

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

POLÍTICA DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS:
Estudo de caso no PET-AD vinculado a UFRB no município de Santo Antônio de Jesus –
BA.

MICHELE SANTOS DE OLIVEIRA

CACHOEIRA – BA
2013

MICHELE SANTOS DE OLIVEIRA

POLÍTICA DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS:
Estudo de caso no PET-AD vinculado a UFRB no município de Santo Antônio de Jesus –
BA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do
Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da
Bahia (UFRB), como requisito para obtenção do Grau de Bacharel
em Serviço Social.


Orientador (a): Prof^a. Ms. Sílvia Cristina A. de Souza

MICHELE SANTOS DE OLIVEIRA

POLÍTICA DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS
DROGAS: Estudo de caso no PET-AD vinculado a UFRB no município de Santo Antônio de Jesus
- BA.

Cachoeira - BA, aprovada em 24/10/2013.

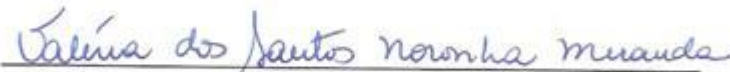
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Ms. Silvia Cristina Arantes de Souza
(Orientadora - UFRB)



Prof.^a Dr.^a Heleni Duarte Dantas de Ávila
(Membro Interno - UFRB)



Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha Miranda
(Membro Interno - UFRB)

Dedico este trabalho a minha família, por serem a base para a construção de quem sou, por tornarem meus sonhos os seus sonhos, e meus objetivos as suas lutas.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus por todos os benefícios e conquistas, por ter me concedido força e fé durante a caminhada e ser presença constante em minha vida. O que poderei dar ao Senhor se não minha vida, como expressão de gratidão?

Grata aos meus pais pela educação e carinho que tem me proporcionado, e ao meu irmão por sempre estar ao meu lado. Sem o amor, cuidado, carinho e compreensão deles dificilmente meus sonhos e objetivos teriam se concretizado.

Ao meu avô e tia Nilza, que fazem parte da construção de quem sou; também os considero como pais, pois sempre estão presentes em minha vida, prontos a me ouvir, orientar e acolher. E me presentearam com quatro tios maravilhosos que fazem parte das minhas descobertas e alegrias diárias; os amo em suas particularidades e semelhanças.

A minha orientadora Silvia Arantes pela paciência, dedicação e experiências passadas no decorrer deste trabalho. Mesmo em meio às dificuldades acreditou em mim; e a terei como o modelo de profissional dedicado a quem quero seguir.

A professora Simone Brandão por me receber em seu grupo de pesquisa, por me oferecer arcabouço teórico acerca da temática sobre Direitos Humanos, direcionar a prática da pesquisa de campo e incentivar a crítica.

Aos colegas de curso que em suas particularidades construíram junto comigo a turma 2009.2 do curso de Serviço Social; da qual lembrarei com muito orgulho e carinho.

Em especial agradeço a minha colega, amiga e irmã Isabela Fagundes, que me suportou dentro e fora da academia. Jamais esquecerei das nossas longas noites de estudos e discussões ferrenhas sobre as temáticas e atividades acadêmicas.

Aos meus amigos, que me suportaram durante todo o processo de graduação, com muita paciência e compreensão nos tão complexos e corridos finais de semestres e período de conclusão de curso. Agradeço as orações e palavras de apoio.

E, não posso esquecer de agradecer as historiadoras Aline Maia, Patrícia Souza e Rosana Andrade, que fazem parte da minha história acadêmica. As ideias compartilhadas em nossas longas discussões teóricas jamais serão esquecidos.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que eu alcançasse a realização desse sonho.

RESUMO

O uso abusivo de substâncias psicoativas na busca pelo prazer não é um assunto recente, mas o que se identifica na historicidade desse fenômeno é a maneira que a sociedade tem tratado os drogaditos. Segundo a Constituição de 1988 e as emendas constitucionais que surgiram a partir de então, o Estado é responsável pelo combate, prevenção e tratamento do uso de drogas ilícitas. Destarte, o presente trabalho tem por objetivo elaborar um estudo de caso a fim de compreender o processo de formação pelo trabalho e capacitação dos agentes ativos na rede de atenção a saúde dos respectivos usuários, promovida pelo projeto PET-AD, sob a supervisão do programa PET-Saúde que está vinculada a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no município de Santo Antônio de Jesus. Buscando aqui demonstrar a forma com que a política sobre drogas do Brasil tem se articulado na perspectiva de descentralizar suas ações no território brasileiro, levando em consideração as realidades regionais, de modo a alcançar maior eficácia nas ações interventivas do poder público.

Palavras-chave: Substâncias psicoativas, políticas públicas, capacitação para o trabalho.

ABSTRACT

The abuse of psychoactive substances in the pursuit of pleasure is not a recent issue, but what it identifies on historicity of this phenomenon is the way society has treated the crackheads. According to the Constitution of 1988 and the constitutional amendments that have emerged since then, the State is responsible for fighting, prevention and treatment of illicit drug use. Thus, the present work aims to develop a case study in order to understand the training process for the work and training of active agents in health care network of the respective users, sponsored by project PET-AD, under the supervision of the PET-health program is linked to Universidade Federal do Recôncavo da Bahia in the municipality of Santo Antônio de Jesus. Seeking here demonstrate the way Brazil's drug policy has been articulated in order to decentralize its actions in the Brazilian territory, taking into account regional realities, so as to achieve greater efficiency in the interventivas actions of the public authorities.

Keywords: Psychoactive substances, public policies, job training.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CID – Classificação Internacional das Doenças

CONAD – Conselho Nacional de Política sobre Drogas

ESP – Educação Permanente em Saúde

FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PET-AD – rede de atenção psicossocial e os cuidados aos usuários de crack, álcool e outras drogas;

PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PET-SF – Estratégia de Saúde da Família e as redes de atenção

PET-VS – Desenvolvimento de estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/AIDS em mulheres;

PET-VSAD – Programa da qualidade de vida de pessoas que convivem com HIV/AIDS, e são usuários de crack e outras drogas;

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PROPAAE – Pró-Reitoria de Políticas Afirmativas e Assuntos Estudantis

Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SESU – Secretaria de Educação Superior

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

THC – Delta-9-tetrahydrocannabinol

UFRB –Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Sumário

INTRODUÇÃO	11
2. BREVE APANHADO HISTÓRICO A RESPEITO DO TRATAMENTO OFERECIDO AO USUÁRIO DE CRACK E OUTRAS DROGAS	16
2.1 Loucura e Psiquiatria: uma introdução ao tema	16
2.2 Reforma psiquiátrica no Brasil	18
2.3 Dependentes químicos e o cenário psiquiátrico	23
3 REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE CRACK E OUTRA DROGAS E SEUS FAMILIARES.....	28
3.1 O papel do Estado: antecedentes na esfera do judiciário e da saúde	28
3.2 A saúde como direito.....	30
3.3 Política Nacional de Saúde Mental e seus desdobramentos nos estados e municípios.....	32
4 PET- REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E OS CUIDADOS AOS USUÁRIOS DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (PET-AD) NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BA.....	36
4.1 O percurso metodológico da pesquisa para este estudo de caso	37
4.2 O PET AD em Santo Antônio de Jesus-BA.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICE.....	54

INTRODUÇÃO

O que leva o indivíduo a se tornar dependente de uma substância que altera o seu padrão comportamental e a forma com que apreende a realidade, tem se tornado uma pergunta cada vez mais frequente tanto em ambientes formais de discussão como em espaços que se aproximam efetivamente da sociedade, principalmente pelos meios de comunicação em massa; o que vem demonstrando uma grande preocupação tanto social como política no que diz respeito a esta temática.

Algumas das possíveis respostas para este questionamento vão surgindo na medida em que nos aproximamos da realidade social; contudo por mais que se busque exaustivamente encontrar respostas definitivas, a complexidade do ser humano em suas particularidades e a sociedade que se apresenta com suas diversas expressões da questão social¹ acabam inviabilizando uma resposta específica para as causas que levam o indivíduo a dependência química.

Neste ensejo, o presente trabalho de monografia pretende fomentar uma discussão a respeito das medidas que o Estado brasileiro vem adotando para o tratamento, combate e prevenção à dependência do álcool, crack e outras drogas; trazendo aqui uma reflexão a respeito do contexto histórico referente à visão social do uso de substâncias psicoativas, já que esse não é um evento novo, mas sim uma prática milenar e universal da humanidade, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem considerado um grave problema de saúde pública.

[...] De acordo com Relatório da OMS sobre a saúde no mundo, publicado em 2001 (Ministério da Saúde, 2004), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. (REIS, 2007, p. 20).

Vale ressaltar que ao longo da história houve diversas formas de manuseio e utilização que eram direcionadas as psicoativas. A visão social que se tem a respeito da

¹ Compreende-se que, na proporção em que o tráfico torna-se importante no desenvolvimento da economia capitalista, ela precisa gerar consumidores e, quanto mais as drogas produzirem dependência, mais produzirá lucro. Assim tal fenômeno pode ser considerado também uma manifestação da questão social, uma vez que assume particularidades intrínsecas à lógica capital/trabalho.

mesma está diretamente ligada ao contexto social a qual se analisa. Contudo, essa diferenciação de significados para as substâncias não são particulares apenas no contexto histórico, mas ao lançar olhares sobre o século XXI, pode-se perceber que nem todos os arranjos sociais aceitam o uso de algumas substâncias, mesmo que para fins medicinais.

Um exemplo de psicoativo que tem causado nas últimas décadas divergências na opinião de países e indivíduos é a Cannabis Sativa, entre outros nomes é popularmente conhecida como Maconha ou Marijuana, e trata-se de uma droga entorpecente produzida a partir da planta Cannabis. A substância psicoativa presente na mesma é a delta-9-tetrahydrocannabinol (THC); e acaba tendo um grande público usuário por ser barata e de fácil acesso, tornando-se uma das mais consumidas no Brasil.

A maconha produz alterações físicas que variam dependendo da quantidade, e da frequência que é consumida; pode causar olhos vermelhos, boca seca, e doenças crônicas. Desencadeia também outras consequências que se assemelham ao uso do tabaco como hipertensão, asma, bronquite, câncer e doenças cardíacas. Seu uso contínuo também interfere na capacidade de aprendizado e memorização, leva a perda da noção de tempo e espaço, por essa razão é uma grande causadora de transtornos e quadros psicóticos; e prejudica no desempenho sexual e na fertilidade².

Apesar das diferenças dos cenários sociais, algumas substâncias psicoativas são mundialmente proibidas de serem utilizadas, exceto as drogas lícitas que são álcool, tabaco, tranquilizantes e ansiolíticos em geral usados para o tratamento e controle dos transtornos mentais. Isso se dá por causa da interferência das mesmas no Sistema Nervoso Central (SNC), já que tem o poder de alterar o comportamento psicossocial provocando três efeitos; sendo eles os depressores³, que diminuem a atividade do SNC, causando complicações respiratórias, indução do sono e diminuição da temperatura corporal; as drogas estimulantes⁴ por sua vez provocam o aumento das atividades cerebrais aumentando os reflexos e o desempenho, ressalta-se que seu efeito rebote é uma profunda depressão; e as deturpadoras⁵ que agem provocando alterações sensoriais e de percepção da realidade.

A Legislação Brasileira prevê que produzir, manipular de alguma forma, transportar e até mesmo armazenar substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou

² Segundo informações do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php#consumo>

³ Álcool, hipnóticos, solventes ou inaladores, opióides.

⁴ Anfetaminas, cocaína, xantina, nicotina.

⁵ Maconha, LSD, ayahuasca (Santa Daime) e Anticolinérgico.

psíquica, e sua comercialização nacional ou internacionalmente é considerado tráfico ilícito, e está sujeito a pena de reclusão.

Algumas dessas substâncias que podemos aqui destacar por ter uma maior notoriedade na sociedade é a Cocaína, o Crack e os perturbadores sintéticos (LSD e ECSTASY). No entanto, a Cocaína, é extraída por meio de processo químico das folhas da coca (*Erythroxylum coca*), uma planta originária da América do Sul; essa substância psicoativa tem ação estimulante no SNC, e é considerada uma das mais consumidas no mundo.

A princípio, o seu uso apresenta intensa sensação de euforia e poder, gerando um estado de excitação, hiperatividade, insônia, falta de apetite, perda da sensibilidade olfativa (por existir a possibilidade de ser inalada), confusão mental, alucinações, delírios e perda da sensação de cansaço. Em doses extremamente elevadas pode vir a levar o usuário à parada cardíaca.

O Crack por sua vez, é uma droga ilegal produzida com a sobra do refinamento da cocaína, ou da pasta não refinada misturada ao bicabornato de sódio e água; quando aquecido a mais de 100°C o composto passa por um processo de decantação, em que as substâncias líquidas e sólidas são separadas. O resfriamento da porção sólida gera a pedra de crack, que concentra os princípios ativos da cocaína em pó, assim as diferenças entre tais substâncias são apenas as formas de uso e a velocidade do seu efeito, já que o crack leva 10 segundos para entorpecer o usuário e seu efeito passa rapidamente, mas o princípio ativo de ambas e consequências são os mesmos⁶.

Já os perturbadores sintéticos (LSD e ECSTASY), mais populares entre os jovens das classes sociais mais favorecidas e caminhoneiros⁷, são fabricados em laboratórios e provocam inquietações sérias no funcionamento do SNC, desidratação, aumento da temperatura corporal resultando em dano celular, alucinações, aumento da frequência cardíaca podendo provocar infarto do miocárdio ou arritmias cardíacas, sendo ambas potencialmente letais.

Segundo pesquisa realizada pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em parceria com a FIOCRUZ, e publicada em 30 de setembro de 2013, a maioria das pessoas

⁶ Programa “Crack, é possível vencer” - <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/a-droga/composicao-e-acao-no-organismo>

⁷ Com o objetivo de afastar o sono; se manter alerta.

acabam se aproximando desse cárcere⁸ por curiosidade. Mas não se deve generalizar, pois nem todas as pessoas serão consideradas drogaditos, já que algumas apenas utilizam esporadicamente, outras com um pouco mais de frequência. Mas há aquelas que se tornam dependentes compulsivos fazendo uso de forma prejudicial devido à intensidade e frequência com que se submetem aos efeitos da droga, esse é considerado um dependente químico: sujeito que faz uso inconsequente, oferecendo um risco tanto para sociedade quanto para si mesmo.

Como conquista de um amadurecimento teórico ao longo da história mundial, atualmente o uso abusivo de drogas psicoativas e consumo compulsivo das mesmas, está incluído na Classificação Internacional das Doenças (CID), no capítulo que trata dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (F10 a 19), sendo considerada uma doença crônica e recidivante, ou seja, o indivíduo está sujeito a possíveis recaídas e não tem cura, apenas controle.

O uso abusivo de substâncias psicoativas pode vir a desencadear transtornos mentais reversíveis, os quais após cessar o uso de drogas o indivíduo pode voltar as suas funções cognitivas normais; mas em outros casos as crises pela dependência e o uso desenvolvem um transtorno permanente, não tendo regressão do quadro clínico, apenas o controle.

Psiquiatras defendem que para o indivíduo manifestar uma patologia psíquica permanente, faz-se necessário uma predisposição genética que pode ser ativada ou não por fatores externo-sociais do ambiente ao qual a pessoa está exposta, e o uso de álcool e outras drogas vão servir como gatilhos para acionar as patologias “adormecidas”, por isso muitos transtornos mentais acabam se manifestando após o uso contínuo de drogas.

O período de maior incidência de manifestações das patologias psiquiátricas é no período de transição entre o final da adolescência e o início da vida adulta, explica-se que é a fase de fortes mudanças e pressões sociais, e de crises existenciais do indivíduo mediante seu desenvolvimento social e pessoal, assim constrói-se todo um campo fértil para que doenças já predispostas se manifestem.

Em todo caso, quanto mais rápido o tratamento for iniciado após diagnóstico (seja advindo do uso de drogas ou não), menor será os danos causados, e mais fáceis será o controle e a convivência social, ou seja, é mais compensatório tratar o paciente a partir da primeira crise já que o acúmulo de traumas causados pelas crises é menor.

⁸ Cárcere – por não saber lidar com as situações e emoções do cotidiano, o indivíduo encontra nas substâncias psicoativas uma válvula de escape para fugir da realidade a que o mesmo não consegue enfrentar de forma “saudável”; assim, acaba preso ao uso inconsequente e recorrente de determinada(s) substância(s).

Sob determinados aspectos cotidianos, acaba se naturalizando o preconceito a respeito da condição do dependente químico. Questionamentos e reflexões tais como: quem são, como vivem, ou o que levou o indivíduo a se tornar um drogadito não são feitas por desinteresse e até mesmo comodidade, levando a sociedade a marginalizar todo e qualquer indivíduo que por determinada(s) circunstância(s) acabou se envolvendo com alguma(s) substância(s) entorpecente(s).

A ideia difundida por um longo período histórico de tratar o usuário de álcool e outras drogas como responsabilidade da justiça (no âmbito da segurança pública) dificultava e até mesmo inviabilizava o tratamento aos dependentes. Essa visão limitada contribuía para alargar o índice de indivíduos encarcerados em prisões e/ou manicômios que lhes oferecia um tratamento que pode ser considerado como medida de higienização pública, as ruas eram limpas por meio do recolhimento de tudo que se podia considerar como “lixo” social.

Nesta perspectiva, buscar-se-á aqui discutir algumas ações do Estado brasileiro no sentido de atender os drogaditos e suas demandas. Para tal finalidade, o presente trabalho procurou elaborar um estudo de caso sobre o projeto PET-AD, do programa PET-Saúde que está sob a supervisão do programa Pró-Saúde do Ministério da Saúde, e tem como campo de atuação o município de Santo Antônio de Jesus – BA.

Para maior compreensão do projeto PET-AD, buscou-se delimitar este trabalho em três capítulos, mais introdução e conclusão. De modo que, no primeiro capítulo buscar-se-á trazer a discussão do tratamento oferecido pela sociedade aos indivíduos com sofrimento mental; a reforma psiquiátrica no Brasil, e seus ganhos no que toca a construção dos modelos de instituições substitutivas para o tratamento desses sujeitos; e a inserção do tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas nas instituições públicas de saúde.

O segundo capítulo tratará das leis, emendas constitucionais e diretrizes que norteiam e tornam legal o direito dos drogaditos de serem atendidos pela saúde pública; o papel do Estado no combate, prevenção e tratamento; e a forma como os Estados e municípios têm se articulado junto aos programas federais para a garantia de direitos dos usuários e o combate ao uso abusivo de drogas.

No terceiro capítulo buscar-se-á fomentar um estudo de caso a respeito da estrutura do projeto PET-AD, vinculado a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e em execução no município de Santo Antônio de Jesus, apontando suas particularidades, pretensões e atividades junto às instituições de saúde no referido município. Também conterà as impressões e resultados adquiridos por meio de aproximações bibliográficas, documentais e pesquisa de campo.

2. BREVE APANHADO HISTÓRICO A RESPEITO DO TRATAMENTO OFERECIDO AO USUÁRIO DE CRACK E OUTRAS DROGAS

2.1 Loucura e Psiquiatria: uma introdução ao tema

Para a compreensão da forma como a sociedade ocidental pensava e tratava a loucura no século IX até meados do século XX, tem-se como referência a importante obra “A História da Loucura” de Michel Foucault, em que o mesmo pontua críticas ao tratamento ao quais os “loucos” eram submetidos.

Foucault (1978) afirma que a lepra, doença extremamente contagiosa e que, por séculos foi considerado um mal incurável, era vista como um castigo divino, em que o indivíduo era submetido à reclusão social em espaços estabelecidos para que aqueles que contraíam a doença não contaminassem os outros. Esses por sua vez, eram “depositados” fora da cidade para aguardar pelo milagre da cura ou a chegada da morte.

Com o desaparecimento da epidemia de lepra, e a criação de hospitais para o tratamento da mesma, as atitudes de exclusão social antes destinada aos leprosos continuaram, mas agora destinados a outros tipos de males como doenças venéreas, pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas". Esses novos sujeitos assumiram o papel de abandonado relegado ao leproso, ou seja, os padrões de exclusão foram retomados, mas agora por mero capricho social, pois tudo e todos que não se enquadravam nos padrões sociais pré-estabelecidos deveriam ser banidos do convívio social.

No século XVI as doenças venéreas se desenvolveram em larga escala na sociedade, conseqüentemente os hospitais destinados aos leprosos se encheram desses “novos” doentes, e junto aos mesmos eram internados os “mentalmente incapacitados de conviver em sociedade”, visto que poderiam promover a desordem social e oferecer riscos a segurança dos “cidadãos”. E é sob a influência do modo de internação, tal como ele se constituiu no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou ao lado da loucura num espaço moral de exclusão.

Segundo Foucault (1978), curiosamente os loucos considerados castigados por Deus, eram proibidos de participar das celebrações religiosas nas igrejas; contudo, poderiam receber os sacramentos, mesmo sabendo que não haveria qualquer remissão. Mas, para isso exigia-se que não houvesse nenhuma irreverência por parte do “louco” durante a celebração do ato.

Para Foucault (1978) as experiências e as formas de se relacionar com a loucura produzida na Renascença tinham um sentido completamente distinto e ele procurara compreendê-lo. Em seus estudos apreendeu que a literatura erudita e diversas obras teatrais abordavam a loucura por aspectos diferenciados, irreverentes e até sátiros, afirmando que a academia também se esmerava a tratar de tal assunto,

A Loucura também tem seus jogos acadêmicos: ela é objeto de discursos, ela mesma sustenta discursos sobre si mesma; é denunciada, ela se defende, reivindica para si mesma o estar mais próxima da felicidade e da verdade que a razão, de estar mais próxima da razão que a própria razão. (FOUCAULT, 1978, p.19)

Ainda assim, Foucault afirma que não havia um olhar sobre a loucura que a considerasse uma patologia digna de tratamento medicamentoso; critica as internações tratando essa ação como uma medida higienista, e atribui às mesmas um caráter de medida excludente, de modo a que apenas se retira o “lixo das ruas” e do convívio familiar, ou seja, não se fazia nenhuma ligação entre a internação e a medicina, apenas se atribuía complexos significados políticos, religiosos, sociais, econômicos e morais para embasar o tratamento generalizado que era dado aos surtos de loucura.

Ao longo dos séculos, foram surgindo diversas inquietações e discussões a respeito do tratar a loucura, e vários estudos embasaram Pinel e Esquirol que apresentaram um novo pensamento a respeito da origem e causa da loucura. Mas só no século XIX, Emil Kraepelin deu um novo sentido à psiquiatria. Ele defendeu a tese de que as doenças psiquiátricas eram disfunções de ordem genéticas e biológicas, e que as patologias psiquiátricas eram cerebrais e distintas podendo vir a ser classificadas. Ainda dividiu as patologias em duas categorias: as exógenas (causadas por condições externas e consideradas curáveis) e endógenas (que tinham causas biológicas, como danos cerebrais, disfunções metabólicas ou fatores hereditários).⁹

Ainda assim por um longo período a forma de tratar a loucura estava diretamente ligada ao modelo de internações, seja numa concepção higienista ou como método de tratamento em seus diversos aspectos desumanos e cruéis, o que se sabe é que o cerceamento da liberdade desses indivíduos foi por muito tempo questionado em diversos espaços e

⁹ Informações retiradas do site: <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Hist%C3%B3ria-Da-Loucura-No-S%C3%A9culo-Xx/209033.html>

contextos, até que se chegasse à conclusão de que a loucura não deveria cercear o sujeito de seus direitos sociais e convívio familiar.

2.2 Reforma psiquiátrica no Brasil

A inserção dos serviços substitutivos de saúde mental na sociedade – a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – tem como finalidade a ruptura com os paradigmas psiquiátricos que existiam, como as internações prolongadas e até mesmo permanentes, e a construção de um novo modelo voltado para a humanização dos cuidados e a garantia dos Direitos Humanos das pessoas com transtornos mentais, por meio de instituições que desenvolvem estratégias para oferecer o acolhimento, vínculos e escuta.

Cabe mencionar que a utilização dos novos dispositivos na área da saúde mental só foram garantidos após a reforma psiquiátrica e a promulgação das leis n.º 36/98 e n.º 10.216/01 que asseguram os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, dispendo a respeito da proteção dos mesmos e redirecionando o modelo assistencial no tratamento psiquiátrico.

A saúde mental sempre foi entendida como um processo de loucura, a qual era encarada como falha da natureza, castigo ou dádiva dos deuses. Os pacientes, tidos como loucos, eram internados sob condições subumanas de total abandono, presos com grades em pavilhões, sem higiene e sem roupas. O método de tratamento hospitalar dos indivíduos estava baseado na reclusão dos mesmos, pois eram vistos como pessoas portadoras de doença abominável, e nesse sentido deveriam ser isolados da sociedade e da própria família para prevenção de uma suposta contaminação e desordem social.

A retirada desses indivíduos do convívio social excluía dos mesmos todo e qualquer direito social que estivesse estabelecido aos cidadãos “saudáveis” daquela época. Assim, passando a não mais existir para a sociedade, o considerado alienado tornava-se apenas um ser cuja vida estava encerrada em porões e outros espaços destinados a eles, que não atendiam as necessidades básicas de um ser humano.

No entanto, a partir da década de 1970 se consolidou um projeto assistencial considerado desafiador: a “desinstitucionalização de pacientes”, ou seja, uma proposta¹⁰ de mudança no padrão das relações envolvidas com a saúde mental, pois foi constatado que o hospital psiquiátrico tradicional era totalmente oposto ao real tratamento que os usuários precisavam. Para tanto, surge neste cenário movimentos sociais que consolidaram o início da Reforma Psiquiátrica, em favor de mudanças nos modelos de tratamentos.

No II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em Bauru, no final de 1987, foi concretizado o Movimento da Luta Antimanicomial (com o lema inspirado na reforma italiana: ‘Por uma sociedade sem manicômios’). E em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, inaugurou-se um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012). E só após a promulgação da mesma, diversas mudanças como a Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) deu maior visibilidade a luta e mudou a visão de muitos no que toca o cuidado à saúde mental.

A partir de então houve mudanças na maneira de ver e cuidar a saúde mental, sendo essas responsáveis por dar incentivo às iniciativas de humanização do tratamento dos usuários com transtornos mentais. Nesta trajetória é construído o Projeto de Lei 3.657/89 conhecido como Lei Paulo Delgado – 14 de dezembro de 1990 - que detém a oferta de leitos manicomiais financiados com dinheiro público, redireciona os investimentos para outros dispositivos assistenciais não manicomiais e torna obrigatória a comunicação oficial de internações feitas contra a vontade do paciente.

Uma das ações advindas com a reforma psiquiátrica foi instituída no governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, ao assinar a Lei Federal 10.708 de julho de 2003 que dispõe a respeito da volta dos pacientes internados por um longo período ao seio familiar, o que demandou grande esforço dos profissionais para localizar as famílias e reinserir os mesmos em seu convívio. Esse programa foi intitulado “De volta para casa” e, em parceria com o programa de Redução de Leitos Hospitalares e os Serviços Residenciais Terapêuticos, articulou-se com ações efetivas no processo de desinstitucionalização e resgate da cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais submetidas à privação da liberdade nos hospitais psiquiátricos brasileiros.

¹⁰ As inquietações e propostas de mudanças do tratar o paciente psiquiátrico surgiram dos próprios profissionais da área.

Em parceria com a Caixa Econômica Federal, o programa conta com mais de 2.600 beneficiários em todo território nacional que recebem mensalmente R\$ 240,00. O programa buscava atender ao que está disposto na lei 10.216 que trata da atenção aos pacientes longamente internados¹¹.

Vale apontar que, na década de 1980, ao passo em que a reforma psiquiátrica ganhava proporções significativas no país havia também movimentos em virtude da Reforma Sanitária buscando a universalidade, equidade e integralidade da atenção aos cidadãos, o que trazia possibilidades de construção de uma concepção de seguridade social. A compreensão do que foi posto, torna claro o âmbito em que surgiu a concepção do SUS e posteriormente sua implementação¹².

Jaccoud (2009) defende que as mudanças ocorridas no sistema previdenciário a partir da década de 1980, em especial com a promulgação da Constituição de 1988, permitiram que esse passasse a ser organizado com base em três pilares: o da previdência social, que tem caráter contributivo; a política de assistência social, de alcance universal; e a política de saúde, que também é universal, sendo que esta última passa a ser regida pelos princípios da equidade e é implementado o SUS.

Consequentemente surgiram como respostas a todas estas mudanças, novas demandas, bem como iniciativas de humanização do tratamento dos usuários de transtornos mentais, tendo como plano de ação os serviços substitutivos de saúde mental¹³ que priorizam a atenção em saúde no convívio social, a exemplo dos CAPS.

A Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica pontuam que, segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, no Brasil 12% de sua população apresenta algum tipo de transtorno mental, de modo que 05 milhões de pessoas (cerca de 3% da população) possuem transtorno mental - severo e persistente, necessitando de cuidados contínuos; e 20 milhões (9% da população) apresenta transtornos leves ou moderados, demandando atendimentos eventuais (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL E COORDENAÇÃO DE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, nº 01/03. P. 2).

Nesse sentido, é estabelecido pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se em três modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, estes por sua vez são definidos por

¹¹ Informações retiradas do site <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/programa.html>

¹² Para maior compreensão da temática recomenda-se a leitura do seguinte texto: FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface. Comunic. Saúde, Educ. Interface - Comunic. Saúde, Educ., v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

¹³ A atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, os CAPS, entre outros.

ordem crescente de porte, de complexidade e por abrangência populacional do município em que está sendo implantado.

Entretanto, as três modalidades cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, o que os difere é o seu horário de funcionamento. Os mesmos são compostos de equipe multidisciplinar de profissionais capacitados para realizar, prioritariamente, atendimento a pessoas com transtornos mentais severos, que podem encontrar-se em regime de tratamento intensivo; semi-intensivo e não-intensivo. Além dessas modalidades existe o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) e o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas (CAPS AD).

No artigo 4º da Portaria mencionada são definidas as modalidades dos serviços, em que o CAPS I é instalado em cidades com população¹⁴ entre 20.000 e 70.000 habitantes e funciona no período das 08 às 18 horas, durante os cinco dias úteis da semana, tendo que prestar assistência aos pacientes através da realização de atividades como: atendimento individual, grupal e familiar; visitas domiciliares; atividades comunitárias com foco na integração social do usuário na comunidade e sua inserção familiar e oferecer refeições aos pacientes.

Já o CAPS II tem capacidade operacional para realizar atendimentos em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com jornada de atividades diurnas (pela manhã e tarde), podendo também oferecer serviços durante a noite, até às 21 horas, com o mesmo quadro multiprofissional que realizam e seguem a mesma filosofia de atividades do CAPS I. O número de refeições oferecidas aos usuários dessa política é de no mínimo três.

Por sua vez, o CAPS III só é instalado em municípios com população acima dos 200.000 habitantes; constitui-se como serviço ambulatorial de atenção contínua que funciona 24 horas por dia, realizando as mesmas atividades das modalidades mencionadas, porém os usuários podem dormir na instituição. A permanência do paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 dias corridos ou 10 dias intercalados em um período de 30 dias, incluindo o acolhimento nos feriados. Cabe destacar que outra característica que distingue as modalidades é a quantidade de pacientes atendidos por turno, o primeiro só pode atender de 20 a 30 usuários, o segundo de 30 a 45, e o último de 40 a 60 usuários.

¹⁴ No caso de municípios com menos de 20 mil habitantes é possível pensar em equipes de apoio matricial mais simples, compostas por um médico generalista com capacitação em saúde mental e um técnico de saúde mental de nível superior (Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica).

E com o intuito de atuar de forma preventiva e oferecer suporte terapêutico aos usuários de álcool e outras drogas, foi criado o CAPS AD (que será tratado no próximo tópico).

Destarte, com a implementação da Política Nacional de Saúde Mental pode-se notar uma revalorização do convívio familiar e comunitário dos pacientes psiquiátricos, na qual um dos princípios norteadores é o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, onde o Estado tem como objetivo “reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e em hospitais; e incluir as ações da saúde mental na atenção básica” (Portal de Saúde do Governo¹⁵).

Nessa perspectiva cabe destacar que as ações de saúde mental – fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica – devem obedecer ao modelo de redes de cuidado preventivo e reabilitador, tendo como base o território e a atuação transversal articulado com outras políticas específicas que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Atualmente, esses serviços substitutivos buscam oferecer diversas práticas na reabilitação, e isso é feito através de oficinas, cooperativas, ateliê, terapias ocupacionais, terapias de família, musicoterapia, grupos de discussão, teatro, ginásticas, danças, requisição de benefícios, passeios¹⁶.

Pode-se assim observar que diversos autores discutem sobre essas mudanças, ressaltando-as como algo que possibilita tratar os usuários como indivíduos com direitos e que tem uma história social que deve ser levada em consideração.

[...] As obras de Szasz, Goffman, Cooper, Laing, Foucault, Castel, Gattari e Basaglia ganharam repercussão mundial. Apesar das muitas diferenças entre suas ideias, todos criticavam a medicalização da loucura, a psiquiatrização do sofrimento; tinham em comum uma perspectiva que lhes fazia ver história, cultura, sociedade naquilo em que a psiquiatria só enxergava biologia e idiosincrasia individual (ROTELLI, 1990, p. 94 *apud* DUARTE, 2004, p.152).

Partindo dessa análise, compreende-se que os serviços substitutivos de atenção psicossocial podem ser pontuados como avanço para a garantia de efetivação dos direitos sociais de cidadãos com transtornos mentais, de modo a abandonar as ações respaldadas a luz

¹⁵ Portal da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35353

¹⁶ BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental**. 2 ed – São Paulo: Cortez 2009

do método funcionalista¹⁷ proposto por Émile Durkheim de afastar do seio social tudo e todos que não correspondem aos padrões normativos pré-estabelecidos para a que a ordem social seja mantida.

2.3 Dependentes químicos e o cenário psiquiátrico

Considerado como falha de caráter/vício, durante um longo período da construção moral e social em diversas culturas, o uso abusivo de álcool e outras drogas vêm se destacando no cenário brasileiro, e esse debate tem produzido resultados notórios ao se observar a mudança no tratamento oferecido aos usuários, já que a medicina e a justiça historicamente são as duas áreas de maior notoriedade no campo da atenção ao combate, prevenção e tratamento da dependência de drogas.

Contudo, vale chamar atenção para a existência da pluralidade de significados atribuídos às substâncias psicoativas em distintas sociedades ao longo da história; em que diversos pesquisadores e estudiosos que buscaram conhecer o tema a fundo relatam a presença de alucinógenos em celebrações religiosas, tratamentos farmacológicos, festas, deleites e até mesmo na magia. Assim, as feições e manuseios atribuídos a essas substâncias buscando provocar alterações nas funções psíquicas e comportamentais dos seres humanos, variavam de acordo as diferentes épocas e culturas¹⁸.

A mudança no cenário social no que toca o tratamento dos indivíduos com transtornos é fruto de um expressivo amadurecimento teórico que foi lapidado ao longo da história mundial; tendo como ganho na atualidade, a inclusão do uso abusivo e compulsivo de substâncias capazes de alterar o estado psicossocial dos indivíduos segundo o CID, na categoria transtorno mental de comportamento, sendo considerada uma doença crônica e recidivante.

Incluída na categoria de transtorno mental, o tratamento para a dependência química está sob os cuidados do CAPS AD, que é a unidade pública de saúde especializada no tratamento dos dependentes de álcool e drogas dentro das diretrizes determinadas pelo

¹⁷ O método é funcionalista por compreender que a sociedade funciona como uma engrenagem perfeita; afirma que assim como o corpo vivo ela necessita de um bom funcionamento, isso devido ao encaixe nas funções desempenhadas pelos fatos sociais, desse modo, cada individuo possui função diferenciada.

¹⁸ http://www.neip.info/upd_blob/0000/82.pdf

Ministério da Saúde (Portaria SAS/189 de 20 de março de 2002). É composto por uma equipe multiprofissional, o que permite o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada e diária aos pacientes que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas, proporcionando a evolução contínua no tratamento do quadro clínico e social do drogadito.

Essa modalidade de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento e desintoxicação para os pacientes que precisem de repouso, e que não demandem por atenção clínica hospitalar; em caso de demandas por internações, o procedimento é realizado com o apoio de leitos psiquiátricos em hospital geral. Há também outras práticas de atenção comunitária, a exemplo da inserção comunitária de serviços; o tipo de atenção que o paciente receberá vai depender de suas necessidades clínicas.¹⁹

A fim de compreender a estruturação e atuação do CAPS AD²⁰, traremos a descrição da unidade implantada no município de Santo Antônio de Jesus – Bahia²¹, desde setembro de 2008²². Encontra-se conveniado ao SUS, sob a gestão do município, e oferece aos pacientes um atendimento ambulatorial, de segunda-feira a sexta-feira, nos turnos matutino e vespertino.

Seu quadro de profissionais é composto por um Coordenador²³; um Técnico de Enfermagem; um Farmacêutico; um Assistente Social; três Faxineiros; um Médico Psiquiátrico; um Agente de Segurança; um Auxiliar de Escritório; um Psicólogo Clínico; e um enfermeiro²⁴. Esses voltam suas atividades para o tratamento da dependência em seus efeitos físicos e sociais, ofertando atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) e em grupo como as oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.

Mas sabendo que nem sempre é possível alcançar resultados imediatos no tratamento da dependência, e que essa doença é recidivante; o Estado atua por meio de suas instituições de saúde pública na perspectiva de Redução de Danos²⁵ à saúde do usuário, buscando alternativas para reduzir os prejuízos associados ao consumo. Esse modelo de intervenção

¹⁹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília-DF, 2004.

²⁰ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE:

http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2928706201318

²¹ Um dos municípios do Recôncavo da Bahia, localizado a 187 Km de Salvador (por via terrestre), à margem da BR-101. O IBGE informa que em 2010 sua população era de 90.985 habitantes; e tem grande importância comercial e de serviços para todo o Recôncavo.

²² Rua da Conceição, Bairro São Benedito, nº 88, CEP 44573-420.

²³ A coordenadora da instituição é também a enfermeira.

²⁴ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE:

http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=2928706201318

²⁵ BRASIL. PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS:

<http://portal.mj.gov.br/main.asp?ViewID=%7BCD569DD3-197E-4A44-A9C1->

incentiva o dependente de crack a cuidar de si, sem que seja condicionado ao mesmo o total abandono da substância.

As estratégias de ações baseadas na Política de Redução de Danos facilitam a aproximação dos profissionais da rede de saúde aos dependentes do crack, visto que se caracterizam pela tolerância, evitando que os profissionais façam um julgamento moral sobre os comportamentos relacionados ao uso do crack, e as intervenções autoritárias e preconceituosas. Assim, não se sentindo “invadido”, o drogadito esboça maior colaboração para o possível tratamento, deixando que os serviços de saúde o acompanhe de maneira mais próxima.

Após o estímulo de reduzir o consumo de substâncias psicoativas, o indivíduo buscará praticar o autocontrole sobre seus impulsos compulsivos a respeito do vício, o que por consequência reduzirá os problemas associados à dependência nos âmbitos social e econômico, beneficiando sua saúde, seu convívio familiar e até a própria comunidade, visto que uma pessoa sob efeito de drogas pode se tornar violento.

Mas como já citado, em alguns casos faz-se necessária à internação dos dependentes químicos, e esse tipo de ação interventiva pode ser feita por internações voluntárias, involuntárias e compulsórias. De modo que, as voluntárias ocorrem quando o indivíduo aceita se submeter à internação para tratamento, contudo mesmo que haja o consentimento do doente para a efetivação do procedimento, é necessária avaliação feita por uma equipe multidisciplinar, isso é feito para que se evite uma internação desnecessária e até mesmo prejudicial ao dependente.

As involuntárias por sua vez, são aquelas internações em que o familiar, responsável legal ou até mesmo o médico e equipe entendem que existe riscos a própria saúde do paciente ou de terceiro. Após iniciado o procedimento de contenção para o tratamento, a Lei 10.216 Art. 8, prevê que o Ministério Público deve ser comunicado em até 72h para possível acompanhamento do caso e fiscalização, e que a alta do paciente dar-se-á por solicitação escrita da família, do responsável ou pelo especialista responsável pelo tratamento.

Já as internações compulsórias são aquelas consideradas medidas de segurança determinadas pela justiça, mas também é competência da saúde. Prevista na Lei 10.216 Art. 9, pode ser entendida como a pena aplicada aos indivíduos que cometem crimes e são declarados incapazes de entender o que estava fazendo e de se responsabilizar pelo mesmo. Salienta-se, contudo que ser um dependente não significa que a pessoa não saiba tomar decisões, por esse

motivo o indivíduo é internado (justiça) para que seja submetido ao tratamento e avaliação psíquica (Saúde).²⁶

Para que a medida de internação compulsória seja aplicada, faz-se necessário três requisitos básicos que são a realização de delitos, inimputabilidade e periculosidade; sendo que os dois últimos critérios devam ser analisados por médicos peritos, visto que sugerem a existência de um possível transtorno mental advindo ou não do uso compulsivo de substâncias psicoativas.

No início do ano de 2013 as internações compulsórias suscitaram debates em diversos espaços, visto que em alguns estados legislou-se sobre o assunto de maneira diferenciada ao que já estava posto na lei 10.216, de 6 de abril de 2001, Art. 9. De modo que, aderiu-se a internação dos usuários de crack não mais como um processo caso a caso, mas como uma política de saúde pública, em que se expediu decreto a nível estadual para que todo o indivíduo considerado em situação de risco, tanto para os outros como para si, deveria ser “acolhido” em instituições para tratamento²⁷.

Os que defendem a medida afirmam que existe no Brasil uma epidemia de usuários de crack, e a forma mais eficaz de se combater essa doença, que tem se alastrado rapidamente no país é o recolhimento desses dependentes para desintoxicação e tratamento de possíveis doenças mentais e outras. Mas há aqueles que vêem na nova roupagem das medidas de internações compulsórias um abuso ao que está previsto na Lei Paulo Delgado de 2001. Afirmam que seria um retrocesso em todas as conquistas de direito que se obteve desde o início a respeito da reforma psiquiátrica no Brasil, visto que o tratamento cercearia o convívio social e familiar do indivíduo, já que estaria alocado em regime de “prisão” para ser tratado, muitas vezes em condições inadequadas e sem que houvesse uma real necessidade.

Defendem ainda que esse tipo de procedimento pode ser considerado uma medida de higienização, já que não segue todas as etapas de tratamento eficaz e de um acompanhamento posterior à alta do indivíduo; de modo que a maioria deles ao voltarem para as ruas retornam ao uso do crack, caracterizando-se assim, as internações compulsórias como medidas paliativas, além de autoritárias.

Ressalta-se, contudo, que mesmo havendo uma diferenciação no modo de abordagem para que se efetive o procedimento de internação, ainda assim o tratamento se dá de forma

²⁶ Informações extraídas do site: <http://luzlivre.wordpress.com/2013/01/25/internacao-compulsoria-involuntaria-e-voluntaria-voce-sabe-a-diferenca/>

²⁷ As informações a respeito das internações compulsórias foram retiradas do site: http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a_polemica_da_internacao_compulsoria.html

comunitária e ambulatorial, e os objetivos das ações são de contenção de crises; estabilização clínica; estudo do diagnóstico em caso de comorbidade²⁸; e em alguns casos afastar o paciente do ambiente relacionado ao vício e aos perigos a que a exposição a esses espaços possam vir a lhe causar. Reforça-se também a ideia de que é extremamente necessário que o indivíduo após alta da internação seja acompanhado por profissionais para que se previna o retorno do mesmo ao uso de drogas.

²⁸ Segundo dicionário (DICIONÁRIO INFORMAL, 2011) corresponde a associação de pelo menos duas patologias num mesmo paciente.

3 REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE CRACK E OUTRA DROGAS E SEUS FAMILIARES

3.1 O papel do Estado: antecedentes na esfera do judiciário e da saúde

O debate sobre o uso compulsivo de drogas psicoativas vem ocupando na mídia, em ambientes formais e não formais de discussão um espaço de extrema notoriedade, aproximando a sociedade da discussão sobre o tema tão presente em seu dia a dia. A inquietação a respeito dessa expressão da questão social tem sido um dos alavanches para que o Estado se posicione com medidas preventivas, tratamento e redução de danos no enfrentamento da drogadição. O uso abusivo de drogas, como já afirmado, é questão de saúde pública, e a Constituição Federal de 1988 prevê que o acesso à saúde é direito de todos e sua garantia é dever do Estado, logo responsabilidade do SUS.

Neste ensejo, as políticas sociais são articuladas em diversos setores necessários a garantia do bem-estar social, como saúde, educação, assistência, segurança etc. Estas não atuam como protagonistas isoladas, mas interagem entre si no intuito de amenizar e garantir os diversos direitos constitucionalmente legalizados pelo próprio Estado.

Tendo como filosofia a “Responsabilidade Compartilhada”, que consiste na parceria entre governo e sociedade civil no combate, prevenção e tratamento no que toca o uso compulsivo de substâncias psicoativas, a Legislação e Política Pública sobre Drogas no Brasil²⁹ adota como estratégia ao uso de drogas no país desde 2001, a parceria entre os diferentes seguimentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais - federal, estadual e municipal - visando a construção de redes sociais para a melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde dos dependentes.

A fim de alcançar tais objetivos de modo dinâmico e assertivo, foram criados órgãos e instituições em diversas instâncias governamentais destinadas ao enfrentamento direto e/ou indireto das drogas e seus efeitos, tanto na sociedade quanto nos respectivos usuários; isso para que não se foque apenas em uma perspectiva dessa expressão social, mas na tentativa de

²⁹ Publicação do governo federal (2010) que é uma compilação que inclui tanto as orientações políticas como os mecanismos legais vigentes no país sobre drogas.

lançar olhares críticos e interventivos simultaneamente nas diversas áreas que englobam o drogadito.

Para tanto, a fim de responder aos desafios sobre drogadição, o Governo Federal adotou como plano estratégico para o combate a respeito da demanda e ofertas de drogas, a integração de políticas setoriais e nacionais destinadas ao tema, tendo a SENAD como articuladora das políticas sociais sobre drogas no país. Esse realinhamento das políticas promoveu e facilitou a descentralização das ações, estabelecendo parcerias com a comunidade científica e organizações sociais, além de ampliar e fortalecer a cooperação internacional voltada ao assunto (Ministério da Justiça³⁰).

Assim, a política pública aqui apresentada articula-se em instância federal com os respectivos órgãos institucionais: SENAD; Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD); Política Nacional sobre Drogas (PNAD); Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD); Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD); e tendo como rede confiável de informações para subsidiar o intercâmbio de informações regionais, nacionais, estratégias e organizações multinacionais simultâneas com o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), que mantém atualizado seu banco de dados acerca de pesquisas sobre álcool e outras drogas.

A criação do SENAD e suas respectivas ações em parceria com diversas instituições proporcionou a obtenção de um diagnóstico situacional sobre o consumo de drogas em seus impactos e alternativas existenciais; a implantação de projetos estratégicos a nível nacional, facilitando o acesso à informação e a capacitação dos atores sociais que atuam diretamente no enfrentamento das drogas em seus diversos momentos.

Destarte, o FUNAD, tendo como supervisor o SENAD, atua junto à captação de recursos que são constituídos do repasse de verba estabelecidas no orçamento da União, e o recebimento, mediante decisão judiciária, de qualquer bem de valor econômico apreendido em decorrência do tráfico de drogas. Esses recursos são destinados ao desenvolvimento, implantação e execução de ações, programas e atividades de combate, tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes de substâncias psicoativas.

Já o CONAD é um órgão normativo e de deliberação coletiva, vinculado ao Ministério da Justiça, responsável por supervisionar e estabelecer as orientações a serem

³⁰ BRASIL. SENAD. Informações disponíveis na página online <http://portal.mj.gov.br/senad/main.asp?ViewID=%7BDAC53E8B-B4CF-4ACD-9956-7AD1193B9385%7D¶ms=itemID=%7B68CF7C37-CA76-4DC4-B8C5-35599E3283C4%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>

observadas pelos integrantes do SISNAD; que por sua vez atua na perspectiva de promover ações e atividades educativas por meio das políticas nacionais a respeito da prevenção, tratamento e combate ao uso de álcool, crack e outras drogas.

A criação dessas instâncias e instituições estão norteadas pela PNAD, que é a Política Nacional sobre Drogas que legitima, regulamenta e dá base às ações de combate, prevenção e tratamento ao uso de drogas no Brasil, tendo como pressupostos básicos a construção de uma sociedade livre do consumo de substâncias psicoativas; identificar e tratar de forma diferenciada o indivíduo dependente/usuário e o traficante de drogas; evitar a estigmatização dos dependentes químicos; priorizar a prevenção; conscientizar o usuário a respeito do quanto a droga é nociva por meio da política de redução de danos, dentre outros.

As diretrizes que constroem a PNAD têm por objetivos conscientizar a sociedade sobre os malefícios e consequências do uso abusivo de drogas; educar, informar, formar e capacitar profissionais de diversos seguimentos sociais para ações efetivas de redução de danos, fundamentando-os com conhecimento científico; sistematizar uma rede que atenda as demandas de prevenção, combate e tratamento a dependência, com finalidade de aumentar a abrangência e eficácia das ações; implantar e ampliar a rede aos indivíduos com transtornos advindos do uso de substâncias; tratar não apenas da patologia clínica, mas também colaborar para a reinserção social do indivíduo, e outros³¹.

3.2 A saúde como direito

Entre o início da discussão a respeito da necessidade de se implantar um sistema de atenção à saúde da população brasileira, que tivesse por filosofia o atendimento universal que oferecesse, desde os serviços mais básicos aos mais complexos e, a estruturação e efetivação do SUS, passaram-se 18 anos (1970-1988) de discussões e mobilizações de profissionais da saúde e lideranças políticas, compondo assim o que se denominou como Reforma Sanitária.

Essa Reforma foi legitimada a partir da promulgação da Constituição de 1988, que passa a tratar o indivíduo não apenas como sujeito de deveres, mas também de direitos. Conhecida como Constituição Cidadã, é a mais completa que o Brasil já teve, e aborda

³¹ A totalidade dos objetivos da PNAD pode ser vista na página online: http://www.nepp-dh.ufrj.br/dh_brasil7.html

diversos aspectos que buscam garantir o direito, a cidadania e o “bem-estar” do povo brasileiro.

Com o advento da nova constituição muitos setores que outrora eram responsabilidade do indivíduo, como a exemplo do financiamento da seguridade social e o atendimento médico, passaram a ser considerados um direito universal, ou seja, todo e qualquer indivíduo, independente de sua classe social, passou a ser tratado como sujeito de direito e os serviços acabaram se desdobrando de forma a se ampliar na perspectiva de oferecer atenção as diversas necessidades da população, sendo assistenciais ou de saúde.

Ressalta-se, contudo que já existiam precários e limitados serviços de atenção às necessidades básicas dos indivíduos, mas essas ações não passavam de benesse. Em grande parte o tratamento a saúde do mesmo corria sob a sua própria responsabilidade financeira, e se por ventura o mesmo não possuísse condições financeiras favoráveis ao investimento, poderia se valer dos serviços oferecidos pelas Santas Casas de Misericórdia³², pelos postos de atenção pública ou hospitais universitários.

Destarte, a Constituição de 1988 tornou-se fundamental para a abertura de uma perspectiva de direitos da população agora cidadã e, isso se deu também por meio de emendas constitucionais a exemplo da de nº 29, que trata da forma com que o Estado efetivará suas ações a fim de garantir o direito da população brasileira de acessar serviços de saúde previstos pelo art. 196 da Constituição Federal, que garante o acesso universal e igualitário.

Nessa perspectiva, a fim de orientar e padronizar as ações nacionais do SUS, ele foi concebido tendo por diretrizes a universalidade, a equidade, a integralidade, a hierarquização e regionalização, a participação popular;³³ e a descentralização, sendo esta última o repasse de atribuições e verbas da esfera federal para a estadual, e por sua vez para os municípios que acabam tendo maior responsabilidade na promoção de ações dos serviços de saúde, já que estão mais próximos da população, o que facilita a tomada de providências e decisões³⁴.

Assim, por meio das secretarias de saúde dos municípios, o SUS se organiza através de redes de atenção aos cidadãos, de modo a integrar instituições públicas para o provimento da prevenção e do tratamento da saúde. A saber, que, por mais amplo que seja a cobertura de tal rede, ainda assim não suprirá por completo o conceito de saúde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece, visto que o mesmo é de extrema amplitude afirmando

³² As Santas Casas de Misericórdia eram geridas pela Igreja Católica, e seus serviços eram oferecidos em caráter de assistencialismo.

³³ Para maior compreensão dos termos aqui citados, recomenda-se a visita ao site:

http://www.mesquita.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=432&Itemid=380

³⁴ Informações extraídas do site:

http://www.mesquita.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=432&Itemid=380

que a saúde não depende apenas do bem estar dos indivíduos, mas está associada a toda estrutura social que há a sua volta, ou seja, vai muito além de aspectos biológicos, o que de fato inviabiliza a total promoção da saúde pelo Estado.

Neste ensejo, o Estado brasileiro atua com a filosofia de compartilhamento de responsabilidades, de modo que se estabelece uma parceria entre diversos setores públicos como a saúde, educação, a justiça e a assistência social, como também as ações de instituições privadas e a própria sociedade civil. Essas parcerias buscam compor o sistema de proteção social, que é o mecanismo que visa resguardar e garantir a efetivação dos direitos dos indivíduos, a fim de aproximá-los ao máximo do idealizado estado de saúde.

3.3 Política Nacional de Saúde Mental e seus desdobramentos nos estados e municípios

A rede de atenção psicossocial gerida pelo Sistema Único de Saúde atua na perspectiva de acolher, tratar e socializar o indivíduo com transtorno mental, proveniente ou não do uso abusivo de substâncias psicoativas. Como já abordado, esta é constituída pelas modalidades de CAPS, ambulatórios de saúde mental e hospitais gerais, mas também está ligada a instituições públicas como assistência social, educação e segurança.

No anseio de tratar os dependentes químicos, a rede de atenção aos mesmos está amparada na iniciativa do Governo Federal de promover e estimular a elaboração de programas e projetos voltados para o combate, prevenção e tratamento da demanda que muitos consideram uma epidemia, principalmente no que toca o uso do crack. Essa substância ganha notoriedade nas discussões, mesmo não sendo a mais consumida no país, devido à velocidade com que age; a grande probabilidade de viciar o indivíduo ainda no primeiro uso; e os sérios danos que causa ao usuário que a utiliza compulsivamente.

O crack³⁵ é uma droga perigosa, pois a fumaça é rapidamente aspirada e chega diretamente ao cérebro de 8 a 15 segundos, e o seu efeito dura por volta de 5 a 10 minutos. Durante o período em que está atuando no SNC, potencializa a liberação de neurotransmissores como a dopamina, que é uma substância que funciona como transmissor de informações que estão ligadas as sensações de prazer e bem estar; a noradrenalina, que

³⁵ As informações sobre o Crack foram retiradas da pagina online do programa “Crack, é possível vencer” do Ministério da Saúde: <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/a-droga/composicao-e-acao-no-organismo>.

atua no sistema nervoso simpático, gerando estímulos aos estresses exteriores como reação de luta, fuga ou discussão.

Também estimula a produção da serotonina, que atua no cérebro regulando o humor, o sono, o apetite, o ritmo cardíaco, temperatura corporal, sensibilidade à dor, movimentos e as funções intelectuais. O estímulo recebido para a liberação dessa substância explica as reações sintomáticas que se pode observar nos indivíduos sob o efeito da mesma, como a euforia, agitação, sensação de prazer, irritabilidade, alterações da percepção e pensamento, alterações cardiovasculares e motoras, taquicardia e tremores; conseqüentemente agravando o quadro clínico do dependente.

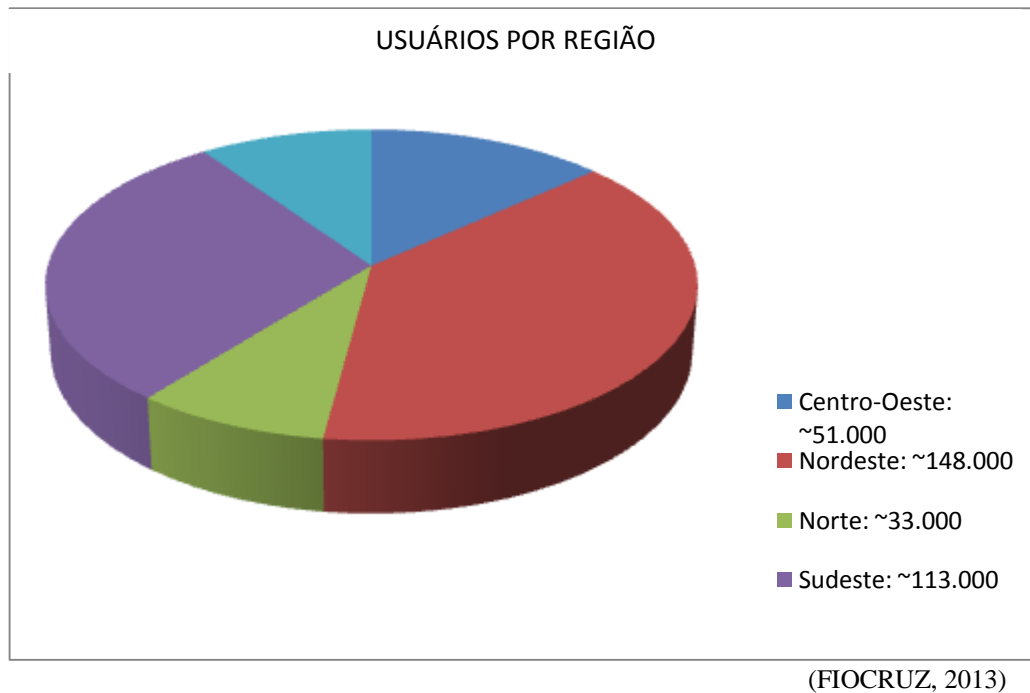
Pode-se fazer uma analogia do crack com um brinquedo de armar, o qual possui diversas peças de encaixe; a substância se encaixa perfeitamente à libido que o SNC gera, o que proporciona a seu usuário uma experiência sensacional e extremamente violenta de prazer; ressaltando-se que o primeiro contato sempre é o mais completo.

A falta de cuidado com o próprio corpo e a incessante busca pelo prazer, acaba expondo o dependente às doenças, já que o mesmo não se importa com a alimentação e outros cuidados básicos. A grande maioria dos usuários se torna moradores de rua, ficando vulnerável a violência e a doenças como a tuberculose e as sexualmente transmissíveis; e devido a forte temperatura da fumaça inalada, é comum que o usuário de crack tenha lesões na boca e na traqueia. Desse modo, o usuário de crack acaba morrendo não pelo uso da substância, mas por conta das doenças que acabam não sendo tratadas adequadamente.

Objetivando delinear o perfil da população usuária de crack e/ou similares, e estimar o número desses indivíduos, o SENAD idealizou uma investigação que foi realizada pelo instituto Fiocruz nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Os resultados da pesquisa foram lançados em 2013, mas a estima feita sobre o número de usuários corresponde ao de 2012.

Os resultados da pesquisa apontam que, cerca de 370 mil pessoas são usuárias de substâncias ilícitas no país; dessas, 35% correspondem aos indivíduos dependentes do crack e/ou similares. Diagnosticou-se também que 115 mil usuários de crack ou similares estão na região sudeste e 35 mil no nordeste, sendo que, considerando o contingente populacional das citadas regiões, compreende-se que as capitais nordestinas apresentaram o maior quantitativo de usuários.

Para melhor visualização do quadro situacional do Brasil apontado pela pesquisa realizada pela Fiocruz; observa-se a figura que segue, contendo o número aproximado de usuários por região.



Mesmo antes da publicização da pesquisa, o Governo Federal já vinha sinalizando preocupação com o crescimento do crack. Uma evidência disto foi o lançamento, em dezembro de 2011 do Programa “Crack, é possível vencer”, que conta com investimento de 4 (quatro) bilhões da União e articulação com estados, distrito federal e municípios, além da participação da sociedade civil, a fim de promover a prevenção, proposta por meio da educação, informação, e capacitação; do cuidado, considerando-se o aumento da oferta de serviços para o tratamento, e combate ao tráfico de drogas e aos grupos criminosos.

Segundo o Observatório “Crack, é possível vencer”, lançado em 06 de agosto de 2013, atualmente 18 estados e o Distrito Federal, além de 118 municípios já aderiram ao programa. Ressalta-se que estados e municípios não são obrigados a se vincular a essa estratégia federal de combate ao crack.

O programa possibilita que estados e municípios, preocupados com a dependência de crack, elaborem estratégias próprias para o combate às drogas de acordo a realidade regional. Os projetos podem ser cadastrados por meio de editais que são lançados no site do próprio programa.

Os estados e municípios possuem autonomia para construção de estratégias individuais na perspectiva de tratar o tema em suas particularidades regionais, como para aderir a projetos estaduais e federais, cabendo ao gestor municipal avaliar quais as melhores medidas de intervenção.

Assim, dentre outras formas de intervenção, a Bahia adotou o programa federal previsto para os estados intitulado “Pacto pela Vida”. Este objetiva-se a prevenção e o combate ao uso de drogas ilícitas, articulados em uma nova política pública, por meio do pacto formal entre o Poder Judiciário, a Assembleia Legislativa, o Ministério Público, a Defensoria Pública, os municípios e a União.

Tal programa destina-se a redução dos índices de violência, com ênfase na diminuição dos crimes contra a vida e contra o patrimônio, e atua no sentido de promover entre a sociedade baiana a prevenção por meio de ações sociais planejadas para áreas diagnosticadas como críticas, buscando viabilizar direitos e dar acesso para a população a serviços públicos.³⁶

Integrado ao programa Pacto pela Vida, foi lançado em 2013 o plano Viver sem Drogas. Esse plano foi elaborado pela coordenação da Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SJCDH), e é resultado de estudos feitos pela Câmara Intersetorial de Enfrentamento às Drogas do programa Pacto pela Vida. Atua junto às secretarias estaduais, como a de Desenvolvimento Social e Combate a Pobreza (Sedes) e outros órgãos do poder público, a fim de elaborar estratégias de prevenção aos problemas relacionados ao uso de drogas.

O estabelecimento dessas parcerias institucionais tem a finalidade de acolhimento dos drogaditos em situação de rua, encaminhando-os para centros de reintegração. A retirada desses indivíduos das ruas, considerados em situação de risco, se dá por meio do programa Bahia Acolhe, que tem por objetivo beneficiar 20 cidades do interior baiano, com o mapeamento das instituições destinadas ao tratamento desses para a obtenção de vínculos tanto com a rede de atenção pública, quanto com as comunidades terapêuticas de caráter privado que estejam devidamente estruturadas para oferecer tratamento nos municípios.

Essa medida de atenção aos usuários em situação de risco nas ruas tem como financiador o programa Crack, é possível vencer; e que apesar de ser intitulado como Bahia Acolhe, segue os mesmos princípios da aqui já citada Internação Compulsória em suas novas diretrizes e aspectos de solução higienista e antidemocrática, podendo ser comparada aos métodos de tratamento manicomial que se tinha até a efetivação da Reforma Psiquiátrica.

Por outro lado, o município de Santo Antônio de Jesus – BA apresenta uma rede integrada de cuidados aos drogaditos³⁷ e, neste está em atividade o projeto PET- Rede de

³⁶ Para maior conhecimento do programa, indica-se o site oficial do mesmo <http://www.pactopelavida.ba.gov.br/>

³⁷ A descrição de tal rede está apresentada no capítulo 2, item 2.3 desta; e também no item 4.2 desta.

Atenção Psicossocial e os Cuidados aos Usuários de Crack, Álcool e outras Drogas (PET-AD), vinculado ao programa federal Pró-Saúde que visa à capacitação dos profissionais atuantes nas instituições, e a formação por meio do trabalho visando maior aproximação dos discentes vinculados ao mesmo da realidade social.

4 PET- REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E OS CUIDADOS AOS USUÁRIOS DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (PET-AD) NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BA

4.1 O percurso metodológico da pesquisa para este estudo de caso

Com o intuito de interpretar a realidade do tema proposto, a discussão que se busca fomentar, se orienta teórica e metodologicamente pelo materialismo histórico-dialético, ancorado na tradição marxista que se caracteriza por defender a construção do pensamento através da observação da historicidade do fato posto na vida em sociedade, o que sugere uma dinâmica ininterrupta da construção da realidade e do conhecimento científico da mesma.

A metodologia usada é o estudo de casos que consiste em uma abordagem metodológica de investigação, indicada para pesquisas em que se busca compreender o fenômeno em seu complexo contexto, analisando os diversos fatores que o compõe. Isso viabiliza a obtenção de conhecimento que não é dado na aparência, na representação imediata e fugaz da realidade, mas em sua essência (GUERRA, 2009, p. 708. parafraseado).

Assim, constitui-se em uma pesquisa de natureza qualitativa que, nas ciências sociais preocupa-se com:

(...) um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 1994, p.21-22)

Os sujeitos da pesquisa abordados por meio de entrevistas semi-estruturadas foram: a coordenadora do PET AD; a coordenadora do CAPS AD do município; e um estagiário do programa, que foi escolhido de forma aleatória. Também buscou-se utilizar outras técnicas de pesquisa como observação, análise documental e conversas informais.

Após pesquisa teórica, documental e coleta de dados realizou-se a devida análise para fins de qualificação da investigação.

Ressalta-se que, por mais que se busque diagnosticar o fenômeno pesquisado, não se chegará neste a totalidade da compreensão do mesmo; visto que nada está pronto ou acabado, mas sim exposto à historicidade e as diversas variantes sociais.

4.2 O PET AD em Santo Antônio de Jesus-BA

A fim de responder aos desafios sobre drogadição, o Governo Federal adotou a partir de 2000, como plano estratégico para o combate a demanda e oferta de substâncias psicoativas, a integração de políticas setoriais e nacionais destinadas ao tema, tendo a SENAD³⁸ como articuladora das políticas sobre drogas no país. Esse realinhamento das políticas tem possibilitado a descentralização das ações, estabelecendo parcerias com a comunidade científica e organizações sociais, além de ampliar e fortalecer a cooperação internacional voltada ao assunto³⁹.

A criação da SENAD e suas respectivas ações, em parceria com diversas instituições, proporcionou a obtenção de um diagnóstico situacional, que consiste em elaborar e efetivar pesquisas, na busca por analisar e identificar os possíveis espaços e sujeitos relacionados com o consumo compulsivo de drogas em seus impactos e alternativas de produção, distribuição e consumo; assim possibilitando formular projetos interventivos para a realização de ações efetivas e funcionais.

O diagnóstico situacional também serve para alimentar o OBID, que sustenta uma rede confiável online de dados para subsidiar o intercâmbio de informações regionais, nacionais e estratégias de organizações multinacionais simultâneas, ou seja, é um banco de dados que se mantém atualizado a respeito das informações coletadas por meio de pesquisas sobre álcool, crack e outras drogas. Os dados que já estão armazenados oferecem aos visitantes da página online um conteúdo diversificado, como artigos científicos e dados quantitativos, produzidos por diversas instituições públicas de pesquisa, a respeito das áreas que compõem o combate e à atenção aos toxicomaníacos e as estruturas sociais a sua volta.

Para tanto, o mapeamento realizado através desse diagnóstico possibilita a implantação de diversos projetos estratégicos em todos os níveis da esfera pública, principalmente nos municípios, já que nesse caso as secretarias têm fácil acesso aos usuários, devido às instituições de atenção básica inseridas na comunidade. Esse vínculo desperta olhares quanto à forma com que os drogaditos, que são sujeitos de direitos, mas estão em situação de risco, são avaliados e tratados por profissionais da rede de saúde.

³⁸ Criada através da Medida Provisória nº 1669/98, que altera a Lei nº 9649/98.

³⁹ Informações retiradas do site oficial do Ministério da Justiça –

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306

Ressalta-se que, segundo o Ministério da Saúde, a inoperância do SUS pode ser considerada uma consequência da gestão de recursos humanos dos serviços de saúde; já que a má organização da atenção aos usuários das políticas públicas num todo, é a falta de profissionais com perfil adequado para atender a população, o que cria obstáculos para a melhoria da qualidade na execução das ações junto à comunidade e, conseqüentemente, para a efetivação do sistema público de saúde no Brasil.

Partindo da observação dessa carência, o governo federal passou a estimular e facilitar às ações no sentido de buscar capacitar profissionais ligados a rede pública, sendo uma delas a rede de saúde. Essa educação em saúde é feita por meio da contextualização do processo de trabalho e análise teórica, agregando nas atividades cotidianas dos atores sociais o fôlego renovado de conhecimento científico e suas inovações, mas como em uma via de mão dupla, também busca possibilitar a construção do saber técnico através das impressões extraídas/adquiridas a partir de ações técnicas e políticas emancipatórias realizadas pelos trabalhadores.

No sentido de pontuar a necessidade de amarrar o conhecimento científico ao fazer profissional, de modo a não se identificar nenhuma dessas duas formas de aproximação do fenômeno social como hegemônica, Forti E Guerra (2013) discutem que teoria e prática possuem valores equivalentes, contudo particulares; já que conhecimento científico embasará as ações profissionais ao mesmo passo em que as impressões advindas da observação efetiva do trabalho e suas demandas proporcionarão a produção de um conhecimento mais fiel a realidade social.

[...] é imprescindível uma compreensão da realidade social que viabilize uma atuação profissional responsável e conseqüente. Daí por que é necessária uma visão dos processos sociais como totalidades que se compõem de vários aspectos e âmbitos e que apresentam diferentes níveis de complexidade (FORTI E GUERRA, 2013).

Assim o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, definiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como a capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica, em seus impactos e perspectivas, por meio da aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e suas atividades. Propõe que a Educação Permanente em Saúde (EPS) deve transformar as práticas profissionais buscando baseá-las na reflexão crítica e nos

espaços coletivos. Essas diretrizes estão fundamentadas pela portaria 198, de fevereiro de 2004, e executadas por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), desde 2005.

O esforço destinado à capacitação desses profissionais tem buscado a construção e articulação de uma ampla rede de proteção social, que tem como atores sociais os conselheiros municipais, educadores, profissionais da rede de saúde, de segurança pública, da assistência social e outros.

Buscando ampliar esse sistema de capacitação no território nacional, o Governo Federal adotou diversas políticas públicas e programas, sendo um deles o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), definindo-se como um programa de ações intersetoriais para o fortalecimento da atenção básica e vigilância em saúde. Tem como pressuposto a capacitação dos atores sociais envolvidos em ações de saúde nos municípios.

O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior – SESU, do Ministério da Educação (Ministério da Justiça⁴⁰).

O PET-Saúde foi instituído pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde, o que lhe proporciona parcerias tanto com as Secretarias de Saúde, quanto com as instituições de ensino superior, estabelecendo uma integração e compartilhamento de conhecimentos práticos e científicos durante o contato entre profissionais atuantes na rede de atenção básica, docentes das universidades e discentes em processo de formação no nível superior que ingressarão na rede de saúde.

Analisa-se aqui, essa integração no município de Santo Antônio de Jesus, em que o programa tem como associados à Secretaria de Saúde⁴¹ e a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB, que por meio do Centro de Ciências da Saúde (CCS), é responsável por quatro projetos dentro do PET-Saúde: o PET- Estratégia de Saúde da Família e as redes de atenção (PET-SF); PET – Programa da qualidade de vida de pessoas que convivem com HIV/AIDS, e são usuários de crack e outras drogas (PET-VSAD); PET- Desenvolvimento de estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do

⁴⁰Informações a respeito do programa PET-Saúde foram retiradas do site oficial do Ministério da Justiça – http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306

⁴¹ A Secretaria de Saúde estabelece a ligação da Universidade com as instituições da rede pública de atenção do município, como a exemplo do CAPS-II, CAPS-AD, USF's, NASF, ambulatório de saúde mental.

HIV/AIDS em mulheres (PET-VS); e o PET- rede de atenção psicossocial e os cuidados aos usuários de crack, álcool e outras drogas (PET-AD).

A história do programa no município supracitado teve início em 2011, a partir da identificação do edital do PET-Saúde pela Professora Vania Alves, atual coordenadora do PRO-Saúde, que mobilizou os demais professores para estruturarem um projeto a ser submetido ao referido edital.

Esse, segundo a atual coordenadora do projeto PET-AD, foi intitulado PET-Saúde Mental/Crack, Álcool e outras Drogas, tinha como objetivo elaborar um diagnóstico situacional da população usuária compulsiva de drogas psicoativas no município de Santo Antônio de Jesus, identificando o perfil dos usuários, locais de maior concentração dos drogaditos e até mesmo apontar os possíveis pontos de repasse das drogas.

Devido à observação da necessidade de capacitar profissionais da área de saúde que atuem em outras perspectivas de atendimento, agregou-se nos semestres seguintes ao programa PET-Saúde no município, novos projetos interventivos; sendo eles o PET-SF, que está voltado para a capacitação de profissionais inseridos nas redes de atenção a saúde básica da família; tendo como estrutura⁴² três coordenadores, seis preceptores e treze estagiários.

O PET-VSAD, também foi incluído ao programa, visando a capacitação para o atendimento da demanda de drogaditos que convivem com o HIV/AIDS; e o PET-VS, cuja finalidade é capacitar os profissionais que tratam as questões que envolvam o controle da transmissão do vírus HIV/AIDS em mulheres. Juntos, esses dois projetos contam com corpo estruturante de cinco coordenadores, quatro preceptores e dezessete estagiários.

Mas com o amadurecimento do programa, em 2013, o projeto PET-Saúde Mental/Crack, Álcool e outras Drogas passou a se chamar PET- Rede de Atenção Psicossocial e os Cuidados aos Usuários de Crack, Álcool e outras Drogas; cujo propósito tornou-se pensar de que maneira os usuários são acolhidos pelas instituições de saúde, para a partir de então promover ações junto aos serviços de saúde mental que são o CAPS II, CAPS AD e o Ambulatório de Saúde Mental do município.

Segundo a coordenadora, ambos são chamados de PET-AD, e tem como essência as questões relacionadas ao álcool e outras drogas, mas depois da mudança ocorrida em 2013, diferente do projeto anterior que buscava fomentar um diagnóstico situacional, voltou-se para o trabalho das redes de atenção psicossocial e cuidados aos dependentes.

⁴² As estruturas adotadas pelos projetos do programa PET-Saúde estão baseadas nas diretrizes contidas na Portaria Internacional nº 421, de 03 de março de 2010.

Partindo desses pressupostos, a temática que se aborda neste, direciona-se ao atual grupo PET- AD, salientando-se que o mesmo esboça em sua história de implantação junto a UFRB duas edições, sendo elas em 2011 e 2013; e atua na perspectiva de compor seu quadro de pessoal com indivíduos interessados na temática.

A esses indivíduos são ofertadas bolsas⁴³, de modo que aos profissionais da área de saúde que atuam no município, intitulados preceptores, são no valor de R\$ 1.045,89; para docentes da universidade que tornam-se coordenadores dos projetos, também no valor de R\$ 1.045,89, ressaltando que apenas um coordenador é bolsista em cada projeto, e os demais se agregam como voluntários.

Para os discentes vinculados ao programa são destinadas bolsas no valor de R\$ 400,00, o que acompanha o valor de outras bolsas como a de permanência qualificada (PROPAAE)⁴⁴, oferecidas pelo Governo Federal e viabilizadas por intermédio da UFRB. O período de vigência das bolsas para os estagiários é de 12 meses, mas, segundo a coordenadora do PET-AD, no próximo edital será de 24 meses.

A limitação do vínculo com o programa favorece a rotatividade de estagiários, beneficiando não só um maior número de discentes, mas também a produção de conhecimento científico produzido no seio do projeto/programa, tendo em vista as diversas experiências e carga teórica acumulada pelos distintos indivíduos que se aproximam do mesmo.

O estudante tem seu ingresso no programa/projeto por meio da edital público; no qual o discente dos cursos de Enfermagem, Nutrição e Psicologia do CCS interessados, e que estejam cursando entre o 3º e o 7º semestre, podem lançar candidatura à vaga. Para se tornar bolsista do programa o candidato passa por três avaliações que são: análise da carta de interesse elaborada pelo mesmo; análise do currículo lattes e entrevista.⁴⁵

Contudo o número das vagas destinadas a cada curso é limitada, visando a interdisciplinaridade dos grupos, e fazendo justiça para que todos os colegiados do CCS tenham a possibilidades de participar. Até aqui observa-se que não há comunicação do projeto com os outros campos da UFRB; quando questionada a respeito, a coordenadora do PET-AD confirma o insinuado e afirma que nos próximo editais a serem lançados tornar-se-á possível

⁴³ As bolsas são financiadas pelo Ministério da Saúde, e dois dos integrantes que compõem o grupo recebem bolsa PROPAAE que é financiada pelo Ministério da Educação.

⁴⁴ Pró-Reitoria de Políticas Afirmativas e Assuntos Estudantis.

⁴⁵ Devido ao inchaço dos grupos e conseqüentemente a dificuldade de se administrar uma equipe grande, o programa não está aceitando estudantes voluntários nos projetos.

o ingresso de estudantes de outros campos da Universidade no programa PET-Saúde; a exemplo do curso de Serviço Social⁴⁶ da UFRB.

Destarte, o projeto está estruturado com quatro coordenadores; seis preceptores em que se tem um enfermeiro, um terapeuta ocupacional, um assistente social e três psicólogos, todos vinculados por relações trabalhistas à rede de atenção a saúde. Também fazem parte quatorze estudantes estagiários; de maneira que sete são de enfermagem e sete de psicologia; sendo doze bolsistas do Ministério da Saúde por meio do PET-AD e dois bolsistas da PROPAAE; demonstrando aqui uma ligação entre outros projetos da universidade.

Como estratégia para uma maior abordagem das atividades destinadas a saúde dos drogaditos desenvolvidas pela rede de atenção do município, o programa subdividiu sua equipe em seis grupos em que se têm quatro duplas e dois trios; os quais estão dispostos da seguinte forma: três grupos no CAPS-AD Vale Viver; dois no CAPS II – Nova Vida; e um no ambulatório de saúde mental.

Segundo os entrevistados, não há uma rejeição por parte dos profissionais da rede para receberem os estagiários do projeto nas instituições; muito pelo contrário, ocorre o estabelecimento de uma integração e parceria para o desenvolvimento das atividades. Segundo a coordenadora do PET-AD, a entrada dos petianos⁴⁷ na instituição, não tira o espaço dos profissionais desenvolverem as ações, nem os substituem nas mesmas, mas visa fortalecer as intervenções já efetivadas pelo serviço de saúde.

Para ela, a oferta das bolsas e o pedido de “socorro” dos profissionais, por em diversos momentos se sentirem impotentes diante das demandas, acabam estimulando a aceitação dos estagiários nas instituições. Alguns profissionais não vinculados ao programa podem até vir a se incomodar com a presença dos mesmos, mas não chega a ser nada que possa pontuar como uma resistência, salientando que o estagiário em si (PET-AD ou não), sempre pode incomodar os profissionais já que indagam e questionam o que está posto na realidade do ambiente inserido.

Segundo a coordenadora do CAPS-AD, que também é preceptora do projeto PET-AD, os grupos estão inseridos no CAPS-AD desde 15 de março de 2011, com a antiga gestão da instituição, em que os bolsistas iniciaram atividades na perspectiva de organizar os setores e atualizar os dados, como por exemplo, os endereços dos usuários.

⁴⁶ O curso de Serviço Social é ofertado na UFRB no Centro de Artes Humanidades e Letras (CHAL), no campus localizado em Cachoeira.

⁴⁷ Nome usado entre os membros do programa PET-Saúde para intitular os estudantes que são vinculados ao mesmo.

No início de 2013, período em que assumiu a coordenação da instituição, quatro estagiários do PET-AD desenvolviam atividades, sendo um do curso de enfermagem e três de psicologia; mas em agosto de 2013, passou-se a receber quatro estagiários do curso de psicologia.

Esses estagiários desenvolvem três projetos na instituição, são eles: Projeto Arte Saber, com sala de espera, que acontece às quintas-feiras pela manhã; Grupo de Vivência, às terças-feiras; e Cine Ligação, que são sessões de filmes escolhidos pelos próprios usuários e depois discutidos em grupo, a exibição dos filmes acontece nas sextas-feiras. Também efetivam algumas atividades como grupo de mulheres, rodas de discussões com os pacientes e grupos de reflexão e debate entre os preceptores e os estagiários. As atividades junto aos usuários são efetivadas pelos estagiários sob a orientação e supervisão dos preceptores responsáveis pelos mesmos.

O estagiário entrevistado descreve como integrante de sua rotina no projeto os encontros dos PETs para reuniões quinzenais às segundas-feiras, e semanalmente as quartas-feiras, integração que proporciona uma troca de informações colhidas a partir da vivência do trabalho e aporte teórico. Também o cumprimento de uma carga horaria/turno de 4h semanais em um dos cenários de prática com seus respectivos preceptores; a exibição de filmes do eixo norteador do projeto, sendo uma vez no mês e com participação da comunidade acadêmica; e tempo que é separado para estudo, confecção de diários de campo e outras atividades relacionadas ao projeto.

As discussões teóricas propostas pelo projeto, segundo a coordenadora do mesmo, norteiam-se com base na Política Nacional de Álcool e outras Drogas, lançada pelo Governo Federal em 2010, e todas as políticas e programas que a mesma compila; o que não descarta o uso de outras referências como textos históricos a respeito do tratamento de drogas. Os materiais teóricos que complementam a bibliografia indicada são artigos científicos e produções literárias a respeito do tratamento e prevenção ao uso de drogas.

O estagiário entrevistado pontua que existe um banco de dados que disponibiliza aos membros do grupo o acesso a diversas produções como artigos científicos, políticas, portarias e manuais; e durante o processo de inicialização do estagiário no programa, o mesmo passa pelo “bloco teórico”, com estudo e discussões dos temas relacionados ao projeto, no intuito de aproximar os estudantes do tema e estimular a criticidade a respeito do mesmo.

Destarte, esse primeiro momento é o espaço de preparação em que todos leem e discutem todo o material pertencente ao referencial teórico estipulado pelo projeto para que o

estudante possa a partir de então ser inserido na rotina de trabalho das instituições vinculadas ao PET-AD.

Ao serem questionados de que forma avaliam a dinâmica teoria e prática proposta pelo projeto, à coordenadora e o estagiário esboçaram pensamentos semelhantes, sendo que a primeira respondeu com a seguinte frase: “Pensamento sem ação é ineficaz e ação sem pensamento é perigoso”, afirmando que se deve olhar para os dois sentidos (ação e teoria). Ainda problematiza no sentido de que se deve tentar explorar um pouco mais a teoria para fundamentação da prática.

E a segunda afirmou que não há como dissociar teoria da prática e esclareceu que a todo o momento os preceptores estão incentivando e cobrando a fundamentação teórica nas atividades desenvolvidas e elaboradas pelos estagiários, mas em determinados momentos surgem situações em que a literatura não contempla, e nesses casos as estratégias e ações a serem adotadas para a resolução do problema precisam ser discutidas.

Observa-se nessa fala o que Santos (2010) considera o “caminho de ida e o caminho de volta”; em se pode vislumbrar como o “caminho de ida” a aproximação e análise da realidade tendo como base o aporte do conhecimento teórico, deixando clara a necessidade do conhecer para criticar; e o caminho de volta que ocorre a medida que se abstrai da realidade tudo aquilo que a produção científica ainda não foi capaz de tratar, até mesmo por desconhecer tal fenômeno social.

Essa consideração encontra-se fundamentada na própria concepção de teoria e prática defendida no materialismo histórico-dialético, segundo a qual teoria e prática mantêm uma relação intrínseca, sendo o âmbito da primeira o da “possibilidade” e o da segunda o da “efetividade”. (SANTOS, 2010, p. 5)

Neste ensejo, o programa PET-Saúde, especificamente o projeto PET-AD, demonstra uma grande importância para a compreensão da realidade dos drogaditos, e conseqüentemente a elaboração de um conhecimento científico a respeito da temática, de modo eloquente e dinâmico, na perspectiva dialética do acompanhamento do fazer diário nas instituições vinculadas ao mesmo.

Quando indagados a respeito da visão que tem a respeito do PET-AD, os entrevistados responderam de forma bem semelhantes, sendo que a coordenadora do CAPS-

AD vê no projeto uma forma de se proporcionar crescimento para o profissional ligado a rede de atenção e para a equipe interdisciplinar num todo. Aponta também para a possibilidade de manter o servidor que trabalha na rede atualizada, tendo em vista as aproximações do conhecimento científico e as inquietações dos estudantes mediante a instituição.

Segundo a coordenadora, isso estimula um “fôlego novo”, e traz benefícios tanto para os profissionais quanto para os usuários/comunidade. Resume seu pensamento apontando que “minha visão sobre o PET-AD é extremamente positiva”; e aponta como ganho para a instituição, com a chegada do projeto, a melhoria do vínculo dos usuários com a instituição, principalmente através desses projetos desenvolvidos pelo PET-AD; um maior contato com a UFRB, tanto com os professores quanto com os alunos, o que possibilitou ao profissional da rede de saúde um maior contato com a discussão teórica mais atual; a oportunidade da UFRB retribuir o acolhimento da mesma no município; e a maior interação entre os profissionais de saúde.

A coordenadora do PET-AD diz ser empolgada com o projeto. Afirma que: “É muito interessante para o professor trabalhar mais próximo da capacitação profissional do aluno, e o programa PET proporciona isso, que se esteja sempre com a ”mão na massa”; até porque muita coisa que a gente aprende no livro, principalmente no campo da saúde mental, no “cara a cara” não funciona. Então, trabalhar como professor na capacitação profissional do aluno é algo que me empolga” (informação verbal).

Afirma ainda que a formação profissional por meio de uma aproximação precoce da realidade é uma ótima estratégia pedagógica; já que é muito melhor para a formação desse novo profissional a aproximação da prática ainda no processo de formação, não esperando que o discente chegue ao último ano para ser inserido em campos de estágio, e só então conhecer mais de perto os serviços. Assim, para ela o programa/projeto é uma excelente iniciativa do Ministério Público de Saúde e que, apesar das dificuldades existe um ganho tanto para a universidade, quanto para o município e para os próprios usuários.

Já a opinião do estagiário, assemelha-se a dos outros entrevistados e acrescenta que o PET-AD é uma excelente estratégia de reorganização da formação acadêmica, pois os estudantes têm a oportunidade de se inserir precocemente nos futuros cenários de prática como profissionais. Proporciona também um trabalho interdisciplinar em saúde, já que abre um espaço para que se fomente discussões sobre a temática que é inserida timidamente nas grades curriculares dos cursos de graduação do CCS.

A inserção dos petianos nas instituições do município é feita de forma tímida, contudo bem acentuada e interventiva; percebe-se isso quando os entrevistados são

questionados se há uma divulgação do projeto no município e eles respondem que há, mas não existe uma publicização do programa, nem uma explanação para a comunidade do que é o PET-Saúde/AD.

Os jovens de “camisa polo vermelha”⁴⁸ são facilmente identificados pelos usuários dos setores em que estão inseridos, também nos espaços de integração na universidade (mural do PET-AD, sessões de cinema) e eventos temáticos na universidade e fora dela (congressos, simpósios, etc.). Contudo, a coordenadora do PET-AD acredita que a comunidade de Santo Antônio de Jesus não saiba exatamente do que se trata o projeto.

A divulgação mais efetiva é feita na própria comunidade acadêmica, devido aos editais lançados no site do programa⁴⁹ para os ingressos, e as atividades de interação entre os projetos, como I Mostra PET Saúde, que foi realizada de 4 a 6 de setembro de 2013, no campus CCS. A partir de então passou-se a se pensar em possibilidades para promover ações integradas a serem desenvolvidas internamente, tanto com a comunidade acadêmica quanto com a municipal.

Assim constitui-se a estrutura do projeto PET-AD no município de Santo Antônio de Jesus, em suas particularidades, objetivos e atividades junto às instituições de saúde no município, em parceria com a UFRB; descrito aqui com o auxílio de bibliografias a respeito do tema, documentos que legitimam as diretrizes e criação do mesmo, entrevistas semi-estruturadas e outras fontes.

⁴⁸ Cor da blusa polo usada como farda pelos petianos.

⁴⁹ Página oficial do programa PET-Saúde <http://www.ufrb.edu.br/crr/>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho foi elaborado com o intuito de estabelecer uma aproximação do projeto PET-AD, vinculado ao programa PET-Saúde que está sob a coordenação do programa Pró-saúde, financiado pelo Ministério da Saúde através do programa “Crack, é possível vencer”, que em síntese busca combater, prevenir e tratar o uso abusivo de crack e outras drogas do território brasileiro.

Neste sentido, foi elaborado este estudo de caso como trabalho de conclusão de curso do Serviço Social, que proporcionou a observação na atuação e estruturação do projeto PET-AD no município de Santo Antônio de Jesus, cujo objetivo é promover discussões para a capacitação dos profissionais já inseridos nas instituições, e executar atividades junto às mesmas por discentes sob a supervisão dos respectivos preceptores, a fim de estimular a formação do estudante por um maior contato com a prática.

Os pontos principais que se salienta nesta análise correspondem às mudanças da sociedade e do poder público a respeito da forma de tratar e cuidar dos drogaditos. Observou-se por meio de pesquisa bibliográfica as mudanças ocorridas no Brasil a partir das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, e sua contribuição para a implantação das instituições substitutivas no tratamento dos indivíduos acometidos de transtornos mentais e a inclusão dos dependentes químicos na mesma categoria do CID.

Buscou também identificar as leis que dão base legal para a atribuição desses indivíduos como sujeitos de direitos mediante a vida social, e as instituições governamentais que por consequência foram criadas para a garantia e viabilização desses direitos constitucionais.

Neste sentido, foi fundamental a coleta de informações por meio de contato com bibliografias referentes à temática, para uma maior fundamentação teórica; a aproximação de materiais elaborados pelos petianos e documentos que legalizam as atividades do mesmo. Como também a apuração de informações por meio de pesquisa de campo, em participação de evento promovido pelo programa PET-Saúde, breve observação dos estagiários na instituição CASP-AD Vale Viver; e a aplicação de entrevistas semi-estruturadas com participantes do projeto em distintos setores.

Considera-se, portanto, como resultados de tal aproximação de análise qualitativa a expressiva aceitação do projeto tanto pelos docentes, quanto pelos discentes e profissionais envolvidos no mesmo, já que o PET-AD vem como colaborador para a atualização teórica dos

agentes técnicos sociais que estão em atividades nas instituições, e a capacitação e formação de novos sujeitos por meio da prévia aproximação da realidade social e do trabalho profissional.

Compreende-se que as atividades do projeto surgem no seio social como colaboradoras para a garantia de direitos dos usuários dependentes de substâncias psicoativas, por meio de uma intervenção consciente, crítica e efetiva junto aos mesmos, observando as particularidades no município de Santo Antônio de Jesus.

As atividades do PET-AD, estão muito além do fazer prático. Esboça grande capacidade de produzir um conhecimento científico embasado na própria realidade, o que sugere uma produção de grande peso no que toca a forma de tratamento dos drogaditos e o processo de ressocialização dos mesmos.

Partindo das informações analisadas e apresentadas neste trabalho de conclusão de curso, e a compreensão teórica adquirida durante o processo de formação na graduação no curso do Serviço Social da UFRB, ressalta-se o grande ganho que a sociedade e a comunidade acadêmica pode vir a ter com a inserção do referido curso no programa PET-Saúde.

Tal sugestão apoia-se no fato de que o Serviço Social está inserido nas diversas áreas de saúde a que os projetos do programa se destina; e especificamente aqui o projeto PET-AD, que comunga da visão crítica e interventiva a que o assistente social deve pautar suas ações.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vania Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental**. 2 ed – São Paulo: Cortez 2009.

BRASIL. LEGISLAÇÃO DO SUS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003. 20. ed.

_____. **Legislação e Política Pública Sobre Drogas no Brasil**. Brasília, 2010.

_____. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Programe de Redução de Danos. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/main.asp?ViewID=%7BCD569DD3-197E-4A44-A9C1-5A3E8C00DEAD%7D¶ms=itemID=%7B3A900C31-B07E-4DD7-9C66-C51A27B176DA%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D> acessado em 27 de setembro de 2013 às 23h e 9 min.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CAPS AD em Santo Antônio de Jesus. Disponível em http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2928706201318 acessado em 21 de setembro de 2013 à 1h e 37 min.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. A Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Nº 01/03.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília-DF, 2004.

_____. **Observatório Crack, é possível vencer**. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/noticias/observatorio-do-programa-crack-e-possivel-vencer.html> acessado em 30 de setembro de 2013 às 23h e 50 min.

_____. **POLÍTICA SOBRE DROGAS**. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/senad/main.asp?ViewID=%7BDAC53E8B-B4CF-4ACD-9956-7AD1193B9385%7D¶ms=itemID=%7B68CF7C37-CA76-4DC4-B8C5-35599E3283C4%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D> Acessado em 25 de maio de 2013, as 00h e 51 min.

_____. **PORTAL DA SAÚDE**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35353 acessado em 26 de maio as 15h e 57 min.

_____. PROGRAMA “CRACK, É POSSÍVEL VENCER” DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. A droga. Disponível em <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/a->

droga/composicao-e-acao-no-organismo acessado em 29 de setembro de 2013 às 03h e 43 min.

_____. PROGRAMA “Crack, é possível vencer”. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home> acessado em 2 de agosto de 2013 as 2h e 45min.

_____. PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/programa.html> acessado em 18 de setembro de 2013 às 21h e 23min.

_____. PROGRAMA EM ÁLCOOL E DROGAS VINCULADO A UFRB: <http://www.ufrb.edu.br/crr/> Acessado em 26 de maio de 2013, às 3h e 13min.

_____. PROGRAMA PET-SAÚDE VINCULADO A UFRB. Disponível em <http://www.ufrb.edu.br/crr/index.php/pet>. Acessado em 22 de maio de 2013, às 21h.

CONCEITO de saúde segundo a OMS. Disponível em <http://www.alternativamedicina.com/medicina-tropical/conceito-saude> acessado em 28 de setembro de 2013 às 22h e 54 min.

DICIONÁRIO INFORMAL. **Comorbidade**. São Paulo, 2011.

Disponível em http://www.neip.info/upd_blob/0000/82.pdf Acessado em 2 de agosto de 2013 às 4h e 5min.)

DROGADIÇÃO. Disponível em <http://www.infoescola.com/saude/drogadicao/> Acessado em 26 de maio de 2013, à 1h e 42min.

ESTUDO DE CASOS. Disponível em <http://grupo4te.com.sapo.pt/mie2.html> . Acessado em 24 de maio de 2013, às 22h e 39 min.

FORTI E, Valeria; GUERRA, Yolanda. **Na prática a teoria é outra**. In: FORTI E, Valeria; GUERRA, Yolanda. **Serviço Social: Tema, textos e contextos**. 4º edição. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRANCO, Túlio Batista .**Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil**. **Interface**. Comunic., Saúde, Educ. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

FRANCO, Túlio Batista. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil**. Comunic, Saúde, Educ, v.11, n.23 p.427-38, 2007.

GUERRA, Yolanda. **A dimensão investigativa no exercício profissional**. In: **CFESS, ABEPSS (Orgs.)**. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, ABEPSS, 2009.

HISTÓRIA DA LOUCURA NO SÉCULO XX. Disponível em <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/História-Da-Loucura-No-Século-Xx/209033.html> acessado em 02 de outubro de 2013 às 02h e 33 min.

INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS. Disponível em http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a_polemica_da_internacao_compulsoria.html acessado em 28 de setembro de 2013 às 2h e 13 min.

JACCOUD, Luciana. **Prestação social no Brasil: Debates e Desafios**. JN: Brasil/MDS (ORG). Concepção e Gestão da Proteção Social Não-Contributiva no Brasil: Wesco/MDS, 2009 (p. p. xx – xx).

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **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, 2007.

MACRAE, Edward. **Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos**. Disponível em http://www.neip.info/upd_blob/0000/82.pdf. Acessado em 2 de agosto de 2013 às 4h e 5min.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; CRUZ, Marcelo S. **O adolescente e o uso de drogas**. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 s.2 São Paulo Dec. 2000

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Editora Vozes, Rio de Janeiro. 1994

NÚCLEO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO ADOLESCENTE. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/drogas2.swf> <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/drogas2.swf> acessado em 12 de outubro de 2013 às 4h e 19 min.

O QUE É O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE? Disponível em http://www.mesquita.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=432&Itemid=380 acessado em 28 de setembro de 2013 às 22h e 19 min.

PINHO, Rubim de. **Fragmento da Psiquiatria Transcultural**. Ed. EDUFBA. Salvador, 2002.

REIS, Tatiana Rangel. **Fazer em grupo o que eu não posso fazer sozinho: Indivíduo, grupo e identidade social em alcoólicos anônimos**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.

ROTELLI, F. **Superando o manicômio: O circuito psiquiátrico de Trieste**. In: Amarante, p. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

SANTOS, Claudia Monica. **Na prática a teoria é outra? Mitos e dilemas na relação teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

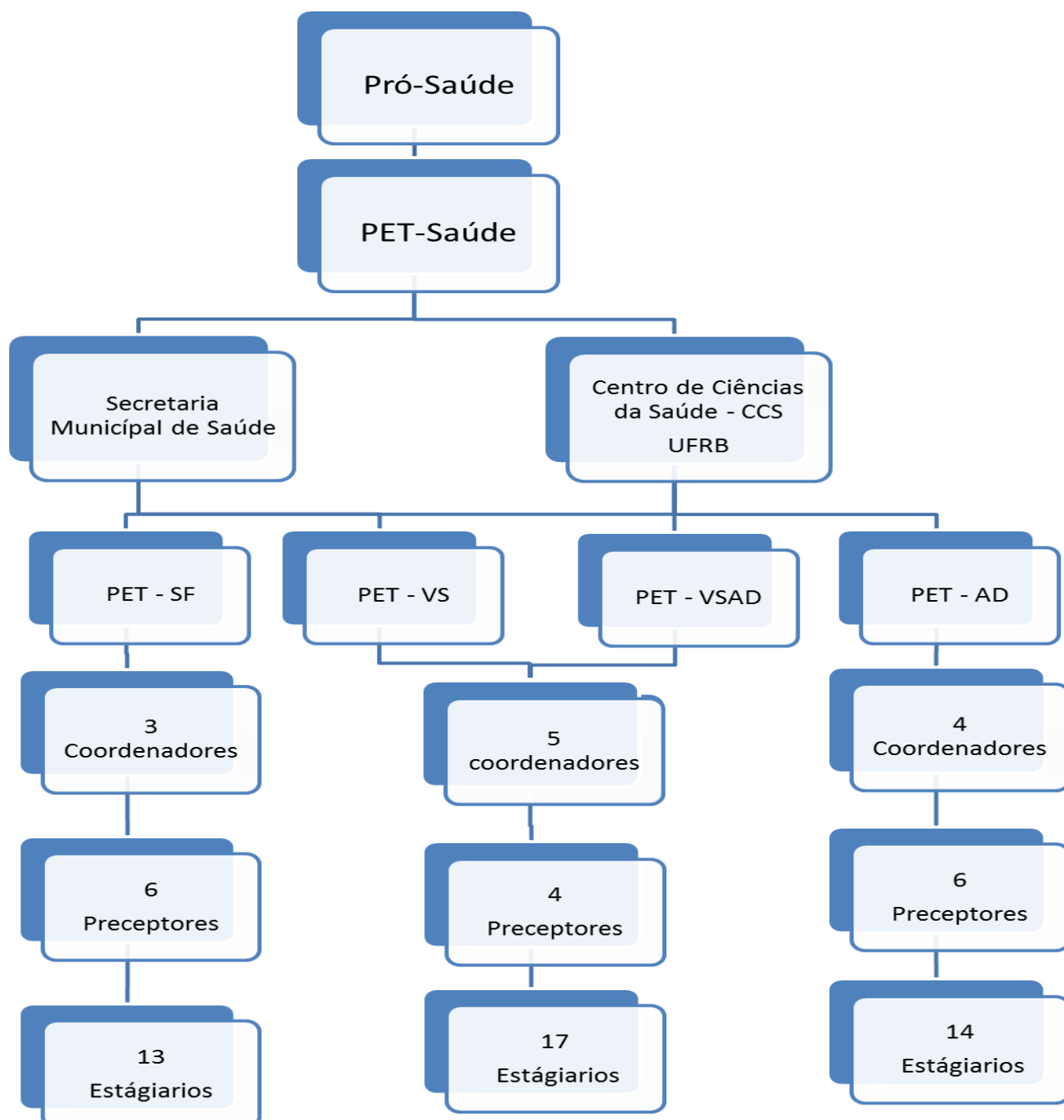
TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, 2002.

TIPOS DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS. Disponível em <http://luzlivre.wordpress.com/2013/01/25/internacao-compulsoria-involuntaria-e-voluntaria-voce-sabe-a-diferenca/> acessado em 28 de setembro de 2013 às 2h e 10 min.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **Entorno do conceito de politica social: Notas introdutórias**. Rio de Janeiro, 2002.

APÊNDICE

APENDICE 1 – Organograma do programa Pet- Saúde no Município de Santo Antônio de Jesus – Ba.



APENDICE 2 - Roteiro para entrevista – Coordenadora do PET

Identificação:

Nome:

Profissão e vínculo institucional:

Programa:

Cargo:

Questões:

1 - O que é o PET AD?

2 - De onde surgiu o interesse de implantar o programa PET-Saúde na UFRB? E o PET-AD?

3 - Os grupos PET existentes interagem de alguma forma?

4 - Qual a rotina do trabalho desenvolvido no PET AD?

5 - Descreva o quadro de participantes do PET-AD?

6 - Quais as condicionalidades para se tornar um bolsista do PET-Saúde? Qual o período de vigência da bolsa e quais são os valores?

7 - Quais as referências bibliográficas básicas são indicadas/trabalhadas junto aos petianos⁵⁰, especificamente no grupo PET-AD?

8 - Como você avalia a dinâmica teoria e prática do PET AD?

9 – Com quais instituições/serviços o PET AD se relaciona formalmente?

10 - Existe resistência das instituições ligadas a rede para receber o programa PET-AD?
Como se manifesta?

11 - Existem conflito/resistência dos profissionais da rede para receber o programa PET-AD?
Como é perceptível?

12- De alguma forma o programa é divulgado para a comunidade?

13- Qual sua visão a respeito do PET-AD?

⁵⁰ Os indivíduos vinculados ao programa PET-Saúde se auto intitulam petianos.

APENDICE 3 - Roteiro para entrevista – Estagiários do PET AD

Identificação:

Nome:

Curso:

Semestre:

Questões:

1 - O que é o PET AD?

2 – De que modo você tomou conhecimento a respeito do programa? O que lhe motivou a se integrar ao mesmo?

3 - Os grupos PET existentes interagem de alguma forma?

4 - Qual a sua rotina de trabalho no PET AD?

6 - Quais as condicionalidades para se tornar um bolsista do PET-Saúde? Qual o período de vigência da bolsa e quais são os valores?

7 - Das referências bibliográficas básicas indicadas para o trabalho no PET AD, o que você já leu?

8 - Como você avalia a dinâmica teoria e prática do PET AD?

9 – Com quais instituições/serviços o PET AD se relaciona formalmente?

10 - Percebe resistência das instituições ligadas a rede para receber o programa PET-AD? Como se manifesta?

12 - De alguma forma o programa é divulgado para a comunidade?

13 - Qual sua visão a respeito do PET-AD?

APENDICE 4 - Roteiro para entrevista no CAPS-AD Vale Viver

Identificação:

Nome:

Instituição:

Endereço:

Profissão:

Cargo (no CAPS AD Vale Viver):

Função (que ocupa junto ao Programa PET AD)

Questões:

- 1 Desde quando o PET-AD atua no CAPS?
2. Quais são os projetos desenvolvidos?
3. Quantos petianos participam dos projetos desenvolvidos na instituição? O que fazem?
4. Quais os ganhos para as atividades da instituição com a chegada do PET-AD?
5. Qual o tipo de vínculo que você tem o PET-AD? (alguns profissionais preceptores recebem algum tipo de bolsa)
6. Qual sua visão a respeito do PET-AD?

APENDICE 5 - Termo de consentimento livre e esclarecido

Concordo em participar, como voluntário (a), do projeto de graduação intitulado **Política de Atenção a Usuários de Álcool, Crack e Outras Drogas** que tem como pesquisadora responsável **Michele Santos de Oliveira**, aluno do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. O referido projeto, que está sob estrita orientação da professora **Silvia Cristina Arantes de Souza**, tem por objetivo:

- Conhecer a dimensão teórico-metodológico do Programa Nacional de Educação pelo Trabalho para a **Saúde Mental/ Crack, Álcool e outras Drogas (PET-AD)**, por meio da experiência desenvolvida pela UFRB no município de Santo Antônio de Jesus.

Estou ciente que minha participação se dará a partir de **concessão de entrevista**, e de que este estudo possui finalidade de pesquisa. Os dados obtidos serão divulgados segundo diretrizes éticas da pesquisa, com a preservação do anonimato dos participantes, assegurando assim sua privacidade. Estou ciente que posso abandonar a minha participação na pesquisa quando quiser e que não receberei nenhum pagamento por esta participação.

Contatos:

Prof^ª. Ms. Silvia Cristina A. de Souza
(75) 9100-8875
sillaran@ufrb.edu.br

Michele Santos de Oliveira
(75) 8113-9929 / 3674-8006
Chele_1312@hotmail.com

Assinatura

Local e data _____, ____/____/____