campo social versus respostas ao empobrecimento da população.

Sendo assim, nota-se que nas últimas décadas, no âmbito das políticas sociais, a intersectorialidade passa a ser uma dimensão valorizada, ao passo que não se observa a eficiência e a eficácia esperada na implantação das políticas sociais (NASCIMENTO, 2010). Nesse sentido, Nascimento (2010) afirma que a intersectorialidade significa também a adoção, por parte da gestão pública, de uma decisão racional no processo de gestão, cuja aplicação pode ser positiva ou não.

Monnerat e Souza (2009) afirmam que as mudanças processadas até então não conseguiram solucionar a fragmentação histórica da ação estatal quando essa atua sobre as iniquidades sociais. Há uma herança, representada por uma hierarquia verticalizada, piramidal, onde os processos que envolvem as decisões percorrem vários escalões no topo dessa pirâmide, distanciando-se da própria população (INOJOSA, 2001).

A estrutura de poder enraizada nas organizações representa uma teia de interesses, entre velhos e novos, surgindo e ressurgindo toda vez que o jogo do mercado põe suas posições em risco (INOJOSA, 1998).

Somando-se a essas características, Inojosa (1998) considera um conjunto de práticas de organização que promove a manutenção do “*status quo*”. Por exemplo, centralização decisória; dicotomia entre planejamento e execução (planos de papel); sigilo e ocultação de informações; formalização excessiva; e distanciamento do cidadão, dificultando o controle social (INOJOSA, 1998).

No Brasil, os níveis de governo, englobando todas as suas estruturas, são loteados para os inúmeros partidos políticos e para os grupos de apoio. Todos os setores, como saúde, habitação, educação, entre outros, são considerados campos de interesse de fornecedores, investidores e grupos políticos partidários (INOJOSA, 2001).

Assim,

[...] esses fatores que decorrem de escolhas político-ideológicas, fizeram com que a estrutura governamental, que deveria ser cooperativa, no sentido de melhorar a vida das pessoas, seja de fato competitiva [...] isso fica bem evidente, por exemplo, na hora de dividir o orçamento, quando a briga é por mais verba para a saúde, ou para a educação, mais para Obras, com transferência de verba de um setor para o outro (INOJOSA, 2001, p. 104).

Como consequência, o aparato governamental nem sempre olha para os grupos populacionais diante de suas especificidades, ou seja, na maioria das vezes promove itens isolados “para todos”, tendo uma leitura deficitária da conjuntura, não conseguindo integrar as várias necessidades populacionais em suas intervenções. Essa fragmentação tem por consequência, a impossibilidade de avaliar resultados concernentes às intervenções das políticas sociais (INOJOSA, 2001).

Citamos o exemplo do Brasil, pois, ao se preocupar isoladamente, o aparato governamental local faz a avaliação dos produtos oferecidos, como: quantas consultas foram realizadas, quantas cestas básicas estão sendo distribuídas, quais obras de infraestrutura foram terminadas, etc. Nesse sentido, permanece uma “lacuna” na avaliação sobre a diferença que essas políticas produzem na população.

Sendo assim, o Estado brasileiro propõe uma política de beneficência pública, com um forte grau de imposição governamental para evitar que se gerem direitos (LAURELL, 1997 apud PIANA, 2009). Como consequência, toda ação estatal tende a ser fragmentada, resistindo ao compartilhamento dos indivíduos à riqueza material e imaterial disponível na sociedade.

Em termos conceituais a intersectorialidade tem sido tratada a partir de conexões diversas, dependendo da linha paradigmática dos autores.

O termo Intersetorialidade é indicado na literatura como possuidor de vários sentidos. Numa perspectiva mais nuclear “Intersetorialidade” deriva da junção da expressão/prefixo *inter* agregada a um conjunto de setores, que ao se aproximarem e interagirem entre si podem produzir ações e saberes mais integrais e totalizantes. O prefixo *inter* é oriundo do latim *inter* que significa “no interior de dois”; “entre”; “no espaço de”; “posição intermediária”, assim a palavra intersectorialidade desvela: 1) Relações entre dois ou mais setores; 2) Que é comum a dois ou mais setores (DANTAS, 2012, p. 21).

Quando nos debruçamos sobre a cartografia do estado da arte sobre a temática, constatamos que variados campos de saberes têm buscado compreendê-la. O campo da administração foi o primeiro a se interessar por tal mecanismo de

gestão, notadamente nos anos 1980, articulando-a aos estudos e às experiências sobre administração municipal. A Saúde Coletiva, por conseguinte, também insurge como campo de saber que contribuiu de modo relevante para os primeiros debates acerca da produção dos arranjos intersetoriais nos processos de gestão das políticas públicas.

Nesse sentido, autores como Junqueira (1998); Inojosa (1998); Westphal (2000); Andrade (2004), Ferreira e Silva (2005) têm avançado na construção de um arcabouço teórico-metodológico que vem objetivando dar um tratamento de relevo a intersectorialidade.

Por exemplo, entre as décadas de 1970 e 1980, surge um movimento ideológico e social, denominado por alguns autores de “Nova Promoção da Saúde”. Foi um período em que se iniciou uma nova tensão paradigmática de como a produção de saúde era formulada até então, sendo o eixo central do debate o processo de produção social saúde-doença. Começam a se relacionar de maneira mais consistente as dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas na sociedade com as determinações da saúde. Ressalta-se a combinação de estratégias a partir de uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais - do Estado e da sociedade civil - a fim de alcançar um desenvolvimento social mais equitativo.

Em suma, a saúde não é assegurada apenas pelo setor da saúde. Observa-se, também, forte “componente internacionalista” presente nos documentos, cartas e conferências, que definem a sua natureza política (ANDRADE, 2004, p. 79).

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um sujeito ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar e se adaptar ao meio. Saúde é, portanto, vista como recursos para a vida diária, não objetivo da vida. Saúde é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais assim como capacidades físicas. (PROMOCIÓN DE LA SALUD, 2000, p. 12).

Ganhando força nessa época, mais precisamente no período final da década de 1980 - sendo paralelo ao processo da globalização e ao enfraquecimento dos estados nacionais, impactando na gestão pública - surge a proposta de Cidades Saudáveis (ANDRADE, 2004). Para Andrade (2004), esse movimento propõe a

reorganização dos serviços públicos, pressupondo uma perspectiva “intersectorial”, superando a fragmentação estatal típica das propostas burocráticas clássicas.

Hancock (1993, apud ANDRADE, 2004), enfatiza a ideia de que um planejamento sistemático, contínuo e intersectorial é a base da concepção das cidades saudáveis. E, para que uma cidade seja saudável, é preciso utilizar recursos de sua comunidade, oferecendo aos seus cidadãos uma aptidão mútua em todas as atividades que levem à sua plena realização.

Fica claro que, para esse autor, fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, condições de meio ambiente, educação, entre outros, são condicionantes e determinantes para a promoção da saúde individual e coletiva. Desse modo, há um avanço na concepção de intersectorialidade (ANDRADE, 2004), no sentido de que essa estratégia visa transpor as dificuldades das organizações públicas, ressaltando a mediação dos setores para a solução de problemas complexos da população.

Todavia, não se constrói uma discussão sobre as condições socioeconômicas que fazem com que as políticas sociais se mantenham setorializadas, fragmentadas e fragilizadas. Não se projeta uma discussão sobre a questão social inerente ao avanço do capitalismo, resumindo-se apenas a investigar e historicizar o conceito de intersectorialidade alinhado à concepção da saúde e seus determinantes sociais.

Após essas primeiras contribuições, o dispositivo da intersectorialidade passou a despertar maior interesse tanto de gestores quanto de estudiosos, face às necessidades sinalizadas pela conjuntura dos anos 1990. A redução drástica dos gastos sociais, os processos mundiais de reestruturação produtiva, as metamorfoses no mundo do trabalho - com crescente precarização dos processos produtivos -, o aumento da desigualdade social e a ineficiência das políticas de enfrentamento à pobreza no Brasil, a ampliação dos direitos sociais e a descentralização da gestão, fizeram com que a intersectorialidade ganhasse centralidade nas agendas de debates em busca de soluções.

Outro elemento associado à intersectorialidade é a descentralização. Junqueira, Inojosa e Komatsu (1998) consideram a aproximação desses conceitos importantes, na medida em que a descentralização tem a capacidade de distribuir poder para instâncias mais acessíveis à população e a intersectorialidade permite a realização do atendimento das necessidades da população de forma integrada.

Postulam a relevância desses eixos na construção do desenvolvimento social pela ação do Estado.

Para Junqueira (1998), o processo de descentralização aponta para a relocação de cada ente federativo em seu espaço peculiar. Por exemplo, a nível municipal, significa dizer que cada município ao prestar os serviços locais à sua população, com o apoio do estado, garante a ação intergovernamental e intersetorial no âmbito da unidade federada, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população.

Dessa forma, a descentralização e a intersetorialidade, na concepção de Junqueira (1998), são dois conceitos que se complementam, determinando uma nova forma para a gestão das políticas públicas da cidade. Para isso, o critério geográfico do território, ocupa um lugar de destaque, referindo-se às pessoas na interação com o meio em que vivem. Assim, determina as formas de agir e os serviços ofertados (JUNQUEIRA, 1998).

É nessa direção que diversos autores insistem que o reconhecimento da população, em suas singularidades, tendo em vista as determinações múltiplas, situa-se no campo da intersetorialidade.

A intersetorialidade é [...] a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p.24).

Como se percebe, é uma nova lógica para a gestão da cidade, na qual se busca a superação da fragmentação das políticas, superando com isso a exclusão social. Dessa forma, constitui-se em uma concepção que informa uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, a fim de garantir o acesso igual aos desiguais. Nesse aspecto, tem como característica alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses.

No entanto, a intersetorialidade depende de uma série de mudanças no âmbito da gestão e prestação dos serviços, pois é um processo político complexo que envolve diferentes dimensões ligadas ao campo das políticas públicas, tais

como: a descentralização, a própria gestão envolvida, o planejamento aos direitos, entre outras. Nesse processo, devem ser potencializados mecanismos de democratização do planejamento e da avaliação das políticas, de forma que se tornem mais permeáveis à população.

Já Tumelero (2012), em outra definição encontrada na literatura, aproxima a intersectorialidade à tarefa de otimização dos recursos. Junqueira (2004 apud TUMELERO, 2012), enfoca a aceitação de práticas intersectoriais numa perspectiva da racionalidade gerencial do Estado. Percebe-se, pois, uma redução da intersectorialidade a uma ferramenta tecnocrática, em “uma perspectiva de atuação que não implica partilha de poderes, crescimento político, compreensão mais aprofundada das múltiplas dimensões que compõem a realidade social” (TUMELERO, 2012, p. 9).

Outra noção da intersectorialidade é aquela que se aproxima do trabalho realizado em redes. Tumelero (2012) afirma que, principalmente no âmbito da esfera municipal, esse trabalho a partir das redes visa atender aos segmentos vulnerabilizados, a partir de conexões entre os diversos atores, diante de relações horizontais, construindo ações integradas no atendimento às demandas sociais.

Na tentativa de dimensionar a produção científica sobre a temática e mapeá-la em relação às categorias tomadas como bases analíticas, Carvalho e Cavalcanti (2013) observaram que a mesma se espraia, a depender do enfoque paradigmático, ou seja, as análises que envolvem a intersectorialidade tomam rumos diversos a partir dos cotejos usados pelos autores. Concordando com esses, entendemos que é necessário analisá-la a partir da articulação dos campos de saberes, notadamente da transdisciplinaridade.

Edgar Morin, em seu livro *A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento* (2003), discorre sobre as críticas ao pensamento que separa, fragmenta e simplifica o que se propõe conhecer.

Ainda para Morin (1999 apud INOJOSA, 2001), as disciplinas nasceram sob o paradigma da disjunção e redução. Como consequência, essas se conformaram em clausuras setoriais, fechadas em si mesmas, construindo os seus saberes de forma isolada, criando linguagens próprias na pretensão de esgotar as questões por elas trabalhadas. Nesse processo, situado no mundo das divisões, da fragmentação e do pensamento simplificado, há toda uma maneira de pensar reduzindo a realidade (LORIERI, 2010).

Seguindo essa mesma linha crítica da fragmentação do conhecimento, Japiassu (2006 apud LORIERI, 2010, p.14) afirma que:

[...] a especialização **stricto sensu** nasce apenas no século XIX da aceleração galopante dos conhecimentos e da sofisticação crescente das novas tecnologias. Na segunda metade do século XX, surge e rapidamente se impõem a hiperespecialização, provocando a multiplicação indefinida de disciplinas e subdisciplinas cada vez mais focadas em reduzidos projetos de estudo. (...) As disciplinas se tornam fechadas e estanques, fontes de ciúme, glória, arrogância, poder e atitudes dogmáticas (grifo do autor).

E é nesse sentido que Monnerat e Souza (2009) afirmam que o grande desafio é justamente romper com a tradição da ciência moderna que, por sua vez, opera com uma lógica parcializada de organização e produção de saber, produzindo intensa especialização disciplinar e práticas sociais fragmentadas.

A questão fundamental é a ruptura de barreiras comunicacionais que impedem o diálogo entre os diferentes setores [...] implica tomar problemas concretos, de gentes concretas [...] (MENDES, 1996 apud MONNERAT; SOUZA, 2009, p. 205).

Sendo assim, a Teoria da Complexidade¹⁸ trabalha com a compreensão da diversidade, tentando superar a fragmentação do conhecimento, já que as clausuras setoriais não dão conta de visualizar a heterogeneidade. Para Morin (2003), a ideia seria um pensamento que reconhecesse os fenômenos multidimensionais ao invés de isolá-los de forma que mutile suas dimensões. A importância dessa conduta, segundo esse autor, da-se na possibilidade de compreender que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e que esse conhecimento, por sua vez, depende daquele conhecimento das partes.

Assim, faz-se necessário um pensamento complexo que seja contraditório ao pensamento disjuntivo e redutor. Há uma necessidade de respeito às diferenças (MORIN, 2003). “Que reconheça e trate as realidades, que são concomitantemente solidárias e conflituosas (como a própria democracia, sistema que se alimenta de antagonismos e ao mesmo tempo os regula)” (MORIN, 2003, p. 89).

¹⁸ Teoria que inclui o pensamento não pertencente aos círculos acadêmicos convencionais, sendo pautada por uma visão transdisciplinar de sistemas complexos e diversos.

É nesse aspecto que Inojosa (2001), ao observar que no campo das disciplinas a transdisciplinaridade constitui-se em novo paradigma da complexidade, propõe que a intersectorialidade se aproxime desse fim no campo das organizações e das instituições. A intersectorialidade aparece, então, como a aproximação de corporações fechadas entre si, constituindo soluções sinérgicas para os problemas complexos.

Já em outra perspectiva de estudo, discute-se a intersectorialidade a partir de seu inverso, ou seja, a setorialidade. Nessa linha geral, de base mais gerencial, os autores buscam alternativas para a consecução dos arranjos intersectoriais de modo endógeno, leia-se, analisando-os num contexto mais limitado ao contexto da gestão. Nessa direção, acrescentam que:

[...] o que se constata é que se cristalizaram “modelos intersectoriais” no planejamento, na gestão e na execução das políticas públicas, sem perceber que a simples constituição destes modelos (com suas regras e leis) não é garantia de efetivação de suas diretrizes, há um componente importante que tem sido deixado de lado nas análises destas questões, ou seja, os agentes profissionais que são incumbidos de executarem estes modelos. Portanto a “ação intersectorial” não se esgota no âmbito da gestão ou da organização dos serviços ou de uma política específica, mas na articulação de várias organizações públicas, de conhecimentos, pessoas e seus modos de compreensão sobre o processo. Esta mudança de concepção tem implicado mudança nos conhecimentos teóricos-metodológicos de vários atores sociais implicados neste processo, como gestores, técnicos e profissionais. O “sucesso” desta estratégia está, também, relacionado à participação e à posição que cada indivíduo ocupa em sua operacionalização, dos elementos simbólicos que os mobilizam e os interesse que os conduzem neste processo. (CARVALHO; CAVALCANTI, 2013, p. 166).

Ademais, perscrutam que uma leitura mais atenta das produções dispostas no debate atual sobre a intersectorialidade sinaliza, ao nível dos processos de gestão, um conjunto de modelos largamente utilizado nos planos, programas e políticas públicas. Segundo os autores há uma clara utilização da ação intersectorial em três tipos específicos: enquanto modelo de gestão; como modelo técnico-político e como modelo estratégico-profissional.

1) Modelo de gestão: a Intersectorialidade, enquanto conceito, está presente nas agendas políticas partidárias, nos discursos dos formuladores de políticas públicas de diferentes áreas que tentam trabalhar em conjunto, nos documentos oficiais de várias políticas que

apresentam e definem o conceito, criando uma agenda de trabalho compartilhada de responsabilidade técnica, gerencial e financeira; 2) Modelo Técnico-político: criam-se grupos de discussões, câmaras técnicas, Fóruns de gestores, grupos de trabalho que preservam a composição de diferentes setores e áreas de conhecimento de modo a proteger o caráter intersetorial e interdisciplinar; 3) Modelo Estratégico-profissional: espera-se uma incorporação dos modelos anteriores nas ações profissionais dos agentes envolvidos na execução das políticas como: grupos de discussão nos serviços, criação de fluxos e rotinas de trabalho integrado, criação de parcerias entre profissionais de diferentes políticas, criação de protocolos, modelos integrados de avaliação (CARVALHO; CAVALCANTI, 2013, p. 166).

Já para Pereira (2012), a intersetorialidade se configura como um conceito polissêmico, aproximando-se da política social e se afinando em torno de sua identidade complexa. Titmuss (1981 apud PEREIRA, 2012), quando afirma que a política social não se dá no vácuo, mas, depende de um exame da sociedade como um todo - levando em conta seus aspectos históricos, culturais, econômicos e políticos - ao mesmo tempo quer dizer que tais políticas não condizem com a mera provisão pragmática das necessidades das classes sociais. Não constitui em uma receita técnica dependente de decisões tomadas verticalmente em relação à sociedade. Nesse aspecto, o debate desse autor vai para além de um simples conceito, constituindo-se em um processo internamente contraditório, atendendo a interesses opostos. Para Pereira (2012, p. 2), isso exige:

[...] esforço mais aprofundado de conhecimento dos seus movimentos, tendência, contratendências e relações, com vista ao estabelecimento de estratégias políticas compartilhadas favoráveis à extensão da democracia e da cidadania.

Dessa forma, concordando com o conceito complexo instituído por Titmuss (1981), Pereira (2012) afirma que é por essa perspectiva dialética, e não meramente (ou apenas) agregadora e sinérgica de setores - como alguns autores propõem -, que a intersetorialidade deve se pautar. Dessa maneira, configura-se como um processo político, permeado de contradições, resistências, escassez de recursos, entre outros. Pereira (2012) afirma ainda que percorrer esse caminho de discussão acerca da intersetorialidade evita transformar processos políticos potencialmente conflituosos, em neutras prescrições administrativas, sendo também importante

descobrir os vínculos orgânicos (conceituais e políticos), permitindo o conhecimento dos fundamentos teóricos e históricos dessa vinculação.

Outra contribuição de Pereira (2012) para esse debate é no que se refere ao termo “setor”. Na literatura que versa sobre a intersectorialidade, facilmente um leitor encontra termos como “a superação dos setores”, ou mesmo a “sinergia” desses, quando se trabalha com a estratégia intersectorial. Convencionalmente, postula-se que as políticas públicas são organizadas/divididas por “setores”, gerindo seus recursos e suas ações de forma fragmentada. No entanto, para Pereira (2012), o termo “setor” não corresponde à realidade, pois foi criado com o objetivo de facilitar o processo de gestão das demandas do complexo universo da política social, se constituindo em um arranjo meramente tecnicista, aliado ao desenvolvimento neoliberal. Logo, torna-se um equívoco o termo “setor” ser tomado como um critério político, definidor de políticas compartilhadas, pois, ao se constituir como um arranjo técnico perde a sua dimensão explicativa da totalidade.

[...] nesse processo, a relação entre estrutura e história não são considerados e conceitos mais totalizantes são substituídos por outros, mais restritos, como quando, em lugar de espaço público, isto é, de todos, que está na base das políticas universais, fala-se de territorialização como locus biofísico com o qual um coletivo social se identifica e por ele se responsabiliza (PEREIRA, 2012, p. 5).

Dessa forma, concordamos com as críticas em torno das experiências pontuais descritas por alguns autores como Junqueira, Inojosa e Komatsu (1998), que não se vinculam à totalidade dos processos sociais. Esses autores, ao atrelarem a intersectorialidade ao conceito de descentralização, além de enfatizarem os benefícios das parcerias privadas autônomas, desresponsabilizam o Estado, no momento em que evocam a participação dos sujeitos sociais para a solidariedade no atendimento às demandas sociais.

Vale salientar que essa mudança de valores é apropriada pelo projeto conservador que, a partir da década de 1990, tem disseminado ideias de parceria e solidariedade, redefinindo o papel do Estado (PANSINI, 2011). Para Behring (2008 apud PANSINI, 2011), há uma transferência para o mercado e para as ONG da execução dos serviços sociais, por meio justamente da descentralização, deslocando o bem estar social para o âmbito privado das relações.

Para Abreu (2009 apud PANSINI, 2011), autores como Inojosa e Junqueira, contemplam em seus estudos apenas a dimensão técnica e burocrática da intersetorialidade, limitando-se apenas à eficácia e eficiência em resolver os problemas sociais. Esses autores não discorrem sobre a multideterminação social e não exploram as contradições inerentes aos processos sociais.

Nesse aspecto, ainda Pansini (2011, p.47), reforça um posicionamento crítico a esses autores, quando afirma que:

[...] seus argumentos fortalecem as ideias neoliberais de privatização do bem estar social, de mercantilização das políticas sociais e, conseqüentemente, da não consolidação da ideia de direitos sociais que deverão ser garantidos e providos pelo estado.

Diante de vários posicionamentos e de conceitos e abordagens da intersetorialidade, realçamos uma abordagem mais analítica e complexa, possuindo uma dinamicidade e um aspecto relacional. Trabalhar a intersetorialidade na gestão das políticas sociais, percebendo e enfatizando a presença das contradições e dos conflitos, significa se aproximar da perspectiva dialética que, segundo Pereira (2012), somado ao conceito da interdisciplinaridade, torna-se uma ferramenta de compreensão da intersetorialidade no sentido da totalidade.

Para Japiassu (1976 apud PEREIRA, 2012), a interdisciplinaridade surge de uma carência relativa ao campo do conhecimento, que sendo causado pelo exagero das especializações, cria uma espécie de “patologia do saber”. Esse saber, fragmentado, fatiado em migalhas, requer soluções no campo do conhecimento, surgindo, então, a interdisciplinaridade, como a busca por uma solução (PEREIRA, 2012).

É importante destacar que essa solução não visa o aniquilamento das especializações, mas a construção de uma unidade de pensamentos diversos, exigindo um caráter dialético. Para Pereira (2012), essa construção foi uma tentativa de romper uma postura positivista.

[...] fez com que se descobrisse na lógica dialética a orientação para um conhecimento da realidade no seu conjunto (ou totalidade) sem suprimir as suas contradições, sem retificar as suas sinuosidades e sem desconsiderar o seu caráter dinâmico e relacional (p. 08).

Nesse aspecto, destacamos a característica da contradição que a dialética apresenta, constatando que tudo que é unitário, não é estático e está também em movimento. Por sua vez, esse movimento produz uma transformação de quantidades em qualidades, ou seja, “toda mudança na qualidade da relação requer o reconhecimento de que o todo constituído pela relação entre as partes, têm possibilidades de se desenvolver, de inovar [...]” (PEREIRA, 2012, p. 13).

Assim, a interdisciplinaridade, nessa perspectiva da dialética, não se caracteriza por uma mera justaposição disciplinar, ou até mesmo pelo aniquilamento da especialização (disciplinaridade) (PEREIRA, 2012). O seu caráter sugere uma relação de reciprocidade entre saberes contraditórios, visando à recomposição da unidade segmentada do conhecimento (PEREIRA-PEREIRA 1992, apud PEREIRA, 2012).

É nesse aspecto que Pereira traz em sua discussão, que concordamos com a aproximação entre os termos da intersectorialidade e interdisciplinaridade. Não são setores que devem se interligar - como vimos anteriormente esses não existem na realidade - mas, políticas particulares, com seus movimentos e contradições específicas (PEREIRA, 2012).

Assim,

[...] a intersectorialidade não é uma estratégica técnica, administrativa ou simplesmente gerencial. É um processo eminentemente político. Ela envolve interesses competitivos e jogo de poderes que, muitas vezes, se fortalecem cultivando castas intelectuais, corporações, linguagem hermética e autoreferenciamento de seus pares. Por isso, a tarefa de intersectorialidade não é fácil, mas também não é impossível, desde que todos estejam conscientes de que vale a pena persegui-la em prol da democracia (PEREIRA, 2012, p. 12).

Assim, as políticas setoriais não devem ser extintas, mas devem se fortalecer com a intersectorialidade, sendo pressionadas, para que isso aconteça, pelos diversos autores sociais.

Dessa forma, Pereira (2012) afirma a não neutralidade do aparato estatal, alertando para a focalização das políticas sociais em um contexto contraditório de adaptação do Estado liberal e do Estado social. O aspecto dialético em sua abordagem ao tema da intersectorialidade remete às origens do surgimento da questão social e de suas expressões, fundadas na exploração do trabalho, sendo decorrentes do modo de produção capitalista.

Após esse caminho conceitual percorrido é o momento de discutirmos algumas questões da intersectorialidade no campo das políticas públicas de SM, mais especificamente aquelas direcionadas às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. O objetivo central dessa seção é fomentar a reflexão sobre a mudança de concepção política e das estratégias de assistência que vem ocorrendo no Brasil em relação às pessoas com transtornos decorrentes ao uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, apontando nessas mudanças, as inovações e as concepções que se aproximam da construção das discussões intersectoriais como fundamentos indispensáveis para esses novos modelos de assistência.

2.2 Intersectorialidade (e arranjos setoriais possíveis) no contexto da saúde mental

Conforme apontado na seção anterior, a nova concepção de SM - estendendo ao processo de assistência aos usuários de álcool e outras drogas - visa priorizar o sujeito e não a doença que supostamente ele é acometido, ampliando o aspecto da própria assistência em torno da questão.

Entende-se, portanto, esse fenômeno no seu sentido mais amplo, como um componente da qualidade de vida, no qual o próprio componente “saúde” se configura como um bem comum e um direito social. Reconhece-se que a forma como a assistência a essas pessoas se apresenta após o movimento da reforma psiquiátrica, objetiva assegurar o exercício e a prática do direito à saúde a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, bem como do conhecimento e da tecnologia desenvolvidos pela sociedade nesse campo. O que se pretende é adequar às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção à saúde, prevenção, diagnóstico, redução de riscos de vida e sociais.

É notório destacar que as políticas públicas sobre álcool e outras drogas se configuram como um grau de conquista instituído há poucas décadas. É um cenário em pleno movimento que se atualiza diante dos debates e dos tensionamentos, abrindo um leque de possibilidades de reflexão e atuação.

Dessa forma, reforçamos que todo o processo da RPB pretendeu, ou melhor, continua pretendendo, criar mecanismos e espaços de tratamento, pautados na melhoria da qualidade do atendimento, possibilitando uma intervenção integrada que garanta os direitos e se adeque às necessidades da população.

Para Scheffer e Silva (2014), concebendo o alicerce da RPB no próprio SUS, temos o dever de trabalhar com os seus princípios norteadores, tais como: saúde - como direito fundamental e dever do estado -, integralidade, intersectorialidade, equidade, universalidade, igualdade e controle social.

Dessa forma,

[...] o processo de trabalho em saúde mental está pautado em uma concepção ampliada de saúde com base no SUS, implicada numa relação com o contexto econômico, social e cultural do país; ou seja, abrangem situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, acesso ao lazer e bens. Essa nova concepção busca abrir canais de democratização dos saberes profissionais, bem como das informações acerca do processo de saúde/sofrimento psíquico (MACHADO, 2009 apud SCHEFFER; SILVA, 2014, p. 367).

Podemos dizer que são características que remetem à realidade social dos sujeitos em sofrimento psíquico ou decorrentes do uso prejudicial de SPA, pois as condições nas quais esses sujeitos geralmente se encontram, remetem as contradições da realidade sóciohistórica por eles vivenciada. São estruturas difíceis de ser quebradas, que se localizam nas famílias, na comunidade e/ou nos serviços públicos (SCHEFFER; SILVA, 2014).

Sendo assim, nesse campo de assistência - à luz do SUS e da RPB - priorizam-se os sujeitos e não a “doença”. Propõe-se um atendimento humanizado, criando novos espaços articulados, provocando uma ação de parcerias com as demais políticas sociais além da saúde (BREDOW; DRAVANZ 2010 apud SCHEFFER; SILVA, 2014).

Ainda, Scheffer e Silva (2014), afirmam que tais características são oriundas do próprio processo de construção do SUS, o qual postula que todos devem ter acesso aos serviços públicos de saúde sem levar em conta sexo, etnia, ocupação, contribuição ou outras características pessoais ou sociais.

Nesse aspecto, o que pretendemos, concordando com Faleiros (1999), é o fortalecimento do usuário diante da fragilização de seus vínculos, capitais ou patrimônios, individuais ou coletivos. Romper com as visões clínicas tecnocratas de forma a superar a dicotomia do “diagnóstico-tratamento”, indo além do planejamento normativo, estabelecendo uma ruptura com a visão mecanicista da sociedade.

Não é simplesmente desvendar as causas estruturais dos problemas individuais e sociais, mas considerar “as relações interpessoais implicadas nas

relações sociais globais como um processo complexo de mediações sujeito/estrutura, numa visão relacional da produção da sociedade e dos indivíduos” (FALEIROS, 1999, p. 45).

O mesmo autor afirma que:

[...] é nessas relações que passamos a existir e nas quais nos identificamos, elaboramos nessas representações. Olhando-as mais profunda e concretamente vemos que há uma trama, uma rede de relações que se estruturam, perpassando umas as outras. As relações de dominação/submissão [...] condicionando os ciclos de vida dos indivíduos e suas trajetórias (FALEIROS, 1999, p. 47).

Dessa forma, reconhece-se que a transformação dos serviços que atendem a população que apresenta transtornos psíquicos e/ou sofrimento decorrentes do uso de álcool e outras drogas, rompe com os fatores vivenciados pelos usuários, que se caracterizavam historicamente enquanto cruéis e desumanos, asilares e encarceradores (SCHEFFER; SILVA, 2014).

Há um rompimento com o modelo biomédico e psicologizante que tornava essas pessoas, cidadãos sem direitos, havendo ainda, a passagem para um modelo psicossocial que se pauta pela busca da cidadania e subjetividade no campo da SM.

Nesse sentido, concordamos com Santos (2009), quando esse diz que a questão do uso prejudicial de álcool e outras drogas deve envolver, na sua organização assistencial, toda a rede de serviços públicos, observando as múltiplas necessidades dos cidadãos usuários. O que se necessita é provocar a construção de um projeto comum entre as várias estratégias de assistência, aproximando as políticas públicas desse segmento populacional ao conceito da intersetorialidade, como estratégia de articulação dos espaços que envolvem a realidade dos sujeitos.

Relembrando a promulgação da CF de 1998, em seu art. 196¹⁹, ao tratar do direito à saúde, formula-se paralelamente um modelo alternativo de enfrentamento à questão, tendo como análise intervenções interdisciplinares e intersetoriais, indo de encontro aos direitos fundamentais dos usuários de álcool e outras drogas.

¹⁹ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Na década seguinte, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) e da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), impõe-se, pelo menos no âmbito da legislação, um caráter democrático e qualitativo. Dessa forma, compreende-se que, para se efetivar os direitos sociais, precisam-se consolidar os processos de descentralização, controle social e participação popular.

Dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (NASCIMENTO, 2010, p.111).

Observa-se também outra questão importante, que vislumbra o acesso da população às políticas sociais, no art. 6º da Lei nº 8.080/90, o qual faz menção à “participação na formulação política e na execução de ações de saneamento básico e a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o da saúde do trabalhador” (BRASIL, 1990). O que se quer dizer é que a saúde se caracteriza como sendo um dos melhores indicadores para medir como os outros direitos humanos têm sido protegidos ou promovidos na interface do processo de determinação social de saúde-doença.

É nesse aspecto que a intersetorialidade amplia esse debate na SM, ao conceber o usuário das políticas sociais sob uma nova concepção, sendo necessário fortalecer as redes e trazer com elas as políticas sociais que intervêm visando a integralidade do atendimento ao usuário (SEVERO; DIMENSTEIN, 2001 apud SCHEFFER; SILVA, 2014).

[...] a intersetorialidade, através da articulação saúde mental-cultura, é muito potente na construção de parcerias com outros grupos sociais na conquista de outro lugar para a loucura no âmbito social. Serviços e políticas públicas norteadas pela atenção psicossocial devem priorizar a intersetorialidade como uma estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e participação social, tornando os sujeitos ativos na produção de saúde (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011 apud SCHEFFER; SILVA, 2014, p. 372).

É justamente no cotidiano dos serviços que a intersetorialidade tem se apresentado como indispensável, em torno da impossibilidade desses serviços

responderem sozinhos às várias demandas dos usuários. Para Amarante (2007, apud SCHEFFER; SILVA, 2014), falamos de múltiplas estratégias que perpassam vários atores sociais, tanto no campo da SM, como da saúde, das políticas sociais e da sociedade como um todo. São vínculos entre os serviços que devem ser buscados com o objetivo de ampliar os recursos já existentes.

Dessa forma, os serviços da Atenção Psicossocial deverão sair da sede de seus próprios serviços e consolidar parcerias com a própria rede de atenção à SM (tais como cooperativas, residências de egressos ou de pessoas em precariedade social, ambulatórios, hospital-dia, dentre outros), com o campo da saúde em geral (estratégia de saúde da família; ambulatórios; hospitais gerais e especializações); como também com as políticas públicas em geral (Ministério Público, delegacias, instituições para crianças, previdências sociais, esporte, lazer, cultura, transporte, entre outras) (AMARANTE, 2007 apud SCHEFFER; SILVA, 2014).

É importante lembrar que os CAPS surgiram nessa descentralização da assistência à SM. Assim, a principal característica dessa integração é possibilitar maior contato de referência com o ambiente social e cultural concreto, tendo o seu território, “lócus” de desenvolvimento de sua vida cotidiana (RABELO, 2011).

Para Amarante (2007 apud RABELO, 2011), esses serviços precisam construir relações com os vários recursos no âmbito da comunidade. Nesse aspecto, a intersetorialidade surge como uma estratégia que visa abandonar a ideia setorializada das políticas sociais, criando vínculos com a sociedade a fim de ampliar ou complementar os recursos já existentes.

Em uma pesquisa realizada, entre 2010 e 2012, no complexo territorial do Borel, no Rio de Janeiro, pôde-se problematizar empiricamente a construção de uma rede de cuidados na atenção à SM, crack, álcool e outras drogas (DUARTE, 2014).

Para esse autor, a construção da rede de cuidados se dá em torno de uma tentativa de inverter uma lógica pautada no procedimento histórico repressivo, no âmbito do uso prejudicial de drogas, para uma ação de base cidadã, territorial e comunitária (DUARTE, 2014).

Com a inserção dos representantes da Universidade, na interface da formação e educação, diante das atividades desenvolvidas pelo Programa de Educação pelo Trabalho (PET) para a Saúde/Saúde Mental, Crack, Álcool e outras

Drogas da UERJ²⁰, percebe-se um processo de protagonismo e também de empoderamento²¹ por parte dos moradores, no sentido de resistir e defender os seus direitos frente à violação e abuso que esta comunidade sofre.

O protagonismo e empoderamento de seus moradores foram condições *sine qua non* para a resistência e defesa de seus direitos, frente a determinadas violações, abusos e indiferenças produzidas pelo poder público, e esta rede, então, emerge com a perspectiva de melhorar o diálogo entre estes, sociedade civil organizada e o poder público e de promover ações integradas como foco no dito desenvolvimento local (DUARTE, 2014, p. 188).

Nesse sentido, essa pesquisa/intervenção (DUARTE, 2014) se deu numa organização estruturada e coordenada, por meio da promoção de rodas de conversa sobre o tema das drogas, tendo o apoio da rede social local. Um aspecto importante a se destacar é justamente a aquisição de informações sobre o que cada instituição governamental e não governamental existente no território realizava. Essa atividade favoreceu um repensar “teórico prático e técnico-metodológico desta rede de cuidado no território, favorecendo esse tipo de ações, que é um desafio das políticas públicas presentes no local” (DUARTE, 2014, p. 192).

²⁰ O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) prevê ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS. É uma estratégia do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade (DUARTE, 2014).

²¹ A categoria de empoderamento comporta recentemente na literatura uma diversidade de sentidos, indicando o seu caráter polissêmico e complexo. É utilizado em diferentes áreas do conhecimento e se constitui muitas vezes como ferramenta de governos e das organizações da sociedade civil para o desenvolvimento da melhoria da qualidade de vida e dignidade humana. Gohn (2004 apud BAQUERO, 2012) adverte que esse conceito não tem caráter universal, podendo promover grupos e comunidades para o seu crescimento ou, simplesmente, integrar os excluídos e carentes a sistemas precários, que não contribuem para organizá-los, em relação às características do atendimento oferecido em programas estatais. Alguns autores (GOHN, 2004; EDWARDS, 1999; UPHOFF, 1993 apud BAQUERO, 2012), defendem a importância de que as ações de organizações da sociedade civil, não apenas assegurem a sobrevivência de grupos excluídos, mas desempenhem um papel de mediadores entre esses grupos excluídos e o governo e outras instâncias de poder. Portanto, concordamos com essa autora quando a mesma diz que o empoderamento envolve o agir, visando a uma tomada de consciência a respeito de fatores de diferentes ordens - econômica, política e cultural. “Neste sentido, um processo de empoderamento eficaz necessita envolver tanto dimensões individuais quanto coletivas” (BAQUERO, 2012, p. 184). Essa concepção se aproxima da proposta Freireana, na qual o empoderamento se liga à classe social como processo de ação coletiva que envolve um desequilíbrio nas relações de poder da sociedade (FREIRE; SHOR, 1986 apud BAQUERO, 2012).

Outra importante estratégia que se coloca nessa experiência para uma construção intersetorial, é a vocação dos CAPS que constituem o território para o matriciamento e ordenamento da rede adscrita. Esses dispositivos, ao agenciarem os PTS para além dos limites de assistência no próprio serviço, conseguem potencializar a interface entre SM e Atenção Básica, oferecendo espaços de discussão de casos e condutas terapêuticas, pactuando ações e compartilhamento de responsabilidades.

A intersectorialidade no território não acontece automaticamente, com apenas, por exemplo, o aumento do número de dispositivos públicos ou de recursos comunitários em determinado território. É necessário que esses dispositivos operem e dialoguem entre si,

[...] na forma que essas ações [...] se deem na perspectiva da intersectorialidade das diferentes políticas: educação, trabalho, emprego, habitação, esporte e lazer, cultura, assistência social, segurança pública dentre outras, garantindo o acesso da população aos seus diferentes direitos. Assim, as políticas públicas voltadas a esta população devem respeitar a dignidade e a garantia dos direitos humanos, não sendo pautadas na repressão e na segregação (DUARTE, 2014, p. 199).

Em outro estudo recente, Scheffer e Silva (2014) procuraram identificar o trabalho intersectorial e o acesso à rede de atenção à saúde mental na perspectiva dos profissionais da equipe e dos usuários em um CAPS localizado em Palmas/TO.

Nas entrevistas com os profissionais desse serviço, o estudo demonstrou a falta de conhecimento desses em relação às redes de assistência. Essas concepções revelam a dificuldade do entrelaçamento da rede com os profissionais, demonstrando os limites da própria formação em SM e a falta de estratégias ampliadas para essa assistência (SCHEFFER; SILVA, 2014).

Para Venturini (2010), a intersectorialidade se trata de um modelo baseado em um critério temporal de funções. Mais do que se importarem com a aceitação e legitimação, os serviços oferecidos deverão ativar a integração das redes sociais com as instituições sóciosanitárias. Nesse sentido, seria uma “intervenção de elevado profissionalismo que se pode comparar tecnicamente e quanto ao custo, a uma difícil intervenção cirúrgica” (VENTURINI, 2010, p. 476).

[...] os profissionais da saúde mental, além do próprio papel (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, operador social) deveriam sempre ser analisadores da realidade social e valorizadores de recurso humano. Tendo presente as situações específicas dos doentes deveriam estimular a coesão social (melhorando as relações interpessoais entre usuários da residência e os vizinhos), sustentar as redes informais (tornando protagonistas os grupos de autoajuda e os serviços voluntários), manter as motivações (através da valorização dos sucessos dos usuários, mas também daqueles das pessoas envolvidas na gestão da residência), apoiar mais a convergência do que as disputas, legitimar os sujeitos envolvidos (através da descentralização do poder) (VENTURINI, 2010, p. 476).

Nesse sentido, no campo da SM, ao buscarmos superar tantas fragmentações históricas, sabemos que não estamos diante de uma tarefa simples. Torna-se um desafio construirmos estratégias para produção de conhecimentos que possibilitem a problematização de práticas e políticas implementadas, bem como a descoberta de novos caminhos fundamentados por referenciais teórico-técnicos consistentes que sustentem novos projetos.

São aspectos burocráticos e técnicos, aliados a estigmas sociais, que impedem que os profissionais possam consolidar mecanismos permanentes de articulação para a assistência a essas pessoas que usam álcool e outras drogas.

Assim, é comum encontrar no Brasil experiências localizadas, pontuais, que muitas vezes não são perenes e se fragmentam, ora com as mudanças da gestão política ora com as próprias mudanças das equipes técnicas envolvidas. Apesar de termos atualmente um aparato de portarias e documentos oficiais, que sob a égide da intersetorialidade, traçam uma perspectiva abrangente e integral, o resultado no território nacional se limita, muitas vezes, ao empoderamento de grupos de pessoas, sem muitas vezes atingir os níveis de gestão, impedindo a manutenção de recursos financeiros, apoio político-administrativo e gerencial para essas iniciativas.

Somando-se a isso, outra dificuldade da efetivação das políticas intersetoriais nesse campo, coloca-se diante da compreensão da complexidade do trabalho territorial. Mesmo estando disposto nas leis e nas diretrizes que regem essas práticas em relação à dimensão comunitária e intersetorial dos serviços, falta ainda a própria concepção do trabalhador em fomentar tais mudanças nos processos de trabalho diário. A dimensão política, no sentido de valores, interesses, aspirações e relações sociais, envolvendo a capacidade de identificar e privilegiar as

necessidades resultantes das relações coletivas e individuais, muitas vezes não é construída no processo próprio de trabalho das relações entre esses trabalhadores.

Reconhece-se um “fosso” entre a realidade empírica e o texto que consta nas portarias e normatizações para essas políticas. Por exemplo, no Relatório Final da IV CNSM - Intersetorial, acontecida no ano de 2010, com ampla participação democrática, que incluiu os diversos setores da sociedade, foram criadas propostas reais e concretas de mudanças. Ao convocar a estratégia da intersetorialidade, propôs a diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão e financiamentos nas estratégias de cuidado (BRASIL, 2010).

No eixo II desse mesmo documento, reforça-se que é imprescindível criar e expandir as redes de cuidado em SM aos usuários de álcool e outras drogas.

A construção dessa rede deve considerar os critérios epidemiológicos, e, em especial, as necessidades de municípios de pequeno porte populacional, e os desafios de promoção de estratégias de ação intersetorial para a complexidade de demandas da população. Em relação a rede, as propostas apontam, dentre outras questões, para a necessidade de garantir sustentabilidade das ações de redução de danos no território, fortalecendo a gestão intra e intersetorial. Os CAPS AD devem operar com a lógica da redução de danos e promover a inserção social dos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010, p. 86).

Ainda nesse documento, outras temáticas relevantes são abordadas, tais como: revisões das portarias e normas já existentes, intersetorialidade, projetos de cooperação, educação permanente e pesquisa, dentre outras (BRASIL, 2010).

Autores como Ribeiro e Dias (2011) sugerem que as inovações presentes no ideário da SM dependem de movimentos altamente coordenados e capazes de compensar lacunas de provisão de serviços. Ainda para esses, após dez anos de implantação da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, apesar dos inegáveis avanços no modelo proposto pela RPB, herdamos alguns elementos dos programas verticalizados e setoriais que se caracterizam pelo deslocamento da política geral. Outra ameaça indicada por esses são os problemas gerais relacionados ao financiamento da própria política (RIBEIRO; DIAS, 2011).

Ainda esses autores afirmam que predominam nessa área, estudos de caso, ensaios e análises da política, fundamentados, muitas vezes, no âmbito das ideias. “Estudo recente destacou a distribuição regional desigual dos recursos e o

crescimento da população como lacunas importantes, mas não oferece evidências de sucessos ou fracassos do novo modelo” (RIBEIRO; DIAS, 2011, p. 2).

Portanto, conclui-se que a sustentabilidade das inovações da reforma psiquiátrica e de sua articulação intersetorial com vistas para uma assistência integral, “dependem de melhor financiamento e integração dos serviços comunitários à rede de atenção primária, do desempenho geral do SUS e da redução de serviços exclusivos e autônomos na atenção primária” (RIBEIRO; SILVA, 2011, p. 1).

Nesse sentido, não temos dúvidas de que os problemas estruturais de nossos serviços só poderão ser resolvidos a partir da superação das contradições, nos forçando a buscar soluções, mesmo que pontuais e, principalmente, a desvendar as complexidades de nossa realidade social.

Assim, vimos o fenômeno do uso prejudicial das drogas ser compreendido como especialmente problemático, acarretando uma rede ilegal a partir de seu alto lucro, reproduzindo um contexto neoliberal, bem como produzindo miserabilidade social, dependência e perda de direitos sociais. Dessa forma, observou-se que as suas possíveis soluções não podem ser pensadas fora de um programa amplo de estratégias e políticas sociais. Qualquer política destinada a essa população deverá levar em consideração diversos aspectos como: melhores condições de vida que garanta o pleno exercício dos direitos do cidadão, melhores condições de trabalho, possibilidades de acesso ao lazer e um sistema público de saúde, de acesso universal, não oferecendo apenas assistência, mas educação, prevenção e redução dos riscos à saúde.

Dessa forma, tornam-se importantes os conceitos que a promoção da saúde nos trouxe, pois fica evidente o reconhecimento da influência de outras condições nas relações que as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas mantêm, distanciando-nos, assim, de uma concepção proibicionista, jurídica e criminal por um lado e também de uma concepção biomédica moralista, por outro lado.

Portanto, apesar das significativas mudanças que as políticas de SM sofreram e vêm sofrendo ao longo desses últimos trinta anos, diante de suas mudanças de organização no âmbito legal, por meio das reformulações de muitas portarias e decretos, vimos que isso ainda é um processo a ser construído e implementado na realidade, nos campos de atenção e nos serviços oferecidos. Por isso, a importância de se entender que, embora a intersetorialidade e integralidade sejam concepções que têm sua origem na saúde, sendo diretrizes do SUS, é só com a participação de

setores de fora da “saúde”, juntamente com a livre participação da sociedade e de especialistas no debate público, que se poderá aproximar as instâncias governamentais e não governamentais das reais necessidades da população que sofre diante do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Dessa forma, a presente pesquisa se torna relevante para a literatura que “versa” sobre tal temática. Pois, primeiramente, existe uma escassez significativa de estudos e pesquisas que trabalham com a intersetorialidade e com as políticas sociais no âmbito da assistência às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. E, segundo, ao se debruçar empiricamente sobre essas questões, resgatamos todo o processo histórico que o movimento da RPB junto a outros movimentos sociais instituiu, reavivando as lacunas ainda existentes e consolidando os caminhos percorridos, como forma de ressignificação de práticas e ideologias concernentes ao processo da assistência nas políticas sociais.

Nessa pesquisa optamos por um percurso crítico, dialético e histórico, concebendo o uso prejudicial de drogas como uma expressão da questão social, estando em jogo não apenas o uso das SPA, mas toda a fragilidade e perda da garantia de direitos que o usuário apresenta na relação com o meio.

Sendo assim, nos capítulos que se seguem, descreveremos uma análise em torno da concepção dos profissionais de um CAPS AD situado no município de Cabedelo/PB, sobre suas articulações intersetoriais junto às demais políticas sociais para o atendimento às demandas voltadas ao tratamento do uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas.

CAPÍTULO 3 - COORDENADAS METODOLÓGICAS

3.1 O cenário de pesquisa: o município de Cabedelo e a construção das políticas de saúde mental, álcool e outras drogas

O município de Cabedelo, “*lócus*” de realização desse estudo, foi fundado em 1956 e faz parte da região metropolitana de João Pessoa. Seu nome vem da expressão que significa “pequeno cabo” e por ser uma cidade portuária, é rota de entrada e saída de pessoas e mercadorias através de seu porto. Localiza-se bem próximo a capital paraibana (João Pessoa), tendo a BR-230 ou também conhecida como a Transamazônica, como a principal via de ligação entre as duas cidades (VIVER EM JOÃO PESSOA, 2012).

É um dos municípios mais ricos do estado em termos da arrecadação do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, arrecadando um valor de 2,2, bilhões de reais. Sua população em 2014 foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 64.360 habitantes (CABEDELLO, 2014?).

Em termos da RAPS, atualmente, o município de Cabedelo conta com: 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, prestando assistência aos portadores de transtorno mental grave; 01 CAPS AD; e 01 ambulatório de psiquiatria e psicologia no Centro de Referência Municipal em Saúde Leonardo Mozart (CRMSLM) para assistência aos portadores de transtornos mentais moderados e leves. A rede de assistência à SM possui também algumas ações na atenção básica (são 18 equipes de saúde da família) juntamente com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Descreve-se também algumas ações pontuais no Hospital Geral Padre Alfredo, voltadas para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Em nível de gestão municipal, foi considerada a necessidade de um técnico estar à frente da implementação e articulação da política de SM do município. Dessa forma, no ano de 2009, foi criado o cargo de assessoria técnica de SM, para exercer a função de coordenação dessa área.

Importante destacar que, em 2004, quando foi implantado o primeiro CAPS, havia uma coordenação de SM, estando essa no organograma da Secretaria de Saúde, porém subordinada à Atenção Básica. No ano de 2005, com a mudança da

gestão, essa coordenação foi extinta e o CAPS passou a ficar subordinado ao Centro Municipal de Referência em Saúde (especialidades) (SOUZA, 2012).

Essas alterações parecem ter contribuído na lentidão do movimento de uma política municipal de saúde mental, e por sua vez, na implementação de uma rede de atenção psicossocial. Foi papel do CAPS [...] “sensibilizar a gestão” para a importância da saúde mental. Assim, a partir de 2007, passou haver pela gestão, um investimento maior no CAPS e na rede. Em 2008, foi enviado ao Ministério da Saúde um projeto para um CAPS AD, o qual foi implantado em 2009 (SOUZA, 2012, p. 40).

Nesse aspecto, para essa autora, uma coordenação de SM era uma reivindicação antiga da equipe técnica do CAPS. O objetivo situava-se numa melhor articulação dos serviços que compõem a RAPS e o fortalecimento de uma política municipal de SM. Sendo assim, em 2009, a Coordenação de SM foi recriada e, em 2010, essa voltou a fazer parte do organograma da Secretaria de Saúde (SOUZA, 2012).

Uma particularidade merece destaque nessa construção das políticas de SM, álcool e outras drogas nesse município. Ou seja, desde 2005, a gestão dos CAPS e da Coordenação de Saúde Mental (exceto de março a outubro de 2009), foram escolhidas democraticamente pelos trabalhadores, ou melhor, pela própria equipe técnica, caracterizando uma gestão horizontal. “[...] isto, talvez explique o comprometimento político e ideológico dos gestores e trabalhadores com a reforma” (SOUZA, 2012, p. 43).

Nesse período, que abarca de 2009 a 2010, vários movimentos aconteceram nesse município em termos de estruturação e formação da RAPS. Em 2009, aconteceu, por iniciativa da própria equipe técnica do CAPS e da Supervisão Clínico Institucional²², uma oficina de articulação da rede de SM do município (SOUZA, 2012). Essa oficina teve representação de toda a rede de saúde, entre profissionais e gestores.

²² Exercida por profissionais externos à equipe e que tenham experiência “*in loco*” nas vivências dos serviços. Deve ser de caráter “clínico-institucional”, no sentido de que a discussão dos casos clínicos deve sempre levar em conta o contexto institucional, isso é, o serviço, a rede, a gestão e a política pública. Em outras palavras, busca-se sustentar o diálogo ativo entre a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política.

Já em 2010, aconteceu o curso de Aperfeiçoamento de Gestão da Atenção Primária (AGAP), destinado às equipes de saúde da família e a alguns profissionais do CAPS. E, nesse mesmo ano, foi também realizada a I Conferência Municipal de Saúde Mental Intersetorial, fortalecendo as discussões em torno das políticas para esse segmento e para os usuários de álcool e outras drogas e discutindo as estratégias intersectoriais na construção dessa assistência (CABEDELLO, 2010).

Outro movimento importante aconteceu em 2011, sendo esse o I Fórum Intersetorial de Políticas de Atenção Integral às pessoas que fazem uso abusivo de crack e outras drogas, sendo promovido por meio de parcerias entre Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Trabalho e Ação Social, Secretaria de Educação e Cultura, Secretaria de Turismo e Esportes, Conselho Municipal sobre Drogas, bem como outros parceiros. Importante frisar que esse Fórum teve desdobramentos importantíssimos para a manutenção das discussões em torno da assistência às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. Outra consequência foi a criação de um espaço intersectorial de discussão denominado Fórum Permanente Intersetorial de Políticas sobre Drogas. Nesse espaço eram discutidas, além das formações no processo de trabalho, a articulação de ações conjuntas envolvendo as várias políticas sociais do município (SOUZA, 2012).

Apesar desses avanços nos anos acima descritos, tivemos vários retrocessos tanto em nível técnico quanto de gestão entre 2013 e 2014. Destacamos que nesse período foram dois prefeitos que se revezaram na gestão e três secretários de saúde que passaram pelo espaço. Em termos da montagem das equipes técnicas dos serviços da rede de SM, todos os coordenadores passaram a ser indicados pela gestão e, por sua vez, muitos profissionais também foram indicados, além de alguns que entraram por meio de concurso público. Dessa forma, no atual momento da pesquisa, vários profissionais não tinham participado do momento inicial de construção e formação do serviço CAPS AD e muitos também não participaram dos movimentos que aconteceram em anos anteriores, descritos acima.

3.1.1 O Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD) Primavera

Com as mudanças ocorridas ligadas à lógica assistencial do SUS e da RPB, vimos que a exigência da abstinência, aliada aos estigmas e a segregação social

perderam terreno no campo da assistência a essas pessoas. E é neste sentido, que os CAPS AD surgem como novos serviços em substituição ao modelo asilar, que se insere no próprio contexto social dos sujeitos, incluindo-os, junto com as famílias, na responsabilização e condução de seu próprio acompanhamento.

Em novembro de 2009, começa a funcionar o CAPS AD Primavera. Inicialmente se localizando em uma pequena casa na Praça Sólon de Lucena, no centro da cidade e, posteriormente, devido às limitações estruturais dessa sede, mudando-se, em 2011, para uma casa mais ampla, localizada também no centro de Cabedelo.

Considera-se, portanto, que a implantação de um CAPS AD, na cidade de Cabedelo, desponta como uma das prioridades a serem atendidas pela gestão municipal nesse período, contribuindo, assim, para as práticas preventivas, de assistência no ambiente, de diminuição de comportamentos de risco e de cuidado com o uso prejudicial de drogas, auxiliando no enfrentamento dessa questão de ampla magnitude e repercussão social.

Atualmente é considerado como referência do município para o atendimento aos agravos ocasionados pelo consumo de qualquer tipo de SPA (CABEDELLO, 2012). Caracteriza-se como um serviço voltado à comunidade, acolhendo os usuários na perspectiva da RD, estimulando a convivência familiar e social e fornecendo apoio às iniciativas de fortalecimento da autonomia por meio da oferta de atendimento especializado.

A seguir, tomando como base o Relatório Anual de Gestão - RAG (CABEDELLO, 2012) - do CAPS AD Primavera, transcrevemos as principais atribuições desse centro:

- Realizar acolhimento diário, fazer triagens, admissão e/ou encaminhamento para setor especializado;
- Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de RD;
- Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de SPA, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
- Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de SPA, mediante atividades de cunho preventivo / educativo.

- Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas.

- Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
- Realizar reuniões e grupos de família e comemorações dos aniversariantes do mês com os usuários do serviço;

- Oferecer de oficinas terapêuticas e elaborais em grupo para pessoas usuárias de álcool crack e outras drogas;

- Realizar Grupos operativos e terapêuticos;
- Dispor de atendimento individual em Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, psiquiatria e Clínica geral;

- Acolhimento em leito de observação e repouso;
- Realizar visitas domiciliares e busca ativa;
- Acompanhar os usuários em atendimentos em outros centros de saúde;
- Trabalhar junto à família do usuário, de forma terapêutica e de orientação, em grupo e/ou individualmente;

- Realizar de reuniões técnicas, com espaço para discussão de casos clínicos, formação teórica, articulação da rede de cuidado e supervisão clínico-institucional;

- Incentivar e promover a Assembleia Geral dos usuários, com a participação dos familiares e técnicos do serviço;

- Realizar capacitação na área de álcool, crack e outras drogas para profissionais da rede de saúde e intersectorialidade;

- Promover espaços de troca de experiências, debates, fóruns, palestras e seminários na área de álcool e outras drogas no sentido de envolver outros setores com a questão;

- Implementar a articulação da rede de cuidado e assistência, colaborando na prevenção e na identificação e/ou compartilhamento dos casos com os serviços da especializada.

A equipe do CAPS AD é composta por profissionais de diferentes campos de atuação e formação, com o objetivo de prestar um atendimento integral. Nesse

sentido, o projeto de trabalho precisa decorrer a partir de uma relação democrática e participativa entre todos os profissionais da equipe e entre esses e a gestão (CABEDELLO, 2012). Atualmente, no CAPS AD do município de Cabedelo trabalham desenvolvendo suas funções um total de 23 profissionais, sendo 15 profissionais de nível superior divididos nas categorias da assistência social, enfermagem, medicina psiquiátrica, nutrição, pedagogia, educação física, psicologia e terapia ocupacional e 08 profissionais de nível médio divididos nas categorias de técnico de enfermagem, auxiliar administrativo e recepcionista, entre outros.

A seguir, podemos visualizar o resumo das atividades diárias que acontecem nesse CAPS AD:

Quadro 5 - Cronograma resumido de atividades diárias

Manhã	
08:00 - 12:00	Acolhimento / Triagem / Busca Ativa
08:00	Técnico Volante
08:30	Bom Dia
09:00	Lanche
09:20	Oficina ou Grupo Terapêutico
11:00	Oficina de Higiene
11:00	Fechamento das Atividades e Evolução do Prontuário
12:00	Intensivo
Tarde	
13:00 - 17:00	Acolhimento / Triagem / Busca Ativa
13:00	Técnico Volante
13:30	Boa Tarde
14:00	Oficina ou Grupo Terapêutico
16:00	Lanche
16:00	Fechamento das Atividades e Evolução do Prontuário

Fonte: Cabedelo (2012).

O atendimento nesse serviço ocorre de segunda a sexta-feira, das 08 às 17 horas, exceto na quinta-feira à tarde, quando ocorre a reunião técnica e de 15 em 15 dias a supervisão clínico-institucional. O acolhimento é feito nos dois turnos, com o objetivo de atender as demandas iniciais que esses usuários trouxeram.

Após esse momento de acolhimento inicial, acontece uma triagem, também chamada de 1º atendimento, onde os profissionais poderão compreender de uma maneira mais aprofundada a demanda que cada caso encerra. Caso essa demanda não seja específica para o CAPS AD, esse usuário é encaminhado para outro serviço da rede assistencial.

usuário participará primeiro das atividades terapêuticas, das avaliações clínicas e psiquiátricas, entre outras, e em um segundo momento, terá o seu PTS construído.

3.2 Desvendando o processo de coleta

Sabe-se que, a partir dos novos desafios entre os setores sociais e diante dos efeitos da globalização da economia e das informações, é importante uma produção de conhecimentos científicos em patamares que contemplem a democracia e a ampliação e consolidação dos direitos sociais. Na contemporaneidade, a vinculação entre trabalho e pesquisa tem-se demonstrado como indispensável, pois todos os profissionais que executam e refletem sobre suas atividades, lidam diretamente com a interpretação da realidade e, para tal, devem ter noções de procedimentos de investigação.

Nesse sentido,

[...] é muito importante colocar-se com muita clareza que discutir a prática social passa, fundamentalmente, pela questão da pesquisa. Através da pesquisa torna-se possível vislumbrar outros horizontes de conhecimento, desvelar outros fluxos de força política, permitindo às profissões as atualizações e contemporaneizações necessárias para fazerem frente às múltiplas questões de ordem social, com as quais se comprometem e que a atravessam em seu fazer (CASSAB, 2007, p.56).

Portanto, pesquisar se configura no ato de desenvolver uma atividade, semelhante a um processo, cuja preocupação maior é com o produto inacabado, que possibilita ampliar e verificar o conhecimento existente.

Ainda podemos dizer que pesquisar não é uma simples coleta de dados, mas uma proposta de um projeto de conhecimento que conduz o pesquisador à observação, à verificação e à explanação dos fatos, a partir de um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, requisitando um tratamento científico ao caminho percorrido.

Compreende-se, pois, que o processo de construção do conhecimento científico demanda um rigoroso delineamento dos procedimentos de ordem teórico-metodológica que devem ser adotados no decurso da prática investigativa.

Ademais, como bem acrescem Lima e Miotto (2007, p.39):

[...] pode-se considerar a metodologia como uma forma de discurso que apresenta o método escolhido como lente para o encaminhamento da pesquisa. O primeiro passo se caracteriza pela escolha de determinada narrativa teórica que veiculará a concepção de mundo e de homem responsável pela forma como o pesquisador irá apreender as condições de interação possíveis entre o homem e a realidade. Significa que existem diferentes modos de entender a realidade, como também há diferentes posições metodológicas que explicitam a construção do objeto de estudo, a postura e a dinâmica que envolvem a pesquisa, dando visibilidade aos movimentos empreendidos pelo pesquisador nessa direção.

Nesta pesquisa, um dos pontos norteadores é a escolha pela perspectiva dialética no trato metodológico, já que essa leva em consideração a noção de totalidade, o contraditório e a dimensão sóciohistórica que envolve o objeto de estudo. Ou seja, consideramos que os fatos não podem ser apreciados fora de um contexto social, político e econômico.

A perspectiva dialética nos permitiu a realização de uma revisão crítica e totalizante de toda a interpretação pré-existente sobre o objeto de estudo (LIMA; MIOTO, 2007). O objetivo foi chegar à essência das relações, dos processos e das estruturas, aprofundando um estudo sobre a produção do conhecimento. Para Ianni (1988 apud LIMA; MIOTO, 2007), essa perspectiva escolhida se caracteriza por ser uma análise revolucionária e concreta do objeto, aderindo a ele destrutivamente.

De tal modo,

[...] esse desenvolvimento do real e apreensão da sua essência consistem em aproximações sucessivas que não são lineares porque o que prevalece são os elementos produzidos social e historicamente. Assim, para se apreender essa realidade como uma totalidade complexa e em movimento faz-se necessária a construção de mediações, de um sistema de mediações [...] Portanto, realizar uma pesquisa entendendo a realidade social dinâmica, contraditória, histórica e ontológica implica na utilização de procedimentos metodológicos que consigam engendrar todos esses pressupostos com a mesma intensidade como se apresentam quando estão em relação (LIMA; MIOTO, 2007, p. 40).

Para pesquisar a intersetorialidade nas políticas de álcool e outras drogas, foi utilizado uma pesquisa de caráter descritivo, exploratório e de abordagem quanti-qualitativa, utilizando - conforme sinalizado - o método histórico-dialético de investigação. A escolha desse tipo de pesquisa foi motivada por se tratar de um estudo de objetos/pessoas, considerando também o ambiente em que se inserem,

levando a um entendimento mais acurado dos objetos estudados, com o objetivo de contemplar as suas peculiaridades. Quanto ao método utilizado, teve como objetivo conhecer a materialidade dos fenômenos estudados, diante das formações socioeconômicas e históricas.

No planejamento inicial, fizemos um levantamento bibliográfico, permitindo a utilização ordenada de dados dispersos em inúmeros periódicos. Essa etapa consistiu no levantamento, seleção, fichamento e arquivamento de informações relacionadas ao objeto a ser pesquisado.

Após essa etapa de seleção do material bibliográfico, usamos o instrumento da leitura com o objetivo de levantarmos as informações relevantes para o estudo. Em seguida, com os dados obtidos, por meio dessas leituras, conforme a metodologia proposta e baseando-se no referencial teórico construído, expomos uma síntese integradora de todo o material investigado. Esse desenho metodológico permitiu um amplo mapeamento bibliográfico que garantiu a apreensão constante dos elementos que caracterizaram o nosso estudo (LIMA; MIOTO, 2007).

Realizada essa discussão teórica, iniciamos o trabalho de campo a partir das observações sistemáticas e da realização do grupo focal. Antes da entrada em campo, nos asseguramos da confidencialidade e privacidade dos indivíduos que iriam ser pesquisados, garantindo com isso, a proteção de sua imagem, a sua não estigmatização e a não utilização das informações em prejuízos individuais e/ou coletivos.

Vale salientar que, nesse sentido, a partir das determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a presente pesquisa atendeu aos referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros.

Ante a essa resolução, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi lido e explicado, em todos os seus itens, para que os participantes pudessem se manifestar de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida (conforme Apêndice A).

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em março de 2014. Em abril do mesmo ano, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (CEP-HULW) emitiu pelo colegiado, em reunião ordinária realizada no dia 29 de abril

de 2014, parecer favorável, de nº 660.132, para a realização da pesquisa proposta (conforme Apêndice C).

No mês subsequente, deu-se a inserção no cenário da coleta dos dados primários. Isso foi feito por meio de algumas visitas ao CAPS AD Primavera, no período de maio a julho, observando a dinâmica e a sistemática desse CAPS.

Essa inserção no campo foi facilitada pelo conhecimento prévio da rotina do serviço por nossa parte, visto que coordenamos esse CAPS AD por 03 anos (2009 a 2012), possibilitando uma facilidade de circulação e diálogo com a equipe técnica.

Nesse período da coleta, foi anotada, no caderno do diário de campo²³, a dinâmica de funcionamento do serviço, registrando as práticas desenvolvidas pela equipe técnica no seu processo de trabalho. O objetivo era observar e mapear as ações profissionais que os sujeitos pesquisados construíam na sua rotina diária, bem como identificar o acesso e a articulação a outras políticas sociais na tentativa de garantir a resolubilidade das demandas de atendimento. Descreveram-se ainda nessas observações, quais as demandas atendidas que mais impõem os arranjos intersetoriais na concepção dos seus trabalhadores.

Após essas observações, foi realizado um convite para os profissionais participarem de um grupo focal sobre o tema pesquisado. Esse grupo foi realizado no dia 24 de julho de 2014 nas dependências do CAPS AD. Utilizamos uma sala confortável, climatizada e longe de interferências de quaisquer ordens. Aconteceu intencionalmente numa quinta-feira à tarde, para envolver o máximo de profissionais, já que, semanalmente, o horário é reservado para a reunião técnica-administrativa, tendo a presença da maioria da equipe técnica. Esse grupo durou pouco mais de 40 minutos, obedecendo aos critérios de confidencialidade e anonimato e seguindo um roteiro de questões elaboradas por este pesquisador (conforme Apêndice B).

Nessa direção, para assegurar esse anonimato, todas as transcrições das falas dos participantes foram representadas pela letra P (profissional) seguida do numeral sequencial da ordem de apresentação no próprio grupo. Essa técnica teve

²³ Esse possibilita o registro das observações do cotidiano e consiste em espaço propício para realização das reflexões e análises acerca das apreensões realizadas, contribuindo para a chamada sistematização da prática do pesquisador. Nesse, anotam-se todas as observações de fatos concretos, fenômenos sociais, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do investigador, suas reflexões e comentários. O diário facilita criar o hábito de escrever e observar com atenção, descrever com precisão e refletir sobre os acontecimentos (FALKEMBACH, 1987).

por objetivo identificar percepções e atitudes diante das ideias dos participantes acerca do objeto de pesquisa (DIAS, 2000), no intuito de gerar novas ideias ou hipóteses que estimulassem o pensamento do pesquisador sobre o tema proposto.

Além disso, o grupo focal permitiu que o processo de interação grupal se desenvolvesse, favorecendo trocas, descobertas e participações comprometidas. Nesse grupo, houve a exploração de como os fatos são articulados, censurados e alterados no próprio ambiente.

Na sequência à coleta do material, realizamos a transcrição do conteúdo, resgatando os momentos de expressão das opiniões (conhecimento), dos gestos e da própria subjetividade presente nos conteúdos em torno das questões propostas. Bardin (1977) ressalta a importância do rigor na utilização da análise de conteúdo, tendo a necessidade de ultrapassar as incertezas e descobrir o que é questionado.

Tendo em vista tamanha diversidade, optamos por tomar como balizador as etapas da técnica proposta por Bardin (1977). Essas etapas são organizadas em três fases:

a) Pré-análise: consiste na leitura de cada transcrição, destacando as partes que correspondem às perguntas guias no roteiro da discussão. Devem-se observar tendências e opiniões que solidamente são mantidas ou frequentemente expressas pelos participantes.

b) Exploração do material: são feitas marcações em comentários que possam ser usados no relatório final de pesquisa e destacadas as partes que correspondem às perguntas guias da discussão.

c) Tratamento dos resultados: nessa fase, deve-se considerar o significado das palavras utilizadas pelos participantes, permitindo ao pesquisador, inferir analiticamente sobre a definição das ideias preponderantes em relação aos objetivos que se propõe a pesquisa. Por fim, deve-se construir o relatório de pesquisa, localizando esses discursos de forma estruturada.

Os conteúdos obtidos foram agrupados nos 04 subitens que compõem o capítulo 4 e foram tratados seguindo a lógica dos objetivos propostos no início da dissertação. Ressalta-se ainda que foram tratados à luz do corpo teórico posto pela produção do conhecimento relativa ao objeto pesquisado.

CAPÍTULO 4 - A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS INTERSETORIAIS SEGUNDO A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO CAPS AD PRIMAVERA

4.1 Perfil dos entrevistados no CAPS AD Primavera

Dentre os 23 profissionais que compõem a equipe técnica do CAPS AD, participaram do grupo focal, 09 profissionais e concordou-se na participação de uma estagiária de psicologia, que apesar de estar lá apenas 03 meses acompanhando a rotina das atividades do serviço, apresentou interesse e também certa experiência acumulada com relação à SM. A experiência se deu por meio de movimentos sociais e grupos de discussão que essa participa na universidade.

A formação do grupo se apresentou bastante heterogênea, não fazendo distinção na participação de profissionais de nível superior, médio e/ou técnico. Essa característica de manejo grupal foi incentivada por nós, que estávamos naquele momento como pesquisador/moderador, visto que todos os processos coletivos que acontecem nesse serviço têm como ponto de partida a discussão democrática, da qual todos participam, exercendo o direito de se manifestar e contribuir para que as decisões possam ser tomadas no âmbito da horizontalidade. Todos os participantes responderam os dados de identificação presentes nas fichas que entregamos no início do processo.

Solicitamos informações, tais como: sexo; idade; formação acadêmica; existência de pós-graduação com especificação na área; regime trabalhista que mantêm com a instituição em questão; informação sobre o processo de contratação ao qual está submetido; tempo de trabalho na instituição pesquisada; faixa salarial; ocorrência de outro vínculo empregatício; motivo de trabalhar em outro local.

Por uma questão de opção metodológica, organizamos os dados de identificação dos consultados a partir da construção de pequenos perfis. Assim, segue a descrição dessa amostra:

- Técnica de enfermagem (P.01): 39 anos, trabalha nesse CAPS AD há pouco mais de 02 anos; nunca fez uma pós-graduação; seu vínculo trabalhista se deu por meio de processo seletivo e não trabalha em outra instituição;

- Técnica de enfermagem (P.02): 24 anos, há 04 anos trabalha nesse serviço; também não possui pós-graduação e seu vínculo trabalhista foi adquirido por meio de processo seletivo e não trabalha em outra instituição;
- Enfermeira (P.03): 61 anos, nunca fez pós-graduação e adquiriu vínculo trabalhista por meio de processo seletivo; trabalha na instituição há 04 anos e não possui outro vínculo empregatício;
- Assistente Social (P.04): 24 anos, não têm pós-graduação; atualmente é a coordenadora desse CAPS AD, estando nesse serviço há 02 anos e 03 meses; possui cargo comissionado e não têm outro vínculo trabalhista;
- Psicólogo (P.05): 29 anos, trabalha sob regime celetista há 03 anos e 06 meses; não possui nenhuma pós-graduação e não tem outro vínculo empregatício;
- Terapeuta Ocupacional (P.06): 32 anos, está nesse CAPS AD há 01 ano e 04 meses e trabalha sob regime estatutário, tendo ingressado por meio de concurso público; fez referência a outras experiências na área de SM, já tendo trabalhado em outros CAPS; possui pós-graduação, contudo não relacionada à SM; possui outro vínculo trabalhista e, quando perguntada sobre o porquê, respondeu que era devido a baixa remuneração recebida nesse CAPS AD;
- Agente Administrativo (P.07): 61 anos, trabalha há 04 anos e 03 meses nessa instituição; está submetido a um regime celetista de trabalho, não têm outra formação, não mencionou se participou de algum curso de formação - exceto no momento que entrou nesse serviço - e também não trabalha em outra instituição;
- Educadora Física (P.08): 32 anos, está há 03 semanas no CAPS AD; possui pós-graduação, mas não é na área de SM e nem específica na temática de álcool e outras drogas; adquiriu vínculo por meio de concurso público e não possui outro vínculo trabalhista;
- Nutricionista (P.09): 26 anos, é especialista em saúde coletiva e mestre em ciências da nutrição; está trabalhando nesse CAPS AD há 01 ano e 04 meses sob o regime celetista e não possui outro vínculo empregatício;
- Graduanda de Psicologia (P.10): 22 anos, estagia há 03 meses nesse serviço; tem experiência nos movimentos estudantis e grupos de estudo sobre a temática de SM.

Observa-se que, nesse grupo, 07 pessoas não possuíam nenhuma pós-graduação. Entre os outros 03 participantes, 02 são especialistas e um terceiro,

mestre. Porém, nenhuma dessas pós-graduações era específica da área da saúde mental e/ou relacionadas às políticas sobre drogas e ao processo de assistência a essa parcela da população.

Em relação ao vínculo trabalhista, 03 participantes possuíam vínculo estatutário e estavam trabalhando a pouco menos de dois anos. Os demais eram celetistas, entre eles uma estava como coordenadora do serviço, exercendo a sua atividade a pouco menos de três anos, e outro tinha 05 anos de serviço prestado.

Destaca-se pelo material que foi coletado no grupo, o pouco acúmulo de experiência e a quase inexistente formação desses profissionais na área de SM ou específica de álcool e outras drogas. O que se percebe é que para a maioria desses, a entrada no CAPS AD foi a primeira experiência de contato com os usuários de álcool e outras drogas. Isso fica claro nas falas que se seguem:

“Para mim foi o primeiro serviço nesta área de saúde mental (P.03)”.

“Para mim também foi o primeiro serviço (P.02)”.

“Para mim foi meu primeiro contato, não só profissional, mas também de formação, que na minha formação não se encaixa trabalhar com esse público alvo (P.09)”.

“Eu também nunca tinha trabalhado com esse publico alvo, de pessoas usuárias de drogas e foi o primeiro contato. Tive já contato com pessoas portadoras de necessidades especiais. Como algumas pessoas acumulam o vício das drogas e algum transtorno mental, já tive essa experiência em relação as pessoas com deficiência. Mas especificamente, nesse grupo não (P.08)”.

Outro aspecto foi em relação aos estágios curriculares dos cursos de nível superior. Poucos participantes afirmaram terem participado de algum estágio na SM ou na área de álcool e outras drogas, pois desconheciam até mesmo a oferta desses nos currículos das graduações:

“[...] quando está finalizando o seu curso, qualquer profissional, principalmente na área de saúde, deveria ter o contato, não focar no álcool e drogas, mas transtornos mentais que também pode estar “linkado” a esse público. Mas eu acho que deveria existir estágios [...] quer seja por um mês, dois meses, porque é uma área que você vai

trabalhar, que você pode vir a trabalhar. Então a falta de um campo de estágio, assim bom, para trabalhar isso, não só na parte teórica, que tem a sua importância é claro, mas acho que na prática que você aprende muito mais (P.09)”.

Amarante (2007 apud PATRIOTA, 2011) afirma que a RPB pode ser traduzida como uma verdadeira revolução teórico-conceitual. Dessa forma, no seu processo de construção e na formação dos profissionais que pretendem atuar na área, torna-se indispensável um conceito ampliado de saúde, de trabalho interdisciplinar e intersetorial e a dimensão sóciohistórica do processo de adoecimento, entre outros.

Assim, todo esse processo de formação dos profissionais precisa ir além da competência técnica, situando-se na capacidade de reflexão crítica (BEZERRA JR., 2007). Com isso, vários paradigmas da SM e da assistência aos usuários de álcool e outras drogas exigem que se adotem novos modelos, na questão teórica e técnica, assumindo uma assistência integral a essas pessoas.

É, nesse aspecto, que concordamos com autores como Bezerra Jr. (2007), Amarante e Cruz (2008), quando sugerem que a formação de recursos humanos é um desafio fundamental nesse contexto, pois os profissionais que trabalham nessa assistência deveriam receber formações mais amplas, política e ideologicamente envolvendo os múltiplos aspectos da criação do movimento antimanicomial.

Porém, além da experiência anterior, um fator importante seria a estruturação da própria formação acadêmica. Apenas três profissionais e a estagiária de psicologia relataram que, mesmo não tendo experiência profissional anterior, tiveram a oportunidade de um embasamento teórico antes de iniciar a prática, ou tiveram a oportunidade de percorrer alguns caminhos na trajetória da própria formação profissional e/ou acadêmica, fazendo com que se aproximassem da temática.

“No meu caso, a minha formação não oferece esse contato, o que oferece é uma disciplina optativa, mas aí como tive a oportunidade de participar de dois anos de projeto, PET - SM, foi quando eu tive contato e já cheguei sabendo dessa temática [...]. Eu participei do PET-SM, eu tinha muito embasamento teórico, mas esse foi meu primeiro emprego, então esse foi meu primeiro contato e estou aqui até hoje. E aí foi quando eu pude aplicar na prática, mas eu já tinha uma leitura sobre isso (P.04)”.

“[...] na formação mesmo, fui focando o curso neste sentido, de álcool e outras drogas, e eu tive experiência em uma comunidade terapêutica, no estágio, fiquei um ano lá. É, eu tive envolvimento com alguns grupos,

militância focada em antiproibicionismo, tudo isso assim, envolto nesta temática com o pessoal da universidade mesmo. Meio que eu tinha uma participação nisso, agente tinha encontros de estudo, de discussões, de debates, essas coisas (P.05)”.

“[...] Desde o primeiro semestre, na universidade, eu tive a oportunidade de ter a vivência dentro de hospital psiquiátrico na época né, e na graduação foi que veio despertando mais a história. Teve o “boom” da reforma psiquiátrica, então assim, como não me formei aqui em João Pessoa, me formei em Natal, então o processo foi outro. Não conheci o daqui de João Pessoa. Aí tive essas experiências. Por tabela a gente acabava tendo contato com as pessoas que estavam lá por causa das drogas né, do abuso, mas não era um contato que era direcionado não, ainda tava tudo para se apropriar mesmo, ainda tava na luta (P.06)”.

“A minha aproximação com a área foi mais pela militância, pelo Canto Geral²⁴ desde o segundo ano do curso, porque ao longo do curso mesmo tem três cadeiras que a gente ouve abordar a temática, e depois no PET-SM (P.10)”.

Sabe-se que, na atualidade, as formações acadêmicas abordam de forma superficial temas relacionados a esse campo de atuação. No máximo, são poucas disciplinas que os profissionais têm a oportunidade de cursar quando da formação, fazendo com que muitas vezes esses, recém-formados, comecem a atuar sem a mínima noção da complexidade desse campo de assistência. A situação se torna mais crítica em relação a alguns temas quando colocados em discussão, por exemplo, o da intersetorialidade. Apesar de concordar com diversos autores, como Santos (2009); Venturini (2010); Scheffer e Silva (2014), sobre a relevância da intersetorialidade no cuidado atual sobre o atendimento das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, essa categoria ainda é pouco debatida e discutida nos meios acadêmicos. Isso fica evidente nas falas abaixo:

“Os profissionais... acho que a gente volta um pouco para aquela questão inicial, atualmente, quer queira quer não, muitos profissionais acabam caindo na saúde mental, não tendo conhecimento anterior, nem uma vivência. E isso passa para quem está atendendo [...] (P. 06)”.

²⁴ O Coletivo Canto Geral é formado por estudantes de psicologia implicados com a formação (im)posta na universidade. É reconhecido como um grupo político de militantes atuantes para além dos muros da UFPB.

“Bem, acho que é importante ser abordado na academia, a parte teórica é muito importante, de também ter o campo de estágio, até porque a gente trabalha numa perspectiva interdisciplinar, existe uma equipe e cada um tem uma atuação diferenciada. E alguns tiveram o contato e outras não, e se tivesse tido o contato na academia, seria um facilitador da vivência aqui, no campo de trabalho (P. 05)”.

Almeida e Ferraz (2008 apud OLIVEIRA; LEME; GODOY, 2009) sugerem que os profissionais da SM têm condições de efetivar uma grande parte das diretrizes da RPB em suas práticas, fortalecendo com isso um processo de construção do próprio SUS. Dessa forma, esses autores destacam que o investimento nessa formação envolve alguns processos, tais como:

[...] reestruturação curricular nos cursos de formação em saúde, adequando os currículos às demandas do SUS; adoção de metodologias de ensino aprendizagem que promovam formação crítica e reflexiva e integração efetiva entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde; e capacitação dos recursos humanos da saúde através de políticas de educação permanente em saúde (ALMEIDA E FERRAZ, 2008 apud OLIVEIRA; LEME; GODOY, 2009, p. 123).

Assim, destaca-se a importância de uma efetiva demanda na readequação da formação, reestruturando os currículos e as metodologias dos cursos de graduação e pós-graduação em áreas afins, desenvolvendo também um planejamento permanente em formação continuada no âmbito do trabalho dos profissionais de saúde que já estão atuando nos serviços.

Nesse sentido, um dispositivo que esses profissionais destacaram para o fortalecimento desse processo de formação permanente *“in loco”*, foi a reunião técnica semanal e a supervisão clínico-institucional.

Delgado (2013) afirma a exigência da supervisão clínico-institucional a partir da segunda metade da década de 1990 no Brasil. Ao se referir ao processo da RPB como situado no campo das políticas públicas, especialmente do SUS, mas com necessárias projeções intersetoriais, Delgado (2013) alega que esse dispositivo precisa construir ferramentas de trabalho, na discussão coletiva com a equipe do serviço no sentido de articular e fortalecer a construção de estratégias de ampliação de acesso a esses serviços.

Nesse aspecto, Vasconcelos (2008 apud SILVA et al., 2012) afirma que o processo de trabalho nos CAPS, além de mobilizar fortes implicações pessoais dos trabalhadores, enfrenta problemas com o ambiente, que geralmente é marcado pela falta de investimentos, precarização dos vínculos trabalhistas e forte exigência produtiva quantitativa aliados à deteriorização da própria infraestrutura.

Diante desse contexto, a supervisão clínico-institucional poderá ser realizada para além das discussões dos casos e dos PTS, ou seja, além de agregar esses elementos que pertencem ao âmbito terapêutico de assistência nos serviços, é um dispositivo que pode facilitar para que a gestão nesses locais possa ser compartilhada e democrática, situando os desafios de estruturação de forma ampliada, utilizando o complexo e peculiar cenário da rede pública de assistência.

No entanto, pelas falas transcritas abaixo, atualmente, a supervisão clínico-institucional não consegue atender aos anseios que a equipe demanda. Contudo, destacamos que essas próprias falas não demonstram, por sua vez, conhecimento da supervisão clínico-institucional como um dispositivo de troca e construção do conhecimento, corroborando para certo conflito na definição dos objetivos dessas reuniões:

“Eu acho assim, que esse momento pode ser aproveitado como um espaço de formação, mas se ele for aproveitado como tal né, na maioria das vezes a supervisão não é tão aproveitada como ela deveria ser, pois tem muitos problemas para resolver. E aí não termina sendo um espaço de tanta formação (P.04)”.

“É porque na teoria existe, deveria existir, como é um espaço destinado, tem cursos que deveriam acontecer. Então a teoria é uma coisa, a prática é outra (P.06)”.

“E a reunião acaba sendo mais técnica do que um espaço de formação, sendo mais resolutiva de problemas do serviço. Que o tempo que é destinado para a reunião técnica não supre a formação (P.09)”.

Observa-se nas transcrições acima, o pouco conhecimento sobre o que realmente deva ser a supervisão clínico-institucional. Os profissionais reclamam que esse momento não é de formação, pois existem muitos problemas para se resolver do cotidiano do serviço do CAPS AD. Na verdade, ao compreender a supervisão clínico-institucional, diante de uma perspectiva histórica, Delgado (2013) a situa na

fronteira não só das relações que a equipe mantém entre si ou com os usuários, mas também com as relações que esse usuário mantém em todo o seu cotidiano. Nesse sentido, além de primar pela garantia dos direitos do sujeito (sua autonomia e liberdade), tem como perspectiva direcionar a rede de serviços para a comunidade, incorporando e discutindo a cultura e os determinantes sociais daquele território.

Logo, compreende-se que o dispositivo da supervisão clínico-institucional tem a possibilidade de construir junto à equipe, ferramentas para a resolução dos problemas existentes, centrando o método de trabalho na construção coletiva, constituindo-se em um espaço de educação permanente no serviço²⁵.

4.2 Análise sobre os movimentos que os profissionais de nível superior do CAPS AD Primavera articulam junto às demais políticas sociais a partir da construção de arranjos intersetoriais para o atendimento das demandas

Como já refletido, substancialmente, no decurso dos capítulos teóricos dessa análise, a intersectorialidade demanda, dentre uma série de fatores macroestruturais para sua concretização, a postura proativa dos atores envolvidos com seu processo.

Assim, nesse item discutiremos quais os movimentos engendrados pelos profissionais consultados acerca da construção de arranjos intersetoriais na produção do cuidado em SM no âmbito do CAPS AD de Cabedelo.

A priori, advertimos que para tal análise foi necessário captar as impressões dos profissionais sobre a existência (ou não) da integralidade do cuidado ali produzido, por entendermos que tal princípio forja a articulação, o diálogo tanto de setores quanto de núcleos profissionais distintos. No caso particular do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas tal articulação é decisiva, considerando as inter-relações que esse tipo de uso prejudicial impõe, a serem enfrentadas num atendimento em saúde.

Como já sinalizamos em item anterior, Tumelero (2012), afirma que, principalmente no âmbito da esfera municipal, o trabalho intersectorial a partir do viés

²⁵ O programa de Qualificação dos CAPS (QualiCaps), que teve editais sucessivos entre os anos de 2005 a 2010, incorporou mais de 200 supervisores clínicos-institucionais à RAPS. Sua missão é sustentar a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) sob os princípios da clínica no território e da autonomia dos usuários e de seus familiares (DELGADO, 2013).

da construção de redes visa atender aos segmentos vulnerabilizados, a partir de conexões entre os diversos atores, diante de relações horizontais, construindo ações integradas no atendimento às demandas sociais.

Segundo Goulart et al. (2013, p.5),

[...] na contemporaneidade a atenção às pessoas e às famílias que enfrentam problemas com o uso/abuso/dependência de álcool e outras drogas, está baseada na lógica da reforma psiquiátrica, que pressupõe tratamentos ambulatoriais, com modelos de redução de danos, e acima de tudo, garantindo seus direitos, o que só poderá acontecer a partir do momento que se estruture uma rede de cuidados intersetorial, que trabalhe com a lógica da diminuição dos fatores de risco e ampliação dos fatores de proteção, respeitando a diversidade e complexidade, tanto no que se refere às famílias, quanto à dependência de álcool e outras drogas.

Seguindo tal perspectiva, interrogamos os participantes do grupo focal a respeito da existência de um atendimento integral no município para os usuários de álcool e outras drogas e obtivemos os seguintes depoimentos:

“Eita, eu posso falar né, tirando por mim, como sou a única assistente social do serviço e circulo bastante pelo município, assim é muito precário né, a gente não têm um, por exemplo, é como se a nossa visão sobre os usuários de álcool e outras drogas fosse uma visão diferenciada dos demais profissionais, tanto da saúde como da assistência, a gente sente uma dificuldade muito grande (P. 04)”.

“Com certeza, quando a gente chega ao hospital aqui com o usuário daqui do CAPS AD, eles são até bem atendidos, mas se não tiver um profissional acompanhando, o atendimento é diferente (P. 01)”.

“Até mesmo quando o profissional está acompanhando, eles são marginalizados, eles são muito mal tratados, não têm a recepção como qualquer outro usuário do serviço (P. 09)”.

“Mas não deveria né, porque é tudo público, é tudo SUS (P. 06)”.

Já aconteceu do usuário desse CAPS AD ir para o hospital sozinho e voltar porque não foi atendido, por estar sujo, não saber falar direito, eles mandaram voltar sem atendimento (P. 01).

Como é possível constatar, os profissionais relacionam o atendimento integral para além do atendimento recebido pelo usuário do CAPS AD, ou seja, coloca-se o atendimento na rede de saúde externa à rede de SM. Nesse aspecto uma primeira necessidade desse usuário sem dúvida recai sobre a assistência na média e alta complexidade em saúde. Tem-se aqui um entrave de ordem intrasetorial, ou seja, dentro de um mesmo setor “saúde” a integralidade não é possibilitada e os arranjos possíveis não são construídos facilmente.

Com intuito de aprofundar com mais acuidade tal processo, interpelamos os profissionais se em casos de negação do atendimento há um retorno com o objetivo de entender o porquê do usuário não ter sido atendido ou ter sofrido represálias por ser um usuário CAPS. Nesse sentido, as opiniões variaram como se constata nos fragmentos das falas que seguem:

“Mas quando eles vão com a gente, mesmo sem documento elas atendem. Mas aí temos que falar, tem que conversar, para elas entenderem um pouco. As vezes a gente até fala que eles são seres humanos (P. 01)”.

“E outras vezes como já aconteceu em alguns momentos a gente acompanhar o paciente, ele ficar no leito, e precisar ficar algum técnico acompanhando esse usuário porque a equipe do hospital, principalmente o pessoal do setor da observação não quer dar acompanhamento a este usuário. Aí acontece em muitos momentos a gente ter que retornar ao serviço e quando menos se espera ou usuário retorna ou a assistente social liga para o CAPS AD, dizendo que o paciente teve alta, que na realidade não foi. O pessoal mesmo que deram alta por lá (P. 02)”.

“Algumas vezes quando o usuário retorna aqui para o serviço, ele mesmo já volta tão irritado, tão chateado, que mesmo com as negociações de tentar retornar ao hospital, ele se nega a ir... é uma questão de banalização, eles banalizam muito também (P. 06)”.

“Até o próprio diálogo com o pessoal do hospital, por mais que a gente leve o usuário, e ele tenha todos os documentos, esteja no estado de higiene adequado, o dialogo ainda não é legal. Ainda não existe um diálogo concreto, daquela assistência integral, não. O diálogo já é, olhando como um marginal mesmo, porque ele é usuário ...E ainda mais quando a gente chega, “vixe..., é do CAPS AD, lá vem”, é a primeira palavra que a gente escuta.. e tirando um pouco até do hospital, também vem pro SAMU, a emergência. E como a gente tá falando, quem leva o usuário quer seja em crise de abstinência com quase convulsionando, a

maioria das vezes é o serviço, porque se ligar para o SAMU, o SAMU demora muito. As vezes não vem (P. 09)”.

“E quando a gente encaminha para uma internação clínica, devido a problemas clínicos, não passa muito tempo lá, é como as meninas falaram, que fica dez horas no máximo, a pessoa tomando um soro, toma um diazepam em crise de abstinência né, tendo convulsão. Estabilizou mais um pouquinho, volta para casa. Não é algo mais assim, como poderia ser feito (P. 05)”.

Como é possível observar, os movimentos, sejam eles intersetoriais ou mesmo intrasetoriais - conforme sinalizado anteriormente - ou transetoriais (INOJOSA, 2001) materializam-se fundamentalmente em respostas às demandas postas pelos usuários do CAPS AD. Contudo, é importante atentar que mesmo que a realidade estudada ainda careça de articulações internas (intrasetorial), devemos reafirmar que o usuário de álcool e outras drogas invariavelmente nos coloca necessidades e demandas que só encontrarão resolutividade a partir da ação de diferentes setores e políticas tais como: educação, habitação, previdência social, assistência social. (Goulart et al., 2013). Tais demandas pressionam tanto o serviço quanto os seus profissionais a saírem das clausuras em que operam suas ações. Segundo os profissionais, são as demandas que determinam tal característica:

“Chegam várias demandas ao serviço, inclusive a gente tem um grande número de usuários em situação de rua que precisam de outros dispositivos, que não sejam da saúde e que esbarra. A gente esbarra nisso. Apresenta uma demanda muito grande social, o município não tem um abrigo para essas pessoas, se vai tentar articular com João Pessoa não consegue porque é de outro município. Também, quando apresenta uma demanda de documentação, vai tirar o cartão do SUS, mesmo sendo um usuário em situação de rua, exige uma documentação, exige um comprovante de residência, por exemplo. Então é uma política que usuário em situação de rua tem direito. Então assim, se torna constrangedor e até estressante para o profissional tentar viabilizar isso (P. 04)”.

Percebe-se pela fala desse profissional, que as demandas trazidas por esses usuários fazem com que a equipe tenha que recorrer a outras políticas para tentar minimizar a precariedade da efetivação dos direitos sociais desses. Fica claro que o processo de articulação também é dificultado, como no caso acima, do atendimento na alta e média complexidade de saúde, por esses usuários frequentarem um

serviço de atendimento referente a álcool e outras drogas. Outro fator dificultador é a inexistência no momento atual desse município, de qualquer articulação intersetorial entre as políticas sociais para o atendimento a essa parcela da população. Essa situação fica evidente quando se observa a fala abaixo:

“No nosso momento atual de política, a gente não tem nenhum benefício, o município não está viabilizando nenhum benefício. A nossa articulação com a Ação Social era bem bacana, e não existe mais, não tem mais os benefícios que eles tinham, auxílio transporte, auxílio aluguel, vale gás (P. 04)”.

Nesse aspecto, concordamos com Tumelero (2012) quando essa pontua que as estruturas segmentadas dos governos, em conhecimentos setorializados e especializados, têm profundos efeitos nos usuários de serviços públicos. Ou seja, esses usuários não são percebidos como integrantes de uma realidade de múltiplas determinações que, além de incluir os aspectos subjetivos, inclui também as questões sociais, familiares e clínicas advindas do uso.

Não temos dúvida que essa fragmentação repercute diretamente sobre os usuários dos serviços, distanciando-os de práticas emancipatórias na tentativa de assegurar a sua autonomia. O trecho abaixo reflete essa dificuldade:

“Repercute, repercute porque eles não conseguem compreender, que é algo que, digamos assim, é como se fosse má vontade do profissional de não viabilizar. Não compreendem que é uma má gestão, eles não compreende que de certa forma aquilo está sendo boicotado, o que a gente vê são arranjos. Por exemplo, no caso do auxílio transporte fizeram uma carteirinha para o ônibus escolar. O que não faz sentido os usuários virem em um ônibus escolar, num transporte escolar [...] Em relação ao INSS, se vai viabilizar um BPC, se tem um atestado de transtorno, você percebe que o olhar é diferenciado. Se for um auxílio relacionado ao uso de álcool e outras drogas, é como se dissesse assim: você não vai parar de beber nunca, você não vai parar nunca. Não consegue enxergar uma situação de fragilidade (P.04)”.

Autores como Scheffer e Silva (2014) afirmam que o trabalho nesse âmbito está implicado numa relação com o contexto econômico, social e cultural, diante das situações de moradia, transporte, renda, alimentação, entre outros. Observa-se nessa fala acima, que a falta de possibilidade de articulação dessa equipe de SM com outras políticas, gera um agravo no atendimento, produzindo rupturas no

vínculo da assistência. Nota-se uma fragilidade no atendimento integral, gerando uma impossibilidade de construção intersetorial entre a política de SM e a de assistência social, nesse caso descrito acima.

Uma dimensão da intersetorialidade, apontada por Tumelero (2012), refere-se ao sentido de articulação política na gestão pública. Para isso, ela se refere a Junqueira (2004), quando esse afirma que a finalidade da intersetorialidade seria a busca de soluções para a complexa realidade social, considerando os distintos interesses dos autores envolvidos. Pautando-se nessa lógica e, configurando-se em ações e decisões compartilhadas, a rede intersetorial de Cabedelo para o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, carece de ações de articulação e formalização nas parcerias. Isso fica claro na descrição das falas que seguem:

“Atualmente não existe nenhuma ação, nenhuma articulação que traga outros setores, outras secretarias para trabalhar junto com a saúde voltada para o usuário de álcool e outras drogas. Na gestão atual eu não vejo nenhuma ação que se possa dizer que, por exemplo, existe uma ação de empregar os usuários daqui. Não existe nenhuma ação que eu possa ver que tenha essa criação de planejamento com outras secretarias (P. 09)”.

“Queríamos que o gestor público tivesse um olhar melhor (P. 07)”.

“E que ele não gerenciasse com esse pensamento moralista do senso comum, o que a gente vê é que na gestão o que prevalece é esse pensamento do senso comum, de moralizar, de excluir, de estigmatizar, que fosse realmente um olhar de gestor, que ele assumisse a postura de neutralidade, e não pela característica do senso comum (P. 04)”.

Apesar do avanço nos últimos anos na incorporação de projetos voltados para a assistência aos usuários de álcool e outras drogas e de leis e portarias que instituem esse campo de assistência no âmbito das políticas públicas, ainda encontram-se resquícios de concepções moralistas e discriminatórias nos serviços públicos. Dessa forma, os profissionais pesquisados relatam a dificuldade dessas parcerias com outras políticas públicas, inclusive na própria saúde, citando preconceitos e discriminação que sofrem junto com esses usuários pelos trabalhadores de outros serviços da rede:

“É porque o que a gente fala é da escolha, a visão moralista de mundo da sociedade, querendo ou não [...] enfim, as pessoas vêm muito assim, ah, escolheu tá nessa vida, então pô, é safado, tá nisso por que quer. Tem uma visão diferente daquela pessoa por conta disso, por conta da sociedade mesmo. A gente tem a política de redução de danos, mas também tem aquele “Crack, é possível vencer”, enfim, aquela coisa do governo federal, se contradiz muito. A gente trabalha de uma forma, mas parece que o restante está com outro pensamento a respeito disso. É bem estranho (P. 05)”.

“Essa visão [...] é bem esclarecedora, até pela fala do usuário, que realmente acha que a culpa é toda dele, não entende até certo ponto todo contexto social que envolve a droga, a questão do tráfico de drogas e outras questões relacionadas, a própria dependência química, que na sociedade faz com que você seja uma pessoa dependente. Eles também se culpam muito e colocam essa razão em cima deles (P. 08)”.

“É porque neste caso ele já é estigmatizado, existe um estigma né, que a gente utiliza até assim como se fosse uma marca simbólica, que eu comparo até com um presidiário, como um ex-presidiário, ele pode não voltar a cometer delito, mas ele vai ficar estigmatizado pela sua condição [...] e em relação aos usuários de álcool e outras drogas, tem um olhar de como fossem pessoas inúteis. Então ele vai ficar com aquele estigma, mesmo que ele pare ou não, é como se fosse uma pessoa que não pode voltar a exercer as suas atividades (P. 04)”.

Até aqui, é visível a dificuldade, tanto em nível de gestão no das relações, que os profissionais desse CAPS AD têm em articular com os demais trabalhadores da rede de assistência as questões relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Essa questão é de difícil diálogo, acarretando uma real dificuldade de inserção dessas pessoas em outros serviços públicos na realidade do município. Questões como estigma e preconceito são recorrentes nas práticas de assistência nesse município, principalmente nos serviços que não atendem especificamente a essa demanda. Isso prova que o projeto da RPB, no que tange ao atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, está inacabado, posto que precisa ser revisitado e debatido em sua prática diária, produzindo interferências em modelos cristalizados de assistência, ainda vigentes.

No entanto, para essa equipe, fica claro a importância de se provocar esse debate com outros atores e com outras políticas, no sentido de inserir os usuários em outros aparatos da assistência pública. Contudo, a realidade se mostra difícil, gerando uma impossibilidade de integralidade no atendimento. A equipe considera

de muita relevância a articulação intersetorial a partir das múltiplas demandas apresentadas pelos usuários, porém, nos espaços de pactuação em relação a essas demandas, esses atores não conseguem encaminhar articulações e arranjos que possam ser importantes para a resolução das demandas.

“Eu creio que a equipe ela pode e tenta, mas é como eu disse, esbarra talvez em outras equipes. Assim há uma dificuldade de apresentar essa temática. Por exemplo, eu fui para uma reunião com o NASF que estava o CREAS e o CAPS AD para compartilhar um caso. Foi motivo de deboche quando falaram se agente estava naquele curso de redução de danos. Eu disse que estava, e a psicóloga disse o que a gente fazia com aquele pessoal que fica ali na praça, vocês não levam para o CAPS. Quer dizer, a gente vai ter que recolher essas pessoas que ficam na rua, que estão em situação de rua, por que agente trabalha na saúde mental e trabalha com usuário de álcool e outras drogas. Tem total desconhecimento da política, então fica difícil dialogar com uma equipe assim. A gente sai chateada e até complicado (P. 04)”.

“Mas essa dificuldade não é só dos profissionais, mas dos próprios políticos da cidade. Como a gente já recebeu uma demanda para ir retirá-los do mercado público. Como se fosse o nosso papel tirá-los do mercado [...] porque estava atrapalhando (P. 01)”.

“É como eu disse uma única ação que foi feita intersetorial, foi um pedido da secretaria para que o CAPS AD junto com a Assistência Social fosse até o mercado, tentar não, recolher aquelas pessoas dali, já que os comerciantes do mercado estavam incomodados com aquela circulação de usuários de álcool e outras drogas (P. 09)”.

Nesse sentido, o fortalecimento desse processo coletivo, articulado a diferentes setores, não se torna tarefa de fácil percurso (BREDOW; DRAVANZ, 2010). Percebe-se que elementos são dispostos nesses diferentes espaços de múltiplas realidades e concepções dos autores envolvidos, ocasionando disputas e resistências, não conseguindo estruturar ações que melhorem a condição dessas pessoas. Os trechos abaixo sugerem essa dificuldade, quando se tenta articular com outras secretarias:

“Às vezes com a secretaria de ação social para resolver algumas questões (P. 07)”.

“Mas acho que bate na trave, acho que a equipe se esforça muito para fazer isso acontecer, mas não é efetivado realmente como deveria, não

se tem uma rotina, um diálogo realmente franco, aberto, uma comunicação, não existe, o que existe na verdade são coisas pontuais (P. 06)”.

“É, eu também vejo como ações pontuais, acontecem ações pontuais que de certa forma não é intersectorialidade, que ela é uma estratégia de ação muito ampla (P. 04)”.

“Era isso que eu iria falar, com as outras políticas a gente não consegue. A gente tem ações pontuais que acontecem na saúde e na assistência, mas com outras políticas como educação, não existe. Habitação, não, cultura, enfim, nenhuma outra política (P. 04)”.

Apesar dessa dificuldade, destacam-se alguns movimentos que essa equipe promove junto a outros serviços.

“Como teve também outro caso, de duas pessoas que estavam em situação de rua, que estavam em Intermare, ali na praia. Como é em um bairro elitizado aqui de Cabedelo, movimentou todos os serviços aqui de Cabedelo para retirar essas pessoas de lá. Aí eu fui fazer a visita, procurar o pessoal, e aí vieram até para CAPS AD [...]. E as pessoas apresentam outra demanda, elas não querem tratar o uso abusivo, elas querem moradia, querem comida, querem banho [...]. Teve que fazer relatório, um monte de coisa. Eles não quiseram frequentar o serviço até porque a demanda deles inicial, não é o abuso das substâncias e sim uma demanda social [...], educadamente foi respondido que essa não era a ação do CAPS, não era o objetivo do CAPS, e isso cabia a uma atenção primária, uma atenção básica e que a porta de entrada para os usuários de álcool e outras drogas. Não é o CAPS, continua sendo ainda a atenção primária, já que é a porta de entrada para qualquer usuário do SUS. Então, não é porque seja usuário de álcool e outras drogas que tenha que ter uma porta diferenciada (P. 04)”.

Outra questão é que os profissionais entrevistados deixam claro que se torna mais fácil, na sua prática diária, os movimentos de construção dentro da própria rede de saúde do que a articulação intersectorial com outras políticas.

Nesse aspecto os serviços da atenção básica do município são acionados por essa equipe de SM na ocorrência de algumas demandas. Isso fica claramente explicitado quando perguntamos que ações intersectoriais a equipe consegue fazer diante das demandas que chegam a esse serviço. Destacamos algumas falas:

“Entre a saúde existem ações pontuais, um exemplo que a gente pode dar assim, foi quando agente conseguiu trazer a vacinação para dentro do

serviço. É uma ação pontual na saúde, não é nem intersetorial, é institucional, digamos assim (P. 09)”.

“São as articulações, com, poxa, na atenção básica a gente tenta levar os casos de alguns usuários para ver se as ACS possam dar uma cobertura mais legal. Internações nos hospitais em João Pessoa a gente está sempre articulando, os outros serviços AD de João Pessoa e do Estado, a gente tem contato contínuo mesmo, frequente (P. 05)”.

Para Nascimento (2010), a incorporação da intersectorialidade nas políticas públicas visa a articulação de saberes técnicos de diversas áreas, integrando agendas coletivas mediante um projeto comum. Para atingir esse nível de planejamento, os atores envolvidos se deparam com várias questões, desde a envoltura da execução das políticas, até interesses e mecanismos econômicos que fragmentam esse processo intersectorial. Ainda, essa autora afirma que para que haja uma execução intersectorial, precisa-se observar que toda política pública tem como base os recursos, os arranjos institucionais e os seus atores envolvidos (NASCIMENTO, 2010). Assim, observa-se que a construção dos arranjos intersectoriais diante das demandas no atendimento de usuários de álcool e outras drogas nesse município, não consegue atingir esse nível de complexidade, esse planejamento conjunto. No máximo tenta-se promover dentro de uma mesma política - nesse caso a de saúde - articulações intersectoriais. Porém, o envolvimento de outros atores, de outras agendas públicas para a questão de álcool e outras drogas não foi colocado como movimento atual existente.

Nesse aspecto, para Cavalcanti (2008), a assistência à SM brasileira tem se caracterizado em sua história, por ações desarticuladas com o conjunto das políticas públicas. Porém, mesmo diante dessa desarticulação, algumas mudanças foram postas, frutos de movimentos de atores envolvidos na área. Dessa forma, uma nova maneira de assistência foi produzida, elemento já discutido em capítulos anteriores. Entretanto, muita coisa ainda precisa se consolidar e, nesse aspecto, os próprios profissionais pesquisados se referem a algumas estratégias e mecanismos para possibilitar que essa construção intersectorial avance.

“Eu acho assim, que o primordial seria um outro olhar no meio de tudo isso, que eles passassem a ver, eu sei que é algo que tem que ser trabalhado, vai levar muito tempo para que isso venha acontecer. Tem a questão o que o SUS dá para a gente, o suporte que a gente tem, o que é

embasado para o atendimento aos usuários. Mas a gente sabe que varia muito de profissional para profissional, da equipe que está naquele local e acho que a prioridade é um outro olhar, um olhar diferente, não um olhar de rotulação mas de singularidade de cada um. Porque o SUS aborda isso, um dos princípios básicos do SUS é atender e a gente sabe que infelizmente não funciona (P. 02)”.

Apesar dessa referência, não se observa uma efetividade dessa equipe no sentido de promover e provocar outros setores para essa construção intersetorial. Se o primordial seria outro olhar, como relata esse profissional, a equipe não consegue articular medidas efetivas que fortaleçam a intersetorialidade entre as políticas sociais, nem em nível de gestão e nem técnico profissional.

Outro elemento importante, que parte da diretriz de construção do SUS, é justamente o controle social. Nessa instância é possível participar do gerenciamento, discussão e sugestionamento das políticas públicas municipais sobre drogas. Nesse sentido, como estratégia, foi destacada a participação de um membro da associação de usuários e familiares de SM do município de Cabedelo no Conselho Municipal de Saúde (CMS).

“Tem uma pessoa que foi convidada agora, entrou no Conselho Municipal de Saúde, e tem a associação de Saúde Mental dos usuários, levantaram essa ideia e vão mantendo a trancos e barrancos, tem a participação deles a nível nacional, em congressos (P. 05)”.

Portanto, pela transcrição das falas dos profissionais do CAPS AD Primavera, observam-se alguns movimentos em relação às articulações intersetoriais para o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. No entanto, em praticamente todas as falas, observou-se a dificuldade dessa articulação com outras políticas sociais, como da assistência social, da educação, da cultura, da habitação entre outras. Essas últimas, articulações praticamente inexistentes, faltando projetos de planejamento em conjunto. Não verificamos também uma discussão sobre como provocar, na rede pública de atendimento, a construção de arranjos com os outros atores que estão inseridos nesse contexto. Fica evidente que na realidade atual, não se tem conseguido fazer com que as pessoas que sofrem com o uso prejudicial de álcool e outras drogas acessem integralmente os serviços públicos, que seja da saúde, que sejam pertencentes a outras políticas sociais.

4.3 Políticas Sociais mais acionadas pelos profissionais do CAPS AD Primavera

Observamos na seção anterior uma situação contraditória em relação ao atendimento em saúde dos usuários de álcool e outras drogas. Ao mesmo tempo em que há uma real necessidade de atender as inúmeras demandas desses usuários no CAPS AD - e há um esforço por parte da equipe em torno dessas demandas – esse serviço não consegue elaborar uma agenda permanente de diálogo com outros dispositivos da rede, não conseguindo fazer planejamentos conjuntos, com objetivos compartilhados. Claramente, observa-se que um grande número de demandas precisa ser atendida em outros espaços, a partir de outras políticas sociais, entre elas políticas de previdência e da assistência social. No entanto, o preconceito, a falta de conhecimento dos gestores e dos próprios profissionais sobre a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas, diante de um processo de formação deficitário, aliada a uma falta de planejamento e de organização do aparato estatal da rede de assistência, constitui-se como um dos fatores que impede que esses usuários possam recorrer aos dispositivos que porventura existam no território.

Nesse aspecto, Azevedo et al. (2014) afirmam que, com a implementação do SUS e com o processo de construção da RPB, mudanças consistentes se desdobraram tendo como horizonte o paradigma da integralidade e da intersetorialidade. Nesse sentido, torna-se indispensável, para a assistência no âmbito da SM e para o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, a articulação com vários segmentos sociais, como forma de ampliar os serviços existentes por meio do acolhimento, da assistência, do resgate ao convívio social, familiar e na sociedade.

Nesse contexto,

[...] a intersetorialidade, como meio de atuação profissional, trata da articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades que visem enfrentar problemas complexos. Como possibilidade para gestão torna-se uma forma de construir políticas públicas que pretendam possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Desse modo, entende-se que a ação intersetorial necessita ser construída sob situações concretas no que diz respeito ao estilo de vida das

peessoas, pois são elas que criam o espaço possível de interação e ação (AZEVEDO et al., 2014, p. 614-615).

No contexto da assistência aos usuários de álcool e outras drogas, torna-se imprescindível essa articulação intersetorial. São ações que possibilitam o fortalecimento da inclusão social dessas pessoas, viabilizando o bem estar e a minimização dos agravos à saúde, bem como a inserção na garantia de seus direitos via de acesso aos serviços públicos.

Ilustrando a importância dessa articulação, encontramos, na transcrição do depoimento abaixo, elementos que destacam a pertinência da contribuição de outros serviços para a manutenção do bem estar da saúde, numa perspectiva ampliada dos usuários que frequentam o CAPS AD Primavera.

“[...] e quando você perguntou sobre as demandas, chegam várias demandas ao serviço, inclusive a gente tem um grande número de usuários em situação de rua que precisam de outros dispositivos, que não sejam da saúde e que esbarra. A gente esbarra nisso. Apresenta uma demanda muito grande social, o município não tem um abrigo para essas pessoas [...] (P. 04)”.

Tenório (2001), afirma que o contexto da RPB se traduz como uma tentativa de fornecer outra resposta social às questões referentes à SM, evitando, assim, o asilamento. Os valores desse movimento são destinados a agir contra a segregação social, no sentido de poder dar conta da diferença, do que aparece como incomodamente dissonante.

Nesse aspecto e, reconhecendo que todo o projeto ético-político da RPB se pauta na inserção dessas pessoas às políticas sociais, podemos tecer algumas impressões sobre a realidade desse município. Na própria experiência acumulada nos anos de atuação nos serviços substitutivos e também nas informações captadas pelos registros no diário de campo feitos ao longo dessa pesquisa, podemos perceber que se torna impossível o CAPS AD Primavera conseguir a resolubilidade em todas as questões postas por esses usuários.

Podemos perceber que a questão do uso prejudicial de SPA não é influenciada apenas por uma motivação pessoal, psicológica, que se situe fora do contexto social que a pessoa se insere. Na verdade, a esses elementos subjetivos se somam um contexto de desigualdade social, de precariedade das condições de

sobrevivência, da impossibilidade de frequentar uma escola regularmente e de ter acesso a programas de geração de renda. Nesse sentido, uma única política pública capaz de dar conta de toda essa demanda que chega, é um projeto utópico, fazendo-se necessário um planejamento permanente de articulação intersetorial:

“[...] também, quando apresenta uma demanda de documentação, vai tirar o cartão do SUS, mesmo sendo um usuário em situação de rua, exige uma documentação, exige um comprovante de residência, por exemplo (P. 04)”.

Não só no grupo focal, mas, nas observações sistemáticas, juntamente com as anotações no diário de campo, visualizamos a dificuldade dessa equipe em articular estratégias com outros serviços. Foi relatada a parceria com a Secretaria de Ação Social, porém essa parceria praticamente não existe mais, pelo menos assim foi relatado no momento da pesquisa.

“[...] A nossa articulação com a Ação Social era bem bacana, e não existe mais, não tem mais os benefícios que eles tinham, auxílio transporte, auxílio aluguel, vale gás [...] (P. 04)”.

Não foi citadas parcerias com a Secretaria de Educação, Habitação, Cultura ou até mesmo com a Secretaria de Esportes. No caso da realidade precária do deslocamento desses usuários para poderem continuar em acompanhamento no CAPS AD, a equipe conseguiu junto à Secretaria de Transportes um precário arranjo para que alguns pudessem continuar frequentando o CAPS AD.

“[...] Por exemplo, no caso do auxílio transporte, fizeram uma carteirinha para o ônibus escolar. O que não faz sentido os usuários virem em um ônibus escolar, num transporte escolar (P. 04)”.

“Que não bate nem com o horário de funcionamento aqui do serviço. Eles vêm de 07h, chegam aqui de 07:10h, e ficam esperando até às 08:00h porque o serviço começa às 08:00h (P. 09)”.

Observa-se que mesmo conseguindo essa importante parceria com a Secretaria de Transportes, a possibilidade de um maior planejamento que atenda a especificidade do serviço e a singularidade de cada usuário não foi colocada em discussão, fazendo com que essa estratégia não se adequasse à rotina do serviço.

Ora, a precariedade nessa articulação demonstra que a questão de álcool e outras drogas, no momento pesquisado, não tem um lugar importante nos planos de planejamento das secretarias que compõem o município de Cabedelo.

Nesse sentido, instala-se uma contrariedade nessa dimensão da assistência. Se ao abrigar um serviço substitutivo de SM, os gestores não conseguirem organizar a rede de atendimento para além desse próprio serviço, possivelmente corre-se um grande risco de não alcançar os preceitos da RPB, já discutidos nessa pesquisa anteriormente.

Goulart et al. (2013) lembra que a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, instituída pela política nacional em 2003, recorre à necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência, com foco centrado na assistência comunitária, que se associa a uma rede de serviços de saúde e serviços sociais, juntamente com as demais políticas intersetoriais.

A ênfase situa-se na

[...] reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, como é o caso do centro de atenção psicossocial álcool / drogas (CAPS AD), devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede intersetorial (GOULART et al., 2013, p. 188-189).

Assim, com a RPB pretendeu-se, além de melhorar a qualidade no atendimento, criar mecanismos e espaços para um tratamento pautado na inclusão e inserção comunitária. Isso resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocaram a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento da atuação em rede de forma a possibilitar uma intervenção integral ao usuário.

Fica claro então, que a intersectorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo, permitindo considerar o cidadão em sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, colaborando para ações resolutivas no cuidado ampliado ao ser humano. Há, pois a necessária construção de parcerias com outros setores - educação, trabalho e emprego, habitação, cultura, segurança, alimentar e outros - para que essa ampliação do cuidado aconteça.

Em outras palavras, esse bem - saúde - como componente e exercício da cidadania, constitui-se em um referencial e um valor básico a ser assimilado pelo poder público e a sociedade de uma maneira geral.

Por isso, ressaltamos a importância do conhecimento e da articulação dos espaços que estão na realidade dessas pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. A adoção da ideia da intersetorialidade é vista como mecanismo fundamental de garantia de direitos e de atendimento às necessidades da população, contribuindo para o fortalecimento das redes de atendimento no campo da SM.

4.4 Demandas e ações profissionais face à construção da intersetorialidade

Nesta seção, mais uma vez chamamos a atenção para a observação de que o campo da assistência aos usuários de álcool e outras drogas, exige dos profissionais uma formação técnico-assistencial e ético-política, pautada nos princípios e diretrizes do projeto de saúde pública brasileira pós-movimento da Reforma Sanitária.

Para Bezerra Jr. (2007 apud MELO, 2011), o processo da RPB não busca apenas desfazer o aparato e a cultura asilar secular que imperou ao longo da história da assistência nesse âmbito, mas, também, busca reinventar a própria sociedade em que vivemos, configurando-se num processo complexo e conjuntural, na perspectiva ampla de assistência.

Dessa forma, construir uma política de SM em um determinado território não é conceber apenas um conjunto de serviços em uma determinada área geográfica, mas compreendê-los como um espaço de vida social e subjetiva com a finalidade de produzir saúde (MELO, 2011).

Assim, observa-se que para um atendimento integral às demandas que os usuários do CAPS AD Primavera trazem - essas caracterizadas como complexas e difíceis de solucionar -, é necessária uma rede de assistência comprometida com tais finalidades. Essa variedade de demandas que são produzidas por esses usuários, é exposta no depoimento a seguir:

“Muitas. Quer seja da parte de assistente social, de documentação, quer seja da parte clínica, déficit muito grande clínico, debilitado mesmo, quer seja parte social (P. 09)”.

“Vínculos prejudicados, vínculos familiares prejudicados. Muitos acabam vindo pra cá como uma forma de mostrar a família que eles querem alguma coisa com a vida, porque está buscando ajuda (P. 06)”.

Diante dessas situações, concordamos com autores como Bezerra Jr. (2007), quando esse afirma que, na atualidade, o processo da RPB apresenta desafios singulares em várias esferas de enfrentamento. Para esse autor, um dos desafios se situa na esfera da clínica, pois se faz necessário avançar na construção de dispositivos teóricos e técnicos com o objetivo de ampliar a existência em potencial desses sujeitos. Ainda Bezerra Jr. (2007) afirma que a construção dessa clínica ampliada precisa abarcar novos horizontes e novas perspectivas no campo da SM, como forma de atender a essas múltiplas demandas.

Como se observa nas falas anteriores, as demandas impostas forçam automaticamente uma ação de articulação por parte dos profissionais. Os CAPS, enquanto dispositivos da rede substitutiva de SM, não possuem em seu projeto de organização técnico-assistencial, por exemplo, leitos hospitalares ou até mesmo serviços de retirada de documentos. No entanto, isso não se caracteriza como uma fragilidade assistencial desses serviços, mas realça a importância da articulação com outras políticas assistenciais no território (como no exemplo aqui, articulação com o Hospital Geral da cidade e também com um serviço da assistência social).

Na outra fala do profissional, esse cita os vínculos familiares prejudicados e a dificuldade dessa relação entrecortada pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas. Isso se percebe na transcrição abaixo:

“Vejo mais como um desamparo social. Porque a maioria se queixa, se questiona pela falta de oportunidades, falta de espaço mesmo. De emprego, porque muitas vezes eles estão bem aqui no serviço, tem uma estabilidade, teria condições de ter a sua autonomia, a reinserção social que é a finalidade da política nacional de drogas (P. 08)”.

Fica evidente que a temática ligada ao uso prejudicial de álcool e outras drogas precisa ser mais bem explorada no âmbito das políticas sociais. Segundo Goulart et al. (2013), esse usuário não pode ser considerado apenas um dependente químico

e, neste sentido, suas demandas a serem atendidas, direcionam-se para vários setores e várias políticas, entre elas: saúde, educação, habitação, previdência, assistência social, dentre outras. Assim, concorda-se que,

[...] ao discutir sobre a dependência de álcool e outras drogas se faz necessário remeter a conceituação de saúde mental de forma complexa, para além do modelo hospitalocêntrico, na medida em que se deve considerar tanto as dimensões psicológicas e sociais da saúde, quanto os fatores psicossociais, enquanto determinantes no processo saúde-doença; além da correlação da saúde aos problemas psicossociais e ambientais, ao grupo primário de apoio, ao ambiente social, educacional, ocupacional, habitacional, econômico, ao acesso a rede de serviços e de saúde, à interação com o sistema judicial/criminal, dentre outros (SERRACENO, 1999 apud GOULART, 2013, p. 180).

Para qualquer projeto de intervenção, é preciso que as equipes que atuam com essa população se debrucem sobre a realidade desses, buscando o conhecimento das características pessoais e daquelas referentes ao ambiente social e econômico em que se inserem.

Goulart et al. (2013, p. 192) afirma que, para a instalação de um serviço específico como esse, são necessárias informações a priori, quais sejam:

[...] levantamentos populacionais (quanto ao uso de substâncias entre estudantes, moradores de rua, trabalhadores, profissionais de saúde, praticantes de atividades esportivas, etc); construção de indicadores estatísticos e epidemiológicos, tais como: internações hospitalares, dados do Instituto Médico Legal; acidentes de trânsito, violência e criminalidade direta ou indiretamente relacionados ao uso de álcool ou outras drogas, informações sobre a venda de bebidas alcoólicas e prescrição de substâncias psicoativas adquiridas em farmácias etc.

Dessa forma, para constituir uma rede intersetorial é necessário organizar-se em torno das características das pessoas e de seus familiares, do ambiente em que vivem, sendo importante levar em consideração a força dos estímulos para o uso de SPA que os envolve, dos recursos existentes na comunidade para concretização e eficácia dos serviços.

O projeto que agencia essas práticas refere-se a justamente fazer com que essas pessoas que frequentam os serviços de SM possam também ter acesso a outros serviços da rede pública. Não é simplesmente inseri-los na sociedade - pois

eles já estão - mas mudar essa perspectiva de “inserção”, possibilitando o acesso efetivo aos direitos de cidadão garantidos por lei. Ainda há um longo caminho a se percorrer nesse sentido, fato que fica claro nas falas dos profissionais abaixo:

“E isso não acontece, a gente vê que pelo pouco tempo que estou aqui percebo isto, que usuários que já teriam condições de ter essa inserção social, de ter a sua vida retomada né, mas não têm condições, pelo preconceito, como as meninas falaram, não só na parte da saúde, mas dos outros aspectos e em relação ao trabalho mesmo (P. 08)”.

“São discriminados (P. 07)”.

Percebe-se que existe uma fragmentação nas articulações no que se refere aos projetos de renda nesse município. O fato de não estar intoxicado e de não apresentar uso constante de algum tipo de SPA, não garante que esse usuário seja reconhecido pela sua capacidade de se inserir no mercado de trabalho, por exemplo.

Fazendo um exercício de revisitar historicamente o movimento da RPB, tem-se o entendimento que esse se caracteriza por uma conquista árdua de descentralização desse atendimento para os territórios. Porém, pelas falas acima, demonstra-se que se faz necessário aprimorar esse processo, com o objetivo de desenvolver uma assistência implicada com a constituição de sujeitos mais saudáveis e mais potentes para transformar a realidade.

Autores como Cortes et al. (2014) afirmam que esse processo de corresponsabilização perante o sujeito é um dos entraves para a articulação e consolidação da rede intersetorial. Essa construção deve implicar mais do que a simples ofertas de serviços no mesmo território. No caso acima, seria, para esses autores “[...] uma referência e contrarreferência [...], e não com centralização numa hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais [...]” (CORTES et al., 2014, p. 88).

Nesse sentido e, partindo da fala do profissional descrita acima, faz-se necessária a compreensão sobre a temática como possibilidade de buscar estratégias de trabalho em rede, englobando além das questões de saúde, os direitos e cidadania dos sujeitos, como forma de ir ao encontro preconizado nas políticas públicas dirigidas a esse segmento (CORTES et al., 2014).

Portanto, observa-se que muito se tem que avançar no campo da assistência integral aos usuários de álcool e outras drogas no município de Cabedelo, pois, apesar da insistência e percepção da equipe do CAPS AD sobre a importância de ações intersetoriais no atendimento às demandas dos usuários, observa-se pouca articulação junto aos demais atores da rede de assistência, fazendo com que se instaure uma fragmentação no processo de atendimento a esses usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisar a intersectorialidade no recorte das políticas sociais destinadas aos usuários de álcool e outras drogas foi de difícil tarefa, pois tal temática apresenta uma persistente escassez de artigos e demais materiais publicados que versem sobre o tema proposto nesta pesquisa.

Reforçamos também que o impacto social que esse assunto ainda produz em nossa sociedade faz com que as discussões percam fôlego em muitos espaços públicos institucionais e também acadêmicos, ocasionando mudanças pouco significativas na assistência pública.

Nesse aspecto, o desafio foi posto e logo adiantamos que a presente conclusão não terá a obrigação de eliminar todas as arestas e dificuldades que se apresenta para quem pesquisa esse campo das políticas sociais. Mas, ao contrário, o levantamento dos questionamentos ao longo destas páginas - em torno de um tema de difícil acesso, como o da intersectorialidade e das políticas de álcool e outras drogas -, faz com que possibilidades de construção e melhoria na assistência aos usuários de SPA, possam ser vislumbradas na concepção da construção não só da assistência, mas também em nível de gestão.

Assim, tivemos o objetivo de discutir a importância da intersectorialidade para essa política de assistência devido à própria demanda que os usuários relatam aos profissionais que estão inseridos nos CAPS AD. Destacamos a importância das várias políticas sociais no atendimento a essa parcela da população como possibilidade de atender de forma integral as demandas surgidas.

Especificamente, tentamos identificar e analisar a percepção da intersectorialidade que os profissionais de uma equipe multiprofissional da atenção pública à SM, inseridos no serviço de referência do município de Cabedelo, possuem na sua prática cotidiana. Com isso, mapeamos as ações que esses profissionais executam para promover os arranjos intersectoriais possíveis.

Para isso, fez-se necessário seguir o percurso histórico das intervenções estatais mesmo antes da instituição do SUS. Essa parte inicial da pesquisa serviu para situar que o trato com a questão do uso das SPA em nosso país se concentrou basicamente no campo jurídico-criminal, sendo influenciado por um discurso médico segregacionista e moralista, que limitava o processo de assistência, ora entendendo o usuário como infrator, um criminoso, ora como doente que precisava ser internado

para ser curado. Vimos que tal postura tinha um claro interesse de manter o controle de segmentos sociais da população, bem como legitimar o poder do Estado na ordem social vigente.

Foram séculos em que toda a política sobre drogas no Brasil se permeou pelo discurso penal, com influências de uma ciência médica pseudocientífica e de cunho moralista. Praticamente era inexistente pensar nas pessoas como usuárias de um sistema de saúde. Esse fato perdurou como única condição de assistência até o surgimento dos processos democráticos de saúde, após a ditadura militar.

E, foi com esse processo de redemocratização, que surgiram as discussões sobre a formulação da assistência à saúde. Nasce o Movimento da Reforma Sanitária e, em paralelo, o movimento da RPB - esse construído por quem vivenciava o cotidiano de violência das instituições e se angustiava pelas contradições que a prática asilar impunha. No campo do uso das SPA, o usuário deixou de ser visto como um delinquente, ocasionando uma ampliação da discussão em seu entorno e de propostas de construção de políticas públicas referentes à sua assistência.

Nesse aspecto, vimos que começa a ganhar terreno de importância critérios políticos, socioculturais, econômicos e ideológicos nas políticas sobre drogas, em detrimento de posturas criminais e farmacológicas em questão.

Além desse fator, citamos também o aumento da notificação dos casos de contaminação pelo vírus da AIDS, sendo uma porcentagem significativa dos infectados UDI. Vimos que em decorrência desses dados epidemiológicos, pôde-se começar a estruturar programas de RD, que mais tarde contribuiriam para a criação e o desenho técnico-assistencial da política sobre drogas do MS.

Assim, inaugura-se no Brasil, uma abordagem às pessoas que fazem uso de drogas sob outra perspectiva. Distante das concepções repressivas e permeadas pelos discursos de “guerra às drogas” que foram originadas no âmbito da segurança pública, começa-se a investir dinheiro estatal para o cuidado em saúde, focando não mais no objeto em si, que seria a droga, mas nas múltiplas relações e nos contextos que os sujeitos mantêm com essa.

Vimos que o objetivo dessas ações seria reduzir os riscos e danos associados ao consumo de drogas, sendo pautado pelo reconhecimento dos direitos sociais e humanos desses usuários, surgindo, dessa forma, os primeiros programas de RD no país. Destacamos que com a perspectiva da RD houve um incentivo à defesa dos

direitos dos usuários de drogas, reivindicando-se não apenas o acesso aos serviços de saúde, mas a modificação da percepção do uso de drogas na cultura brasileira e o deslocamento do fenômeno para o campo dos direitos humanos.

Todos esses fatores culminaram em políticas de assistência integral as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no campo da saúde. Sua diretriz obedece aos movimentos internacionais de garantia dos direitos dos usuários e legitimação desses como cidadãos de direitos.

No entanto, em meio ao fortalecimento das políticas neoliberais e em consequência da diminuição dos investimentos estatais nas políticas sociais, no Brasil, ainda impera uma dicotomia entre a política de Atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas do MS (2003) e a política de caráter repressiva ligada à SENAD e ao gabinete da Presidência da República.

Ainda assim, reconhecemos o grande avanço atual nas políticas de saúde no campo das SPA e, em virtude desse conhecimento, abordamos aqui elementos indispensáveis para sua efetivação, já que consideramos um projeto em construção. Avaliamos que as políticas de álcool e outras drogas no âmbito da saúde provocam uma necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede que possibilite uma intervenção conjunta visando à integralidade no atendimento ao usuário.

Dessa forma, foi necessário reconhecer que a intersetorialidade está contida em todos os textos das leis federais, nas portarias e diretrizes atuais das Políticas sobre Drogas. Carrega consigo, elementos como promoção da saúde, cuidados amplos ao ser humano e redução dos riscos à vida, prevenção, reinserção social e construção de redes de atendimento, sendo preconizados para o atendimento a essa parcela da população, como forma de atuação dos serviços na assistência. E, justamente diante desta complexidade, que a intersetorialidade se configurou como uma estratégia fundamental para consolidação dessas políticas no âmbito nacional.

Diante dos vários autores que trabalham com a temática, escolhemos aqueles que debatem a intersetorialidade enquanto um processo político permeado de contradições, resistências, escassez de recursos, entre outros. Refletir, dessa forma, sobre as questões colocadas nesta pesquisa evitou transformar processos políticos, potencialmente conflituosos, em neutras prescrições administrativas. Realçamos a importância de descobrir os vínculos orgânicos (conceituais e políticos), permitindo o conhecimento dos fundamentos teóricos e históricos dessa vinculação.

Logo, entendemos a estratégia intersetorial como a articulação de saberes e experiências, visando promover um impacto positivo nas condições de vida da população. Para esse objetivo, foi colocada a importância do envolvimento das múltiplas esferas da realidade social, num movimento de reversão da própria exclusão social, diluindo as visões moralistas e intolerantes que ainda insistem em permear as políticas e práticas de cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Ao transportar essa discussão para o campo da SM, observamos que não foi uma tarefa simples. Mas, ao contrário, constituiu-se em um desafio de elaboração de estratégias para produção de conhecimentos que possibilitem a problematização de práticas e políticas instituídas, bem como a descoberta de outros caminhos fundados em referenciais teórico-técnicos consistentes que sustentem novos projetos.

Reconhecemos que vários aspectos burocráticos e técnicos, aliados a estigmas sociais, ainda impedem que os profissionais possam consolidar mecanismos permanentes de articulação para a assistência a essas pessoas que usam álcool e outras drogas.

A realidade desses sujeitos remete à própria realidade social em que se encontram, diante das contradições de suas vivências sócio-históricas. São estruturas difíceis de ser quebradas, que se localizam nas famílias, na comunidade e/ou nos próprios serviços públicos.

E, tendo a percepção que falamos de múltiplas estratégias, que perpassam vários atores sociais, tanto no campo da SM como das políticas sociais e da sociedade como um todo, foi justamente no cotidiano dos serviços que atribuímos a intersetorialidade enquanto indispensável, no sentido da impossibilidade desses serviços responderem sozinhos às várias demandas dos usuários.

No caso do CAPS AD Primavera, puderam-se observar, mediante os relatos dos profissionais inseridos na assistência diária, algumas questões pertinentes que fazem com que a consolidação das estratégias intersetoriais não se configure como prática comum entre os profissionais e entre a gestão municipal. Nesse aspecto, observou-se um desinvestimento por parte da gestão em proporcionar condições de articulação das várias políticas sociais sobre o tema.

Constatou-se também que a própria formação dos profissionais, tanto acadêmica como em termos do acúmulo de experiência no manejo das situações na perspectiva intersetorial, transfiguraram-se como dificultadores na articulação

intersetorial no território. Isso, entre outros fatores, impediu a definição clara desse conceito e dessa estratégia, ocasionando um significativo entrave na equipe no que se refere ao trato com essas questões.

Para nós, essa situação, aliada à própria carência de temas da SM na formação desses profissionais, caracterizou-se em um desafio fundamental, dada a inexistência de processos formativos mais amplos, político e ideologicamente que envolvam os múltiplos aspectos da criação do próprio movimento antimanicomial.

Outro aspecto relevante encontrado na fala desses profissionais foi a manutenção de resquícios nas concepções moralistas e discriminatórias nos serviços públicos, por parte de suas equipes técnicas.

Dessa forma, os profissionais do CAPS AD Primavera relataram a dificuldade das parcerias, citando o preconceito e a discriminação que sofrem junto com esses usuários por parte dos trabalhadores da rede de assistência. No entanto, para além dessas dificuldades, não conseguimos observar também por parte dessa equipe uma discussão sobre como provocar na rede pública de atendimento a construção de arranjos com os outros atores inseridos no contexto.

Na experiência acumulada nos anos de atuação nos serviços substitutivos e também nas informações captadas pelos registros no diário de campo feitos ao longo desta pesquisa, podemos perceber que a questão do uso prejudicial de SPA não é influenciada apenas por uma motivação pessoal, psicológica, que se situe fora do contexto social que a pessoa se insere. Na verdade, a esses elementos subjetivos se soma um contexto de desigualdade social, precariedade das condições de sobrevivência, impossibilidade de frequentar uma escola regularmente e de ter acesso a programas de geração de renda.

Nesse sentido, dar conta de toda essa demanda que chega a um único serviço de assistência é um projeto utópico, fazendo-se necessário um planejamento permanente de articulação entre os diversos atores envolvidos. Portanto, destacamos que a adoção da ideia da intersectorialidade é vista como mecanismo fundamental para garantir direitos e atender as necessidades da população, contribuindo para o fortalecimento das redes de atendimento no campo da SM.

Ficou evidente que, ao mesmo tempo em que houve uma real necessidade de atender as inúmeras demandas desses usuários no CAPS AD - e há um esforço por parte da equipe em torno dessas demandas - esse mesmo serviço não possui (pelo menos no período da pesquisa) uma agenda permanente de diálogo com outros

dispositivos da rede, não instituindo planejamentos conjuntos, com objetivos compartilhados.

Apesar do reconhecimento de alguns movimentos em relação às articulações intersetoriais para o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas em praticamente todas as falas, observou-se a dificuldade dessa articulação com outras políticas sociais.

Dessa forma, não temos dúvidas de que os problemas estruturais desse CAPS AD só poderão ser resolvidos a partir da superação dessas contradições, forçando sua equipe, no momento atual, a buscar soluções, mesmo que pontuais, como tentativa de desvendar as complexidades da realidade social no território.

Analizamos também a dificuldade tanto em nível de gestão como das relações que os profissionais desse CAPS mantêm com os demais trabalhadores da rede de assistência, em relação às questões do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Essa questão acarretou uma real dificuldade de inserção dessas pessoas em outros serviços públicos na realidade do município. Isso prova que o projeto da RPB, no que tange ao atendimento aos usuários de SPA, está inacabado, posto que precisa ser revisitado e debatido em sua prática diária, produzindo interferências em modelos cristalizados de assistência, ainda vigentes. Assim, para se construir um atendimento em SM nesse município é necessária a compreensão desse como um espaço de vida social e subjetiva com a finalidade de produzir saúde.

Nesse sentido, buscamos com o presente estudo contribuir para o debate atual sobre as políticas de assistência às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, tendo como um dos elementos principais para essa consolidação a intersectorialidade, na formulação, concepção e estratégia presente nos documentos oficiais (leis, portarias e diretrizes) e também na concepção dos trabalhadores no campo assistencial.

Reconhecemos que muito há para caminhar no sentido de consolidar as redes para a assistência a essas pessoas e legitimar o direito a essa própria assistência, contribuindo para a integralidade das práticas nesse âmbito. Portanto, o desafio está posto. Ousemos avançar? Ou escolhemos a imobilidade e estagnação diante dessas situações do cotidiano, que ainda insistem em violar a condição humana das pessoas?

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. de. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. 2004. 364f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2004.

ABREU, M. M. **Serviço social e a organização da cultura**: perfis pedagógicos da prática profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

AGLIETTA, M. **Regulación y crisis del capitalismo**. 5. ed. Madrid: Siglo Veintiuno Editores, 1991.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Org.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

AZEVEDO, E. B. de. et al.; Tecendo práticas intersetoriais em saúde mental para pessoas em sofrimento psíquico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.4, n. 3, p. 612-623, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/13562/pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BAQUERO, R. V. A. Empoderamento: instrumento de emancipação social? -uma discussão conceitual. **Revista Debates**. Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 173-187, jan./abr. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Personal, 1977.

BATISTA, N. A penalização do prazer. In: SABINA, M. (Org.). **Maconha em debate**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 107-117.

BEHRING, E. R. **Fundamentos de política social**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-1.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2014.

_____; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BEZERRA JR., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 17, p. 243-250, 2007.

BITTENCOURT, L. M. **Do discurso jurídico à ordem médica**: os descaminhos do uso de drogas no Brasil. 1986. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), Rio de Janeiro, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2004. Disponível em:

<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 11 set. 2014.

_____. **Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921**. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-republicacao-92584-pl.html>>. Acesso em: 11 set. 2014.

_____. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htmimpressao.htm>. Acesso em: 11 jul. 2014.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**.

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), il. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 3 jul. 2014.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial**. Brasília, DF, 2010.

Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 12 out. 2014.

BREDOW, S. G.; DRAVANZ, G. M. Atuação do serviço social na saúde mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229-243. ago./dez. 2010. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785>>. Acesso em: 12 set. 2014.

BRITES, C. M. **Ética e uso de drogas** - uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos. 2006. 148f. Tese (Doutorado em

Serviço Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2006.

BULLA, L. C. Relações sociais e questão social na trajetória histórica do serviço social brasileiro. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 1-15, dez. 2003. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/947/727>>. Acesso em: 15 out. 2014.

BRUM, A. J. **O desenvolvimento econômico brasileiro**. 20. ed. Ijuí: Unijuí, 2000.

CABEDELLO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Cabedelo, 2010.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Cabedelo, 2012.

CABEDELLO. In: **WIKIPÉDIA**: a enciclopédia livre. [S.l., 2014?]. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Cabedelo>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

CARLINI, E. A.; RODRIGUES, E.; GALDURÓZ, J. C. F. **Cannabis sativa L. e substâncias canabinóides em medicina**. São Paulo: CEBRID, 2005.

CASSAB, L. A. Tessitura investigativa: a pesquisa científica no campo humano-social. **Katálysis**. Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 55-63, 2007.

CASTRO, J. A. de; RIBEIRO, J. A. C. As políticas sociais e a constituição de 1988: conquistas e desafios. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise - vinte anos da Constituição Federal. Brasília: Ipea, 2009. p. 17-73

CASTRO, A. T. B. de. O novo desenvolvimentismo e a nova face das políticas compensatórias. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís, v. 17, n. 2, p. 362-366, jul./dez. 2013.

CAVALCANTI, P. B. Apontamentos sobre o despertar da assistência psiquiátrica nacional. **Revista Teoria Política e Social**. João Pessoa, v. 1, n. 1, p. 123-130, jul./dez. 2008.

CARVALHO, R. N.; CAVALCANTI, P. B. O debate recente sobre as políticas públicas: o caso da intersectorialidade numa perspectiva compreensiva. **Revista de Políticas Públicas**. São Luiz, v. 17, n. 1, p. 161-170, jan./jun. 2013.

COHN, A. Desenvolvimento social e impactos na saúde. In: BARATA, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1997. p. 77-93.

CORTES, L. F. et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 16, n. 1, p. 84-92,

jan./mar. 2014. Disponível em:<<http://dx.doi.org/105216/ree.v16i1.20279>>. Acesso em: dez. 2014.

COSTA, A. de O. A luta por direitos: os caminhos para a implementação de políticas de álcool e outras drogas na Bahia. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). **As drogas na contemporaneidade**: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2012. p. 405-426.

COUTINHO, C. N. **Cultura e sociedade no Brasil**: ensaios sobre ideias e formas. 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

DELGADO, P. G. G. **As razões da tutela**: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

_____. Supervisão clínico-institucional: conceito e história. In: FILHO, A. N. (Org.). **Supervisão em saúde mental**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013. p.118.

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação & Sociedade**: Estudos. João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 1-12, 2000.

DUARTE, M. J. de O. Construindo redes de cuidado na atenção à saúde mental, crack, álcool e outras drogas: intersectorialidade e direitos humanos. In: MONNERAT, G. L. et al. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. p. 187-201.

DRUCK, G.; FILGUEIRAS, L. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Katálisis**. Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 24-34, jan./jun. 2007.

ESPÍNDOLA, L. F. G. Redução de danos: a busca de novos caminhos. In: UCHÔA, R. (Org.). **Ensaio sobre as drogas**: necessidades humanas e políticas públicas. Recife: Editora Universitária UFPE, 2011. p. 13-38.

FALEIROS, V. de P. **O que é política social?** 2. ed. São Paulo: Braziliense, 1986.

_____. **Estratégias em Serviço Social**. 2. ed. Editora Cortez, 1999.

FALKEMBACH, E. M. F. Diário de campo: um instrumento de reflexão. **Contexto & Educação**. Ijuí, v. 2, n. 7, p. 19-24, jul./set. 1987.

FAGNANI, E. Ajuste econômico e financiamento da política social brasileira: notas sobre o período 1993-1998. **Economia e Sociedade**. Campinas, n. 13, p. 155-178, dez. 1999.

_____. **Política social no Brasil (1964-2002)**: entre a cidadania e a caridade. 2005. 587f. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) - Instituto de Economia da Unicamp, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2005.

FARIAS, B. Escravidão. **Imagens Históricas**. [S.l.], 22 ago. 2009, il. Disponível em: <<http://imagenshistoricas.blogspot.com.br/2009/08/escravos.html>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

FATOS E CURIOSIDADES SOBRE CANNABIS. **Legalize Paraná**. Paraná, 2012, il. Disponível em: <<http://www.legalizepr.com/2012/08/curioushemp-fatos-e-curiosidades-sobre.html>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

FIOCRUZ. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Brasília, DF: 2013. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 23-64.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FRAGA, V. de A.; TONIOLO, C.; MARCHI, A. Prática higienista. **RADIS**: comunicação e saúde, Rio de Janeiro, 01 nov. 2012. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/radis-na-rede/pratica-higienista>>. Acesso em: 15 set. 2014.

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

GASPAROTTO, G. P.; GROSSI, P. K.; VIEIRA, M. S. O ideário neoliberal: a submissão das políticas sociais aos interesses econômicos. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, XI., 2014, Santa Cruz do Sul. **Anais eletrônicos...** Santa Cruz do Sul: UNISC, 2014. Disponível em: <<http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/11812/1652>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

GOULART, D. C. S. et al. Apoio intersetorial às famílias de dependentes de álcool e outras drogas. **Sociedade em Debate**. Pelotas, n. 19, v. 2, p. 174-208, 2013.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**: ensaios críticos. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**. São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

_____. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 35-48, mar./abr. 1998.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 11-22, mar./abr. 1998.

_____; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD, XI., 1997, Caracas. **Anais eletrônicos...** Caracas, 1997. p.1-75. Disponível em:
<http://nute.ufsc.br/bibliotecas/upload/junqueira_inojosa_komatsu_1997.pdf>.
Acesso em: 05 nov. 2014.

LÁZARO, J. M. In: **Cortina de Fumaça**. Direção: Rodrigo Mac Niven. [S.l.]: J.R. Mac Niven Produções; TVa2 Produções, 2010. 1 DVD (94 min), son., color.

LIMA, R. de C. C. Mundialização e as políticas públicas contemporâneas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas: o caso brasileiro. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, II., 2005, São Luiz. **Anais eletrônicos...** São Luiz: UFMA, 2005. Disponível em:
<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Rita_de_cassia_CavalcanteLima.pdf>. Acesso em: 13. nov. 2014.

_____. **Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relações Brasil-Estados Unidos e os organismos internacionais**. 2009. 366f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Katálisis**. Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.

LOBOSQUE, A. M. **Experiência da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LORIERI, M. A. Complexidade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e formação de professores. **Notandum**. Porto Velho, n. 23, p. 13-20, mai./ ago. 2010.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2006.

_____; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul./set. 2007.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. O Social no Governo Lula: a construção de um novo populismo em tempos de aplicação de uma agenda neoliberal. **Revista de Economia Política**, v. 26, n. 1 (101), p. 58-74, jan./mar. 2006.

MELO, A. M. da C. A reforma psiquiátrica no Brasil: reflexões acerca de suas dimensões e dos desafios na atual conjuntura. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS, 5., 2011, Cascavel. **Anais eletrônicos...** Cascavel: Unioeste, 2011. Disponível em: <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario6/arqs/Trab_completos_politicas_seguridade/A_reforma_psiquiatrica_no_brasil_reflexao_dimensoes_desafios.pdf>. Acesso em: 03. nov. 2014.

MESQUITA, F. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis uma polêmica nacional. In: BASTOS, F. I. et al. (Org.). **Troca de seringas**: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde. p 101-112, 1998.

MONNERAT, G. L; SOUZA, R. G. Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **SER Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun. 2009.

MORAES, R. F. Pai contra mãe: a permanência da escravidão nos contos de Machado de Assis. In: ENCONTRO ESCRAVIDÃO E LIBERDADE NO BRASIL MERIDIONAL, 4., 2009, Curitiba. **Anais eletrônicos...** Curitiba: UFSC, 2009. Disponível em: <<http://www.escravidaoeliberdade.com.br/site/images/textos4/renatamoraes.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

MORAIS, P. C. de C. **Drogas e políticas públicas**. 2005. 306 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2005.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

NASCIMENTO, S. do. Reflexões sobre a intersetorialidade nas políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010.

NETO, J. C. de M. A educação pela pedra. In: **Poesias Completas**. Rio de Janeiro: Sabiá, 1968.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

OLIVEIRA, T. T. S. S. e.; LEME, F. R. da G.; GODOY, K. R.G. O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. **Mental**. Barbacena, v. 7, n. 12, p. 119-138, jun. 2009.

OLMO, R. D. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

PANSINI, A. L. de L. **A intersetorialidade entre saúde e assistência social no município de Vitória/ES**. 2011. 232 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) -

Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Espírito Santo, 2011.

PATRIOTA, L. M. **Saúde Mental, reforma psiquiátrica e formação profissional**. In: V JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, V., 2011, São Luiz. **Anais eletrônicos...** São Luiz: UFMA, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/SAUDE_MENTAL_REFORMA_PSIQUIATRICA_E_FORMACAO_PROFISSIONAL.pdf> Acesso em: 18 out. 2014.

PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, I. et al. (Org.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Sobre a política de assistência social no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. **A intersectorialidade das políticas sociais numa perspectiva dialética**. [S.l.], 2012. Disponível em: <<http://matriz.sipia.gov.br/images/acervo/Texto%20Potyara%20-%20intersectorialidade.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014.

_____; STEIN, R. H. Política social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, I. et al. (Org.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 106-130.

PERNAMBUCO, P.; BOTELHO, A. **Vícios sociais elegantes**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1924.

PETUCO, D. R. da S. **Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack**. 2011. 140 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, 2011.

PIANA, M. C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

PINHEIRO, R. M. Redução de danos e psicanálise aplicados a toxicomania. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (Org.). **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 25-31.

PROMOCIÓN DE LA SALUD. **Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de America Latina y Caribe**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2000.

RABELO, J. B. A intersectorialidade da política de saúde e os reflexos no desenvolvimento das ações de saúde mental. In: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO, XI, 2011, Lisboa. **Anais eletrônicos...** Lisboa: Universidade Nova de

Lisboa, 2011. Disponível em:

<http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1306555663_ARQUIVO_TextoCONLAB-Josines.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2014.

RIBEIRO, J. M.; DIAS, A. I. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao deslocamento de desempenho do SUS. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4623-4633, 2011.

SANTOS, J. L. G. **Política de Saúde Pública para usuários de álcool e outras drogas no Brasil**: a prática no CAPS AD em Feira de Santana. 2009. 129 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) - Superintendência de Pesquisa e Pós-graduação, Universidade Católica de Salvador (UCSAL), Salvador, 2009.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. de. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v.1, n.2, p.82-93, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3449/283>> . Acesso em: 23 ago. 2014

SANTOS, F. R. dos; NETO, L. B. Estado, educação e tecnocracia na ditadura civil-militar brasileira. **HISTEDBR On-line**, Campinas, n. 40, p.113-125, dez. 2010. Disponível em: <www.histedbr.fe.unicamp.br/revis.html>. Acesso em: 10 mai. 2014.

SCHEFFER, G, SILVA, L. G. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 118, p. 336-393, abr./jun., 2014.

SILVA, M. O. da S. E. Pobreza, desigualdade e política pública: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. **Katálisis**, Florianópolis, v. 13, n. 2, jul./dez. 2010.

SILVA, G. M. da. et al. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.15, n.2, p. 309-322, jun. 2012.

SILVA, D. S. **Intersectorialidade, descentralização e empreendedorismo na gestão pública de esporte e lazer no estado do Espírito Santo**. 2012. 194f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Programa de Pós-graduação em Educação Física, Centro de Educação Física e Desportos, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Espírito Santo, 2012.

SIQUEIRA, M. M. Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1 p.15-16, jan./fev. 2004.

SOUZA, M. M. de. **Reforma psiquiátrica, rede de atenção psicossocial e o desafio da Intersectorialidade**: concepções e práticas dos gestores do município de Cabedelo-PB sobre o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. 2012. 61 f. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) - Coordenação de

Educação à Distância, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), João Pessoa, 2012.

TEIXEIRA, I. B. A. Política de drogas no Brasil e o papel do Estado liberal: luta de classes, ideologia e repressão. **Cadernos de Estudos Sociais e Políticos**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, 2012.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez Editora, 1995. p.193-232.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2001.

_____. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TITMUSS, R. **Política social**. Editorial Ariel: Espanha, 1981.

TRAD, S. do N. S. **A trajetória da prevenção às drogas no Brasil**: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais. 2010. 300f. Tese (Doutorado em Antropologia da Medicina) - Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, 2010.

TUMELERO, S. M. A intersectorialidade na gestão social de políticas públicas. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM GESTÃO SOCIAL, VI., 2012, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: ENAPEGS, 2012. Disponível em: <<http://anaisenapegs.com.br/2012/dmdocuments/345.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2014.

_____. **Intersectorialidade nas políticas públicas**. Curitiba, [20--]. Disponível em: <http://uab.ufac.br/moodle/pluginfile.php/10246/mod_label/intro/Texto1_Silvana_Marta.pdf>. Acesso em: 16 set. 2014.

VENTURINI, E. O caminho dos cantos: morar e intersectorialidade na saúde mental. **Fractal**: Revista de Psicologia, v. 22, n. 3, p. 471-480, set./dez. 2010.

VIANNA, M. L. T. W. A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan: Ucam, Iuperj, 1998.

VIVER EM JOÃO PESSOA. **Cabedelo** - História, turismo, praias, ambiente e muito mais, João Pessoa, 21. jan. 2012. Disponível em: <<http://viveremjoaopessoa.blogspot.com.br/2012/01/cabedelo-conheca-o-municipio.html>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

YASBEK, M. C. **Estado e políticas sociais**. [S.l., 20--] Disponível em: <<http://sosservicosocial.com.br/s/wp-content/uploads/2013/05/Yazbek-Maria-Carmelita.-Estado-e-pol%C3%ADticas-sociais.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____; GIOVANNI, G. **A política social brasileira no século XXI**: a prevalência dos programas de transferência de renda. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. 208 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre a construção de políticas intersetoriais na assistência às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, nos municípios de João Pessoa e Cabedelo, e está sendo desenvolvida pelo pesquisador LEANDRO ROQUE DA SILVA, aluno do Mestrado em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a Dr^a. Patricia Barreto Cavalcante.

O estudo tem por objetivo analisar como os profissionais de nível superior da atenção pública à saúde mental articulam movimentos junto às demais políticas sociais, a partir da construção de arranjos intersetoriais para o atendimento às demandas voltadas ao tratamento do uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas.

A finalidade deste trabalho é contribuir para a identificação da percepção da intersetorialidade e com quais políticas sociais esses profissionais de nível superior da atenção à saúde pública possuem, na construção de arranjos intersetoriais para a garantia da resolutividade do serviço oferecido aos usuários prejudiciais de álcool e outras drogas.

Solicitamos a sua colaboração para participar da realização de 01 (um) grupo focal, como também a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica (se for o caso). Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que esta pesquisa não oferece riscos previsíveis para a sua saúde.

Esclarecemos que a sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na instituição (se for o caso).

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador Responsável: LEANDRO ROQUE DA SILVA
Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador.

Endereço: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Telefone: (83) 8828-2415

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do HULW (Hospital Universitário Lauro Wanderley)
HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco. CEP.
58059-900.

João Pessoa/PB

Telefone: (83) 3216-7964

Email: comitedeetica@hulw.ufpb.br

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

5. Que função exerce nesta instituição?

6. O Sr.º(a) trabalha sob que regime nesta instituição?

Celetista ☐

Estatutário ☐

7. Por meio de que processo de contratação o Sr.º(a) firmou vínculo trabalhista com a instituição?

a) Concurso público ☐ b) Processo seletivo ☐ c) Cargo em comissão ☐

d) Efetivação anterior a CF 1988 ☐ e) Outros ☐

8. Há quanto tempo o Sr.º(a) trabalha na instituição?

a) Menos de 1 ano ☐ b) 1 a 2 anos ☐ c) 2 a 3 anos ☐

d) 3 a 4 anos ☐ e) 5 a 10 anos ☐ f) Mais de 10 anos ☐

g) Mais de 15 anos ☐ h) Mais de 20 anos ☐

9. Qual a faixa salarial do Sr.º(a)?

a) 1 salário mínimo ☐ b) 1 a 2 salários ☐ c) 2 a 3 salários ☐

d) 3 a 4 salários ☐ e) 4 a 5 salários ☐ f) 5 a 6 salários ☐

g) 6 a 7 salários ☐ h) Mais de 8 salários ☐

10. Além deste vínculo empregatício na instituição, o Sr.º(a) possui algum outro?

Sim ☐ Não ☐

Caso o Sr.º(a) tenha outro vínculo, por que trabalha em outro local?

a) Uma só fonte de renda não supre as necessidades pessoais ☐

b) Baixa remuneração ☐

c) Ocupação do tempo livre ☐

d) Interesse por outra área de atuação ☐

e) Outros ☐

Parte II - O campo da Saúde Mental e as ações voltadas para a Política de álcool e drogas

- 1) Qual o acúmulo do grupo em relação a experiências profissionais anteriores no atendimento a usuários de álcool e outras drogas?
- 2) Qual a percepção do grupo sobre a Reforma Psiquiátrica e a Política sobre Drogas no Brasil?
- 3) Como está o atendimento integral aos usuários de álcool e outras drogas neste município?
- 4) Quais são as demandas de atendimento neste CAPS AD?
- 5) Além da política da saúde, que outras políticas sociais são acionadas para oferecer resolutividade às pessoas que procuram este CAPS AD?

Parte III - A utilização da Intersetorialidade junto às demandas de álcool e drogas

- 1) Até que ponto a intersetorialidade é uma estratégia que depende da questão estrutural? Ela contém elementos da subjetividade?
- 2) Por meio de quais expressões podemos visualizar ações intersetoriais no seu trabalho?
- 3) Qual a relevância da intersetorialidade no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas?
- 4) Quais as demandas que mais requerem intervenções intersetoriais?
- 5) No município onde trabalha, como se efetiva a articulação com os diversos setores no atendimento às demandas que são postas pelos usuários no CAPS AD?

- 6) Quais são as ações intersetoriais que você identifica no seu espaço institucional (CAPS AD)?
- 7) A formação continuada tem contribuído para a construção dos arranjos intersetoriais?
- 8) Qual a sua compreensão sobre as redes de atendimento? Qual a articulação das redes com a intersectorialidade?
- 9) O controle social tem algum papel na materialização da intersectorialidade?
- 10) O mecanismo do fórum intersectorial contribui de que maneira para a construção da intersectorialidade junto à política de álcool e drogas? E em relação às ações do CAPS AD?

APÊNDICE C - PARECER DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A construção de políticas intersetoriais na assistência de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas

Pesquisador: Leandro Roque da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28662314.4.0000.5183

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 660.132

Data da Relatoria: 29/04/2014

Apresentação do Projeto:

A pesquisa será realizada nos municípios de João Pessoa e Cabedelo no período de maio à julho de 2014. Os locais serão dois Centros de Atenção Psicossociais que atendem as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, ambos os serviços pertencentes à rede municipal de saúde, sendo freqüentados diariamente por usuários prejudiciais de álcool e outras drogas. Participarão da pesquisa os profissionais de nível superior que atuam nos serviços de referência (Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas) e que trabalhem nestes serviços a pelo menos 01(um) ano. A amostra terá o caráter intencional, não probabilística, com o objetivo de conhecer a situação de determinados profissionais diante do objeto pesquisado. Desta forma, terá necessariamente de contemplar um profissional de cada núcleo de especialidade.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como os profissionais de nível superior da atenção pública à saúde mental articulam movimentos junto às demais políticas sociais a partir da construção de arranjos intersetoriais para o atendimento as demandas voltadas ao tratamento do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas.

Endereço: HUIW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

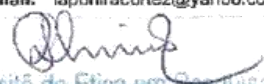
UF: PB

Município:

Telefone: (833)216-7302

Fax: (833)216-7522

E-mail: iaponiracortez@yahoo.com.br; cephuw@hotmail.


Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 660.132

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios avaliados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto visa traçar uma visão inicial do problema, de maneira qualitativa, para contribuir com o atendimento aos usuários de drogas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos necessários foram apresentados permitindo uma adequada avaliação nos aspectos éticos e metodológicos, conforme recomenda da Resolução 466/12, CNS/MS.

Recomendações:

1) Qualquer alteração no projeto aprovado pelo CEP no curso da pesquisa deve ser comunicado ao CEP-HULW.

2) O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade de apresentar relatório final da pesquisa ao CEP via Plataforma Brasil (online), até 30 dias após o término da mesma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável ao desenvolvimento da investigação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RATIFICAMOS o Parecer de APROVAÇÃO emitido pelo Colegiado em Reunião Ordinária realizada no dia 29 de abril de 2014. Ressaltamos que, antes de iniciar a pesquisa, o pesquisador responsável deverá comparecer ao CEP-HULW, 4º andar, para receber a CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO CEP/HULW. Informamos, ainda que, qualquer alteração no projeto de pesquisa, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do(a) pesquisador(a) responsável e/ou chefe do setor.

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

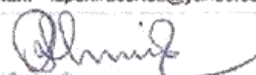
UF: PB

Município:

Telefone: (833)216-7302

Fax: (833)216-7522

E-mail: iaponiracortez@yahoo.com.br; cepulw@hotmail.


Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 680.132

25 de Maio de 2014

Assinado por:
Iaponira Cortez Costa de Oliveira
(Coordenador)

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município:

Telefone: (833)216-7302

Fax: (833)216-7522

E-mail: iaponiracortez@yahoo.com.br; cep/hulw@hotmail.

APÊNDICE D - CARTA DE ANUÊNCIA



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CABEDELLO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ÁREA TEMÁTICA DE SAÚDE MENTAL
CAPS AD PRIMAVERA

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o pesquisador **Leandro Roque da Silva**, para que desenvolva o seu projeto de pesquisa intitulado *"A construção de Políticas Intersectoriais na assistência de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas"*, que está sob orientação do Prof^a Dr^a Patricia Barreto Cavalcanti, cujo objetivo é analisar como os profissionais de nível superior da atenção pública à saúde mental articulam movimentos junto às demais políticas sociais a partir da construção de arranjos intersectoriais para o atendimento as demandas voltadas ao tratamento do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas no Caps Ad Primavera.

Aceitação está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 466/2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Cabedelo, 07 de março de 2014

Maria Milaneide de Souza

Maria Milaneide de Souza
 Assessoria Técnica de Saúde Mental
 Matrícula 02.847-9

Prefeitura Municipal de Cabedelo
 Maria Milaneide de Souza
 Assessoria Técnica de Saúde Mental
 Matr. 02.847-9