

# Universidade Federal do Pampa

**TRABALHO DE CONCLUSÃO  
DE CURSO**

**REDE DE ATENDIMENTO À DEPENDÊNCIA DE  
CRACK: EM PERSPECTIVA O OLHAR DOS  
DEPENDENTES**

**Autor: Tiago da Silva Andrade  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Elisângela Maia Pessoa**

**SÃO BORJA/RS**

**2014**

**TIAGO DA SILVA ANDRADE**

**REDE DE ATENDIMENTO À DEPENDÊNCIA DE CRACK: EM  
PERSPECTIVA O OLHAR DOS DEPENDENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Elisângela Maia Pessôa

**São Borja  
2014**

**TIAGO DA SILVA ANDRADE**

**REDE DE ATENDIMENTO À DEPENDÊNCIA DE CRACK: EM  
PERSPECTIVA O OLHAR DOS DEPENDENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Serviço  
Social da Universidade Federal do  
Pampa, como requisito parcial para  
obtenção do Título de Bacharel em  
Serviço Social.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 26 de Março de  
2014

Banca examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elisângela Maia Pessôa.  
Orientadora  
(Serviço Social/ Graduação) - Unipampa

---

Prof. Dr. Ronaldo Bernardino Colvero  
(Ciência Política/ Graduação) - Unipampa

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Simone Barros de Oliveira  
(Serviço Social/ Graduação) - Unipampa

Dedico este trabalho aos meus PAIS, razões da minha vida, pois, o sonho da graduação só foi possível com o apoio incondicional de vocês em todos os momentos. Amo vocês...

## AGRADECIMENTO

Então chega o momento de relembrar a trajetória percorrida até aqui, relembrar os fatos marcantes e as pessoas que fizeram parte da minha trajetória. Pessoas que tive o privilégio de compartilhar momentos felizes e tristes. Tenho muito para agradecer neste momento, pois a realização deste sonho só foi possível porque tive o apoio de pessoas especiais.

Agradeço a Deus por ter me dado força e saúde durante toda essa trajetória. Meus pais, João e Cristina por terem me ensinado a lutar pelos meus sonhos e sempre me incentivarem na busca do conhecimento. A minha mãe, por sempre se fazer presente mesmo que longe, por ter o melhor abraço do mundo e ser minha base. Obrigado Mãe por ter me ensinado a ter determinação e não desistir dos meus sonhos mesmo quando eles pareciam impossíveis. Ao meu pai, por oportunizar que esse sonho se tornasse realidade, mesmo que para isso, muitas vezes, tivesse que sacrificar os seus sonhos, para que o meu se tornasse realidade. Obrigado pai e mãe, pois, sem a confiança e amor de vocês nada teria sido possível.

Aos meus irmãos Mateus, Ana, Jovane, Caroline e Julia por sempre me apoiar e entenderem minha ausência em alguns momentos importantes de suas vidas. Agradeço o carinho que sempre tiveram comigo essa conquista também é de vocês, amo muito vocês.

A minha segunda família nestes quatro anos, Charles Hoepner, Vanelise Aloraldo, Maize da Luz e Jonatan Ariel. Ao Charles meu muito obrigado, por ser mais do que um amigo, és um irmão que a vida me trouxe. Obrigado por estar comigo em todos os momentos desta trajetória e por sempre me incentivar quando as coisas pareciam não ter saída. Pelos inúmeros cafés compartilhados depois das aulas, pelas angustias e conquistas vivenciadas. Pelas inúmeras noites de conversas onde saíamos caminhando sem rumo pela cidade, pois a ansiedade era demais para ficarmos parados, aliás, essa palavra não existe em nossos dicionários, não é meu amigo/irmão? Quero deixar aqui o meu até breve e dizer que és muito importante pra mim e que te amo. Que o sucesso esteja sempre ao teu lado nesta nova trajetória que se inicia.

Obrigado ao sorriso mais lindo das manhãs e tardes da Unipampa, ou como muitos dizem a Miss sorriso. Vane, obrigado pelas palavras de carinho e brigas, mas tudo com um nível de respeito incrível. Obrigado pela tua dedicação e amizade, sempre tem um jeitinho pra tudo, mesmo quando alguém do grupo brigava lá estava você reunindo todos e lendo uma mensagem, fazendo com que todos chorassem e fizessem as pazes. Tu és admirável, tens um lindo futuro pela frente. Deixo expresso aqui minha admiração e respeito por ti, são tantos momentos compartilhados e daria um livro destes quatro anos. Então só tenho a agradecer pelo carinho e amizade dedicados a minha pessoa, amo você (sei que você gosta de enfeitar tudo com flores e corações, mas aqui não foi possível amiga).

Maize, obrigado pela sincera amizade, por me aturar esses dois anos e meio em que dividimos casa. Nós somos dois chatos e por isso nos aturamos, as diferenças são muitas, deve ser por isso que nós damos tão bem. Obrigado pelo carinho, pelas conversas, pelo abraço carinhoso de chegada das férias, pelas inúmeras ligações para me acordar e saber se estou bem. Sei que você brigaria para me defender se possível. Enfim, só quero dizer que vou sentir muito a tua falta e que minhas manhãs sem as tuas ligações não vão ser mais as mesmas. Acredito que nossa amizade não acabe aqui, pois, estarei sempre por perto, te amo. Desejo-te muito sucesso e não tenho dúvidas de que terás.

Ao meu amigo Ariel, obrigado por dividir moradia comigo, e até quarto, muitas vezes, obrigado pelo bom humor de sempre. Passamos por poucas e boas juntos nestes três anos e meio de convívio, mas, você esteve ao meu lado em todos os momentos. E você sempre tinha e tem uma visão diferenciada das coisas e muitas vezes me abria os olhos. Saiba que te respeito muito e que te admiro pela coragem e bravura com que enfrenta a vida. Você foi é importante neste processo, pois, foi uma das pessoas que mais esteve junto comigo, que conhece e sabe muito de mim. É por isso és muito importante. Deixo aqui o meu até breve, pois, você não vai se livrar de mim assim tão fácil estarás pra sempre do lado esquerdo do peito.

Quero agradecer ao trio do ensino médio pela sincera e verdadeira amizade obrigado Tainara, Amanda e Ariane por continuarem preservando nossa amizade há tanto tempo. Em muitos momentos especiais de vocês eu não pude me fazer presente, como em suas formaturas, por ter dado prioridade

a minha formação e por vocês compreenderem isso muito bem. Desejo-lhes muito sucesso, nas profissões escolhidas.

Quero agradecer meu grande amigo William Gomes que sempre esteve comigo, por aturar meus maus humores, pelo carinho e por sempre estar torcendo por mim. Te levo no lado esquerdo do peito e desejo muito sucesso na sua trajetória acadêmica.

Quero agradecer também a duas pessoas incríveis que tive a oportunidade de conhecer neste tempo em São Borja. Karine Lopes, obrigado por tanta preocupação, por estar sempre comigo e por se tornar tão importante. Por se fazer presente, e por entender os meus momentos de afastamento, pois foram necessários, tua amizade foi fundamental nesse processo. Obrigado pelo carinho e confiança sempre depositados em mim. E ao Rodrigo Goulart por todo carinho, pelas conversas tão verdadeiras e importantes, por estar comigo em alguns momentos decisivos da minha vida e por desde o primeiro momento ter demonstrado respeito e carinho. te admiro muito, obrigado por tudo.

O meu muito obrigado aos colegas Rozane, Flavio, José Flavio e Rozeli e Silvani, obrigado pelas caronas, pelas conversas, pelas piadas, apoio e carinho de sempre, foi um prazer estar ao lado de vocês nessa trajetória. Quero agradecer também aos colegas de biblioteca nesta reta final de construção do trabalho de conclusão de curso, Luis Manoel, Francielle Bassante, Gabriel Brandão e Priscila Amaral. Obrigado por tornarem este momento mais leve, gostaria de ter me aproximado de você por mais tempo, sentirei saudades.

Quero agradecer aos meus amigos e colegas de Unipampa, que tornaram meus dias mais alegres Juliana Macedo, Lorraine Inácio, Danilo, Daiane e Kairo. Obrigado pelo carinho e pelos inúmeros cafés compartilhados. Já sinto saudades de todos. A Rafaela Corrêa pela sua alegria contagiante nas inúmeras tardes na biblioteca, pelas caronas e pelos momentos muito divertidos em sua companhia que serão lembrados com muito carinho por mim. Ao amigo Nizar muito obrigado pelas piadinhas de sempre. Você era a alegria da casa e muitas vezes quem colocava ordem. Foi um prazer dividir casa com você seu “chatão”!

Obrigado a professora Elisângela Maia Pessôa, por sempre acreditar no meu potencial, obrigado pela a oportunidade de trabalhar contigo por dois

anos e meio de projeto de iniciação de pesquisa, aprendi e aprendo muito contigo. Obrigado por ter despertado em mim a paixão pela pesquisa, por ser uma amiga em muitos momentos te admiro muito. E por ser uma das pessoas responsáveis por este trabalho.

A professora Simone, pelo carinho de sempre e pela oportunidade de trabalhar no grupo de pesquisa. Ao professor Ronaldo por ter publicado meu primeiro artigo em seu livro obrigado professor pelo incentivo.

Aos professores que contribuíram para meu amadurecimento teórico nesses quatro anos de formação. A Unipampa por ter me proporcionado uma formação de qualidade tenho orgulho de ter estudado nesta instituição e sempre que puder retornarei.

“A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade”.

Paulo Freire

## RESUMO

O presente estudo foi elaborado a partir da pesquisa efetuada na Rede de atendimento a dependência de Crack a qual resultou na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC. O trabalho apresentado tinha como objetivo analisar qual a compreensão que os dependentes químicos de Crack têm sobre a rede de atendimento e os serviços prestados pelas instituições. Ainda verificar se os mesmos se enxergam como cidadão de direitos e como eles visualizam o trabalho do assistente social nestas instituições. O estudo tornou-se relevante a medida que há necessidade de ampliação de conhecimento científico sobre o uso de Crack e principalmente quanto à rede de atendimento. A distância da capital dificulta acesso a indicadores que levem a programas de prevenção e aprofundamento da qualidade no atendimento. As instituições a serem pesquisadas foram Hospital, CAPsAD e Comunidades Terapêuticas que compõem a rede de atendimento seja no processo de desintoxicação, socialização, tratamento e apoio as famílias. Quanto à metodologia utilizou-se do método Crítico-Dialético, por meio das categorias: historicidade, totalidade e contradição. Buscou-se suporte na pesquisa de tipo qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista com aplicação de formulário no município de São Borja nas instituições que compõem a rede totalizando entrevista com quatro sujeitos de três instituições. Dentre os autores da análise de conteúdo, optou-se pelo método utilizado por Gagnetem (1987). A pesquisa revelou que a maior parte dos usuários desconhece a existência de um trabalho em rede, percebem poucas ações, mas não a associam com a rede. Os sujeitos não se vêem como sujeitos de direito enquanto usuários, não tem conhecimento sobre a legislação, considerando os atendimentos prestados como “ajuda”. Apresentam imagem distorcida quanto a atribuições do assistente social que necessita proporcionar maior visibilidade a suas ações. Percebe-se que dentre tantas nuances o direito a informação ainda esta fragilizado enquanto direito a cidadania.

**Palavras-Chave:** Crack, Rede de Atendimento, Saúde Mental, Políticas Públicas, Serviço Social.

## RESUMEN

El presente estudio fue elaborado a partir de la investigación efectuada en los centros de atención a dependientes de crack. La cual resulto en la elaboración de Trabajo Final del Curso. El trabajo presentado tenia como objetivo Analizar que comprenden los dependientes del crack sobre estos servicios de atención prestados por las instituciones. Todavía se verifica se los mismos se visualizan como ciudadanos con derecho y como ellos ven el trabajo del asistente social en estas instituciones. El estudio se torna relevante a medida que haya necesidades de amplitud en el conocimiento científico sobre el uso del crack y principalmente en cuanto a los centros de atención. La distancia de la capital dificulta el acceso a los indicadores que lleven programas de prevención y profundizen la calidad en la atención. Las instituciones que fueron investigadas fueron el Hospital, CAPSAD y Comunidades terapéuticas que componen los centros de atención , ya sean en el proceso de desintoxicación, sociabilización, tratamiento y apoyo a las familias. En cuanto a la metodología que se utilizo , fue Critico-Dialectico, por medio de las categorías, histórico, total y contradictorio. Se busco soporte en las investigaciones de tipo cualitativas. La recolección de datos se dio por medio de entrevistas con la aplicación de encuestas en el municipio de Sao Borja, en las instituciones que componen la red , en total fueron 4 sujetos de 3 instituciones que hicieron la contestaron. Dentro de los autores del análisis del contenido , se opto por el método utilizado por Gagnetem (1987).la investigación revelo que la mayor parte de los usuarios desconoce la existencia de un trabajo en la red. Perciben pocas acciones, pero no la asocian con ella. Los sujetos no se ven como sujetos de derecho en cuanto a los usuarios. No tienen conocimiento sobre la legislación, considerando la atención recibida como ayuda, presentan una imagen distorcionada em cuanto a las atribuciones del asistente social que necesita proporcionar la mayor visibilidad de sus acciones. Se percibe que dentro de tantos matices el derecho a la informacion todavia esta frágil em cuanto al derecho a la ciudadanía.

**Palabras-Clave:** Crack, Red de servicios, Salud Mental, Políticas Públicas, Trabajo Social.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fases Metodológicas .....	25
Quadro 2 – Constituição de CAPS Brasileiros .....	34

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial.

CAPS ad - Centro de Atenção

CT - Comunidades Terapêutica

FAPERGS - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

FHC - Fernando Henrique Cardoso

LBA - Legião Brasileira de Assistência

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

PTI - Projeto Terapêutico Individual

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

RD – Redução de Danos

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>O Método Crítico-Dialético e suas categorias .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2</b>	<b>A pesquisa e a coleta de dados .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>SAÚDE MENTAL: ASPECTOS HISTÓRICOS NO BRASIL .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1</b>	<b>As configurações das políticas de atendimento a dependência química ....</b>	<b>27</b>
<b>3.2</b>	<b>Rede de atendimento em dependência química.....</b>	<b>32</b>
<b>3.3</b>	<b>O Crack no cenário brasileiro .....</b>	<b>39</b>
<b>4</b>	<b>REALIDADE DA REDE DE ATENDIMENTO À DEPENDÊNCIA DE CRACK: OLHAR DO USUÁRIO.....</b>	<b>44</b>
<b>4.1</b>	<b>A rede de atendimento e suas interfaces.....</b>	<b>45</b>
<b>4.2</b>	<b>Os usuários em foco: percepção e perspectivas .....</b>	<b>53</b>
<b>4.3</b>	<b>A atuação do Assistente Social frente à rede de atendimento à dependência química: limites e possibilidades de intervenção .....</b>	<b>58</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>67</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil o crack vem se alastrando de forma descontrolada. A última pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) com o Ministério da Justiça, mostra que nas capitais brasileiras têm-se em torno de 370 mil usuários de Crack. Este cenário vem se alastrando com muita intensidade em todo país. Este é um dos maiores levantamentos de dados feitos nas capitais brasileiras – o que não quer dizer que o mesmo não ocorre em municípios de pequeno porte –. A pesquisa mostra que o acesso aos serviços atualmente disponíveis ainda é simplório. De acordo com os pesquisadores esse fato só reforça a necessidade de ampliação desses serviços (CASA CIVIL, 2013).

O presente Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social intitulado “Rede de Atendimento à Dependência de Crack: em perspectiva o olhar dos dependentes” teve como problema de pesquisa a seguinte questão: Como os usuários da rede de atendimento aos dependentes químicos de crack compreendem os serviços prestados pelas instituições? A pesquisa se propôs analisar como os dependentes químicos de Crack visualizam os serviços prestados pelas instituições para indicar possibilidades de melhorias a partir da realidade dos sujeitos. Buscou-se identificar ainda como os sujeitos percebem a articulação entre os CAPSad, Comunidades Terapêuticas e Hospitais para verificar se há a execução de atividade em rede em prol da recuperação dos sujeitos. Ainda buscou-se verificar se há conhecimento por parte dos usuários quanto às legislações de atendimento para compreender se os mesmos se reconhecem como sujeitos de direitos.

Considerando que este trabalho tem como base a área de conhecimento em Serviço Social, buscou-se indicativos quanto como estes sujeitos visualizam o trabalho do assistente social dentro das instituições para dar visibilidade às possibilidades de intervenção profissional. Para tanto o trabalho versa sobre o trabalho em rede as atuais configurações das políticas públicas voltadas a temática do Crack.

A aproximação do acadêmico com a temática ocorreu através do projeto de pesquisa intitulado “Interfaces da Rede de atendimento aos dependentes de Crack na Região das Missões e Fronteira Oeste do Estado do

Rio Grande do Sul” onde o referido acadêmico foi bolsista de iniciação científica. O projeto tinha como agência de fomento a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS). Com o aprofundamento de estudos sobre a temática dependência química e crack surgiu o desejo de investigar a visão dos sujeitos sobre os serviços, já que o projeto de pesquisa citado acima realizou o mapeamento da rede de atendimento assim como o conjunto dos serviços prestados.

O presente trabalho é composto por cinco capítulos. Inicia-se o trabalho apresentando o processo metodológico empregado para a construção deste trabalho objetivando situar os leitores sobre o caminho percorrido para dar visibilidade à fala dos sujeitos. A metodologia se faz necessária e fundamental no processo e estruturação de uma pesquisa, pois ela percorre todo o processo de elaboração e execução e análise dos dados levantados. O método utilizado para a elaboração deste trabalho foi o Crítico-Dialético, tendo como suporte o uso da pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa não é uma pesquisa que leva em consideração um grande número de sujeito, pois é de suma importância aprofundar o conhecimento em relação àquele sujeito com o qual o diálogo está sendo estabelecido.

A opção pela teoria crítica se dá a partir da percepção de que ela possibilita analisar as relações entre os sujeitos em seu contexto social e não como seres isolados da realidade cotidiana em que estão inseridos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com aplicação de formulário com dez (10) questões abertas e fechadas. Dentre os autores da análise de conteúdo, optou-se pelo método utilizado por Gagnem (1987), seu método divide-se em sete etapas: reconstrução, análise, interpretação, conceitualização, generalização, conclusão e elaboração de propostas.

O terceiro capítulo tem por objetivo debater as bases históricas da saúde mental no Brasil. Desta forma aborda sucintamente, o movimento de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária no Brasil. Destaca-se as influências que o neoliberalismo exerce no Estado e conseqüentemente nas políticas de saúde, para que se possa entender as configurações das políticas no atendimento a dependência química. O capítulo dá visibilidade a estrutura da rede de atendimento regulamentada no Brasil, quais as legislações que a compõe e como ela se articula enquanto, estrutura para o atendimento de

sujeitos em uso abusivo de drogas. Realiza-se uma breve problematização acerca do surgimento do Crack e a chegada do mesmo no Brasil e no Estado do Rio Grande do Sul. Nesta perspectiva ainda se aborda o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e quais as suas metas e objetivos. Trata-se sobre o termo de adesão do estado a esse plano e quais as atividades compete ao estado do Rio Grande do Sul.

O quarto capítulo apresenta os resultados obtidos através da pesquisa que originou este trabalho. Apresenta-se em um primeiro momento o trabalho da rede de atendimento e qual a visão dos usuários dos serviços sobre o trabalho desenvolvido pelas instituições, pontuando se eles reconhecem um trabalho em conjunto entre as instituições e como ele acontece. A seguir debate-se sobre a percepção e perspectivas dos usuários perante a rede de atendimento. Por fim apresenta-se a visão que os sujeitos têm sobre a atuação do assistente social frente à rede de atendimento e também os limites e as possibilidades de intervenção a partir da realidade revelada pela pesquisa.

A pesquisa tornou-se relevante, pois, dá voz aos sujeitos que fazem uso dos serviços, sujeitos estes que quase nunca ou nunca são ouvidos pelas gestões. Entender como estes se vêm diante do contexto em que estão inseridos constitui-se enquanto reconhecimento do direito a cidadania. Se estes estão acessando direitos como cidadão, se são esclarecidos pelos profissionais sobre seus direitos e se tem algum conhecimento sobre a legislação de atendimento, torna-se relevante para o progresso das intervenções que devem levar em conta a realidade e interesses dos sujeitos.

## 2 PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

O presente capítulo versa sobre o processo metodológico adotado para a realização da pesquisa intitulada “Rede de Atendimento à Dependência de Crack: em perspectiva o olhar dos dependentes”. Esta Pesquisa foi realizada para obter elementos referentes ao tema problematizado no decorrer deste trabalho, bem como a elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). A metodologia se faz necessária, e fundamental no processo e estruturação de uma pesquisa, pois ela percorre todo o processo de elaboração, execução e análise dos dados levantados.

[...] é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade) (DESLANDES, 2012, p.14).

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) objetivou problematizar e refletir acerca de como os usuários da rede de atendimento aos dependentes químicos de crack percebem os serviços prestados pelas instituições. O método utilizado para a elaboração do trabalho foi o Crítico-Dialético, tendo como suporte o uso da pesquisa qualitativa, sendo esta “um processo de reflexão e análise da realidade através da utilização de métodos e técnicas para compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico e/ou segundo sua estruturação” (OLIVEIRA, 2010, p.37).

A pesquisa qualitativa não é uma pesquisa que leva em consideração um grande número de sujeitos, pois é de suma importância aprofundar o conhecimento em relação àquele sujeito com o qual o diálogo está sendo estabelecido. O olhar qualitativo busca entender como o sujeito percebe a sua realidade, quais os significados que estes sujeitos têm referente àquilo que o problema de pesquisa procura desvendar. Não há procura de medidas estatísticas, mas de significados, de vivências, pois, trabalha-se com a concepção de sujeito coletivo. Ou seja, a pessoa que está sendo convidada a participar da pesquisa tem um referencial grupal, de família, de amigos, entre

outros, expressando de forma típica o conjunto de vivências de seu grupo (MARTINELLI, 1999).

A opção pela teoria crítica se dá a partir da percepção de que ela possibilita analisar as relações entre os sujeitos em seu contexto social e não como seres isolados da realidade cotidiana em que estão inseridos. Compreendem-se que estes sujeitos estão inclusos em uma dada realidade onde desenvolvem relações entre si em processos, muitas vezes, contraditórios, e que por vezes estão presentes aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos. Deste modo, esta relação caracteriza-se como sendo um movimento que vai do particular para o universal, onde os fenômenos vistos não se dão de forma isolada, mas intrinsecamente correlacionados (OLIVEIRA, 2009).

A pesquisa teve como tema a rede de atendimento aos dependentes de crack. O objetivo consistiu em analisar como os dependentes químicos de Crack percebiam os serviços prestados pelas instituições para que pudessem indicar possibilidades de melhorias a partir da realidade daqueles sujeitos. Dessa forma, tentou-se identificar como os sujeitos compreendiam a articulação entre os CAPSad, Comunidade Terapêuticas e Hospitais, para que então pudesse ser verificada a existência da execução de atividades em rede para a promoção da recuperação dos sujeitos. Verificou-se se havia conhecimento, por parte dos usuários, quanto às legislações de atendimento para compreender se os mesmos se reconheciam como sujeitos de direitos.

Buscou-se desvelar como esses sujeitos observavam o trabalho do assistente social dentro das instituições para dar visibilidade às possibilidades de intervenção profissional nesse espaço. Nessa perspectiva foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: Como os usuários compreendem os serviços prestados? Como os usuários visualizam a rede de atendimento do seu município? Há reconhecimento das legislações de atendimentos aos dependentes químicos? Como os usuários observam o trabalho do assistente social dentro das instituições?

## 2.1 O Método Crítico-Dialético e suas categorias

O método escolhido para o desenvolvimento da pesquisa foi o método crítico-dialético, por entender que o objeto pesquisado faz parte da realidade social, estando em constante mudança. O método de pesquisa é o caminho ou o raciocínio utilizado para se chegar ao objetivo da pesquisa. O método dialético crítico considera que a realidade não deve ser interpretada fora do contexto social, político, econômico e cultural.

Nesta perspectiva, o método crítico apresenta três categorias teóricas que servirão de suporte à pesquisa, são elas: Historicidade, Totalidade e Contradição. Para que se possa analisar a realidade de forma dialética não é prudente separar as categorias contradição, totalidade e historicidade, pois elas estão mutuamente imbricadas. Estas categorias não se constituem apenas como elemento para analisar o real, mas é parte do próprio real. As contradições são históricas e mudam de sentido quando analisadas juntamente com outros fenômenos que compõe o real, ou seja, a totalidade. A totalidade é contraditória e seu movimento só acontece por existirem opostos que pressionam o seu movimento e este desenvolvimento é a sua historicidade. Neste caso não há como tratar de forma isolada essas categorias, pois, seria privá-las de sua relação inclusiva, é analisá-las de forma não dialética fragmentada e sem movimento.

A historicidade trata o sujeito como indivíduo social, não isolado de sua realidade social que condiciona sua história. Considera que as relações que se estabelecem: políticas, culturais, econômicas e sociais se entrelaçam e não podem ser compreendidas umas sem as outras.

A historicidade significa o reconhecimento da processualidade, do movimento e transformação do homem e dos fenômenos sociais. Significa que os fenômenos não são estáticos, estão em curso de desenvolvimento e portanto só podem ser apreendidos por cortes históricos (PRATES, 2000, p.25).

Nesse sentido, busca-se conhecer o conjunto de fenômenos que aconteceram e acontecem na vida dos sujeitos, ou seja, compreender a construção de suas histórias e suas transformações. A totalidade leva em conta não apenas as particularidades sociais, econômicas e culturais, mas também a

análise de que as questões estruturais (locais, nacionais e mundiais) também estão correlacionadas com o cotidiano dos sujeitos. Para Kosik (2002) a totalidade é uma maneira de entender a realidade e suas íntimas leis. Revela, para além da causalidade, a realidade que se apresenta, ou seja, desvela sua essência interna e dos aspectos fenomênicos da realidade das partes e do todo, coloca-se em antítese à posição do empirismo.

A totalidade mais do que a reunião de todas as partes, significa um todo articulando, conectado, onde a relação entre as partes altera o sentido de cada parte e do todo. A totalidade concreta não é um todo dado, mas em movimento de autocriação permanente, o que implica a historicização dos fenômenos que a compõe (PRATES, 2000, p.25).

Para analisar um fenômeno há necessidade de problematização de forma interligada com o todo. Busca-se a relação que um tem com o outro para entendimento da realidade. Portanto, é preciso levar em conta os significados atribuídos; os diferentes sujeitos em interação; os aspectos culturais, econômicos e sociais; e os costumes, valores e relações estabelecidas por estes sujeitos. Faz-se necessário levar em conta o nível de consciência e de organização e que estes são elementos que se agregam à família, comunidade e a existência de redes. Precisa-se levar em conta que esses são elementos de uma totalidade que se influenciam mutuamente (PRATES, 2000). A contradição se refere às forças opostas que se contradizem. É um movimento de superação, porque, assim como nega, também cria novas possibilidades de transformação (resistência).

[...] podemos definir a contradição como uma negação inclusiva, onde as partes envolvidas são dependentes em termos de significados (nega, mas não exclui o oposto, há sim, a luta e unidade dos contrários). É a definição de um elemento pelo que ele não é; a pressuposição necessária da existência do oposto (PRATES, 2000, p.24).

A contradição pressupõe argumentar contra, ou seja, não pode existir o belo se não existir o feio, pois a contradição destrói (nega) e constrói (argumenta contra) e supera ao mesmo tempo. Desvelar a contradição é exatamente mostrar os opostos em luta e movimento. Assim, as categorias do

método Crítico-Dialético articulam-se e jamais interagem de forma isolada (CFESS, 2011).

## 2.2 A pesquisa e a coleta de dados

Optou-se pela pesquisa qualitativa, pois esta é pautada no aprofundamento das informações coletadas durante a pesquisa. Conforme Deslandes (2012) a pesquisa qualitativa trabalha com o profundo, com o universo das informações, com todo o universo que cerca o entrevistado, ou seja, o objeto de estudo.

A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos (RICHARDSON, 2011, p.90).

Na pesquisa qualitativa, ao se aproximar dos sujeitos, deve-se sempre tentar descobrir questões que não estão postas aos olhos, de modo aparente, mas sim buscar compreender as particularidades de cada grupo, suas especificidades e significados dados por estes sujeitos a cada situação. Os dados qualitativos são descrições detalhadas de situações tendo como objetivo compreender os indivíduos em seus próprios termos. Estes dados não são padronizáveis, e faz com que o pesquisador seja flexível e criativo no momento da coleta e da análise. Não há regras específicas ou passos a serem seguidos. O bom resultado da pesquisa depende da sensibilidade, intuição e experiência do pesquisador.

[...] os métodos qualitativos enfatizam as particularidades de um fenômeno em termos de seu significado para o grupo pesquisado. É como um mergulho em profundidade dentro de um grupo “bom para pensar” questões relevantes para o tema estudado (GOLDENBERG, 2004, p.49).

Ainda tem por objetivo trazer à tona o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado, o que eles têm a dizer a respeito, e não apenas a visão do pesquisador em relação ao problema. Se quisermos

conhecer modos de vida, temos que conhecer pessoas (MARTINELLI, 1999). Neste sentido, a pesquisa realizada da visibilidade à fala dos sujeitos dependentes químicos a partir do olhar que eles têm sobre a rede de atendimento.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com aplicação de formulário (apêndice A) com dez (10) questões abertas e fechadas. Foram visitadas quatro (4) instituições um hospital, um CAPsAD e duas comunidades terapêuticas no município de São Borja. Os usuários em tratamento nestas instituições foram selecionados por meio de amostra intencional que “consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população” (GIL, 2007, p.104). Os sujeitos foram indicados por profissionais da instituição – preferencialmente profissionais do Serviço Social –, sendo que estes deveriam ser dependentes de Crack. Foram entrevistados dois sujeitos por instituição totalizando 8 sujeitos participantes da pesquisa. Houve preocupação com o fato dos sujeitos poderem sentir desconforto em participar do estudo por sentirem-se pressionados a avaliar a rede ou ainda por não se sentirem aptos a responderem as questões, neste caso os mesmos poderiam desistir a qualquer tempo de participar.

Os nomes dos participantes foram substituídos por letras do alfabeto a exemplo: sujeito A, sujeito B, sujeito C, separados por categoria de instituição (Caps – AD, Hospitais e Comunidades Terapêuticas). Foi apresentado termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o pesquisado. A coleta de dados ocorreu após consentimento do comitê de ética. O resultado desse trabalho vai ser socializado em forma de relatório sucinto enviado para as instituições e sujeitos participantes. Outra forma de socializar os resultados obtidos será por meio de publicações em periódicos e em eventos.

### **2.3 Análise dos dados**

Analisar e interpretar em conjunto com os sujeitos usuários a realidade da qual somos parte. É somente a partir de uma análise bem feita que podemos ressignificar espaços e, assim, pensar, coletivamente, alternativas de

enfrentamento, redescobrimo potencialidades, trocando experiências e identificações, para que possamos então dar visibilidade às fragilidades e assim tentar superá-las (PRATES, 2003).

Para a análise dos dados, optou-se pela análise de conteúdo que é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemático e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 1979, p.40). Dentre os autores da análise de conteúdo, preferiu-se o método utilizado por Gagnetem (1987), já que este método foi estudado e utilizado para análise de conteúdo no projeto de iniciação científica do qual o acadêmico, foi bolsista.

A autora sistematiza ordenadamente seu método em sete etapas (reconstrução, análise, interpretação, conceitualização, generalização, conclusão e elaboração de propostas). O pesquisador não pode desconsiderar que estas etapas devem ser aplicadas de forma harmônica e consistente, para que realmente os dados coletados tenham um tratamento oportuno e os resultados sejam analisados de forma coerente, reportando-se constantemente ao enfoque dialético-crítico, escolhido [...] (PESSOA, 2007, p. 63).

A **reconstrução** se dá por meio de uma leitura aprofundada das falas dos sujeitos. Essa leitura deverá ter objetivos já pré-estabelecidos que venham nortear o método. Logo após a leitura, as respostas serão divididas em fragmentos significativos para que haja indicativos relevantes para o conhecimento e esclarecimento das falas obtidas, conforme os objetivos e questões norteadoras da pesquisa.

Na **análise** os fragmentos, já obtidos pelo pesquisador, expressam as contradições e tensões de forma direta ou indireta. Neste momento, o pesquisador deverá estar atento às falas, ordenando-as de acordo sua reiteração contradições e tensões que as falas expressam. As falas são ordenadas segundo sua reiteração (o que mais se repete na entrevista), ressonância (o que mais chama atenção do pesquisador) e estratégia (falas que apresentam indícios de futuras intervenções ou melhoria da condição estabelecida no cotidiano do entrevistado). Logo após esta etapa deve-se dar início ao processo de codificar, encodificar e codificar, ou seja, o processo segue três momentos distintos. No primeiro as falas serão grifadas, no segundo momento serão ordenadas conforme a relevância que expressam e num

terceiro momento elas serão codificadas segundo a sua relevância (PESSÔA, 2007). Ou seja, “analisar é entender o todo através do conhecimento e entendimento das partes” (GAGNETEN 1987, p. 78).

A **interpretação** é o momento em que o pesquisador dá sentido às falas escolhidas. O ato de interpretar requer um prévio conhecimento teórico sobre a temática discutida. Conforme Gagneten (1987) interpretar significa reduzir suas questões importantes, núcleos com significados. Pois é o momento em que o pesquisador pode relacionar os objetivos e as questões norteadoras com os dados coletados. Neste sentido, o pesquisador deverá estar aberto para o conhecimento e inclusive para possíveis resultados não previstos que poderão retratar categorias empíricas (PESSÔA, 2007).

A **conceitualização** é o momento de unificação entre as falas dos sujeitos com os termos teóricos que norteiam a pesquisa, sendo que esses deverão estar intrinsecamente ligados com as categorias escolhidas. Nesta perspectiva, os significados expressos e teoria vem dar suporte à relevância do tema para que o produto da pesquisa apresente relevância teórico-científica. A **Generalização** é quando se relaciona as particularidades da fala dos sujeitos com as conceitualizações e assim articulando com a conjuntura histórica, política e cultural em que se estabelece no tempo de acontecimentos dos fatos, possibilitando observações externas e internas a prática do entrevistador inferir determinadas deduções e conclusões a respeito da realidade do entrevistado ou de uma comunidade. É de suma importância que o pesquisador não generalize os fatos a ponto de recorrer a fontes fenomenológicas (PESSÔA, 2007).

As duas últimas etapas se complementam e interagem de forma recíproca e constante. Pois estas etapas são sistematizadas tanto nas **conclusões** quanto na **elaboração de propostas**. No momento de reconstrução, o pesquisador pode grifar indicadores que remetem a essas considerações. Sendo assim, é nesta etapa que o pesquisador pode dar materialidade a sua pesquisa, podendo considerar a experiência, os entraves, as conquistas do processo, avaliando se os objetivos foram alcançados. É nesta etapa que o pesquisador entende claramente quão importante são as falas dos sujeitos e como elas podem expressar considerações vitais ao entendimento teórico (PESSÔA, 2007).

**Quadro 1 - Fases Metodológicas.**

<b>FASES.</b>	<b>TÉCNICAS</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>
<b>Reconstrução</b>	Relato descritivo da situação vivenciada, tempo e espaço.	Diário de campo e entrevistas gravadas.
<b>Análise</b>	As falas são ordenadas segundo sua reiteração Ou as que mais chamam a atenção do pesquisador. Os 3	Fichas temáticas.
<b>Interpretação</b>	Confronto teórico sobre a temática. Levantamento e investigação documental e teórica.	Bibliografias sobre o tema.
<b>Conceitualização</b>	Construção teórica a partir da interpretação	Resumo conceitual de cada categoria.
<b>Generalização</b>	Relação entre as particularidades e concepções de cada sujeito	Resumo das categorias.
<b>Conclusão</b>	Confrontação e construção da teoria a partir dos pontos relevantes da fala dos entrevistados.	Tabela de correlação texto-contexto.
<b>Propostas</b>	A relação entre as políticas sociais e os resultados da pesquisa.	Arquivos recursos institucionais, econômicos e humanos e processos infraestruturais envolvidos ambas as alternativas têm de sair das contra propostas Prática populares.

Fonte: Gagneten (1987, p.107) – Traduzido pelo autor.

A pesquisa tem relevância por contribuir no desenvolvimento de processos que afirmam a participação e protagonismo dos usuários. O estudo a partir do olhar do dependente químico contribui para desvelar a realidade em que ele está inserido, ao mesmo tempo em que auxilia na construção de novas possibilidades de intervenção do assistente social em conjunto às equipes da rede de atendimento.

O estudo colabora para evidenciar a importância da inserção do profissional de Serviço Social integrando a rede de atendimento, proporcionando construção de indicadores relevantes para qualificação dos serviços e atendimentos prestados, fomentando a implantação, implementação e ampliação de políticas públicas de saúde mental. A pesquisa produziu

conhecimento sobre a dependência química, apontando os pontos fortes e as fragilidades da rede. Ampliando debates junto aos acadêmicos da universidade e os atores que compõem essa rede, assim como as demais comunidades interessadas. A partir deste estudo, há possibilidade de publicações que poderão divulgar o modo de vida, realidade, dependência, políticas públicas, acesso e atendimento aos dependentes de Crack.

### **3 SAÚDE MENTAL: ASPECTOS HISTÓRICOS NO BRASIL**

O presente capítulo tem por objetivo debater as bases históricas da saúde mental no Brasil. Desta forma, abordará sucintamente o movimento de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária no Brasil que datam da década de 1970. Demarca as influências que o neoliberalismo exerce no Estado e conseqüentemente as políticas de saúde, para que se possa entender as configurações das políticas no atendimento à dependência química.

Dar-se-á uma atenção especial à rede de atendimento em dependência química e sua regulamentação. O capítulo dá visibilidade em relação a como a rede está regulamentada, quais as legislações que a compõe e como ela se articula enquanto, estrutura e legislação para o atendimento de sujeitos em uso abusivo de drogas – neste trabalho o recorte persiste em torno do Crack –. Destaca-se como deve ser a realização do trabalho quanto ao atendimento em dependência química.

Por fim, realiza-se uma breve problematização acerca do surgimento do Crack e a chegada do mesmo no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul. Nesta perspectiva, ainda se abordará o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e quais as suas metas e objetivos. Será tratado ainda sobre o termo de adesão do estado a esse plano e quais as atividades compete ao estado do Rio Grande do Sul.

#### **3.1 As configurações das políticas de atendimento a dependência química**

No Brasil, a reforma psiquiátrica iniciou nos anos 70 – influenciada pela Reforma Sanitária que já estava presente desde a década de 1960 – ainda de forma desorganizada, com críticas fragmentadas e pontuais ao governo autoritário. O movimento só ganhou força, de fato, na década de 1980, impulsionado pela inserção de novos atores, militantes de várias profissões e com distintas orientações políticas, dentre eles – professores universitários, alunos, pesquisadores, representantes de movimentos populares da sociedade civil e representantes de partidos políticos – (CAMPOS, 2006).

Segundo Fleury (2009, p.747) o projeto da reforma sanitária estruturou-se sobre a chamada “crise do conhecimento e da prática médica, crise do

autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde”. Onde os movimentos populares ocuparam espaços públicos com intenção de mudar o sistema de saúde, até então precária. Assim, conseqüentemente a Reforma Psiquiátrica tornou-se movimento sociopolítico na saúde pública brasileira. Destaca-se que a

Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998, s/n).

Um dos fatos mais relevantes para que se discutisse a questão saúde no Brasil foi à realização da 8ª Conferencia Nacional de Saúde. Foi através da 8ª\_Conferência que a saúde começou a ser pensada como uma política. Esse pensar referia-se ao atendimento da sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único de Saúde, mas também a Reforma Sanitária (BRAVO, 2009). A primeira conquista desta luta veio através da aprovação da Constituição Federal de 1988, que traz a saúde como direito de todos e dever do Estado. Este foi um avanço importante, pois mudaria principalmente a maneira como as políticas de saúde seriam pensadas a partir desta data. Pontua-se que:

(...) o SUS tem por princípios a universalidade no acesso, a igualdade no tratamento e a equidade na distribuição dos recursos, esta como instrumento de aprimoramento da igualdade entre os cidadãos. Suas diretrizes são compostas pela descentralização (transferência de serviços da esfera federal para a estadual e destes para a municipal) pelo atendimento integral (atividades assistenciais e preventivas) e pela participação da comunidade (por meio das conferências e conselhos de saúde), esta consagrada em nosso meio como controle social (ELIAS; DOURADO, 2011, p.118).

Nem todo cidadão poderia desfrutar dos serviços de saúde antes da aprovação da Constituição Federal de 1988. Nesta perspectiva, a população dividia-se em brasileiros que podiam pagar por serviços privados, os que tinham direito à saúde pública e os assegurados pela previdência social. Vale

ressaltar que antes da criação do SUS<sup>1</sup> a saúde não era vista como direito social. Esta lógica só foi mudada com a efetivação e regulamentação do SUS que ocorreu por meio da Lei 8.080 (1990), Lei Orgânica da Saúde. Conforme Conh (1999, p.68) “é essa legislação que trata das competências das três esferas de governo”, ou seja, as responsabilidades passam a ser partilhadas entre União, Estados e Municípios. Ao mesmo tempo em que se conquistava esse direito, o neoliberalismo de maneira contraditória começava a ganhar força e influenciar nas políticas de saúde, como se observa:

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil está tendo êxito em vários segmentos de atuação, mas infelizmente desde os meados dos anos 1990, com a hegemonia das políticas neoliberais, que trazem em seu bojo uma desvalorização do trabalho humano, uma falta de solidariedade para com os excluídos, um desmonte das políticas sociais, uma conjuntura de não democratização (entre outros inúmeros fatores), o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem sofrido reverses na continuidade de suas propostas, dentre elas a diminuição do investimento público no setor de Saúde Mental (BISNETO, 2011, p. 42).

Nesta perspectiva, o pensamento neoliberal defende o mercado livre, acredita que mercado é mediador fundamental das relações societárias. Repudia toda a ação que venha ameaçar ou limitar a liberdade econômica e política. No que tange às políticas sociais, o neoliberalismo não as concebe como direitos, mas sim como ato de filantropia, ou seja, o Estado deve ter ações centradas nos pobres, atendendo assim os mais necessitados. Deixando que as organizações do terceiro setor se responsabilizem pela resolução das demandas públicas, reduzindo a responsabilidade do Estado. Ao mesmo tempo em que o projeto da reforma amplia os direitos, as práticas neoliberais os restringem, criando espaço para projetos da saúde voltados para os interesses do mercado (RIZZOTTO, 2009).

Bravo e Matos (2009) apontam que o movimento sanitário, construído nos meados dos anos 70, “conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado”. Dentro desta onda neoliberal, os governos estão interessados em diminuir os custos da assistência psiquiátrica dos hospitais do Estado, aproveitando para não internar pacientes, com a desculpa de que não

---

<sup>1</sup> Sistema Único de Saúde.

há vagas. E assim, cada vez mais, o neoliberalismo vai influenciando nas políticas e nas relações do Estado. Assim:

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. A proposta de política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída (BRAVO, 2009, p.100).

Esta desconstrução acontece com a expressiva redução de verbas e a não contratação de novos serviços, porém, contraditoriamente ou não, o Estado continua repassando verbas públicas para os empresários do terceiro setor. Mesmo quando não há interesse econômico imediato, há sim interesses de favorecimentos pessoais ou políticos e ideológicos. Desta maneira, o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) tratou das reformas orientadas para o mercado reformando o Estado com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social (BERING, BOSCHETTI, 2011).

No que tange à reforma psiquiátrica, uma das suas principais finalidades diz respeito à desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais decorrente do uso abusivo de drogas ou não. Seu foco passou a ser a reinserção, ou seja, à volta à vida em sociedade, em família e a inserção no mercado de trabalho. Com a institucionalização do SUS também se ampliou o conceito de saúde para além de apenas a saúde curativa (BISNETO, 2011). Destaca-se que:

Inserida na política de saúde, e seus mecanismos de implantação, encontra-se a Política de Saúde Mental que, a partir da Reforma Psiquiátrica apresentou outro modelo de atenção à saúde mental brasileira. O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira apresentou-se como a ruptura do então modelo proposto no da Saúde Mental, fazendo com que o usuário do serviço não fosse visto como “louco”, institucionalizado e sem perspectivas de recuperação e melhora na qualidade de vida (BANDEIRA, 2014, p.18).

Conforme a Lei 10.216/2011, a internação em hospitais ou clínicas só pode ocorrer depois que todas as alternativas em meio aberto tenham se esgotado. Quanto ao atendimento, ela dispõe que a pessoa e seus familiares

ou responsáveis seja esclarecida sobre os seus direitos. Acesso ao melhor tratamento disponibilizado pelo sistema de saúde, apropriado às suas necessidades. Ser tratado com humanidade e respeito com a intenção exclusiva em beneficiar a sua saúde, visando à recuperação e à volta ao seu núcleo familiar, no trabalho e comunidade. Destaca-se ainda que:

No que tange à legislação o deputado Paulo Delgado propôs, em 1989, o Projeto de Lei nº 3657/1989, para a substituição progressiva dos então manicômios por serviços psiquiátricos alternativos, sendo um marco referencial à luta antimanicomial e a desinstitucionalização da Psiquiatria Tradicional. Este projeto foi transformado em Lei Ordinária, nº 10.216 no ano de 2001, e reforça a proteção aos sujeitos e apresenta os direitos das pessoas com transtornos mentais em seu artigo 2º (BANDEIRA, 2014, p.19).

Os sujeitos devem ser protegidos de qualquer forma de abuso ou exploração, ter garantia de sigilo nas informações prestadas, ter a presença do médico, sempre que necessitar para esclarecimentos referentes à sua hospitalização involuntária. É direito ainda ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis e receber o maior número de informações a respeito de sua enfermidade ou de seu tratamento. No seu tratamento, o usuário deve ser tratado com os meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, garantindo assim a integridade e dignidade dos sujeitos (BRASIL, 2001).

Portanto, as lutas e as conquistas iniciadas nos anos 70 influenciaram, foram e são de suma importância para a composição das políticas de saúde. É inegável que a sociedade, através dos movimentos sociais, conquistou um dos mais importantes direitos – materializados através da no Sistema Único de Saúde – o direito à saúde para todos. Mesmo que enfraquecido pelas influências do neoliberalismo, o SUS continua sendo uma dos modelos de saúde mais bem estruturados do mundo. As políticas de saúde estão articuladas para dispor sobre a estrutura e regulamentação da rede de atendimento. Rede esta que disponibiliza os serviços à comunidade de maneira universal. É imprescindível que se compreenda como esta rede está estruturada e como os serviços são disponibilizados aos sujeitos, pois as redes são um dos pontos chaves para o funcionamento do SUS como veremos a seguir.

### 3.2 Rede de atendimento em dependência química

No Brasil o sistema de saúde está organizado em rede para que se possa garantir um melhor acesso ao atendimento à população e assim acessar de maneira mais rápida, com menos burocracia, evitando o inchaço nos serviços e a redução no tempo de espera. Mas também é uma estratégia do Estado para reduzir os custos e baratear os serviços.

As propostas de redes no suporte às políticas públicas têm sido, crescentemente, adotadas, a partir da década de 90, para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de complexificação das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público (MENDES, 2011, p.79).

As redes têm sido propostas para que se possa administrar políticas e projetos em que os recursos são baixos ou escassos e os problemas complexos. A rede está presente em projetos ou políticas que tenham interação de agentes públicos e privados, centrais e locais. Que tenham uma crescente demanda por benefícios, e por participação cidadã. Para que a gestão eficaz das redes torna-se necessário que se trabalhe diariamente com consenso. Para melhor administrar as situações do cotidiano em que todos os atores envolvidos saiam ganhando, ou seja, negociar soluções, monitorar e avaliar permanentemente os processos (BAPTISTA, 2002).

A rede desempenha um papel fundamental para que o Sistema Único de Saúde funcione. Conforme Mendes (2011, p.79) as principais vantagens das redes são: “a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos”. Ou seja, a criação de vínculos entre os profissionais que possibilite uma melhor compreensão e reduz as incertezas nas políticas e nos programas. E ainda reduz custos e ganha melhoria de qualidade.

Para entender como funciona e está disposta a Rede de Atenção Psicossocial, destaca-se a portaria número 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

A referida portaria dispõe sobre Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. A Rede de Atenção Psicossocial deverá estar constituída pelos seguintes componentes: I – Atenção Básica em Saúde; - II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e VII - Reabilitação Psicossocial. Para este estudo dar-se-á foco em especial a Atenção Psicossocial Especializada que corresponde aos CAPSad<sup>2</sup>, Atenção Residencial de Caráter Transitório na qual estão inclusas as comunidades terapêuticas e também a Atenção Hospitalar. O primeiro CAPS do Brasil foi criado em 1987, na cidade de São Paulo e, em 1989 foram criados, em Santos, os NAPS<sup>3</sup>, com atenção 24 horas, posteriormente denominados de CAPS III. Pontua-se que:

A Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992 definiu o que são os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e, dez anos após, a Portaria nº 336/GM, criada em 19 de fevereiro de 2002, pelo Ministério da Saúde, atualizou a sua regulação (SCHNEIDER, 2009, pg.80).

Atualmente no Brasil tem-se a seguinte formatação de CAPS por tipo conforme quadro abaixo:

---

<sup>2</sup> Centro de Atendimento Psicossocial.

<sup>3</sup> Núcleos de Atenção Psicossocial.

**Quadro 02 – Constituição de CAPS Brasileiros: 336/2001**

<b>Tipo de CAPS</b>	<b>Característica</b>	<b>Horário de Funcionamento</b>
CAPS I	Atende prioritariamente sujeitos com intenso sofrimento psíquico decorrentes de transtornos mentais incluindo substâncias psicoativas.	Deve funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos.
CAPS II	Atende pessoas com intenso sofrimento psíquico; transtornos mentais graves; substâncias psicoativas e pessoas em situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.	Deve funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.
CAPS III	Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; por determinação do gestor local; - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental.	Deve funcionar 24 horas inclusive em feriados.
CAPS i II	Responsável por crianças/adolescentes considerando o ECA com cuidados clínicos contínuos.	Deve funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.
CAPS ad II	Prestar supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes; supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território.	Deve funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

Fonte: portaria 336/2011 – sistematizado pelo autor

Com o passar do tempo, outras instituições foram surgindo e assim foram implementados os CAPS em vários municípios do país. Eles funcionaram como dispositivos estratégicos para a superação do modelo asilar no contexto da reforma sanitária. Este novo lugar era destinado a pessoas com sofrimento mental, decorrentes de transtornos mentais, incluindo aqueles por dependência de álcool e outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O melhor e principal exemplo foi o processo iniciado em 1989 em Santos, no estado de São Paulo, em um governo municipal assumido pelo Partido dos Trabalhadores, e que constituiu o principal laboratório dos chamados *Núcleos de Atenção Psicossocial*, [...] um serviço comunitário de portas abertas durante 24 horas por dia, sete dias por semana, e capaz de atender a praticamente todo tipo de demanda de cuidado em saúde mental, incluindo uma estrutura de alguns poucos leitos, com grande capacidade de substituição dos hospitais psiquiátricos convencionais. O processo na capital de São Paulo

também foi importante como experiência inicial dos *Centros de convivência* e principalmente dos *Centros de Atenção Psicossocial*, serviços abertos oito horas por dia, cinco dias por semana (...) (VASCONCELOS, 2006, p. 26, grifos do autor).

Conforme a legislação, a equipe do CAPS ad<sup>4</sup> deve ser constituído por uma equipe multiprofissional que trabalhe de forma multidisciplinar nas modalidades de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O trabalho deve ser realizado em espaços coletivos, com grupos, assembleias de usuários e reunião diária de equipe. O trabalho com o usuário deve ser desenvolvido através do Projeto Terapêutico Individual (PTI), construído com a equipe, usuário e a família (BRASIL, 2011).

Atenção Hospitalar deve atender às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em uma enfermaria especializada. Enquanto o Hospital geral oferece tratamento para casos graves, em especial de abstinências e intoxicações severas. O cuidado do hospital deve estar em consonância com Projeto Terapêutico Individual, já desenvolvido pelo serviço de referência, com uma internação de curta duração até a melhora clínica. A equipe de trabalho da enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral deverá ser constituída de forma multidisciplinar e o modo de funcionamento deverá ser interdisciplinar. O Serviço Hospitalar de Referência sempre acolhe os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção de turnos, seguindo e respeitando as determinações da Lei nº 10.216, de 2001<sup>5</sup> (BRASIL, 2011).

A Atenção Residencial de Caráter Transitório é uma unidade de acolhimento que oferece cuidados contínuos de saúde, dentre os quais estão às comunidades terapêuticas. Devem oferecer cuidados contínuos de saúde com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, no período transitório

---

<sup>4</sup> Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Outras Drogas.

<sup>5</sup> Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Destaca no art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

de até nove (09) meses. Seus usuários devem ser adultos com necessidades clínicas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Estas instituições devem funcionar de forma articulada com a atenção básica, pois esta apoia e reforça os cuidados clínicos de seus usuários. Também devem trabalhar de forma articulada com o CAPS, que será o responsável pela indicação e acolhimento, assim como acompanhamento especializado durante o tratamento. O CAPS também será responsável pelo planejamento da saída, acompanhamento e pela promoção de reinserção do usuário na comunidade (BRASIL, 2011).

O governo federal lançou, em 2012, uma portaria de apoio e incentivo financeiro destinado aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. O incentivo financeiro custeado pelo governo foi no valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para cada módulo de 15 (quinze) vagas de atenção em regime de residência. O número total de residentes na entidade beneficiária não pode ultrapassar 30 (trinta).

§ 2º O valor do recurso financeiro de que trata o caput desse artigo será incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos respectivos Estados, Municípios e do Distrito Federal, e destina-se a apoiar o custeio de entidade pública ou parceria com entidade sem fins lucrativos. § 3º O recurso financeiro de que trata este artigo deverá ser utilizado exclusivamente para atividades que visem o cuidado em saúde para os usuários das entidades (BRASIL, 2012 p.1-2).

Para que as instituições interessadas possam receber o incentivo, devem integrar uma região de saúde que tenha pelo menos um Centro de Atendimento Psicossocial, preferencialmente um Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad III) uma Unidade de Acolhimento Adulto, serviço hospitalar de referência, SAMU e pronto socorro ou pronto atendimento e/ou unidade de pronto atendimento. O repasse do incentivo financeiro deve ser suspenso, se ocorrer algum descumprimento dos requisitos estabelecido por tal portaria.

A legislação reforça a todo o momento como deve ser realizado o trabalho em rede no atendimento dos usuários e como esta rede deve estar articulada para atender as particularidades de cada tratamento. Daí a

importância da organização da rede de atenção em saúde mental, promovendo articulação com a comunidade buscando autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os indivíduos a partir do seu território, suas particularidades e subjetividade. Destaca-se que:

A estruturação da rede de atenção em saúde mental é fundamental no processo de inclusão do usuário e consequente alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica: o resgate da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico (SCHNEIDER, 2009, p.79).

Levando-se em consideração a atual legislação de saúde mental, pode-se dizer que os serviços prestados pela rede de atendimento em saúde mental funcionam como estratégia de atenção, pois, criam espaços de convívio ao mesmo tempo em que valorizam as subjetividades dos sujeitos, acolhem-se as diferenças reveladas pelo sofrimento psíquico – seja ele de causa natural ou por decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas –. Dessa forma, pode-se levar em consideração a complexidade e a sua abrangência, o CAPS deve estar integrado em uma rede de cuidados, que possibilite atender a complexidade das demandas de inclusão, pois estas se fazem necessárias para que seus objetivos sejam atingidos (SCHNEIDER, 2009). Pontua-se que:

O que se observa em muitas obras sobre as redes sociais é uma clareza na formatação metodológica que possibilita, através de passos predefinidos, mas não estanques, realizar o processo de planejamento e de execução de ações e de projetos em rede, principalmente vinculado à rede de serviços sociais de caráter intersetorial e interdisciplinar (GUIMARÃES, 2007, p.45).

Em pesquisa realizada pela Universidade Federal do Pampa com o apoio da Fundação de Amparo à pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) do ano de 2011 intitulada: Interfaces da Rede de Atendimento aos Dependentes de Crack na Região das Missões e Fronteira Oeste do Estado do Rio Grande do Sul. Sob a coordenação da Professora Dr<sup>a</sup> Elisângela Maia Pessôa – na qual o acadêmico participou como bolsista de iniciação de científica –, evidencia-se que nas regiões das Missões e Fronteira Oeste do Estado do Rio Grande do Sul o trabalho em rede ainda é muito fragilizado e praticamente inexistente. Dados mostram de forma clara a pouca compreensão

dos profissionais destas instituições sobre o trabalho em rede. Quando perguntados quanto ao trabalho em rede, muitos entrevistados chegaram a dizer que existe certa rivalidade entre as instituições que compõem a rede de atendimento em saúde mental.

A competição é manifestada por meio do número de atendimentos realizados assim como pela busca de verbas estaduais e federais, por vezes parece que o foco sai do sujeito para a sustentabilidade institucional, porém é fato que a razão de existir da instituição é o sujeito e não a visibilidade social e política das instituições. A rede também por ora manifesta um jogo de empurra dos sujeitos, ou seja, quando a situação é grave envolvendo vários processos inclusive judiciários e a família não tem condições de pagar o tratamento às instituições podem apegar-se mais a questões burocráticas que de atendimento. É eminente à necessidade da rede de atendimento planejar estratégias preventivas (PESSÔA; ANDRADE, 2012, p.34).

É indispensável à constituição de uma rede de saúde mental, não só de serviços, mas que tenha orçamento efetivo com recursos financeiros, materiais e recursos humanos especializados, com base nas relações sociais estabelecidas, assim como projetos e programas em andamento. Como os círculos de serviços, que integram a rede atendimentos, revelando-se assim as possibilidades que o entorno do usuário oferece, para que a intervenção seja mais efetiva, valorizando o contato com a família, vizinhos, escola, etc. Destaca-se que a família é extremamente importante para que o tratamento ocorra da melhor maneira, pois possibilitará o melhor segurança ao sujeito.

[...] o transtorno mental implica uma sobrecarga emocional e temporal por exigir da família de seu portador maior dedicação, tendo em vista que, nas crises, ele precisa ser cuidado e vigiado em função do risco de auto-agressão, como também de heteroagressão (ROSA, 2006, p.271).

A participação da família, integrando o processo terapêutico do usuário, é preconizada na responsabilização que esta possui junto ao seu tratamento e cuidado. Mas sem culpabilizar a família pela existência da doença psíquica. Desta forma, torna-se fundamental a articulação entre os serviços e instituições, de acordo com as necessidades de cada sujeito. O mesmo se faz indispensável para que se consiga criar condições de recuperação às pessoas que se encontram em alguma situação de vulnerabilidade. Acredita-se que

essa articulação entre os serviços contribua efetivamente para a recuperação do usuário com condições salubres em seu cotidiano (BANDEIRA, 2014).

Cabe ressaltar que as redes têm sido propostas para que se possam administrar políticas e projetos em que os recursos são baixos ou escassos e para os problemas complexos. Ao mesmo tempo, a rede desempenha um papel fundamental para que o Sistema Único de Saúde funcione. A Rede de Atenção Psicossocial deve funcionar de acordo com a portaria número 3.088 de 23 de dezembro de 2011. A portaria regulamenta o atendimento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Estes deverão ser os públicos alvos desta rede, mas ainda não se tem um tratamento específico para os usuários de crack dentro da rede isto faz com que, cada vez mais, seja importante que se conheça esta rede, mais sobre o crack, e como enfrentá-lo da melhor maneira. O crack é uma das drogas mais devastadoras da atualidade conforme será abordado no próximo item.

### **3.3 O Crack no cenário brasileiro**

Para contextualizar o Crack no cenário brasileiro, faz-se necessário realizar um breve resgate histórico sobre seu surgimento. O uso desta substância eclodiu, entre os anos 1984 e 1985, nos bairros pobres de Los Angeles, Nova York e Miami. Bairros estes habitados em sua grande maioria por negros ou hispânicos acometidos por grandes índices de desemprego. A droga era obtida de modo simples por seus usuários, pois era de fabricação caseira e utilizada em grupo, dentro de casas com graus variados de abandono e precariedade (crack houses). Os cristais eram fumados em cachimbos e estralavam (cracking) quando expostos ao fogo, característica que lhes conferiu o nome (ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011).

O crack é uma forma distinta de levar a molécula de cocaína ao cérebro. Sabe-se que a cocaína é uma substância encontrada em um arbusto originado de regiões dos Andes, sendo a Bolívia, o Peru e a Colômbia seus principais produtores. Os nativos desta região mascam as folhas da coca desde antes da chegada dos conquistadores espanhóis no século XVI. No século XIX, a planta foi levada para a Europa onde se identificou qual era a substância que

provocava seu efeito. Esta foi, então, chamada de cocaína (CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2010, p.39).

O crack é utilizado, predominantemente, pelos jovens em sua maioria usuários de cocaína refinada, atraídos pelo baixo preço. Como também usuários de outras substâncias foram substituindo seu consumo e há aquele que adotou o crack como sua primeira substância. Juntaram-se a essa população usuários de envenenos de cocaína, geralmente mais velhos por segurança com as vias de administração da droga, pois assim não estariam tão expostos ao vírus da AIDS. O baixo preço também atraiu usuários de classes mais baixas que pagavam por dose consumida (OGATA; RIBEIRO, 2010, p.66).

Em termos de Brasil, os dados apresentam-se de forma incipiente. Em São Paulo, o consumo do crack vem crescendo rapidamente devido ao seu preço baixo, fácil acesso e rápida dependência.

As informações de chegada do crack no Brasil são advindas da imprensa leiga ou de órgãos policiais. A apreensão de crack, realizada pela Polícia Federal aumentou 166 vezes. A cidade de São Paulo foi a mais atingida. A primeira apreensão da substância nos municípios registrada nos arquivos da divisão de Investigações sobre entorpecentes (DIESE), aconteceu em 1990 (ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011, p.170).

Já o consumo de crack no Rio Grande do Sul surgiu nesta década, sendo a cidade de Caixas do Sul porta de entrada para a droga no estado, o que gerou um grande aumento da violência e do tráfico na região. O estado do Rio do Grande do Sul tem um grande número de usuários, o que já caracterizou uma epidemia, estimando-se que existam no estado 50 mil dependentes da droga. O Crack é uma droga contemporânea e seus malefícios são considerados problema de saúde pública, devido a sua rápida popularidade, levando em consideração o seu baixo custo e alto poder dependógeno. Destaca-se que:

O *crack* sobrecarregou um sistema que se encontrava absolutamente combalido, desprovido de ambientes de tratamento específicos e de redes de atendimentos integradas. Nenhum serviço ou equipamento de saúde isolado conseguira responder às demandas do usuário de *crack*. Não há tratamento único, por melhor que este seja. Do mesmo

modo, estratégias de tratamento baseadas na redução de danos para usuários de *crack* apresentam incongruências (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010, pg.21, grifos do autor).

O crack se alastrou de maneira tão rápida que pode ser considerado uma epidemia. A rede de saúde está despreparada para atender o elevado número de usuários. O crack vem se disseminando na maioria das regiões do país, inclusive em cidades interioranas com problemas relacionados ao seu uso e ao tráfico. O Governo Federal lançou o programa: “Crack é Possível Vencer” com a finalidade de prevenir o uso e promover a atenção integral ao usuário de crack. O programa tem como objetivo aumentar os serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio de enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas, promover ações de educação, informação e capacitação (BRASIL, 2012). Pontua-se que:

Atualmente, há uma percepção generalizada de aumento da prevalência de consumo de *crack* em diversas regiões brasileiras, ainda que não tenha sido mesurada de forma rigorosa em pesquisas epidemiológicas. De qualquer modo, a partir dos elementos já existentes, é possível dizer que, tendo em vista o grande sofrimento individual e familiar relacionado ao *crack*, já se trata de um problema de saúde pública em nosso meio (ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011, p.171).

Neste sentido, o programa “Crack é possível Vencer” busca articulação com os governos federal, estaduais, municipais, e distrital, além da sociedade civil organizada, para implementar ações e compartilhar compromissos e responsabilidades. Para tanto há a necessidade de se integrar os esforços do poder público e da sociedade civil para sua execução. Busca-se uma maior valorização da integração das redes de prevenção, cuidado e segurança para atendimento aos usuários e seus familiares no enfrentamento ao crack. Bem como aproveitamento das potencialidades e recursos locais e regionais na elaboração, desenvolvimento, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas (BRASIL, 2012).

No que tange a legislação específica sobre o crack, foi aprovado, em 20 de maio de 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack que institui a prevenção, o tratamento e a reinserção social de usuários e o enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. As ações previstas no Plano

Integrado de Enfrentamento ao Crack devem ser executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios de forma interdisciplinar e intersetorial integrando a sociedade civil e o controle social nas suas ações e tem como objetivos:

I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua; II - estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS; III - capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas; IV - promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas; V - disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas; e VI - fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos Municípios de fronteira (BRASIL, 2010, s/p).

Conforme a pesquisa “Interfaces da Rede de Atendimento aos Dependentes de Crack na Região das Missões e Fronteira Oeste do Estado do Rio Grande do Sul”. Foi constatado que não está sendo feito nada daquilo que o plano estipula. Em contato com os municípios, todos foram unânimes em dizer que não tinham conhecimento sobre o Plano de Enfrentamento ao Crack e que não haviam recebido nenhuma orientação a respeito do mesmo (PESSÔA; ANDRADE, 2013).

Para que tais objetivos sejam alcançados, deverá seguir ações como a ampliação de leitos para tratamento de usuário de crack, da rede de assistência social voltada ao acompanhamento sociofamiliar incluindo em programas de reinserção social. É previsto também capacitação em prevenção do uso de drogas para os públicos envolvidos na prevenção (BRASIL, 2010).

O estado do Rio Grande do Sul assinou o termo de adesão ao Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas. Que estabelece as ações e metas definidas para o programa e também os mecanismos para a

coleta de dados e monitoramento dos mesmos da maneira definida pelo Governo Federal e assim acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas pelo programa.

Cabe ao Estado apoiar e monitorar a gestão dos planos municipais dando suporte técnico e financeiro e manter um diálogo com o Ministério Público, Poder Judiciário e Defensorias Públicas. Dentro das atribuições do Estado tem-se o: planejamento e coordenação de ações de capacitação de âmbito estadual e incentivo à participação dos mais diversos profissionais nas capacitações desenvolvidas pelo governo federal. Torna-se necessário implantar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com ações voltadas a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Ainda o Estado deve articular os serviços das RAPS no âmbito do SUS pelo Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL, 2010).

O próximo capítulo dará visibilidade à identificação do usuário de crack – a partir de sua realidade – dos serviços disponibilizados pela rede de atenção psicossocial dos municípios da região das Missões e Fronteira Oeste.

#### **4 REALIDADE DA REDE DE ATENDIMENTO À DEPENDENCIA DE CRACK: O OLHAR DO USUÁRIO**

O presente capítulo apresentará os resultados obtidos através da pesquisa a qual originou este Trabalho de Conclusão de Curso. A pesquisa tinha como objetivo analisar qual a percepção que os dependentes químicos de Crack têm sobre a rede de atendimento e os serviços prestados pelas instituições. Tinha-se a pretensão de investigar dois municípios de regiões diferente um da Fronteira Oeste – São Borja – e o outro da região das Missões – São Luis Gonzaga –. A proposta inicial era de entrevistar dois sujeitos por instituição totalizando quatorze sujeitos em sete instituições. Porém houve dificuldades geográficas que impediram a possibilidade de coleta de dados em duas cidades.

Neste caso, a coleta ocorreu apenas na cidade de São Borja, onde foram ouvidos dois sujeitos das seguintes instituições: Hospital, CAPs ad e Comunidades Terapêuticas, instituições estas que compõem a rede de atendimento no processo de desintoxicação, socialização, tratamento e apoio a família no município. No total há quatro instituições que compõem a rede do município de São Borja – visto que há duas Comunidades Terapêuticas –. O que resultaria no total de oito sujeitos entrevistados. Porém o número de entrevistados ficou reduzido a quatro, pois, dois sujeitos não quiseram responder o questionário e uma das instituições não quis participar da pesquisa. Considera-se relevante a fala dos quatro sujeitos uma vez que Goldenberg (2004) ressalta que na pesquisa qualitativa não se tem uma preocupação com a representatividade numérica de sujeitos, mas sim com o aprofundamento na compreensão de um grupo social.

O capítulo apresenta em um primeiro momento trabalho da rede de atendimento e qual a percepção compreensão dos usuários dos serviços sobre o trabalho desenvolvido pelas instituições. A seguir, debate-se sobre as perspectivas dos usuários perante a rede de atendimento. E por fim, apresenta-se a atuação do assistente social frente à rede atendimento e também os limites e as possibilidades de intervenção a partir da realidade revelada pela pesquisa.

#### 4.1 A rede de atendimento e suas interfaces

As instituições que compõem a rede de atendimento em dependência química são compostas pelo Hospital, CAPS AD e por Comunidades Terapêuticas. Todas possuem conveniamento com algum setor municipal, estadual ou federal, sendo que algumas têm contratos regulamentados e outras não apresentam documentação, pois realizaram acordos verbais conforme o cotidiano de atendimento da rede. Informalmente, algumas instituições possuem parcerias com instituições religiosas. O trabalho em rede ainda é fragmentado sendo que maior articulação fica entre o Caps e o Hospital (PESSÔA; ANDRADE, 2013, s/p.).

Os sujeitos que participaram da pesquisa tinham entre 27 a 34 anos, 75% dos participantes foram do sexo masculino e 25% são do sexo feminino. Estes têm um histórico de 1 a 20 internações, o que demonstra o alto índice de reincidência. Quanto à escolaridade, 50% tem ensino fundamental incompleto, 25% ensino fundamental completo, 25% ensino médio completo, tornando-se importante referendar que o consumo de drogas perpassa o cotidiano estando presente tanto no meio dos sujeitos analfabetos quanto doutores, ou seja, o grau de escolaridade não tem rebatimento direto, exceto em casos que a dependência está atrelada a violência estrutural. Todos os entrevistados afirmaram ter começado com o uso da maconha e álcool passando para a cocaína e crack, também foram citados outras drogas como cigarro, ecstasy.

No decorrer da pesquisa, percebeu-se que grande maioria dos usuários desconhece a existência de um trabalho em rede, porém consideram importante a colaboração entre as instituições, como pode ser constatada através desta fala:

Desconheço os trabalhos em conjunto, mas acho que seria uma boa por que daí ajudava melhor eles, os que tão na rua, os que tão querendo se tratar, os que tão dentro do caps, os que tão dentro do hospital daí seria uma boa se junta (SUJEITO B).

Mesmo que o entendimento sobre o que pressupõe trabalho em rede seja complexo, e muitas vezes contraditório, percebe-se em alguns momentos que as políticas ao invés de se complementarem passam a competir entre si.

Houve um sujeito que afirmou existir trabalho em rede e que este trabalho ocorre através do encaminhamento entre as instituições: “sim, foi a caps que me encaminhou “pro” hospital, foi através do caps que eu fui pra ala hospitalar” (SUJEITO D).

O trabalho rede não deve ocorrer somente por meio de encaminhamentos de usuários de uma instituição para outra. Conforme a Portaria 336/GM os CAPS tem ou deveriam ter a capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial. Desempenhando o papel de supervisor e capacitador de equipes de atenção básica, pontuando serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território. Desse modo, o CAPS deveria possibilitar a realização de trabalho em conjunto, onde se possa elaborar o plano terapêutico juntamente com as instituições de tratamento que compõe a rede. Para contemplar o histórico de tratamento do usuário, deveria haver um momento de dialogo onde os profissionais de maneira multidisciplinar podem decidir dar continuidade ao tratamento que já vinha sendo realizado ou optar por outro tratamento mais adequado a cada situação.

No hospital o tratamento é basicamente de desintoxicação. Esta desintoxicação ocorre através de medicamentos, onde o sujeito fica grande parte do tempo sob o efeito de calmantes no início do tratamento – quando o usuário tem sua primeira internação na ala de desintoxicação do hospital –. O sujeito fica totalmente isolado em um quarto em que a porta tem uma pequena abertura onde se mantém contato com o meio externo. Este processo do tratamento pode ser considerado um total retrocesso, pois vai contra a reforma psiquiátrica que tem como finalidade à desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de drogas ou não (BISNETO, 2011).

Os sujeitos entrevistados no hospital não se sentiram à vontade para expressar a opinião sobre os serviços, pois, não foi possível garantir total sigilo com o usuário porque o monitor ficou no mesmo espaço. Mesmo que o monitor tenha ficado longe, o sujeito que estava sendo entrevistado apenas manifestava a mesma resposta em quase todas as perguntas. “Uma maravilha né, tudo legal?!” (SUJEITO C). Em termos gerais, a grande maioria dos

entrevistados manifestou satisfação com os serviços prestados pelas instituições.

Pra mim ta sendo bom né meu. Por que agora ta ajudando, eu quero me ajudar, eu mesmo né? [...] E as gurias “me ajuda” então eu to achando bom né? [...] E ai pra mim agora ta sendo bom eu “posa” aí né meu. Tem comida, eu lavo minha roupa, estendo minha cama. Ta excelente né meu, quando eu vim aqui em 2009 não atendiam a cara direito, “as psicóloga” não falavam com o dependente químico. Agora melhorou meu por que falam com o cara né meu, perguntam o que o cara ta sentindo? Se ta bem ou se ta mal? Antes não perguntavam (SUJEITO,B).

Embora a família não seja o foco deste estudo, pode-se perceber a importância da mesma no tratamento dos sujeitos, todos os sujeitos entrevistados, citam a família como o principal fator para que tenham dado início ao tratamento e sequência ao mesmo “pra mim ta valendo agora por que, meus “parente” “tão” me ajudando também, por que não me ajudavam antes” (SUJEITO B). Esse fator suscita inclusive reflexão quanto à possibilidade da família ser visualizada enquanto rede. Na maioria das vezes, a família por ser responsável moralmente e legalmente pelo sujeito em tratamento, não é potencializada – com recursos e atividades – como significativa enquanto rede de suporte. E assim acaba se reforçando a ideia de que pensar em rede é exclusivamente pensar em instituições públicas e privadas apenas.

O entrevistado traz à tona as falhas cometidas pelos profissionais da equipe como justificativa da melhora dos serviços prestados, uma vez que sentiu que houve mudança de postura. A legislação não previa uma equipe qualificada para trabalhar com a dependência química. Esse entendimento somente veio se consolidar de fato a partir de 2002, com a aprovação da Portaria nº 336/GM. Além da mudança de postura em relação ao trato dos profissionais com os sujeitos em processo de tratamento. Percebe-se que as instituições que compõem a rede também têm atualizado suas estratégias. No sentido de proporcionarem melhoria na qualidade de vida dos sujeitos. Cita-se como exemplo os CAPS que tem adotado como estratégia a Redução de Danos<sup>6</sup> (RD).

---

<sup>6</sup> A Redução de Danos é assegurada pela legislação brasileira através da Portaria Nº 1.028/GM de 1º de Julho de 2005. Tem como objetivo a diminuição dos danos decorrentes do uso de drogas na perspectiva de possibilitar uma melhor qualidade de vida para o sujeito, informando-

[...] o uso/abuso de drogas não pode ser visualizado somente a partir de um ponto de vista “higienista” (de abstinência), mas sim a partir de múltiplas e singulares estratégias que tornem o processo de “recuperação” menos danoso e, conseqüentemente, mais efetivo, tanto para o sujeito em questão, como para a sociedade de uma forma geral (BANDEIRA, 2014 p.30).

A estratégia é usada em grande parte das instituições, o Ministério da Saúde realizou um levantamento específico de informação sobre os CAPSad, em 2010, onde 78% dos CAPSad relatam realizar ações de redução de danos. A redução de danos é uma proposta alternativa associada ao conceito de prevenção e do uso abusivo ou indevido de drogas, ou seja, aquele que causa sofrimento. A proposta se diferencia da abordagem tradicional referente à prevenção de drogas inscrita na Política Nacional Sobre Drogas (PNAD). Por não propor uma abstinência total de imediato. E por apostar na capacidade da autodeterminação dos sujeitos e na flexibilidade das escolhas do sujeito (VELOSO; CARVALHO SANTIAGO; 2012).

Torna-se importante referendar – uma vez que este trabalho tem como base o Serviço Social enquanto área de conhecimento – que a proposta de redução de danos vem totalmente ao encontro com os princípios constantes no Código de Ética (1993) do assistente social. Pois estes são focos que vão iluminando os caminhos a serem trilhados, a partir de alguns compromissos fundamentais acordados e assumidos coletivamente pela categoria (IAMAMOTO, 2011). O código de ética profissional percebe o usuário como sujeito de direito e discorre que o assistente social tem o compromisso de

garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais (CFESS, 2012 pg.29).

Vasconcelos (2012) afirma que o código de ética está em conformidade com as garantias constitucionais na defesa de princípios e valores de ordem

---

o e respeitando sua liberdade para exercer sua autonomia e cidadania de decidir quando parar de usar drogas, se assim o desejar.

humanística, libertária, democrática e igualitária. Estas ações rebatem profundamente no trabalho desenvolvido pelo assistente social,

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010 p.46).

Cada profissional envolvido na rede de atendimento em decorrência de sua formação possui competências e habilidades diferenciadas na execução de suas ações. Desta forma, o profissional assistente social crítico e propositivo pode contribuir de maneira relevante, possibilitando novos olhares sobre os “problemas sociais”. Dentro da saúde, “o Serviço Social pode colaborar para melhores serviços psiquiátricos, para criar alternativas para os serviços tradicionais, para evitar o estigma social e a reprodução da exclusão” (BISNETO, 2011, p.171), de acordo com as garantias constitucionais e também ao acesso às políticas sociais como direito do cidadão e dever do Estado Bisneto, (2011).

Pensar no atendimento dos dependentes de crack sem um suporte intenso de uma rede bem estruturada torna-se complexo, pois o Crack é uma droga contemporânea o que faz com que as instituições ainda não estejam preparadas para enfrentá-la de maneira eficaz. Conforme o Relatório de Gestão 2007/2010 do Ministério da Saúde divulgado em 2011.

Os CAPSad relatam que as drogas mais frequentemente usadas pelos seus usuários são o álcool, o crack e o tabaco. Cerca de 69% dos Coordenadores dos CAPSad consideram o problema do crack muito grave em seu território, com baixa capacidade de resposta da rede pública (BRASIL, 2011, p.61).

A política deve levar em conta as especificidades de cada tipo de droga para que seja elaborado um plano terapêutico eficaz e com resultados efetivos. Os sintomas de abstinência dos usuários de Crack começam a aparecer de 5 a 10 minutos após o uso, o que faz que se ele se diferencie dos outros tipos de drogas. Os sintomas principais são: fadiga, desgaste físico, desânimo, tristeza, depressão intensa, inquietação, ansiedade, irritabilidade, sonhos vívidos e

desagradáveis e intensa vontade de usar a droga (fissura). O auge da abstinência ocorre em 2 a 4 dias. As alterações do humor podem durar meses com picos diferenciados de fissura (CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2010).

Quando perguntados sobre alguma sugestão para a melhora dos atendimentos, apenas dois entrevistados sugerem mudanças “sugestão pra eles liberarem o cigarro pra nós fuma só isso” (SUJEITO C). Esta questão sugere duas reflexões: conclui-se que nem todas as instituições do SUS adotam a redução de danos como estratégia de tratamento, o que denota que ainda existe uma prática tradicional no tratamento desses sujeitos. Indica ainda que o sujeito pode estar mais interessando em suprir suas necessidades físicas diante da dependência do que ter a possibilidade de expressar melhorias em termos de serviços e políticas de atendimento. Já a segunda sugestão é referente à ala hospitalar na qual o entrevistado expressa a realidade vivenciada por muitos sujeitos.

Só na internação da ala hospitalar que eu acho lenta, por que muitas vezes não tem vaga. Eu esperei duas semanas por uma vaga, mas, tem muitas pessoas que esperam meses e muitas neste tempo morrem que eu já vi. Teve o caso de uma menina que tava esperando a internação e foi usar de novo e ela morreu (SUJEITO D).

Esta é a contradição das políticas que visam o número cada vez menor de leitos para o atendimento dos sujeitos nas alas de desintoxicação hospitalar, conforme a reforma psiquiátrica. Mas ao mesmo tempo as atuais políticas não dão conta de atender toda a demanda que se apresenta causando assim certo inchaço nas instituições. Sabe-se que a Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde oferece, além dos CAPs, leitos para internação de dependentes de álcool e drogas. Porém, geralmente, os mesmos não articulam ações conjuntas que promovam ações de prevenção e qualificação do atendimento. Em muitos casos, a única forma de acesso ao tratamento é a partir de uma ordem judicial – internações compulsórias –, mas o judiciário não pode ser a porta de entrada para tratamento no SUS.

A medida de internação via justiça, ou internação compulsória, está sendo utilizada em larga escala como recurso para as consequências advindas do uso do crack. Entretanto ela vem sendo utilizada de forma equivocada [...]. O que se observa é que, quanto mais

vulnerabilizada é a população o direito ao acesso aos serviços parte do princípio da necessidade de judicialização do mesmo, onde numa sociedade de classes o direito para ter efetividade se converte em ordenamento jurídico (LERSCH, 2014, p.9).

Neste sentido, a autora aponta ainda que “dos pacientes usuários de crack que cumpriram desintoxicação na Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart: foram em 90% internações compulsórias e 10% voluntárias” (LERSCH, 2014, p.9). Nesta perspectiva, afirma ainda que cinco dos internos eram favoráveis à internação, mas, por não haver mais vagas no hospital geral a única maneira foi à família conseguir a internação por via judicial.

A rede não consegue dar conta muitas vezes da demanda em seu município. Em muitos casos, a única saída é a internação em uma Comunidade Terapêutica ou em clínicas particulares onde sempre há vagas, mas nem sempre os familiares têm condições financeiras de arcar com os custos. Neste contexto, surgem contradições:

Os dois projetos políticos existentes na saúde continuam em disputa (o projeto da reforma sanitária versus o projeto privatista). O atual governo ora fortalece o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, característicos do segundo. Percebe-se, entretanto, uma ênfase maior no projeto privatista (CFESS, 2010, p. 26).

Os investimentos feitos na compra de leitos nas CTs poderiam ser usados para fortalecer e ampliar as Redes Atenção Psicossocial (RAPS), contratando um maior número de profissionais e com a criação de novos CAPS em um maior número de municípios. As políticas de saúde de forma geral não são pensadas para municípios de pequeno porte, mas sim para as grandes metrópoles e capitais. A região das Missões e Fronteira Oeste do estado do rio Grande Do Sul são exemplos de uma política pobre e insuficiente.

Os seis municípios quem tem RAPS em funcionamento nessas duas regiões (missões e fronteira oeste) são referência para 30 municípios. Se dividirmos de maneira igualitária cada município referência atende mais seis municípios vizinhos com um número limitado de vagas o que ocasiona nas listas de espera, para que o próximo sujeito venha receber o tratamento (PESSÔA; ANDRADE, 2011). Portanto, a política é falha, novas estratégias de

enfrentamento se fazem necessárias inclusive pesquisas para que se possa conhecer melhor a realidade e, a partir daí, novas formas de tratamento e estratégias sejam apresentadas.

Segundo pesquisa<sup>7</sup>, 39% dos moradores de rua do Rio Grande do Sul consomem crack, sendo que 60% das internações no estado pelo SUS são de usuários de crack, situação que está ultrapassando o caráter biológico e de segurança, tornando-se preocupação da saúde pública, o que denota qual necessário é acionar redes de atendimento. É necessário ter maior conhecimento sobre essa parcela da população para se criarem propostas eficazes de enfrentamento ao Crack, já que na maioria dos casos as chances de recuperação são mínimas (NOVAES, 2010).

No ano de 2013, a categoria profissional de assistentes sociais procurou sensibilizar redes de atendimento e comunidade em geral com a nota pública intitulada “PROIBIR E TRANCAR NÃO RESOLVE”. A categoria afirma que o Plano de Enfrentamento ao Crack desrespeita avanços já consolidados nas políticas públicas do país e apontam ameaças aos direitos humanos e sociais dos usuários.

Esta suposta solução desvia o foco da centralidade da questão principal, que diz respeito à condição de vida desses/as usuários/as e ao mercado do tráfico. Tal medida, por vezes, está dirigida a segmentos vulneráveis da população, especialmente as pessoas em situação de rua. Há que se pensar em alternativas a oferecer, por meio de políticas públicas que respeitem o/a cidadão/ã, assegurem direitos e garantam o acesso a condições de vida dignas, em contraposição ao recolhimento das pessoas em situação de rua para colocá-las em verdadeiros depósitos humanos. A prioridade da política então definida não está orientada para a atenção pautada na redução de danos, mas, ao focar a centralidade do enfrentamento no uso do crack, decorrem daí, em especial, ações policiais violentas e tratamentos compulsórios, ao invés de proporcionar o cuidado ao/a usuário/a em seu território, respeitando a sua autonomia e liberdade. (CFFES, 2013, s/p).

A internação feita contra a vontade do/a usuário/a, apresentada como uma solução imediata gera uma nova ordem de violência contra as populações mais vulneráveis. E remete a um retrocesso, pois, da início a retomada do higienismo social praticado no século XIX, que hoje vem se apresentando

---

<sup>7</sup> II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil realizado pelo Cebrid em 2005.

como acolhimento, que se traduz em recolhimento compulsório. A partir do apresentado, pode-se concluir que as RAPS funcionam de forma fragmentada e a articulação da rede se dá por meio de encaminhamentos de uma instituição para outra.

Torna-se importante destacar que para Mendes (2011) as redes são sistemas que buscam em seu plano institucional aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. Desta forma podem ter legitimação e reconhecimento através da criação de vínculos com os mais diferentes profissionais e instituições, com o objetivo de reduzir suas incertezas quanto às políticas e programas. Caso a rede não seja bem planejada pode em suas características limitar e dificultar a sua eficácia e também sua gestão. Por ter um grande número de atores envolvido acaba dificultando a prestação de contas, torna o processo de formação de consenso lento. E acaba diluindo as responsabilidades, afetando diretamente no alcance dos objetivos e assim excluem atores sociais ou regiões importantes em função da fragilidade e dos critérios de participação. As dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas de gestão. Porém esses riscos valem a pena de serem corridos quando o foco visa objetivos comuns de atendimento aos sujeitos e principalmente ao trabalho genuíno que possa ser visualizado pelos sujeitos que acessam os serviços.

Os usuários desconhecem outra forma de trabalho em conjunto ou em rede, pois, não há visibilidade de ações planejadas entre as instituições. Mesmo que os sujeitos não tenham pleno conhecimento sobre o que pressupõe trabalho em rede, destacam que o trabalho em conjunto pode proporcionar um salto na qualidade dos atendimentos. Outro fator preocupante desvelado pela pesquisa foi que os usuários não conhecem seus direitos perante a rede como veremos no próximo item.

#### **4.2 Os usuários em foco: compreensão e perspectivas**

A pesquisa deu voz aos usuários por entender que, a partir do entendimento destes sobre os serviços disponibilizados pela rede, pode-se possibilitar uma perspectiva de uma melhora nos serviços. No decorrer das entrevistas quando questionados se os entrevistados teriam algum

conhecimento sobre a legislação ou algum direito sobre alguma forma de tratamento, todos foram unânimes em responder que desconheciam qualquer legislação ou regulamentos sobre seus direitos. Os usuários não compreendem os serviços como direito, mas sim como uma ajuda da prefeitura.

É, me falou, mas eu não lembro muito bem. Ela falou sobre os direitos que a gente tinha de se “encosta”, sobre medicamentos que tu poderia conseguir do governo só (SUJEITO A).

Sempre que são informados sobre algum direito gira em torno de medicação e no sentido de receber auxílio doença<sup>8</sup>. Po de-se concluir que os usuários não são informados que a saúde é um direito universal, que eles não estão na instituição por que as pessoas que ali trabalham gostam de ajudar como apareceu em muitas falas no decorrer da pesquisa.

[...] to me internando então eu vou parar de trabalhar, que forma tu pode me ajudar? Daí ela me deu todos os meios “para mim” poder arrumar cesta básica, alguma coisa para meu guri, entendeu? Ela me ajeitou tudo ligeiro, na primeira semana (SUJEITO A).

No cenário apresentado, torna-se de fundamental importância desmistificar a intervenção do Assistente Social junto a esta política, para que não se resuma somente em solicitações de benefícios eventuais, tais como aporte nutricional (cesta básica). Há necessidade de desenvolvimento de processos que viabilizem o acesso há informações acerca do trabalho desenvolvido pelo Assistente Social. É importante à execução de atividades que esclareçam os usuários sobre os serviços prestados pelo profissional na instituição. Neste sentido, lamamoto (2011, p.40) diz que “[...] o assistente social exerce uma ação eminentemente “educativa”, “organizativa”, nas classes trabalhadoras. Seu objetivo é transformar a maneira de ver, de agir, de se comportar e de sentir dos indivíduos em sua inserção na sociedade”. Os sujeitos devem ser considerados como

---

<sup>8</sup> É um direito dos trabalhadores que, por doença ou acidente, forem considerados pela perícia médica da Previdência Social incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta o sustento. Disponível em: <<http://agencia.previdencia.gov.br/e-aps/servico/381>>

objeto principal da intervenção, devendo ser estimulado os seus processos emancipatórios. Deve-se trabalhar ainda na busca pela quebra de estereótipos postos pela sociedade em coloca o usuário em uma situação de “inútil” e “improdutivo”, “economicamente desnecessário, politicamente incômodo e socialmente ameaçador”, devendo-se buscar a superação dos pensamentos de segmentação (BANDEIRA, 2014, p 52).

Na verdade, se faz necessário um maior esclarecimento sobre o papel do assistente social no sentido de conhecer os deveres atribuições para que não confundam, assim como a atribuição dos demais membros que compõem as equipes. A atuação do profissional está regida por diretrizes éticas e técnicas, inclusive, no seu código de ética tem um capítulo que discorre sobre sua atuação junto aos usuários das políticas públicas. Sendo assim descrito conforme o art. 5º do Código de Ética do Assistente Social, este tem o dever de:

a) contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; b) garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrários aos valores e às crenças individuais dos profissionais resguardados os princípios deste código. [...] h) esclarecer aos usuários, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação (CFESS, 2005, p.25).

Ainda nesta perspectiva conforme os parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde o profissional deve desenvolver ações socioeducativas com a intenção de construir uma nova cultura que venha promover a participação dos usuários, e assim, estimular um conhecimento crítico da sua realidade potencializando os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. Como a consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um direito da comunidade (CFESS, 2010).

Neste sentido os usuários também alegam que não ter conhecimento da existência do CAPSad e que quando essa informação chega até eles é por meio de outro usuário conforme a fala a seguir: “através de um amigo meu, [...] que ‘tá’ aqui, encontrei ele na praça. [...] ele disse ‘báh’ tem um lugar, eu não sabia do CAPS a princípio, tem um lugar assim e assado eu só sabia do ‘CAPS Infantil’ (SUJEITO A). A grande maioria dos entrevistados diz não ter

conhecimento da existência do caps antes do seu primeiro contato com a instituição.

Teria que ter uma mega divulgação por que tem vários que nem sabem que existe o CAPS. [...] Onde eu morava ninguém sabia que existia o CAPS. Mas eu acho que deveria ter uma mega divulgação, porque se não, não vai adiantar nada, o governo vai gastar dinheiro à toa. [...] divulgar mais, fazer uma campanha (SUJEITO A).

A não divulgação do CAPS e os serviços prestados pelo mesmo é algo citado pelos usuários como algo negativo. Pois o não conhecimento desses espaços se dá como um empecilho para aqueles sujeitos que querem ter acesso a alguma forma de tratamento. O órgão responsável pela divulgação bem como a manutenção dos serviços prestados por essa rede em âmbito municipal deve ser estabelecido pelo município através da secretaria de saúde. Destaca-se que:

O não-acesso a estas redes pode decorrer da ruptura ou da fragilidade das relações sociais relativas ao uso de crack ou do estigma relacionado ao usuário de crack. Compreende-se a existência de um déficit no acesso universal ao SUS por Parte desta população, devido ao despreparo das equipes de saúde, especialmente na atenção básica, no acolhimento das demandas destes usuários (SAÚDE, 2010, p.6).

O uso de Crack vem afetando as relações sociais e contribuindo diretamente para o aumento da violência e tráfico em todo o país. Afeta de maneira intensa os municípios de fronteira que não estão preparados para enfrentar essa realidade se comparado aos grandes centros. Portanto é muito importante que se tenha uma divulgação constante dessa rede para que os serviços sejam eficazes no desenvolvimento e aprimoramento do atendimento.

Outro fator importante na pesquisa foi o de conseguir entrevistar um usuário do sexo feminino, pois, o número de mulheres usuárias de Crack também vem crescendo atualmente. Ainda destaca-se que há uma grande carência de tratamento para o público feminino, pois, não existe nem uma instituição de tratamento que atenda este público. Como está expresso na fala da entrevistada quando questionada sobre de quem era a responsabilidade de divulgação dos serviços da rede.

Eu acredito que da prefeitura, pelo menos pra mim que sou feminina, não foi por eles, a masculina que é aqui em São Borja a prefeitura tem uma certa cota, já “pras feminina” a prefeitura não tem convênio nenhum (SUJEITO D).

Os leitos existentes para mulheres nos hospitais, por exemplo, são poucos nas regiões da Fronteira Oeste e Missões<sup>9</sup>. E quando tem em muitas instituições é um número de leitos inferior aos leitos masculinos. É preciso que as políticas pensem também nas mulheres usuárias de drogas e que estas assim como os homens também necessitam de um tratamento qualificado. Quando questionados quem teria a responsabilidade de atender as necessidades de tratamento dos dependentes químicos. As respostas foram variadas, mas, todas tinham em comum a família e os poderes municipal, estadual e federal, “acredito que toda a população né? Começa da família, e acaba nos poderes” (SUJEITO D). O apoio da família é um dos principais fatores do sucesso do tratamento pois,

[...] é necessário o próprio sujeito, a família e as pessoas em seu torno busquem o tratamento, quando necessário, adequado para o usuário, bem como provoquem a reflexão á prática de uso que porventura vem sendo efetuada. Observa-se ainda, que para o tratamento com o usuário de drogas ser efetuada de maneira eficaz, é imprescindível que o mesmo reconheça a situação em que se encontra e opte pelo tratamento, unindo dessa maneira a sua vontade e o apoio familiar, aderindo aos procedimentos indicados de maneira mais satisfatória (BANDEIRA, 2014, p. 27).

É importante que a família entenda que a drogadição é uma doença e assim estar apoiando no tratamento sem julgamentos e/ou culpabilização do sujeito para que se ocorra um tratamento bem sucedido. Bisneto (2011) aponta que o grande desafio/contradição é fazer uma reabilitação em uma sociedade excludente, alienante, inabilitadora, atuando em um nível institucional não macrossocial, onde fica claro – assim como neste estudo – que os sujeitos estão longe de reconhecer a política pública de atendimento.

Destaca-se que o profissional do Serviço Social é incluído na Saúde Mental para que se possam reduzir os custos da assistência psiquiátrica, e essa contenção de gastos não é no sentido de ampliar o atendimento a

---

<sup>9</sup> Dado revelado pela pesquisa Interfaces da Rede de atendimento aos dependentes de Crack na Região das Missões e Fronteira Oeste do Estado do Rio Grande do Sul.

população. Mas sim no sentido de aumentar a acumulação capitalista com a mercantilização da loucura, apesar dos esforços contrários de uma parcela profissional, permanece intacta (BISNETO, 2011).

Como pode-se perceber através dos fatos trazidos pelos usuários que há uma grande contradição, por trás das políticas que preconizam a rede de atendimento. Ao mesmo tempo em que oferece o serviço, não informa à população que esses serviços existem. No próximo item aborda-se a questão do contato dos usuários com a (o) assistente social e como eles percebem o profissional dentro desta rede.

#### **4.3 A atuação do assistente social frente à rede atendimento a dependência química: limites e possibilidades de intervenção**

Antes de dar visibilidade à fala dos sujeitos da pesquisa, tornar-se importante tecer brevemente um histórico do envolvimento do Serviço Social no Brasil junto à saúde para que seja possível interligar a atuação deste profissional junto à dependência química. O Serviço Social surge no Brasil na década de 30, com grandes influências norte-americanas, desde então constrói gradativamente sua identidade profissional em diversos campos de atuação. Conforme Bravo e Matos (2012), a saúde transformou-se no principal campo de absorção profissional a partir do novo conceito elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948. O novo conceito de saúde enfocava os aspectos biopsicossociais, esse foi o fator para que outros profissionais pudessem atuar no setor da saúde entre eles o assistente social. O modelo norte americano já estava inserido no campo da saúde mental, com profissionais atuando em clínicas psiquiátricas, que já trabalhavam com uma visão diferenciada sobre a área. Destaca-se que:

O Serviço Social no campo psiquiátrico iniciou-se, nos Estados Unidos, pouco depois do serviço Social nos Hospitais [1905]. Tinha como função, no início, ajudar o paciente a se reajustar a vida normal; depois foram incluindo nas funções do assistente social o estudo do ambiente familiar e profissional e a ajuda à sua família para aceitar o doente e prepará-la a recebê-lo depois da alta (VIEIRA, 1985, p.67).

Mas a inserção de maior número de profissionais na área da saúde ocorre de fato em 1960, devido grande número de surgimento de instituições voltadas para a Saúde Mental nas capitais de todo o país. Não pode-se ignorar o contexto histórico, político e social vivido no Brasil. O período que antecede ao golpe de Estado de 1964 é caracterizado pelo grande número de movimentos populares que reivindicavam reformas este fato é a

*constatação de uma crise da forma de dominação burguesa no Brasil, gestada fundamentalmente pela contradição entre as demandas derivadas da dinâmica de desenvolvimento embasado na industrialização pesada e a modalidade de intervenção, articulação e representação das classes e camadas sociais no sistema de poder político. O padrão de acumulação suposto pelas primeiras entrava progressivamente em contradição com as requisições democráticas, nacionais e populares que a segunda permitia emergir (NETTO, 2011, p. 26: grifos do autor).*

Neste sentido, o Golpe de estado 1964 pode ser considerado como uma resposta da burguesia aos movimentos de massa vividos na época no Brasil. Em uma tentativa desesperada de não perder a direção do projeto de desenvolvimento nacional. Ou seja, o golpe nada mais é do que uma saída encontrada pela burguesia para conter os movimentos em prol das reformas de base, de forma articulada com os militares, onde a burguesia buscou frear os avanços populares contrários aos seus interesses.

O número de hospícios no Brasil teve um grande aumento após 1964 com reforma da saúde e da previdência promovidas pela ditadura militar, com a administração centralizada e com a privatização do atendimento médico. Com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada abriram-se varias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS. Com isso se multiplicou a possibilidade de empregar assistentes sociais na área de Saúde Mental (BISNETO, 2011, p.23).

Embora tenha aumentado o número da inserção dos assistentes sociais nos hospitais, ainda ocorreu com uma prática profissional baseada na mesma dos médicos da época de caráter higienista. De acordo com Bisneto (2011, p.22), “[...] essas práticas iniciais guardam uma distância muito grande em relação ao Serviço Social atual, uma vez que aquela época predominavam

abordagens de cunho eugênico<sup>10</sup> e da higiene mental”. Mesmo mudando a forma de ver a loucura<sup>11</sup> nas instituições, havia muitos descasos por parte dos funcionários, muitos ali, eram jogados e não recebiam tratamento algum, outros nem precisavam receber tratamento e muito menos estar lá dentro. Muitas mulheres iam parar dentro destas instituições por que a família assim determinava sem nem um diagnóstico prévio, mas sim por capricho na forma de castigo a essas vítimas. Pontua-se que:

O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados” (BISNETO, 2011, p.25).

No Brasil, a reforma psiquiátrica iniciou-se nos anos 70 influenciada pela Reforma Sanitária que já estava presente desde a década de 1960. Ainda de forma desorganizada, com críticas fragmentadas e pontuais ao governo autoritário, o movimento só ganhou força de fato na década de 1980 impulsionada pela inserção de novos atores no cenário político brasileiro. Segundo Fleury (2009, p.747), o “projeto da reforma sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde”. Estes movimentos ocuparam espaços públicos com intenção de mudar o sistema de saúde até então precário e assim a Reforma Psiquiátrica se tornou movimento sociopolítico na saúde pública brasileira.

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de

---

<sup>10</sup> Eugenia é um termo inventado pelo fisiologista inglês Galton para designar: “o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente.”

<sup>11</sup> Segundo Bisneto 2011 O fenômeno singular conhecido como Loucura tem longo registro na história da humanidade e extensa aparição nas diversas sociedades, inclusive em sociedades identificadas como primitivas. Foram lhe a atribuídas varias caracterizações: como castigo dos deuses, como experiência trágica da vida, como possessão por demônios, como poderes sobrenaturais. Era considerada como experiência diferente de vida, ora apreciada, ora combatida, dependendo da sociedade em que se expressava, ou de como se manifestava nos diferentes contextos.

serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998, s/n).

Neste mesmo cenário político, iniciava-se o movimento de reconceituação que teve como pressuposto a tentativa de reformulação do conceito de Serviço Social. Buscando o rompimento e superação do conservadorismo do Serviço Social Norte-Americano e das influências da Igreja Católica que constitui o arranjo teórico doutrinário.

*Esse arranjo teórico doutrinário, matizado em sua evolução por influências específicas, é o fio que percorre toda a trajetória do conservadorismo profissional, estreitamente imbricada ao bloco sócio-histórico que da sustentação política ao Serviço Social na sociedade brasileira. Esse fio conservador coesiona tanto as bases de interpretação da sociedade, o campo dos valores norteadores da ação profissional, assim como o aperfeiçoamento de seus procedimentos operativos (IAMAMOTO, 2011, p.219-220, grifos do autor).*

O movimento de reconceituação também fez críticas nas abordagens usadas pelos profissionais que atuavam na Saúde Mental, as correntes teóricas usadas até então não propunham soluções realmente eficazes.

[...] as metodologias de duas vertentes distintas, o desenvolvimentismo e a fenomenologia, respectivamente, a “perspectiva modernizadora” e a “reconceituação do conservadorismo”, que participavam do Movimento de Reconceituação da América Latina, continham conteúdos psicossociais e aspectos da psicanálise que não propunham soluções adequadas à dimensão de classes sociais contida no problema da loucura, que o enfoque da perspectiva de “intenção de ruptura” propunha como encaminhamento central no Serviço Social (NETTO apud BISNETO, 2011, p. 29).

Nestes casos as interações dos sujeitos eram mais uma maneira de manter o “controle social” no sentido de recolhimento das ruas do que realmente algum problema psíquico. Ressalta-se “indício de que o Movimento de Reconceituação criticou a atuação do Serviço Social em Saúde Mental é que os Trabalhos de Conclusão de Curso (...) escritos sobre a prática em estágios na área (...) tradicional declinou” (BISNETO, 2011, p.29).

A partir de 1988, houve um grande aumento no número de profissionais assistentes sociais a se inseridos na Saúde e mais específico na Saúde Mental. Conforme Bisneto (2011, p.31), “A reconceituação veio esclarecer a gênese do Serviço Social através da análise crítica de sua história no Brasil”. Atualmente o Serviço Social é uma profissão que atua sobre as mais diferentes formas de expressões da questão social. E que se apresenta na grande maioria das vezes metamorfoseadas em falsos problemas/disjunções que ora podem ser identificados como de responsabilidade dos indivíduos, ora da sociedade. Esses problemas raramente são identificados como crias próprias da desigualdade gerada pelo modo de acumulação capitalista (MATOS, 2013).

Neste sentido, Bravo e Matos (2012) afirmam que o projeto de reforma sanitária na contemporaneidade vem apresentando demandas a serem trabalhadas pelo assistente social. Demandas como a busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado acesso democrático a informação e estímulo a uma participação cidadã. Pelo que pode-se perceber a realidade do município pesquisado se diferencia do que é apresentado pelo autores. No decorrer da pesquisa todos os entrevistados afirmaram ter contato com pelo menos um assistente social durante o tratamento e consideram o profissional desenvolve um papel importante, pois é quem informa a família como vai ser o processo de tratamento e esclarece dúvidas.

Muito importante, por que existem muitas famílias que são leigas né a doença. Então eles procuram primeiro e eles recebem informação. E daí quem é que fala quem que mostra o caminho é a assistente social e a psicóloga (SUJEITO D).

Quando foram questionados sobre alguma sugestão que pudesse contribuir no processo de atendimento do Assistente Social aos dependentes as falas revelaram que a imagem do profissional do Serviço Social ainda está vinculada a caridade e benesse. A próxima fala expressa de forma clara como o assistente social é visto pela grande maioria dos usuários. Dentre as mais diversas respostas trazidas pelos usuários a que mais chamou destaca o seguinte:

Só mais voluntários, por que isso é um trabalho voluntario não é? É o que eu vejo com Assistente Social se ela é remunerada ela faz muito por amor, por que ela gosta disso, por que eu vejo que ela gosta de ajudar pessoas. E acredito que todos estes profissionais da área tem que gostar de ajudar pessoas não apenas pela remuneração, mas por gostar (SUJEITO D).

Parece que a visão ainda apresenta-se de forma distorcida sobre a atuação profissional. Preserva-se ainda a ótica do favor e não a do direito. Mesmo com a Constituição Federal de 1988 que dispõe no Art. 196 que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário” (BRASIL, 1988, p. 56) perdura na compreensão, de muitos usuários, a ótica da ajuda e do favor.

De fato, não é um favor a ser feito pelo bem da humanidade como antes era realizado, pela Legião Brasileira de Assistência LBA (1942), e pelas primeiras damas. O profissional Assistente Social trabalha de acordo com o Código de Ética Profissional (1993) e com a Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e poderá ser penalizado gravemente se os infringir. Não podemos esquecer todo o processo histórico da profissão pois, seus resquícios se fazem constantes no cotidiano da profissão.

Outro fator que confunde os usuarios é o atendimento diferenciado, humanizado feito por estes profissionais do Serviço Social. Estes sujeitos não são tratados com indiferenças ou preconceito, a postura acolhedora do atendimento é que os leva a crer que o assistente social é um ser bonzinho que gosta de ajudar. Conforme a seguinte fala “Como assistente social ela tá cem, como pessoa ela tá mil” (SUJEITO A). O assistente social ouve suas histórias e faz perguntas num sentido investigativo, pois conforme Amaro (2003, p. 14) “[...] cada vida é ao mesmo tempo singular e universal, particular e, no entanto, generalizável; as vidas são a expressão da história pessoal e social, bem como das teias relacionais de influencia”. Ou seja, é um profissional que no entendimento dos sujeitos se importa com eles e se interessa por suas histórias no sentido de querer possibilitar encaminhamentos. No profissional na escuta busca entender o sujeito e sua realidade através de uma atitude investigativa.

As possibilidades do profissional do Serviço Social dentro da rede a partir da realidade apresentada pela pesquisa são várias, como facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde da instituição e da rede de forma compromissada e criativa. Há necessidade de intervenções onde a instituição possa ir até a comunidade onde os usuários vivem, quebrando assim a atuação tradicional de esperar o usuário vir à procura na instituição. Esta aproximação possibilitaria conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, articulando atuação em equipe para um melhor fluxo da rede com vistas a uma interdisciplinaridade nos serviços em benefícios dos usuários. Para tanto:

para que se realize o trabalho em equipe interdisciplinar, é necessário que todos os envolvidos no processo tenham clareza de seu papel, saibam as atribuições e competências individuais no espaço sócio-ocupacional, mas, ao mesmo tempo consigam interagir e refletir sobre seu objetivo que é comum a todos, a melhora da qualidade de vida e superação das dificuldades apresentadas pelos usuários (BANDEIRA, 2014, p. 80).

Construir juntamente com outros trabalhadores da saúde projetos que venham suscitar e efetivar a participação dos usuários nos conselhos municipais, como conselho municipal da saúde é primordial, pois nunca se tem divulgação quando as reuniões acontecem o que acaba dificultando ainda mais a participação dos usuários. Em alguns casos na tentativa de participar da reunião não foi possível, pois, às portas estavam fechadas como já presenciado pelo acadêmico em outros momentos. Tal procedimento vai totalmente contra as diretrizes do SUS e nessa perspectiva

O serviço social deve atuar nos conflitos de modo a permitir uma apropriação adequada dos usuários e dos familiares dos aspectos que compõem a prática instrumental. Por exemplo: no aspecto econômico, uma melhor assistência material; no político, o atendimento às suas vontades legítimas; no ideológico, o reconhecimento do ponto de vista do usuário sobre o problema (BISNETO, 2011, pg. 159).

As falhas não estão somente na rede de atendimento da saúde, algumas delas acontecem dentro da própria academia, onde alguns cursos do país não tem em sua grade curricular a disciplina de saúde. Ou ainda, na

maneira como a disciplina é conduzida nos cursos na qual a disciplina está inclusa na grade curricular. O que é muito contraditório, sendo que a profissão sempre esteve inserida de alguma forma na área da saúde e atualmente o Serviço Social é compreendido como um trabalhador da área da saúde conforme esta disposta na resolução 218/ 1997. Destaca-se que:

[...] ensino da saúde não corre em todas as unidades de ensino e quando ocorre, na maioria das vezes, trata apenas da política de saúde, não havendo uma discussão sobre o exercício profissional, propriamente dito, neste âmbito (MATOS, 2013, p.54).

Não cabe, neste momento, julgar a atuação profissional sem conhecimento de contextos. Tem-se que levar em conta a existência das correlações de forças dentro de qualquer instituição o que acaba por muitas vezes afetando diretamente o agir dos profissionais que compõe as equipes. Não que os profissionais, inseridos nos espaços não tenham essa à percepção do contraditório, porém muitos por venderem sua força de trabalho não sentem-se fortalecidos para confrontar seus superiores.

É histórica a questão dos assistentes sociais, quando inserido no mercado de trabalho, tenderem a reproduzir o que o seu empregador determina, principalmente quando se encontra na condição de contratado. Essa condição já limita as mediações entre o empregado e o empregador interferindo diretamente com no êxodo de seu trabalho com o seu usuário e satisfazendo em quase sua totalidade ao capitalismo e seu empregador. Por ter um contrato de trabalho precarizado mesmo tendo as disposições legais que respaldam o profissional. Destaca-se que:

Os produtores mercantis capitalistas independentes se relacionam por meio de mercado (da compra e venda de mercadorias). É através dele que processa o intercâmbio entre as atividades e produtos de seus trabalhos necessários à satisfação de suas necessidades sociais, materiais e espirituais, ante a crescente divisão do trabalho no cenário nacional e mundial (IAMOAMOTO, 2010, p 216).

Neste contexto, o profissional assistente social não é diferente de outro trabalhador, pois o mesmo vende seu capital intelectual ao capitalismo. O assistente social faz parte da divisão sociotécnico do mundo do trabalho, pois

também se insere na dinâmica deste mercado, ele tem um empregador, que dita ordens e possui metas para cumprir e muitas vezes são obrigados a exercer funções que nem sempre condizem com as suas competências e atribuições. Executando um trabalho puramente técnico por que a qualidade não é percebida pelo gestor, que quer resultados rápidos e números altos de atendimentos.

Porém, tornar-se importante referendar que estas contradições não apresentam justificativa plausível que leve o profissional suprimir seu compromisso ético político com os usuários. A intervenção com dependentes químicos requer conhecimento, olhar sensível e acima de tudo comprometimento com as legislações sejam profissionais ou nacionais quanto ao direito a saúde e atendimento com qualidade. Ainda há muito pouco trabalhos publicados sobre o trabalho do assistente social com dependentes químicos, não há receitas ou caminhos determinados, mas sim vasto terreno para pesquisa que gerem discussões sobre a importância do reconhecimento do profissional do Serviço Social enquanto agente fundamental junto as demandas de atendimento da saúde mental.

## **5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

O presente trabalho de conclusão de curso teve por finalidade analisar como os dependentes químicos de Crack compreendem os serviços prestados pelas instituições para indicar possibilidades de melhorias a partir da realidade dos sujeitos. Ainda buscou-se a partir das considerações dos sujeitos dar visibilidade as possibilidades de intervenção ao Serviço Social nesse espaço ocupacional.

Esta pesquisa se amparou no fato de que os estudos sobre a temática são mínimos ou inexistentes, tratando-se principalmente da região da fronteira oeste do estado do Rio Grande do Sul. Assim foi efetuado um levantamento na perspectiva dos usuários dos serviços prestados pela rede enquanto garantia de conhecimento de realidade.

Observa-se que as políticas voltadas à dependência química ainda são insuficientes, pois, estas possuem falhas nos dispositivos de tratamento. As legislações ainda não dão conta da grande demanda que se apresentam devido à proporção do crack e outras drogas no país, ou não proporcional fiscalização que garanta recursos humanos e estrutura adequada.

As políticas de saúde estão articuladas para dispor sobre a estrutura e regulamentação da rede de atendimento, uma rede que indica disponibilidade de serviços à comunidade de maneira universal mas ainda pouco conhecida pela população. As redes têm sido propostas para que se possa melhor administrar as políticas e projetos em que os recursos são baixos ou escassos e os problemas complexos. A rede desempenha um papel fundamental para que o Sistema Único de Saúde funcione, porém apresenta diversas fragilidades como desarticulação intersetorial e falta de planejamento.

Neste sentido no decorrer da pesquisa percebeu-se que grande maioria dos usuários desconhece a existência de um trabalho em rede, pois não há visibilidade das articulações realizadas. Faz-se de suma importância a intensificação de estratégias que articulem caminhos para que este trabalho venha acontecer de maneira plena e satisfatória para que se tenha um fluxo maior de atendimento pleno aos usuários atendidos.

A pesquisa revelou também que só uma das instituições trabalha com estratégia de redução de danos. Por ser uma proposta que se diferencia da

abordagem tradicional encontra grande dificuldade em sua implantação. Segundo os órgãos da categoria profissional do assistente social o profissional deveria articular para a sua implantação, pois, esta é uma estratégia que traz mais benefícios à qualidade de vida do usuário.

A política não leva em conta as especificidades de cada tipo de droga para que seja elaborado um plano terapêutico eficaz e com resultados efetivos. Esse fator faria muita diferença, pois, drogas como o crack são diferenciadas em seus sintomas de abstinência. As políticas expressam grande contradição, pois, visam um número cada vez menor de atendimento aos sujeitos nas alas de desintoxicação de maneira geral conforme a reforma psiquiátrica. Mas ao mesmo tempo estas não dão conta de atender toda a demanda que se apresenta causando aglomerado de usuários que chegam a morrer na fila a espera de tratamento, neste caso muitas famílias tem buscando internação compulsória enquanto saída. Ao mesmo tempo as políticas não investem na rede, mas compram leitos para internações em comunidades terapêuticas que são instituições privadas.

O estudo revelou ainda que os usuários não se veem como sujeitos de direito quanto acessam os serviços disponibilizados pela rede, e sim compreendem os serviços como uma ajuda da prefeitura. Ainda nesta direção os usuário compreendem que o assistente social é um profissional que trabalha no sentido da ajuda, que gosta de ajudar as pessoas e nesta perspectiva que se faz importante que o profissional articula estratégias para desmistificar a intervenção do assistente social nesta política. No sentido de um maior esclarecimento sobre o papel do assistente social no sentido de conhecer os deveres atribuições para que não confundam.

Na pesquisa realizada constata-se que o Assistente Social depara-se com um desafio a ser superado no seu cotidiano de trabalho. Tanto na tentativa de dar visibilidade à profissão quanto na atuação e busca de estratégias de enfrentamento a dependência química para garantir um melhor tratamento aos usuários. Estes desafios precisam ser superados para que os usuários tenham um melhor aproveitamento dos serviços disponibilizados e possam repensar a visão que tem do profissional do Serviço Social.

A não divulgação do CAPS sobre os serviços prestados pelo mesmo foi citado pelos usuários como algo negativo. Pois o não conhecimento desses

espaços se dá como um empecilho para aqueles sujeitos que querem ter acesso a alguma forma de tratamento. Neste sentido o assistente social pode e deve articular sua intervenção para uma maior visibilidade da instituição nos bairros da cidade. Outro ponto relevante da pesquisa é quanto aos leitos para mulheres nos hospitais que são poucos nas regiões da Fronteira Oeste e Missões. Quando existem são em um número de leitos bem inferior aos leitos masculinos, o que acaba dificultando ainda mais o tratamento para esses sujeitos que parecem ser esquecidos pela política sobre drogas no que diz respeito aos municípios interioranos. Destaca-se que o direito a informação deve ser garantido.

Torna-se oportuno referendar a importância da graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Pampa enquanto possibilitadora de estudos que abordem a realidade da região e do estado. Espera-se que com a divulgação destes dados, possa ocorrer uma maior reflexão para a elaboração de políticas públicas e assim transformar a realidade que aqui se apresenta. Com o desvelar da realidade surgem novas possibilidades de intervenção no trabalho das equipes na rede de atendimento, assim no processo de trabalho dos assistentes sociais envolvidos.

No que diz respeito aos assistentes sociais o principal objetivo foi compreender e ressaltar a importância do profissional dentro destas instituições. E como os sujeitos envolvidos entendem o trabalho, pois a partir deste olhar os profissionais podem se utilizar de outras metodologias de intervenção.

Portanto a partir destes resultados do estudo pode ser provocada reflexão das instituições sobre serviços oferecidos assim como da categoria dos profissionais do Serviço Social, uma vez que este trabalho final de graduação está atrelado ao Curso de Serviço Social, para sensibilização diante das demandas pontuadas pelos usuários.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Hamer Nastasy Palhares. RIBEIRO, Marcelo. CASTRO, Daniel Sócrates de. **CACAÍNA E CRACK** In: DIEHL, Alessandra. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Arned, 2011.

AMARO, Sarita. **Visita domiciliar: Guia para uma abordagem complexa**. Porto Alegre: AGE, 2003.

AROUCA, Sergio. **Reforma Sanitária**. Disponível em <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>> Acesso em: Dez. 2011.

BANDEIRA, Gabrieli de Souza. **O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLITICA DE ATENÇÃO AOS USUARIOS DE DROGAS**. Dissertação de Mestrado (qualificação). FSS/PUCRS. Porto Alegre: 2014.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação**. São Paulo: Veras editora, Lisboa, 2002.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa, Portugal: Edições70, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2011.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

\_\_\_\_\_. Confederação Nacional de Municípios. **Observatório do Crack**. 2010 Disponível em: <<http://www.cnm.org.br/crack/>> Acessado em 8 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 7.179**, de 20 de maio de 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2007-2010/2010/Decreto/d7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2010/Decreto/d7179.htm)> Acesso 02 fev.2014.

\_\_\_\_\_. **Dia Internacional contra o abuso e tráfico ilícito de drogas**. In: CFESS Manifesta. Brasília, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2013\\_diainternacionalcontraabusodetrogas.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2013_diainternacionalcontraabusodetrogas.pdf)> Acesso: 06 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica do SUS – 8.080**. Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação social, 19 de Setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.3.088**, de dezembro de 2011. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. **Portaria GM/MS nº 131**, de 26 de janeiro de 2012. Brasília 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Plano de enfrentamento ao crack**. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/especiais/caderno-destaques/marco-2012/gestao-em-destaque/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>> Acesso: 06/02/2014.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS**: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011.

BRAVO, M.I.S. MATOS, M.C. de. A reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. ET al. (org) SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL. 5 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. ET al. (org.) **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de Saúde**. Brasília. 2010.

CHON, Amélia. **A saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. 3 ed. São Paulo: Cortez 1999.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. (CEFSS) **O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, penitenciário e na previdência social**. São Paulo: Cortez, 2011.

CRUZ, M. S., ET al. Crack: uma abordagem multidisciplinar. In SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. Brasília, 2ª ed., 2010, p.38 – 51.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

DEVERA, Disseta; COSTA-ROSA, Abílio da. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis**. Acessado dia 16 de dezembro, disponível em: <<http://www.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>>

ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. DOURADO, Daniel de Araújo. **Sistema de Saúde e SUS: Saúde como política social e sua trajetória no Brasil**. In: IBAÑEZ, Nelson. ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. SEIXAS, Paulo Henrique D'Ángelo. (orgs) **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, Cealag, 2011.

FIOCRUZ. **Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do Brasil. 2013**. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>> Acesso em: 25/09/13.

FLEURY, S. **Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

GAGNETEN, Maria Mercedes. **Hacia una metodologia de sistematización de la práctica**. Bueno Aires: Humanitas, 1987.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 21. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M.V; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 34ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

LERSCH, Cíntia Saldanha. **A violência estrutural e a dependência estrutural e a dependência do carck**. Texto dig., 2012.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. In: **Pesquisa Qualitativa: Um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, Lenise. **O Ajuste Neoliberal Na Política De Saúde Brasileira**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/o-ajuste-neoliberal-na-politica-de-saude-brasileira/6992/#ixzz2sfDSDnwO>> Acesso em: 07/02/2014.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 16.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NOVAES, Marina. **Faltam dados sobre quem consome crack no Brasil, diz coordenador de programa do Ministério da Justiça.** R7 NOTÍCIAS.06/Maio/2010. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/Brasil/noticias/faltam-dados-quem-consome-crack-no-brasil-diz-coordenador-de-programa-do-ministerio-da-justica-20100506.html>> Acesso: 25/10/2010.

OLIVEIRA, Claudete J. de. O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo Estado brasileiro. In: BRAVO, Maria Inês Souza. [et al]. **Saúde e Serviço Social.** 5 ed. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro. UERJ, 2012. 195-213.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa.** 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, Simone Barros. **Interfaces da Cultura da Paz com o Projeto Ético- Político do Serviço Social.** Tese de Doutorado. FSS/PUCRS. Porto Alegre: 2009.

PESSÔA, Elisângela Maia. ANDRADE, Tiago da Silva. **Relatório de pesquisa.** Interfaces de Atendimento aos Dependentes de Crack na Região das Missões e Fronteira Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2013.

PESSOA, Elisângela Maia. **Políticas Sociais alternativas à Institucionalização de Idosos em Municípios da Região das Missões no Rio grande do Sul.** Dissertação de Mestrado (qualificação). FSS/PUCRS. Porto Alegre: 2007.

PRATES, H Jane. **A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de Inspiração Marxiana in:** Revista Virtual Textos & Contextos. Nº 2, ano II, dez. 2003.

PRATES, Jane. **A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de Inspiração Marxiana in:** Revista Virtual Textos & Contextos. Nº 2, ano II, dez. 2003.

PRATES, Jane. **Retomando algumas categorias a partir de uma perspectiva dialética.** Material didático. Out., 2000.

RIBEIRO, Marcelo. LARANJEIRA, Ronaldo. **O tratamento do usuário de crack.** Avaliação Clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco, terapias

psicológicas, farmacoterapia e reabilitação, ambientes de tratamento. São Paulo: Casa Leitura Médica. 2010.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas. 2011.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **NEOLIBERALISMO E SAÚDE**, Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html> acesso em: 07/02/2014.

ROSA, Lúcia C. S. GARCIA, Ivana C. BISNETO, José A. VASCONCELOS, Eduardo M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SCHINEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. **A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental**. Porto alegre, Jul/dez, 2009. Disponível: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/4843/5389>> Acesso:05/02/2014.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 8 ed. São Paulo: Cortez 2012.

VELOSO, Laís. CARVALHO, Jane. SANTIAGO, Luciana. **Redução dos danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas**. In: BRAVO, Maria Inês Souza. [et al]. Saúde e Serviço Social. 5 ed. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro. UERJ, 2012. 179-194.

VIEIRA, Balbina Otoni. **História do Serviço Social**. 4.ed. Rio de Janeiro: Agir,1985.

## APÊNDICES

### Formulário

#### Perfil:

- 1- Idade:
- 2- Sexo:
- 3- Quando começou a ser usuário de Crack?
- 4- Utilizou algum outro entorpecente, lícito ou ilícito, que não seja o Crack?
- 5- Primeira internação? (caso tenha tido mais internações quantas foram)
- 6- Formação escolar?

#### 7- Pesquisa:

- 8- Qual a sua opinião sobre os serviços prestados para atendimento da dependência química nesta instituição? Teria alguma sugestão para melhorar os atendimentos?
- 9- Em seu período de acompanhamento sabe de alguma atividade ou encaminhamento que CAPsAD, Hospital e CTs tenham realizado juntos? O que acha que essas instituições poderiam fazer em conjunto para auxiliar nos tratamentos?
- 10- Conhece alguma lei ou regulamento sobre seus direitos de atendimento enquanto dependente químico? Quem teria na sua opinião a responsabilidade de divulgar essas leis ? Na sua opinião quem teria a maior responsabilidade em atender as necessidades dos dependentes químicos?
- 11- Teve contato com o profissional do Serviço Social durante seu tratamento? De que forma este profissional ajudou? Considera este profissional importante para os atendimentos, por quê? Tem alguma sugestão para que esse profissional possa contribuir no processo de atendimento aos dependentes?

## TERMO DE CONSENTIMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA - UNIPAMPA  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Fui informado (a) sobre o Projeto de **Rede de Atendimento à Dependência de Crack: em perspectiva o olhar dos dependentes**, que tem como objetivo verificar analisar como está estruturada a rede assistencial pública e privada de atendimento aos dependentes de Crack nos municípios de São Borja localizado na região Fronteira Oeste e São Luís Gonzaga na Região das Missões no Estado do Rio Grande do Sul com vistas a indicar possibilidades de melhorias nos serviços prestados, para tanto se torna necessário ampliação de pesquisas na área de dependência química, para esclarecimentos e formulação de projetos interventivos. Estou ciente que as entrevistas serão gravadas, porém fui informado que posso optar pelo não uso de gravadores.

Destaco que estou ciente que a qualquer tempo posso alterar posicionamentos durante a entrevista. Fui informado que os dados e resultados individuais deste trabalho estarão sob sigilo ético, não sendo mencionados os nomes dos participantes em nenhuma apresentação oral ou material escrito que venha a ser publicado. Os entrevistados (as) que responderam ao formulário, não sofrerão nenhum risco ou dano, sendo que os custos da pesquisa correrão por conta do pesquisador. Se durante a pesquisa o entrevistado (a) decidir não continuar mais a responder, terá toda a liberdade para o fazer, sem que isto lhe acarrete qualquer prejuízo.

Estou ciente de que mesmo não recebendo nenhum benefício direto ou imediato deste estudo, minha participação será de extrema importância. Após estar ciente e ter sido devidamente informado (a) sobre os aspectos da pesquisa pelo termo de Consentimento, e ter esclarecido minhas dúvidas, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a publicação dos referidos dados. Caso venham a surgir novos questionamentos sobre o estudo há possibilidade de esclarecimento junto ao pesquisador responsável pelo projeto Tiago da Silva Andrade. O presente termo será impresso em duas vias sendo que todas as páginas serão rubricadas pelos participantes.

---

Nome e Assinatura do Participante

---

Nome e Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.