

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

JENIFFER PINTO CAMPOS

**HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS**

São Borja

2016

JENIFFER PINTO CAMPOS

**HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS**

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: Prof^a. Dra. Elisângela Maia Pessoa

São Borja

2016

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

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.

Área de concentração:

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 24/06/2016.

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Elisângela Maia Pessoa
Orientadora
(UNIPAMPA)

Prof. Dr. Jocenir de Oliveira Silva
(UNIPAMPA)

Assistente Social Cíntia Saldanha Lersch
(UNIPAMPA)

Dedico este trabalho final de graduação aos meus pais, os quais foram a base da minha formação durante este período, pois sem eles nada seria possível, foram eles que me deram força para continuar esta batalha que, por vezes, pensava estar perdida. Aos meus PAIS, muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela dádiva da vida, por ter me dado forças para prosseguir diante das dificuldades e por ter iluminado meu caminho durante esta caminhada.

Aos meus pais que foram essenciais nesta caminhada, pois nos momentos mais difíceis foram eles que estiveram comigo, quando pensei em desistir, era o abraço e as palavras deles que me confortavam.

Muito obrigada ao meu pai, pois foi incansável em me carregar para todos os lados quando precisei, foi ele que muitas noites ficou acordado junto comigo, sempre perguntando se não estava precisando de nada. Foi ele que quando eu menos esperava, dizia-me “filha, olha o que achei, vê se pode te ajudar”, e esses textos e/ou trabalhos me ajudaram muito. Ao meu pai, fica minha gratidão.

A minha mãe, muito obrigada por me suportar quando estava estressada e, mesmo assim, vinha saber como eu estava. Desculpa pelas vezes que te irritei, mas ela sabe que a correria do dia-a-dia, às vezes me deixava irritada. Muito obrigada por me aguentar com minhas birras durante este período.

A minha irmã, que se mostrou sempre disposta a me ajudar, mesmo estando atarefada com suas atividades, mesmo assim arrumava um tempinho para me auxiliar.

E não poderia deixar de agradecer ao grupo das “tchaca louca” (Aline, Helena, Valquiria, Yasmin), estas foram muito importante para esta caminhada, pois nas dificuldades elas estavam ali, dando apoio e dizendo que tudo iria dar certo, estas são os melhores presentes que o Serviço Social me deu, estas são para a vida toda.

À Valquiria e seu Volmir, incansáveis nos momentos que precisei. Seu Volmir que me salvava nos consertos do computador e a Valquíria pelas ajudas e conselhos necessários, os quais fizeram parte não só da minha vida acadêmica, mas os quais me auxiliaram na minha vida pessoal, nos momentos em que mais precisei, muito obrigada.

A Mariza Zellmer que me auxiliou tanto na universidade quanto na minha vida pessoal, a qual esteve presente em todos os momentos, sendo eles difíceis ou não, muito obrigados.

Aos colegas, aos momentos que passamos juntos, na troca de saberes, em que colaboraram para os aprendizados de todos, levarei um pouquinho de cada um/uma.

Aos professores que nos proporcionaram o conhecimento durante estes quatro anos de caminhada, a dedicação que estes professores/amigos tiveram conosco.

A minha supervisora de campo e de estágio que me possibilitaram maiores conhecimentos e me auxiliaram no processo de estágio, onde pensava que não passaria daquela fase, mas com o auxílio delas tudo foi possível. A compreensão que as mesmas demonstravam, nos momentos de dificuldades e momentos de reflexão proporcionados pelas mesmas, muito obrigada.

Às/os amigas/os e futuros colegas de profissão que auxiliaram no projeto de intervenção, às profissionais da Clínica Renal (Maria Ohara, Viviane Machado), muito obrigada pelos momentos de troca de conhecimentos e dos incentivos que me fortaleceram em momentos de dificuldades. Aos profissionais da Ala Recomeçar que participaram do projeto de intervenção e aos demais profissionais da instituição.

Não poderia deixar de agradecer ao professor, senhor Doutor José Wesley Ferreira, que disponibilizou parte do seu tempo para as primeiras orientações, o qual suportou meu nervosismo que se transformava em desespero e se transformava em chatice, o qual tinha que explicar inúmeras vezes, as minhas dificuldades, muito obrigada.

Agradeço aos meus avós (in memoriam) que sempre acreditaram que eu conseguiria realizar todos os meus sonhos, pois com o incentivo deles, hoje estou realizando o primeiro deles.

A minha tia Fabiane (in memoriam), que muitas vezes me incentivou a continuar nesta caminhada, que sempre me auxiliou quando eu não tinha tempo, pois na correria, as vezes, não tinha tempo nem de cozinhar, mas sempre tinha um lugarzinho na mesa dela para mim. Por ela todo meu amor e respeito, pois faz muita falta na minha vida, te amo eternamente.

Obrigada à colega Vanessa Roballo, que esteve presente nestes últimos dias e que me auxiliou, quando eu estava desesperada.

A Chaiane que sempre tinha as palavras certas nos momentos de aflição, que sempre me dizia que eu iria conseguir, muito obrigada Chai, por todos os auxílios e incentivos que me destes.

Ah, nesta homenagem não poderia faltar a minha SUPER, MEGA orientadora. A você, professora Elis, todo meu carinho, respeito e um obrigada daqueles, pois você aceitou entrar nesta batalha junto comigo, isso mesmo, batalha, que muitas vezes pensei que não

iria vencer, mas você me incentivou, me deu coragem, forças para seguir adiante. Lembro como se fosse hoje, quando mandei meu TCC para você, naquelas “organizações”, que você teve que ficar dias lendo, relendo, para poder entender qual era a minha ideia.

Portanto, hoje estou aqui por que você acreditou em mim. Muito obrigada pelas orientações, as quais foram muito produtivas para meu conhecimento e que você continue semeando saberes por onde passa.

Agradeço a Eufrásia, que me salvava nas retiradas de livro, pois normalmente eu tinha muita, muito obrigada, pois estas retiradas de livros colaboraram para a construção do TCC e para meu conhecimento.

A Dayse, que muitas das vezes me auxiliou a encontrar os livros que eu não conseguia localizar e me auxiliava nas normas da ABNT e que sempre me recebeu com sorrisos e brincadeiras, e que mesmo que eu não precisasse pegar livros, passava lá por alguns minutos apenas para conversar, hoje considero uma amiga que a Universidade me proporcionou.

Ao meu noivo, que me auxiliou nesta caminhada, que me carregou durante este período e desculpa pela ausência neste tempo, mas foi necessário para que hoje possamos estar colhendo os “frutos” semeados.

Não poderia deixar de fora o Fred, este passou noites em claras junto comigo, companheiro fiel, sempre do meu lado, mesmo que às vezes eu estudava e ele cochilava, mas estava sempre junto, sim este é especial, ele tornava meus dias mais felizes, quando estava triste ele sempre juntinho, para finalizar este é meu (dog) que amo demais.

RESUMO

Através de uma análise dialética crítica objetivou-se a construção desse Trabalho Final de Graduação do Curso de Serviço Social, que buscou compreender como ocorre o processo de humanização do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. O tema torna-se relevante à medida que, além de se constituir um desafio o atendimento humanizado, quando se trata de usuários de álcool e outras drogas, esse cenário intensifica-se por preconceitos e julgamentos que não levam em conta questões estruturais do sistema capitalista. Buscou-se fazer um resgate histórico, desde a trajetória de constituição da política de saúde brasileira até a saúde mental, enquanto eixo de constituição da política de saúde, trazendo os avanços que teve no campo da saúde mental por meio da Reforma Psiquiátrica, pois se entende que esse percurso fez necessário enquanto resgate da historicidade dos processos que culminaram na criação da Política Nacional de Humanização. Para isso, foi realizada uma pesquisa de tipo qualitativa, com recorte de coleta de dados documental – por meio de roteiro norteador – em legislações voltadas ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas. Os dados foram analisados por análise de conteúdo à luz do método dialético crítico. Os resultados da pesquisa abordam reflexões que ressaltam a necessidade de fortalecimento de processos que levam à humanização dos atendimentos prestados aos usuários abusivos de substâncias psicoativas. Mesmo sendo usuários da política de saúde mental, entre as outras políticas públicas, dos quais fazem parte os usuários abusivos de substâncias psicoativas, estão sujeitos a processos de exclusão, desprovidos de políticas que viabilizem a materialização dos seus direitos, pois estes direitos estão fragmentados, ocasionando fragilidade de sua identidade como cidadão de direitos. Outra reflexão aborda o quanto é essencial o debate sobre o uso de substâncias psicoativas não apenas com os usuários, mas como a sociedade como um todo, uma vez que ainda há muito preconceito e estigma a serem rompidos quando se trata desse assunto, por concepções construídas socialmente que acabam focando somente nos sujeitos que estão em vulnerabilidade econômica. Ressalta-se ainda a necessidade de profissionais do Serviço Social no espaço de atendimento desses usuários.

Palavras-chave: Humanização. Saúde. Saúde Mental. Álcool. Drogas.

RESUMÉM

Por medio de una análisis dialéctica crítica se tuvo como objetivo la construcción de este Trabajo Final de Graduación del Curso de Servicio Social, que buscó comprender como ocurre el proceso de humanización a los usuarios de alcohol y otras drogas. El tema se torna relevante en la medida que, además de construir un desafío al atendimento humanizado, cuando se trata de usuarios de alcohol y otras drogas, ese escenario se intensifica por preconceptos y juzgamientos que no llevan en cuenta cuestiones estructurales del sistema capitalista. Se buscó hacer un rescate histórico, desde la trayectoria de constitución de la política de salud, trayendo los avances que tuvo en el campo de la salud mental por medio de la Reforma Psiquiátrica, pues se entiende que ese camino hizo necesario mientras rescate de la historicidad de los procesos que culminaron en la creación de la Política Nacional de Humanización. Para eso, fue realizada una pesquisa del tipo cualitativo, con recortes de la coleta de datos documentales – por medio de una escritura de guía – en legislaciones enfocadas en el atendimento de usuarios de alcohol y otras drogas. Los datos fueron analizados por análisis de contenido a la luz del método dialéctico crítico. Los resultados de la pesquisa abordan reflexiones que resaltan la necesidad de fortalecimiento de procesos que llevan a la humanización de los atendimientos prestados a los dependientes químicos. Los resultados de la encuesta de direcciones reflexiones que ponen de relieve la necesidad de fortalecer los procesos que conducen a la humanización de la atención prestada a los toxicómanos. A pesar de que los usuarios de la política de salud mental, entre otras políticas públicas, que son parte de los adictos a las drogas, están sujetos a procesos de exclusión, carente de políticas que permitan la realización de sus derechos debido a que estos derechos están fragmentados, causando fragilidad su identidad como derechos ciudadanos. Otra reflexión discute lo importante que es el debate sobre el uso de sustancias psicoactivas no sólo los usuarios, pero a medida que la sociedad en su conjunto, puesto que todavía hay mucho prejuicio y el estigma de ser roto cuando se trata de este tema, concepciones construido socialmente que terminan centrándose sólo en los sujetos que se encuentran en vulnerabilidad económica. Es de destacar la necesidad de un servicio profesional del trabajo social dentro de estos usuarios.

Palabras-clave: Humanización. Salud. Salud mental. Alcohol. Drogas.

LISTA DE SIGLAS

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CECOS – Centro de Convivência

CF – Constituição Federal

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

CIR – Comissão Intergestores Regionais

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

ESF – Estratégia Saúde da Família

FGSM – Fórum Gaúcho de Saúde Mental

HIG – Hospital Ivan Goulart

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa Saúde da Família

PTM – Pessoa com Transtorno Mental

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SPA – Substâncias Psicoativas

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UDI – Usuários de drogas injetáveis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 TRAJETÓRIA DE CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	22
2.1 Saúde no Brasil: da Independência à Ditadura Militar.....	23
2.2 Projeto de Reforma Sanitária, Implementação do SUS e a Consolidação do Projeto de Saúde voltado para o mercado.....	27
2.3 Notas contemporâneas sobre saúde no século XX.....	38
3 A SAÚDE MENTAL ENQUANTO EIXO DE CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	45
3.1 Contextualizando a Reforma Psiquiátrica.....	45
3.2 Os Centros de Atenção Psicossociais como estratégia de atendimento a saúde mental.....	50
3.3 Políticas de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas.....	54
4 O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	61
4.1 Estratégias de atendimento humanizado aos usuários de álcool e outras drogas.....	62
4.2 Dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas.....	68
4.3 O profissional do Serviço Social diante do atendimento humanizado para os usuários de álcool e outras drogas.....	74
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXO.....	96

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso teve como objetivo geral “Analisar como ocorre o processo de humanização do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas”. Quanto aos objetivos específicos delimitou-se identificar quais as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde no atendimento humanizado aos usuários de álcool e outras drogas; verificar as estratégias utilizadas para o atendimento humanizado aos usuários de álcool e pontuar como o profissional do Serviço Social pode atuar junto ao atendimento humanizado para os usuários de álcool e outras drogas.

O interesse pela temática teve seu início durante o Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, onde se pôde identificar que parte dos profissionais de saúde possui uma concepção estereotipada com relação aos usuários de álcool e outras drogas. O primeiro estágio foi realizado em torno de observações junto com uma das profissionais de Serviço Social da instituição para que se pudesse ter uma absorção das demandas institucionais e identificação das demandas dos múltiplos usuários que perpassam pelo Hospital Ivan Goulart (HIG). O segundo estágio se deu de maneira interventiva onde foi possível constatar a importância do atendimento humanizado. Destaca-se que a:

Humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão dos serviços (RIOS, 2009, p.10).

Ressalta-se a importância de trabalhar a humanização em saúde mental, pois os usuários da política de saúde mental muitas vezes têm seus direitos violados, em virtude de serem usuários desta política, também são excluídos da sociedade onde estão inseridos. Esta é uma realidade que se vivencia na atualidade, pois são indivíduos vistos como incapazes, improdutivos (para o mundo do trabalho). Por isso, surge a necessidade de atendimento humanizado para que não haja estes preconceitos que ocorrem com este público, deve-se ter claro que a humanização deve ser executada para que estes sujeitos tenham sua dignidade garantida, não sendo mais alvos de tantas violações que são impostos pela sociedade onde estão inseridos.

Torna-se importante dar visibilidade à metodologia utilizada para esse estudo. Assim sendo, torna-se necessário conceituar a importância do método a ser seguido num

trabalho científico. Segundo as autoras Marconi e Lakatos (2007), o método é um conjunto de procedimentos racionais que se utiliza para chegar a um determinado objetivo. Ou seja:

O método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros -, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 83).

Considera-se metodologia como o conjunto de ações e etapas para o procedimento da pesquisa, pois de acordo com Minayo (2007, p. 14) é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. No caso do Serviço Social, analisa-se a realidade social, “entendida aqui em sentido bastante amplo, envolvendo todos os aspectos relativos ao homem em seus múltiplos relacionamentos com outros homens e instituições sociais” (GIL, 2007, p. 42). Afirma-se que metodologia “é uma disciplina instrumental a serviço da pesquisa. Ao mesmo tempo visa conhecer caminhos do processo científico, no sentido de indagar os limites da ciência, seja com referência à capacidade de conhecer” (DEMO, 2009, p. 76).

Pontua-se que o método utilizado para esse estudo foi o dialético crítico, pois este possibilita a compreensão dos movimentos ocorridos dentro da sociedade como sendo decorrentes da estrutura econômica da sociedade. Este método “fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não possam ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências” (GIL, 2007, p. 32).

De acordo com Gil (2007), o conceito de dialética é muito antigo, Platão utilizou tal método para sistematizar a arte do diálogo. Na Idade Média, este termo foi utilizado para dar significado unicamente a uma lógica. A concepção mais atual de dialética é fundamentada por Hegel, que afirma que a lógica e a história da humanidade seguem uma trajetória dialética, na qual as contradições se transcendem, mas continuam dando origem a novas contradições, que começam a requerer soluções. Assim, o método dialético-crítico pretende dar conta do constante movimento da sociedade, considerando a totalidade, a historicidade e a contradição (PRATES, 2003). Destaca-se que:

O enfoque dialético-crítico entende que o conhecimento parte das condições objetivas e que o pensamento capta as contradições referentes às relações concretas, colocando-se em movimento. Conforme Lefebvre (1995, p.12), “o pensamento se desloca incessantemente do pólo lógico, racional, aquele da forma pura, para o real, a “natureza”, o prático sensível, a práxis ou, numa palavra, o conteúdo”. Esse movimento é impulsionado pela contradição observada na realidade (GIL, 2007, p. 31).

As categorias centrais do método escolhido (totalidade, historicidade e contradição), são de extrema importância para poder compreender a realidade dos fatos sociais para além de sua aparência imediata. Conforme Demo (2009) quando se fala em dialética, liga-se a historicidade à realidade social, é preciso compreendê-la como uma metodologia própria das Ciências Sociais. Se a dialética baseia-se na historicidade e se só o ser humano é propriamente histórico, de certa maneira existe como concreto-histórico, isto é, sempre determinado por uma situação histórica concreta. Deste modo, a dialética só pode encontrar seu pleno sentido na história concreta do ser humano.

Assim, a categoria historicidade estabelece a necessidade de analisar-se a realidade como um processo, construído por todos os elementos que condicionam a vida dos sujeitos em sociedade. (...) nesse contexto, o movimento total dos fenômenos diz respeito a tudo aquilo que fez parte desse movimento e que não é do presente, mas que possui uma história que nos remete a pensar e indagar a respeito (LEFEBVRE, 1995, p. 73).

Quando se fala em realidade concreta, remete-se à totalidade dinâmica de vários condicionantes. Afirma-se que “por isso, indivíduo em si não é realidade social, porque é gerado em sociedade, educado em sociedade, socializado em sociedade” (DEMO, 2009, p.93). Já para Gramsci (1983 apud SIMIONATTO, 2004), a totalidade só pode ser entendida se levar em consideração todos os seus aspectos, inclusive a historicidade, no sentido de que as sociedades e suas transformações só podem ser compreendidas através da percepção de sua localização histórica. Gramsci (1983 apud SIMIONATTO, 2004) afirma ainda que a contradição é a ideia de que o movimento na história é fruto de conflitos existentes entre os homens, ou seja, o pensador não toma o marxismo como doutrina abstrata, mas como método de análise concreta do real em suas diferentes determinações. Quando se aborda a categoria contradição, deve-se considerar que ela também se encontra em movimentação.

A contradição, enquanto categoria é vislumbrada na realidade objetiva da sociedade: nos conflitos humanos, da natureza, do espírito humano. No real e no pensamento. Assim, a contradição está presente também na identidade das pessoas e, portanto, está viva, em processo, em movimento. Desse modo, encara-se uma discussão acerca do que é real, e do que é considerado ideal por todos, nessa sociedade contraditória (LEFEBVRE, 1995, p. 74).

O método dialético crítico é hegemonicamente utilizado pela categoria dos profissionais do Serviço Social. Permite compreender as relações sociais, fenômenos, acontecimentos e a realidade. Segundo Türck (2012), as categorias são vistas como:

Historicidade – como um processo que compreende a processualidade dos fatos, sua provisoriedade e seu movimento permanente de superações; (...) Totalidade – como um todo articulado por conexões que permite a apropriação do cotidiano a partir da compreensão histórica, econômica e política como constituintes da construção da sociedade capitalista ocidental; (...) Contradição – é a força motriz (C x W) que provoca o movimento de transformação instigando a partir da luta dos contrários, os processos de mudança, devir na realidade dos sujeitos. (TÜRCK, 2012, p. 47).

A categoria historicidade é compreendida por meio da realidade concreta onde os sujeitos estão envolvidos, sendo eles parte desse processo, assim, a análise compreende reconhecer o processo histórico no processo de interpretação dos fenômenos.

Este movimento pressupõe a historicidade dos fenômenos sociais, reconhece a processualidade, o movimento e transformação do homem, da realidade e dos fenômenos. Significa que os fenômenos não são estáticos, estão em curso de desenvolvimento e, portanto, só podem ser apreendidos a partir do desvendamento deste movimento, por cortes históricos (PRATES, 2003, p. 95-96).

Segundo Prates (2013), a historicidade é a categoria que compreende a história como chave para o desvendamento da realidade, sendo essa histórica não estática, permeada de determinações e condicionalidades. Assim, reconhecer a história é reconhecer o movimento dialético da realidade. A história é como chave para o desvendamento seja de “sujeitos, fenômenos, organizações (...) podemos verificar como sujeitos e fenômenos se conformam, em que contextos sociais, econômicos, políticos, simbólicos (...)” (PRATES, 2013, p.12). A categoria totalidade compreende na realidade dialética a partir de uma análise que leva em consideração as diferentes conexões do mundo real, o universal, o particular e o singular dos fenômenos para seu desvendamento.

A totalidade mais do que a junção de fatores diversos é sua interconexão porque a unidade dos diversos muda o sentido do todo e da parte, é reconhecer o universal no particular e vice-versa, na verdade são o amplo e o miúdo simbiotizados, que são separados provisoriamente apenas para fins didáticos, para melhor explicá-los (PRATES, 2013, p.12).

Outra categoria que compõe o Método Dialético Crítico é a categoria contradição, que na análise é reconhecer que realidade concreta dos fatos, advém de diversas determinações que se constituem contraditórias.

A contradição dialética é ao mesmo tempo destruição e continuidade, é oposição que inclui (...) por esta razão é definida por Lefebvre, como negação inclusiva, para morrer eu preciso estar vivo, e ao viver consumo minha vida, ao viver mais me aproximo do tempo da morte, exemplifica Lefebvre. A criança tenta andar cai e levanta, quer andar, quer alcançar os objetos, tocá-los, para isto precisa locomover-se, quer superar a dificuldade de deslocamento. A dificuldade de se deslocar é a negação que inclui (PRATES, 2013, p.13).

Todas as categorias do método se tornaram relevantes na presente pesquisa e estudo, que numa análise totalizante pode ser considerado contraditório. Pois se faz necessário entender o contexto social no qual os indivíduos estão inseridos, devendo-se levar em consideração todos os aspectos da vida social de cada sujeito, para que não fique apenas no aparente, mas que possa se fazer uso da historicidade, totalidade e contradição, para poder ter resultados concretos da pesquisa.

Ressalta-se a importância das categorias do método para a pesquisa realizada, pois a categoria historicidade é compreendida por meio da realidade concreta onde os sujeitos estão envolvidos, ou seja, aqui os sujeitos usuários de serviço de saúde. Todos os usuários abusivos de substâncias psicoativas trazem em sua trajetória um contexto sócio-históricos e econômicos que, na maioria das vezes, os levou a fazer uso do álcool e outras drogas. Para este estudo buscou-se um recorte histórico que permeia desde Brasil colônia até a contemporaneidade na busca de atendimento que como a política de saúde foi sendo constituída no Brasil. Desta forma, esta análise compreende reconhecer o processo histórico no processo de interpretação dos fenômenos.

A categoria totalidade compreende, na realidade, dialética a partir de uma análise que leva em consideração as diferentes conexões do mundo real, o universal, o particular e o singular dos fenômenos para seu desvendamento no trabalho de conclusão de curso optou-se por pesquisar os desafios necessários para que esses sujeitos tenham

garantidos atendimento humanizado, reconhecendo-os no seu modo particular, mas também universal, pois não vivem isoladamente. Não basta entender a política de atendimento humanizado apenas atrelado ao contexto de São Borja, mas a toda uma trajetória de lutas globais que perpassaram resistência que culminou na reforma sanitária e na luta antimanicomial. Assim, o olhar do pesquisador deve sair do singular para o universal.

Ora pensando na categoria contradição fica expresso a dualidade que se tem no próprio problema de pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, pois qual a necessidade de se criar uma política de humanização quando o sistema Único de Saúde e outras legislações como a Constituição Federal (1988) já expressa o direito ao atendimento com qualidade levando em conta a dignidade humana? Sabe-se que a criação da política de humanização foi pensada visando à necessidade de avanço e qualificação do sistema nacional de saúde, na relação e nos processos de atenção ao usuário, o que somente com a política do sistema único de saúde infelizmente não se efetivou. Nesse sentido, pode ser vista enquanto uma das estratégias de resistência à falta de comprometimento com os serviços públicos que podem ser prestados à população de forma precária.

Destaca-se que “pode-se definir pesquisa como o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico” (GIL, 2007, p. 42), tendo como objetivo fundamental “descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos” (idem). Ainda, segundo o autor, a pesquisa é o processo que permite e auxilia no alcance de conhecimentos novos e de novas conexões referentes à realidade. A finalidade da pesquisa social é tanto a apreensão científica desta realidade quanto à aplicabilidade dos resultados, gerando consequências práticas. Considera-se que ela:

Tem como característica fundamental o interesse na aplicação, utilização e consequências práticas dos conhecimentos. Sua preocupação está menos voltada para o desenvolvimento de teorias de valor universal que para a aplicação imediata numa realidade circunstancial (GIL, 2007, p. 42).

Dessa forma, optou-se por pesquisa de tipo qualitativa, que responde a questões bastante particulares e com nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado (GIL, 2007). Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. A dialética favorece a

obtenção de dados qualitativos, visto que “privilegia as mudanças qualitativas, opõe-se naturalmente a qualquer modo de pensar em que a ordem quantitativa se torne norma” (GIL, 2007, p.32). Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, visto que o ser humano se distingue não só por agir, mas por sua atividade consciente de pensar sobre o que faz e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2007). Esse tipo de pesquisa se interessa mais em abstrair os aspectos qualitativos da realidade social que quantificar o objeto de estudo. Conforme Martinelli (1999), a pesquisa qualitativa é voltada aos significados, às interpretações a respeito dos sujeitos pesquisados junto às suas histórias. Por outro lado, as informações quantitativas são complementares e fundamentam o conhecimento produzido pela outra.

Assim, optou-se também por pesquisa qualitativa com recorte documental, a partir da formulação do problema – Como ocorre o processo de humanização do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas? Destaca-se que pesquisa documental é muito parecida com a bibliográfica, porém a diferença está na natureza das fontes, pois esta forma vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Além de analisar os documentos de “primeira mão” (documentos de arquivos, igrejas, sindicatos, instituições etc.), existem também aqueles que já foram processados, mas podem receber outras interpretações, como relatórios de empresas, tabelas etc. (GIL, 2007). Afirma-se que “esta vantagem se torna particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço” (GIL, 2007, p. 65). Os documentos utilizados para pesquisa documental foram Política Nacional de Humanização (2003a), Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003b) e Política Nacional de Saúde Mental (2001), Constituição Federal (1988), Lei nº 8080 (1990), Código de Ética do Assistente Social (1993), Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Política de Saúde (2010a), Política Nacional AntiDrogas (2003c), Política Nacional sobre drogas (2005a), assim como legislações complementares no âmbito da saúde. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados o roteiro norteador (anexo A).

Para análise de dados optou-se por análise de conteúdo. Dentre os autores que utilizam análise de conteúdo optou-se pelo método de Bardin (2009), a análise de

conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A autora configura a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Porém, a própria autora afirma que este conceito não é suficiente para definir a especificidade da técnica, acrescentando que a intenção é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente de recepção), inferência esta que ocorre a indicadores quantitativos ou não.

Triviños (2011) destaca as três etapas básicas no trabalho com a análise de conteúdo de Bardin (2009) que são: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial. A pré-análise condiz com a elaboração de materiais, após “[...] haver concebido hipóteses sobre determinado apoio teórico, refere-se às técnicas que empregaremos para a reunião de informações” (TRIVIÑOS, 2011, p. 161). O autor enfatiza que Bardin (2009) refere-se à leitura geral de todo o material organizado como leitura “flutuante”, permite “aos investigadores, três fatos fundamentais: formular os objetivos gerais da pesquisa, as hipóteses amplas da mesma, e determinar o *corpus* da investigação [...]” (idem). Assim, corresponde a:

Um período de intuições, mas, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Recorrendo ou não ao ordenador, trata-se de estabelecer um programa que, podendo ser flexível (quer dizer, que permita a introdução de novos procedimentos no decurso da análise), deve, no entanto, ser preciso (BARDIN, 2009, p.121).

A descrição analítica é a segunda fase do método de análise de conteúdo, que parte da pré-análise, “[...] especificamente, o material de documentos que constitui o *corpus* é submetido a um estudo aprofundado, orientado este, em princípio, pelas hipóteses e referenciais teóricos.” (TRIVIÑOS, 2011, p.161). Já a fase de interpretação referencial tem como base, materiais de informação, o qual se iniciou na etapa da pré-análise, assim alcançando sua maior intensidade. A reflexão, a intuição, com embasamento nos materiais empíricos, estabelecem relações, “[...] as propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais” (TRIVIÑOS, 2011, p.162).

Quanto à estrutura do Trabalho Final de Graduação, o capítulo dois traz a trajetória de constituição da Política de Saúde Brasileira, com enfoque na constituição da saúde enquanto política pública no Brasil. De forma sintética, apresenta-se o resgate histórico da saúde no período da ditadura. Aborda-se a implementação do SUS e a consolidação do projeto de saúde voltado para o mercado, que abordará a superação do regime ditatorial de 1964 e a reforma sanitária. Finaliza-se o capítulo com notas contemporâneas sobre saúde no século XX, trazendo um resgate histórico sobre o surgimento principalmente dos ESF.

No capítulo III são tecidas considerações sobre a saúde mental enquanto eixo de constituição da Política de Saúde, fazendo um resgate histórico de como era tratada a saúde mental no Brasil antes de 1970. Para dar embasamento contextualiza-se a Reforma Psiquiátrica enquanto de fundamental importância para o surgimento dos Centros de Atenção Psicossociais como estratégias de atendimento à saúde mental focando na importância destes para o atendimento dos sujeitos de forma continuada. Discorre-se sobre as Políticas de atendimento aos usuários de álcool e outras Drogas – sendo este o foco do estudo –, apresenta-se quais as políticas que tratam da importância da garantia dos direitos destes usuários/sujeitos.

Por fim, nos resultados, aborda-se o processo de humanização do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, retratando a importância do atendimento humanizado com estes sujeitos. Destaca-se a necessidade de estratégias de atendimento a estes usuários, visando atendimento mais qualificado, onde o sujeito sinta-se acolhido. Faz-se necessário destacar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no atendimento humanizado aos usuários de álcool e outras drogas desde concepção do sujeito que se atende até efetivamente aos serviços e benefícios a que tem direito. Demarca-se a necessidade de um profissional Assistente Social diante do atendimento humanizado para os usuários de álcool e outras drogas, pois este profissional trabalha com um olhar minucioso, escuta sensível e nas mais diversas expressões da ¹Questão Social.

¹Questão Social apreendida como o *conjunto* das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2014, p. 27).

2 TRAJETÓRIA DE CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Para retratar a saúde pública no Brasil, faz-se necessário retomar antecedentes significativos. A falta de atendimento e cuidados necessários à saúde pública brasileira e seus respectivos serviços de saúde é histórica, o que gerou um círculo vicioso de fragilidades que vão desde o atendimento básico a saúde mental e conseqüentemente aos atendimentos aos usuários abusivos de substâncias psicoativas. O presente capítulo irá tratar de forma sucinta o processo da saúde durante a ditadura militar, quais foram as dificuldades encontradas neste período e qual a função do estado, pois a Política Nacional de Saúde enfrentou incessantes tensões no período da ditadura.

Será contextualizado o projeto da Reforma Sanitária, implementação do SUS e consolidação do projeto de saúde voltado para o mercado, resgatando o processo histórico ocorrido durante os anos 1980, qual teve como marco a discussão da saúde como direito social e dever do estado e sendo a saúde um direito Universal. Com toda a luta na busca por direitos sociais a Constituição Federal de 1988 indicou avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar os direitos. Tendo como marco a trajetória da reforma sanitária brasileira no ano de 1970, qual foi proposta em um momento de intensas mudanças, que tinha por objetivo universalizar o direito a saúde, qual foi oficializado na Constituição Federal de 1988, onde trata que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Por fim, será contextualizada a saúde no século XX.

2.1 Saúde no Brasil: da Independência à Ditadura Militar

A ditadura simbolizou para sociedade brasileira a confirmação de uma tendência de ampliação econômico-social e político que delineou um país novo. Os problemas estruturais não foram solucionados, mas aprofundados, tornando-se mais complicado e com uma dimensão vasta e dramática (BRAVO; MATOS, 2004):

Em face da “questão social” no decorrer de 64 a 74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO; MATOS, 2004, p.6).

O bloco de poder inserido no mecanismo estatal em 1964, não conseguindo, ao decorrer dos dez anos, consolidar a sua hegemonia, necessitou gradativamente alterar a sua relação com a sociedade civil. “Houve a necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais” (BRAVO; MATOS, 2004, p.7).

A política nacional de saúde enfrentou incessantemente tensão entre o aumento dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatais e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na “estrutura organizacional não conseguiram reverter à ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado” (idem).

A política de saúde era de caráter nacional, organizada/dividida em dois subsetores, sendo eles o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública prevaleceu até o início dos anos 1960 e centralizou-se na criação de condições sanitárias básicas para as populações urbanas excluindo o meio rural. O subsetor de medicina previdenciária só virá se sobressair sobre o de saúde pública a partir de 1966. Destaca-se que as principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram:

Ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte- americana); e Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública (BRAGA; PAULA, 1986, p.53-55).

A partir desse momento intervenções Estatais na saúde passam ter maior visibilidade. A partir de 1930, o processo de industrialização e redefinições do papel do Estado, acirra o surgimento das políticas sociais – além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores – emergindo o que se chamou de uma nova face da saúde pública (BRAVO; MATOS, 2004). A política de saúde passou a ser centralizada pelo Estado Nacional, sendo coordenada pelo Ministério da Educação e Saúde, criada no mesmo ano. Neste período características econômicas e políticas permitiram o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões de forma orgânica e sistemática. Aspectos sociais em geral e questões de saúde em particular, já abordadas na década de 1920, necessitavam ser enfrentadas de forma pontual já que a conjuntura transformou-se em:

[...] questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação (BRAVO; MATOS, 2004, p. 4).

A Política Nacional de Saúde, construída a passos lentos desde 1930, foi materializada no período de 1945-1950. No início da década de 1940, o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP foi instituído, em convênio com órgãos do governo americano. Estes serviços visavam dar assistência aos trabalhadores que trabalhavam diretamente com manganês no Vale do Rio Doce ou com borracha na Amazônia (TEIXEIRA, 1989), ambas as extrações eram realizadas para esforço de guerra, especialmente no que concerne à indústria bélica. Em 1944, houve a criação do primeiro Conselho de Saúde visionando o início da saúde pública moderna. Nesta época, as condições de saúde da

população eram consideradas sinônimas da boa economia do país. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde enquanto comando único, regulamentado pela Lei n. 1.920/53.

A situação da Saúde da população no período de 1945 a 1964, com algumas variações identificadas, principalmente nos anos de 1950, 1956 e 1963 – em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis –, visavam suprimir o quadro de doenças contagiosas e parasitárias, bem como as altas taxas de morbidade e mortalidade infantil e de mortalidade geral (BRAVO; MATOS, 2004). Neste período, destacaram-se os serviços de combate à lepra e à tuberculose.

A partir de 1964, com o golpe militar, a ditadura simbolizou para sociedade brasileira a confirmação de uma tendência de ampliação econômico-social e política que delineou um país novo. Os problemas estruturais não foram solucionados, mas acirrados, tornando-se mais complicados e com uma dimensão vasta e dramática. Infelizmente:

Em face da “questão social” no decorrer de 64 a 74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO; MATOS, 2004, p. 6).

Deste modo, o governo militar instituiu repressões diversas, como a extinção de autonomia representativa para estudantes, professores e demais categorias de profissionais, alguns ligados a saúde. Como não conseguiria manter-se durante muito tempo no poder sem a aprovação – ainda que parcial – da população, foram criadas algumas políticas sociais, como a Previdência Social. Assim, em 1967, foi implantado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que tratava de aposentadorias/pensões, serviços de assistência médica de urgência e serviços de reabilitação da previdência social. Contudo:

[...] ao aumentar substancialmente o número de contribuintes e conseqüentemente de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Diante deste fato, o governo militar tinha que decidir onde alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia (POLIGNANO, 2001, p. 15).

Destaca-se que o bloco de poder inserido no mecanismo estatal desde a década de 1960, não conseguindo, no decorrer dos dez anos, consolidar a sua hegemonia, necessitou gradativamente alterar a sua relação com a sociedade civil. Conforme Bravo e Matos (2004, p. 7), “houve a necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais”. Até 1974 o sistema previdenciário pertencia ao Ministério do Trabalho e, partir deste ano, passou a compor um ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social. Concomitantemente foi criado também o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social.

A criação deste fundo proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados. A existência de recursos para investimento e a criação de um mercado cativo de atenção médica para os prestadores privados levou a um crescimento próximo de 500% no número de leitos hospitalares privados no período 69/84, de tal forma que subiram de 74.543 em 69 para 348.255 em 84 (POLIGNANO, 2001, p. 17).

Desse modo, foram estabelecidos convênios com médicos e hospitais particulares, capitalizando estas categorias e “formando um complexo sistema médico-industrial” (POLIGNANO, 2001, p. 16). Salieta Polignano (2001) que conforme tal sistema foi saindo do controle do INPS, em 1978 foi criada estrutura administrativa destinada exclusivamente à mediação desse “mercado de saúde privado paralela” denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A política nacional de saúde enfrentou incessantemente tensão entre o aumento dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatais e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário (BRAVO; MATOS, 2004, p.6). Deste modo, as reformas realizadas na estrutura organizacional “não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado” (BRAVO; MATOS, 2004, p.7). O setor privado, portanto, passou a comandar a Previdência Social e os demais setores de saúde no país. Este aspecto perdurou até o fim do regime militar.

2.2 Projeto de reforma sanitária, implementação do SUS e a consolidação do Projeto de Saúde voltado para o mercado

Nos anos 80, a sociedade brasileira vivenciou um processo de democratização política, na busca de superação do regime ditatorial de 1964. Vivenciou também uma crise econômica sem igual. O tema mais debatido neste momento pelos sujeitos coletivos versava sobre a necessidade de universalização do acesso. Buscava-se uma concepção de saúde:

Como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO; MATOS, 2004, p.9).

Foi marcante e fundamental para a discussão da Saúde no Brasil a preparação e realização da 28ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. Os eixos debatidos foram: “I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento Setorial” (BRAVO; MATOS, 2004, p.9). Neste evento, como o próprio nome diz, foram debatidas a reorganização do Sistema Nacional de Saúde e a perspectiva da saúde enquanto direito social. A análise da política de saúde na década de 1980 tem como enfoques centrais “a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais” (TEIXEIRA, 1989, p. 53-54).

A partir dessa conferência e de outras de diversas outras políticas fortaleceu-se movimentos que culminaram no processo constituinte que resultou na promulgação da Constituição de 1988. Esta representou, no plano jurídico, a compromisso de afirmação e expansão dos direitos sociais no país frente à crise e às demandas de enfrentamento dos grandes índices de desigualdade social. Deste modo, A Constituição Federal de 1988 indicou avanços que “buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a extensa tradição de

² 1ª conferência em 1941; 2ª conferência em 1950; 3ª conferência em 1963; 4ª conferência em 1967; 5ª conferência em 1975; 6ª conferência em 1977; 7ª conferência em 1980.

privatizar a coisa pública pelas classes dominantes” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 9). Cabe salientar também que:

Em função da Assembleia Constituinte, reuniram-se na Articulação Nacional de Entidades pela Mobilização Popular na Constituinte, cerca de 80 organizações, algumas de âmbito nacional, compostas por associações, sindicatos, movimentos sociais, partidos, comitês plenárias populares, fóruns, instituições governamentais e privadas, que se engajaram num amplo movimento social de participação política que conferiu visibilidade social a propostas de democratização e ampliação de direitos em todos os campos da vida social (RAICHELIS, 2000, p.62).

A politização dos trabalhadores da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas para alcançar visibilidade essencial para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. O setor privado passou a perder espaço, dando origem em 1987 ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e posteriormente, em 1988, ao Sistema Único de Saúde (SUS), hoje vigente (BRAVO; MATOS, 2004, p.11). Destaca-se que:

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política, administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local (...). Estas medidas tiveram, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu (BRAVO; MATOS, 2004, p.12).

Destaca-se nessa trajetória a Reforma Sanitária Brasileira no ano de 1970, proposta em um momento de intensas mudanças. Buscava-se desde o início que esta pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no país. A realidade social, na década de 80, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), restrita aos trabalhadores contribuía – portanto em trabalho formal –, prevalecendo à lógica contraprestacional e da cidadania regulada (FIOCRUZ, 2001, p.1).

Além dos limites estruturais que abrangem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. Já no final da década de 1980, havia algumas dúvidas e incertezas com

relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária podendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, que passam a dar a direção no setor a partir de 1988 (BRAVO; MATOS, 2004, p.12). Assim, a política social brasileira “compõe-se e recompõe-se, conservando em sua execução o caráter fragmentário, setorial e emergencial, sempre sustentada pela imperiosa necessidade de dar legitimidade aos governos” (VIEIRA, 1995, p. 68).

A burocratização da reforma sanitária, segundo Teixeira (1989), retira a população da cena política, despolitizando o processo. Considerando-se a importância da participação ativa da sociedade no controle, planejamento e execução das metas da política social (PEREIRA, 2008), a despolitização ocorrida deixou o Estado com primazia e controle total da cena nas políticas públicas. A reforma apresentou dois elementos que geraram conflito: o reformador – imprescindível para transformar instituições e processos –; e o revolucionário, que é a questão sanitária – só superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde da população –. A construção democrática foi concebida como única via para se conseguir a Reforma Sanitária, sendo a mobilização política uma de suas estratégias, desafio colocado para os setores progressistas da saúde que deveria ser viabilizado na década de 1990. Quanto ao ajuste reformador, cabe lembrar que:

A generalização dos direitos políticos é resultado da luta da classe trabalhadora e, se não conseguiu instituir uma nova ordem social, contribuiu significativamente para ampliar os direitos sociais, para tencionar, questionar e mudar o papel do Estado no âmbito do capitalismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.64).

As propostas da Reforma Sanitária – dentre outros aspectos e movimentos – foram fundamentais para a discussão da universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 onde a saúde é visionada como direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Destaca-se a importância do estabelecimento da seguridade social que corresponde a um conjunto de coberturas sociais da qual todo e qualquer cidadão pode

contar para satisfação de suas necessidades e que são supridas. O estabelecimento do tripé foi de inquestionável valor, pois foi destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Entretanto, pode-se perceber que a Seguridade Social corresponde a um sistema de proteção que ampara a sociedade visando atender a necessidades básicas do ser humano, quando em situações contingenciais se vê ameaçada a sobrevivência e possibilidade de mínimos sociais aos indivíduos e sua família. Segundo Carneiro (2010), a seguridade social representa:

[...] um sistema protetivo estatal voltado ao atendimento das necessidades básicas do ser humano, e cuja ideia central é justamente a de propiciar aos indivíduos e suas famílias tranquilidade para que, na ocorrência de uma determinada contingência (e.g., invalidez, morte etc.), a qualidade de vida não seja significativamente diminuída (CARNEIRO, 2010, p. 1).

Porém, mesmo que ocorra esta garantia firmada na Constituição Federal de 1988, ainda se tem deslegitimado este direito e, por isso, não se tem como vislumbrar essa tranquilidade plena para as famílias brasileiras haja vista a inexistência da cultura do direito. Cabe situar, ainda, que a Seguridade Social enquanto sistema enquanto previdência garante os direitos e benefícios através de prestações pecuniárias, enquanto as outras duas áreas da seguridade se firmam na oferta de prestação de serviços sem necessidade de contribuição previdenciária (CARNEIRO, 2012).

O grande marco da década de 90 foi à regulamentação do Sistema Único de Saúde por meio da Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde. Destaca-se ainda a Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata do financiamento da saúde e da participação popular. A promulgação da Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal nº 8.080, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O artigo 2º do supracitado documento garante que a saúde é direito essencial do ser humano e que o Estado deve prover as condições necessárias ao seu pleno exercício. Fica claro o dever do Estado em formular e executar políticas econômicas e sociais que reduzam o risco de doenças e agravos e que garantam o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Afirma-se que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Cabem também aos demais atores sociais a responsabilidade com o direito à saúde (FIOCRUZ, 2001).

As prerrogativas estabelecidas pelo SUS indicam as responsabilidades do Estado Brasileiro – que dá base à efetivação da política de saúde no Brasil – indicando ações, princípios e diretrizes desta política. A legislação pontua um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos setores municipal, estadual e nacional e ainda os serviços privados de saúde que se agregam funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim (VASCONCELOS; PASCHE, 2008, p. 534-535). O SUS tem 3 princípios éticos a universalidade, a integralidade e a equidade mais 8 princípios organizativos que são discutidos em breve.

A universalidade assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema. Já o princípio da integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades. Pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos sujeitos particulares e dos coletivos. O princípio da equidade, por sua vez, diz respeito ao acesso às ações e aos serviços de saúde, traduzindo o debate atual relativo à igualdade (prevista no texto legal) e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços (VASCONCELOS; PASCHE, 2008, p. 534-535).

Nesse sentido, conforme Teixeira (2011):

[...] o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que implica conceber como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior. Busca-se um sistema de saúde capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar de forma equitativa e integral. Ademais, se acrescenta aos chamados “princípios finalísticos” – que dizem respeito à natureza do sistema que se pretende conformar – e os chamados “princípios estratégicos” – que dizem respeito às diretrizes políticas, organizativas e operacionais, apontando como deve vir a ser estabelecido o sistema que se quer compor, institucionalizar –. Tais princípios giram em torno da descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social (TEIXEIRA, 2011, p. 2).

A Constituição Brasileira (1988) garante a participação social dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços no processo de formulação das políticas de Saúde, assim como no controle de sua execução. Esse fluxo pode ser executado por meio dos conselhos e das conferências de saúde, obrigatórios nas três esferas de governo. Sobre os conselhos, salienta-se que:

[...] significam o desenho de uma nova institucionalidade nas ações públicas, que envolvem distintos sujeitos no âmbito estatal e social. A constituição de tais espaços, tornou-se possível, também, em virtude das mudanças que se processavam nos movimentos populares que, de costas para o Estado no contexto da ditadura, redefiniram estratégias e práticas, passando a considerar a participação institucional como espaço a ser ocupado pela representação popular (RAICHELIS, 2000, p.66).

A regionalização visa garantir que a rede de serviços do SUS seja planejada e organizada no contexto de uma área delimitada, de modo a permitir o conhecimento dos problemas locais e identificação das prioridades de intervenção. Garante-se assim, o acesso de todos os cidadãos a ações que resolvam seus problemas de saúde, sejam individuais ou coletivos, otimizando os recursos disponíveis. A regionalização torna-se um pressuposto que orienta a descentralização das ações e serviços de saúde, os processos de negociação e pactuação entre os gestores, além da identificação e construção das “Regiões de Saúde” (SILVA; GOMES, 2014, p. 1387).

A hierarquização indica que o acesso da população à rede do SUS deve se dar por meio dos serviços de Atenção Básica, que precisam estar qualificados para o atendimento e a resolução dos principais problemas dos usuários. Os problemas que não puderem ser solucionados na Atenção Básica devem ser encaminhados aos serviços de maior complexidade, também conhecidos como Atenção Especializada. Esses serviços devem se articular entre si e criar condições para haver complementaridade de ações segundo as necessidades da atenção básica, ordenadora e coordenadora da rede de atenção, aumentando a resolutividade e contribuindo para a Integralidade. Para isso, é necessário planejamento da ³região de saúde, que materialize a rede de atenção, suas prioridades,

³ Define-se de acordo com Art. 2º Para efeito deste Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011 considera-se: I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes,

seus pactos de cuidado incluindo seus fluxos e instrumentos, seus mecanismos reguladores, seus sistemas logísticos e de apoio, sendo essa uma das atribuições das CIR – Comissão Intergestores Regionais (SILVA; GOMES, 2014, p. 1388).

A noção de descentralização compreende a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde e é distribuída entre as esferas de governo. Considera-se que a chance de acerto de uma decisão será maior se ela for tomada por quem está próximo do fato que a mobiliza. Assim, as três esferas de governo a partir do SUAS assumiram responsabilidades distintas. Destaca-se que o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. É um sistema intrincado que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, como as de cura e reabilitação. Nesta medida não pode ser comparado linearmente com subsistemas de natureza privada, que apesar de compô-lo por meio de sociedades público-privado em geral estabelecem na ação exclusivamente no campo assistencial (CAMARGO, 2011).

Destaca-se novamente a importância da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos módulos de organização de sistemas, serviços e práticas de saúde. Uma realização importante deste processo foi à inserção no texto constitucional como direito de cidadania e dever do Estado, o que realçou e deu força jurídica de relevância pública às ações e serviços de saúde (CAMARGO, 2011).

O modelo de atenção em saúde de Reforma Sanitária pauta-se na concepção de um Estado democrático e de direito responsável pelas políticas sociais. [...] concebe a saúde como um direito social, que deve ser orientado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) composta pelas Leis n. 8080 e Lei n. 8142, e cuja garantia está sob a responsabilidade do Estado (CAMARGO, 2009, p. 51).

delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Ao instituir a saúde como direito de cidadania⁴ e dever do Estado, ancorada na concepção de Seguridade Social, a Constituição (1988) operou uma ruptura com o padrão anterior de política social, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo (CAMARGO, 2009). Os fundamentos legais do SUS estão explicitados no texto da CF de 88, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios que incorporaram e detalharam os princípios da Lei Magna do País. A regulamentação demarcada por leis federais n. 8.080 e n. 8.142 (ambas aprovadas em 1990), que detalham a organização e o funcionamento do sistema, e por sucessivas leis, que desde então têm ampliado o arcabouço jurídico nacional relativo à saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

Antes da criação do SUS, existia um sistema de saúde que atendia, no setor público, os usuários que tinham direito aos institutos de assistência – centralizados no antigo INAMPS –. Então, quem não tivesse direito e acesso ao INAMPS, tinha que ser atendido em outro sistema paralelo, que eram os sistemas públicos estaduais e municipais. O Sistema Único de Saúde, como o nome diz, unificou o acesso da população, a partir de alguns princípios, como o da universalidade, tornou o sistema aberto a toda e qualquer pessoa, sem a necessidade de comprovação de vínculo com alguma instituição, devido a isso tornou-se universal (CREMESE, 2010).

Destaca-se que no Brasil assim como em outros países implantou-se gradativamente um sistema ⁵neoliberal. Esta política pressupõe que a atuação da economia e das políticas de governo na sociedade fossem balizadas predominantemente

⁴A cidadania regulada é entendida como um conceito “cujas raízes encontram-se não em código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido como norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em leis. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei” (SANTOS, 1979, p. 68).

⁵Neoliberalismo sempre foi um conceito confuso. Em quase todas as situações é citado de forma negativa: trata-se de um mau sistema. Isso ocorre porque o neoliberalismo é visto como representação ideológica máxima do capitalismo. E o sistema capitalista é dividido em duas classes: capitalistas e explorados. Os primeiros exploram os segundos através da mais-valia. Essa linha de pensamento é tipicamente marxista. O neoliberalismo, então, seria sinônimo de livre mercado: desmantelamento do Estado de Bem-Estar Social, desregulamentação de mercados, proteção da propriedade capitalista, entre outras ações. E o governo cuidando das pessoas é uma forma de amenizar o mal que o sistema capitalista causa nas pessoas (GOMES, 2010).

pelo mercado, retirando o caráter universal das políticas públicas e tornando-as pontuais, para cobrir problemas de desníveis sociais específicos (CREMESE, 2010).

O SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”, materializada por decisão adotada pelo Congresso Nacional. Essa discussão aproxima-se de marco jurídico atrelado aos princípios do chamado Estado de Bem-Estar-Social (WelfareState), contraposto à perspectiva liberal e neoliberal, que defende a redução do papel do Estado na garantia das condições de vida (e saúde) da população brasileira. Mesmo que o SUS tenha representado avanços significativos é preciso considerar que:

Os brasileiros em busca de assistência e cuidados à saúde na rede do SUS são submetidos a filas que se formam desde a madrugada para pegar senhas, passam por triagens, aguardam horas em locais de espera, frequentemente desconfortáveis, e necessitam, quase sempre, percorrer mais de um estabelecimento nos casos exigentes de realização de exames e obtenção de medicamentos. A lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais da saúde é a de tornar mais fácil a vida do cidadão-usuário, no usufruto de seus direitos. Trata-se de organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão sobre alternativas terapêuticas, dos compromissos de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam assistência e cuidados (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA, 2006, p. 387).

É preciso, portanto, entender que, em uma sociedade capitalista e periférica, como a brasileira, na qual vicejam distintas concepções acerca do Estado, da Política, em suma, da natureza das relações entre público e privado, e mais contemporaneamente, das relações entre estatal- público – privado (TEIXEIRA, 2011).

Nos anos 1990, o Estado brasileiro é influenciado de forma intensa pela Política de Ajuste Neoliberal. Nesse contexto, apesar do texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte da hegemonia capitalista, coligada aos grupos dirigentes. A Reforma Constitucional, notadamente da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil é um dos exemplos dessa aliança. Ao agendar a reforma da previdência, e não da seguridade, o governo teve como intenção desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Constituição de 1988. Seguridade virou previdência e previdência foi considerada seguro (BRAVO; MATOS, 2004). Cabe lembrar que a previdência é apenas um item do tripé da seguridade social, composto também por assistência e saúde. Na seguridade:

Os recursos permanecem extremamente concentrados e centralizados, contrariando a orientação constitucional da descentralização. Além de concentrados na União – o ente federativo com maior capacidade de tributação e de financiamento –, também há concentração na alocação dos recursos nos serviços da dívida pública, juros, encargos e amortizações, rubrica com destinação sempre maior que todo o recurso da seguridade social – e para as políticas sociais que são financiadas pelo orçamento fiscal, a exemplo da educação, reforma agrária e outras, as quais não estão contempladas no conceito constitucional restrito de seguridade social do Brasil (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.165).

Com a Reforma do Estado ou ⁶Contra-Reforma o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico. O seu Plano Diretor considerava que havia o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. Destaca-se que:

A descentralização adquiriu um ar de modernidade e recentemente constituiu palavra de ordem no mundo político e administrativo, especialmente no Brasil, a partir do processo constituinte de 1987. Dentre os princípios enumerados pela nova Constituição de 1988, o da descentralização político-administrativa demarca uma nova ordem política na sociedade, a partir do momento que à sociedade é garantido o direito de formular e controlar políticas, provocando um redirecionamento nas tradicionais relações entre Estado e sociedade (STEIN, 1997, p. 75).

O Estado deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. O referido plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, deve fazê-lo obedecendo às leis do mercado (PEREIRA, 1995). Assim, nos anos 1990 “os contornos neoliberais do processo do ‘ajuste brasileiro’ tornaram-se mais nítidos, bem

⁶ A contra reforma do Estado é parte de um processo global de reestruturação capitalista iniciado após a crise do capital nos 1970. Com a crise do Estado de Bem-Estar Social, expressão da crise dos anos 1970, emerge com toda força nos anos 1980 o projeto neoliberal. A resposta neoliberal a crise consistiu na redução do papel do Estado e ampliação da esfera do mercado econômico. (OLIVEIRA, 2011, p.133).

como as suas consequências econômicas e, sobretudo, sociais” (SOARES, 2001, p.38). Na ameaça de crise, a reestruturação do Estado foi “[...] fruto, naturalmente, de uma leitura equivocada acerca da origem da própria crise, ao invés de interpretá-la a partir das mudanças ocorridas no modelo de produção do capitalismo, têm, de forma inconsequente, imputado ao Estado à culpa por todos os problemas” (SANTOS et al., 2004, p. 13).

Para reestabilizar-se diante da crise, em julho de 1994 foi lançado o Plano Real, pelo então Ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso. Em 1995, Cardoso tornou-se presidente do país, instaurando drásticas reformas institucionais. Assim, foi realizada demissão em massa do funcionalismo público, diminuição de salários, extinção de instituições públicas e corte de gastos nas políticas sociais. A burocracia e o setor privado prevaleceram. Dito de outra forma:

Inicia-se uma política de ajuste que levará ao processo de despatrimonialização social do país, cujos reflexos mais dramáticos encontram-se no sucateamento da *intelligentsia* nacional, da infra-estrutura e na destruição das possibilidades de futuro. Diante desse cenário, pergunta-se: quem assumirá a responsabilidade de atender à finalidade do bem-estar da sociedade? (SANTOS et al., 2004, p. 25).

No campo do desenvolvimento social, por sua vez, o governo de Fernando Henrique Cardoso apostou em estratégias focalizadas. Assim, por exemplo, em 1996 foi criado o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). Tais medidas ocorreram, segundo Chagaset al. (2003), porque após a Constituição Federal de 1988, “[...] a assistência social sempre foi utilizada como instrumento de negociação e troca política entre a Presidência da República, o Congresso Nacional e as bases estaduais e municipais, e nenhum desses entes queria abrir mão dessa moeda política” (CHAGAS et al., 2003, p. 8)

2.3 Notas contemporâneas sobre saúde no século XX

Dentre fatos chamados contemporâneos a partir das indicações tratadas nos itens anteriores deste trabalho destaca-se o surgimento do Programa de Saúde da Família 7(PSF) em 1994. Desde o final da década de 1990, vem sendo assumido pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia de organização da atenção básica à saúde no país. O ESF, desde sua concepção no nível federal, até chegar à chamada "ponta" do sistema de saúde, tem sido bastante diversificada, o que gera uma multiplicidade de experiências possíveis, sob a mesma denominação, "Saúde da Família". Apesar dessa multiplicidade de formas existentes, o ESF foi concebido como uma estratégia para mudança do modelo de atenção à saúde, para efetivar os princípios do SUS como a universalidade, a integralidade e a equidade.

O ESF foi formulado pelo Ministério da Saúde em 1994 como um programa vinculado à Fundação Nacional de Saúde. Tem ampliado as suas possibilidades de se tornar uma proposta exitosa, em especial pela capacidade criativa dos municípios, ganhando contornos que extrapolam o conceito habitual de "programa". Dessa forma, apesar de conter diretrizes normativas, com objetivos e operações claramente definidos, sua implantação, quando adequada, traz resultados que extrapolam o nível da atenção primária e repercutem sobre a dinâmica e o funcionamento do sistema de saúde como um todo.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o ESF, sigla com a qual se consagrou desde então, incorpora as bases conceituais presentes na "Vigilância da Saúde", que incluem o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, incluindo a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde, e a possibilidade de intervenção sobre os mesmos com estratégias como a promoção da saúde. Portanto, experiências começaram a surgir em vários municípios brasileiros, catalisando mudanças que viriam a ser reconhecidas como as estratégias de fortalecimento da política nacional de saúde, conforme preconizado na Constituição brasileira e na Lei Orgânica da Saúde. O ESF vem se consolidando como uma estratégia de fortalecimento do SUS, importante para a transformação de uma estrutura de serviços

⁷Não se encontrou o ano da alteração da nomenclatura de PSF para ESF, nas leituras realizadas o termo foi utilizado com a mesma finalidade.

de saúde repleta de distorções, ganhando legitimidade através dos fóruns e organismos colegiados de gestão, que tem se refletido, inclusive, no campo da formação de recursos humanos para a saúde. Parte de uma proposta de ação que envolve necessariamente as três esferas de governo, cabendo, a cada uma, funções ora distintas, ora complementares. Assim, aos três níveis compete contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no país, visando à organização dos sistemas municipais de saúde; a avaliação e acompanhamento de seu desempenho e o envolvimento na capacitação e educação permanente dos recursos humanos (SAMPAIO; LIMA, 2004).

ESF pode ser facilmente confundido com outros programas de Saúde Pública, que focam uma assistência tecnicista, curativa centrada no profissional médico, distinguindo-se do Paradigma Sanitário, que tem a concepção no processo saúde/doença. Como ocorre com outras propostas de âmbito nacional, a implementação da ESF, desde sua criação nos três níveis federal, estadual até chegar ao nível municipal do sistema de saúde, tem sido bastante diversificada, o que gera uma multiplicidade de experiências possíveis, sob a mesma denominação, Saúde da Família (FONTINELE, 2003).

Ao Ministério da Saúde compete, mais especificamente, a formulação geral do programa e a sua coordenação nacional, revendo permanentemente as suas diretrizes e renegociando pactos na Comissão Intergestores Tripartite, na medida em que forem se acumulando experiências que apontem essa necessidade. Além disso, também deve garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do programa; regulamentar os mecanismos de cadastramento, inclusão e exclusão das equipes e profissionais para fins de pagamento de incentivos federais; prestar assessoria técnica aos estados e municípios no processo de implantação e expansão do programa; articular e conhecimentos voltados à Atenção Primária (SAMPAIO; LIMA, 2004).

Às Secretarias Estaduais de Saúde compete estabelecer, em conjunto com o Ministério da Saúde, as normas e as diretrizes complementares do programa; prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação/ampliação e monitoramento do programa; disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes e promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria da Atenção Básica ou Primária, além de participar do financiamento, quer seja através da participação dos

estados no financiamento global da saúde, conforme preconiza a lei, quer seja através de incentivos estaduais para a Saúde da Família (SAMPAIO, LIMA, 2004).

Às Secretarias Municipais de Saúde compete a operacionalização do PSF, inserindo o mesmo em sua rede de serviços, visando a organização descentralizada do Sistema Único de Saúde. Também compete aos municípios garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades de Saúde da Família, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações preconizadas pelo Programa e selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes ⁸multiprofissionais, conforme legislação vigente. Enfim, o "jeito de fazer" deve ser próprio em cada município e adaptado à sua realidade local, desde que observadas e mantidas as diretrizes emanadas do Ministério da Saúde (SAMPAIO, LIMA, 2004).

Outro importante fato contemporâneo constitui o surgimento da Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, tendo como objetivo de deflagrar movimento ético, político-institucional e social para modificar os modos de gestão e as formas de cuidado em saúde (BRASIL, 2003a). O termo humanização passa guardar em si um traço fundamentalista, onde seu histórico o consagra como aquele que rememora movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos, ou prejudicados em tempos de enfraquecimento ético. A humanização desponta no momento em que a sociedade, passa por uma revisão de valores e atitudes. Não é possível pensar a humanização na saúde sem antes olhar o que acontece no mundo contemporâneo (RIOS, 2009, p. 8). Entende-se, a Humanização enquanto respeito e valorização da pessoa humana, onde se compõe um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão dos serviços. Esse conceito abrange as múltiplas visões da humanização citadas como abordagens complementares, que permitem a realização das finalidades para os quais aponta sua definição (RIOS, 2009, p. 10).

A PNH (2003) entende a humanização como reconhecimento dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa

⁸A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf> Acesso em: 18 jan. 2016.

política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (HUMANIZA SUS, 2010, p. 121). A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância importante para a melhor apreensão/compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam essa maneira de fazer saúde que resulta, ao seu final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (RIOS, 2009, p. 10).

Deve-se lembrar também que a PNH (2003) opera a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se explanam em determinados arranjos de trabalho. Um dos princípios da PNH (2003) é a integralidade, onde está garante ao sujeito o direito ao acesso a todas as esferas da área da saúde, desde as ações assistenciais em todos os níveis de complexidade. Entretanto, a articulação de serviços em diferentes eixos, necessita de uma rede de serviços, capaz de viabilizar uma atenção integral e eficiente. De outro lado, deve-se lembrar que a integralidade deve compreender a resposta de abordagem integral do ser humano (BRASIL, 2010b).

O profissional da saúde deve agir de acordo com as diretrizes sugeridas pela PNH (2003), sendo uma delas o acolhimento, onde este deve reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve estar presente em todas as relações entre equipes/serviços e usuários/populações. Sendo o acolhimento valor fundamental das práticas em saúde este é construído de forma coletiva, a partir das análises dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário/população com sua rede socioafetiva.

Teixeira (2003) ao nos falar sobre o acolhimento, situa-o como uma rede de conversações, tomando-o mais como postura do que como um setor do serviço de saúde. Assim sendo, acolhe-se o usuário com sua demanda, seja na recepção, seja dentro do consultório; acolhe-se um trabalhador ao outro, seja em suas demandas de discussões de caso, seja em suas necessidades de apoio diante das dificuldades do cotidiano (BRASIL, 2010b, p. 168).

A saúde pública brasileira tem evidenciado progressos no que trata a respeito à descentralização/regionalização, universalidade⁹, integralidade¹⁰, equidade¹¹ e controle social¹², mas ainda observa-se uma fragilidade nos processos de trabalho nas relações entre os profissionais e os usuários. A PNH (2003) nasce como uma proposta para as questões de Atenção e Gestão da Saúde (BRASIL, 2003a). Deve-se levar em consideração também outra diretriz imposta pelos princípios do SUS, que é a clínica ampliada, tal como ela é proposta pela PNH, incorpora e valoriza a coordenação clínica, e contribui para sua prática na medida em que oferece uma crítica construtiva aos diagnósticos. A clínica ampliada busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico. Cada teoria faz um recorte parcialmente arbitrário da realidade. Na mesma situação, pode-se “enxergar” vários aspectos diferentes: patologias orgânicas, correlação de forças na sociedade (econômica, cultural, étnicas), a situação afetiva etc., e cada uma delas poderá ser mais ou menos relevante em cada momento. A Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares tencionando os limites de cada matriz disciplinar. Ela coloca em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. Este eixo traduz-se, ao mesmo tempo, em um modo diferente de fazer a clínica, numa ampliação do objeto de trabalho na busca de resultados eficientes, com necessária inclusão de novos instrumentos (BRASIL, 2009).

A PNH (2003) surge como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, sendo assim esta possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde. A Transversalidade que tende o aumento do grau de comunicação intra e intergrupos; a transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde,

⁹ Universalidade compreende a cobertura, o atendimento e o acesso ao Sistema Único de Saúde, expressando que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes e pequenos centros urbanos, e também a populações isoladas geopoliticamente. Também deverá prestar atendimento a brasileiros e estrangeiros que estejam no País.

¹⁰ Integralidade é um dos princípios do SUS que garante ao cidadão o direito ao acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando, desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade. [...] integralidade também compreende a proposta de abordagem integral ao ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.

¹¹ Refere-se aos meios necessários para se alcançar a igualdade, [...] condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos.

¹² Controle social ou participação cidadã refere-se à participação popular na formulação de projetos e planos, de prioridades, fiscalização e avaliação das ações e dos serviços, nas diferentes esferas de governo, destacando-se, na área da Saúde, as conferências e os conselhos de saúde (BRASIL, 2010b).

produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho. A Indissociabilidade entre atenção e gestão que visa alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho; Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos; Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho. O Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos, pois trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais. Assim as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2010b).

As diretrizes da PNH levam a Clínica Ampliada; Co-gestão; Acolhimento; Valorização do trabalho e do trabalhador; Defesa dos Direitos do Usuário; Fomento das grupidades, coletivos e redes e Construção da memória do SUS que dá certo. A PNH alerta quanto o modo mais comum de se fazer gestão em saúde, em grande medida influenciado por princípios tayloristas (CAMPOS, 1998), tende a ser padronizante e quantitativo. Grande parte do tempo dos gestores é gasto com o controle das prescrições de tarefas, programas e protocolos. Evidentemente, o controle é parte da gestão. No entanto, a gestão não pode se reduzir às atividades de controle (CAMPOS, 1998).

O trabalho em saúde requer autonomia relativa dos profissionais para adequarem sua prática clínica e suas ofertas terapêuticas para a singularidade de cada usuário. Se isto é verdade para qualquer serviço de saúde, é mais relevante na Atenção Básica, onde a descrição e o compromisso de ser resolutivo para a maior parte dos problemas de saúde obriga uma abordagem específica para cada população. Para isto é necessário que se refaçam os contratos se incorporem tecnologias gerenciais mais participativas e singularizantes (com objetivos e critérios de avaliação específicos para cada equipe e clientela adstrita, em cada momento).

O trabalho “alienado”, submisso e acrítico é perigoso para os usuários e nocivo para a saúde dos trabalhadores, além de contribuir para a progressiva desresponsabilização dos trabalhadores sem relação às decisões das quais ele não participa (BRASIL, 2010b, p. 38).

Partindo para o campo da saúde mental, deve-se levar em considerações que na saúde mental luta-se contra muros visíveis e invisíveis, contra modos sutis e violentos de cerceamento da liberdade do “homem louco”, obstáculos que impedem estes sujeitos de existirem em sua singularidade e de pertencerem ao mundo civilizado e cidadão. A institucionalização da loucura expressa um dos mais completos e sólidos processos de desumanização, pois articula dois modos distintos e complementares de violência: à segregação dos corpos se articula e duplica o processo de exclusão e de anulação da subjetividade. Ensina Foucault (1987 apud TRAJANO; SILVA, 2012, p. 24) que a condenação à cidadela do bem, o manicômio, se fez acompanhar do processo de destituição da verdade na experiência da loucura.

Por isso, a humanização na saúde mental ganha um sentido ampliado. Aqui, é preciso ir além da abolição das práticas que violam direitos, desrespeitam a cidadania; faz-se necessário ir ao ponto de raiz da humanização: o reconhecimento do outro como ser igual a mim – em direitos e, radicalmente distinto, em sua subjetividade. Quando a saúde se humaniza ela descobre, ou melhor, redescobre algo que não devia ter esquecido: nossa prática é a arte humana de buscar alívio para a dor, e como arte que é, é também instrumento de invenção de novos modos de existir (TRAJANO; SILVA, 2012, p. 23).

3 A SAÚDE MENTAL ENQUANTO EIXO DE CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

A Política Nacional de Saúde Mental é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013b, p. 21).

O presente capítulo irá tratar do contexto histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil que ocorreu em 1970. Serão abordados os centros de Atenção Psicossociais, seu contexto histórico, quais suas estratégias e finalidades, será tratado dos diferentes tipos de CAPS, para melhor compreensão. Também será contextualizado no presente capítulo, as Políticas Nacionais de Álcool e outras Drogas, os avanços no decorrer dos anos e as estratégias de prevenção ao uso de substâncias psicoativas.

3.1 Contextualizando a Reforma Psiquiátrica

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorreu no “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005b, p. 6). Embora a reforma psiquiátrica nasça no bojo da reforma sanitária, ambos os movimentos têm distintas identidades. Sendo balizada pelas mesmas diretrizes e princípios da reforma sanitária, a reforma psiquiátrica difere-se no sentido de que se configurou em uma luta mobilizada por profissionais, estudantes, usuários e outros sujeitos integrantes no campo da saúde

mental. Esses setores foram sublevados por algumas causas ocultadas socialmente, incididas neste espaço de trabalho, a se posicionar em torno das precariedades e condições que a comunidade mental como um todo estava exposta (BORGES, 2013).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 1970, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos usuários psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira foi extremamente significativo:

Em suma, o desafio imposto pela Reforma exige a formação de profissionais dotados de capacidade de reflexão crítica – elemento indispensável para a superação das imensas dificuldades inerentes ao trabalho (desvalorização do servidor público, investimentos aquém do necessário) – e para a sustentação de uma prática de cuidado que se constitua como um exercício de transformação para todos os envolvidos: pacientes, profissionais e as redes sociais em volta deles (BEZERRA JR., 2007, p. 249).

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos usuários psiquiátricos no país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É, sobretudo, este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005b).

Ainda, na década de 1980, experiências municipais iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial para realizar a (re) inserção de usuários em seus territórios existenciais.

Foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise (BRASIL, 2005b). A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura, etc.). O desafio que se coloca reside na discussão de ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para se realizar implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade (BRASIL, 2005b).

São de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de usuários. Esta intervenção, com repercussão nacional, demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível (BRASIL, 2005b).

A reforma psiquiátrica propiciou a pessoa com transtorno mental (PTM), novas formas de atendimento e direitos, no entanto, alguns aspectos herdados por uma trajetória histórica de preconceito e exclusão desses sujeitos, influência na fragilidade do tratamento à sua saúde. A identidade, voltada aos PTMs, historicamente tratados pela sociedade como loucos e contagiosos, vistos pelo mercado como um atraso a produção, trouxe consequências que ainda são atuais, como a supressão, convencionalismo, dificuldade de acesso a bens serviços, reinserção no mercado de trabalho e na sociedade. Destaca-se que com:

[...] a reforma psiquiátrica, um grande progresso na concepção em relação à saúde mental, passou-se a considerar aspectos objetivos vivenciados pelo portador de transtorno mental, resultando em um olhar para além da doença. Tendo em vista que a doença não vem sozinha, ela é fruto do que o sujeito vivencia no seu meio social, uma vez que ele é atendido juntamente com a família, visando preservá-lo durante o tratamento para uma nova reinserção e convívio social (BORGES, 2013, p. 21).

Para, além disso, os frutos do processo de reforma psiquiátrica tiveram outros resultados positivos, como a criação de leis que garantiram o direito e acesso aos usuários da política de saúde mental, com a Lei 10.216 que proíbe a extinção dos manicômios e sua substituição por serviços extra-hospitalares, que visava à afirmação e regulamentação dos direitos desses. A proposta do projeto visava um atendimento mais abrangente, voltado para além da doença, que abordasse o meio desse indivíduo (BORGES, 2013). Também no ano de 1989, entrega-se no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativos e normativos (BRASIL, 2005b).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a Política do Ministério da Saúde para a Saúde Mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. A década de 90 é marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil com a assinatura da ¹³Declaração de Caracas e pela realização da ¹⁴II Conferência Nacional de Saúde Mental, onde passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia,

¹³ Declaração de Caracas é um documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

¹⁴A I Conferência Nacional de Saúde Mental constou com três temas básicos, a saber: I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental (II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1992, p.13).

eas primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005b).

Normativas federais passam a estimular e regular a nascente rede de serviços de base territorial. Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os princípios do movimento de reforma, iniciado na década 1980 tornam-se uma política de estado. Nos anos 2000, com financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (Raps), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial pode-se citar a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. Nascidas com a redemocratização, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica são parte de um Brasil que escolheu garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde. Não é por acaso que, tanto no campo da Atenção Básica quanto da Saúde Mental, saúde e cidadania são indissociáveis (BRASIL, 2005b).

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente (BRASIL, 2005b, p.9).

Este período caracteriza-se por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal (BRASIL, 2013b).

3.2 Os Centros de Atenção Psicossociais como estratégia de atendimento a saúde mental

Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são unidades de atendimento intensivo e diário aos portadores de sofrimento psíquico grave, constituindo uma alternativa ao modelo centrado no hospital psiquiátrico e permitem que os usuários permaneçam junto às suas famílias e comunidades. O Caps tem como finalidade a integralidade no tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais – psicoses, neuroses graves e demais quadros – cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (SILVESTRE, 2009).

O primeiro CAPS do Brasil, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, a partir da utilização do espaço da então extinta Divisão de Ambulatório (instância técnica e administrativa da Coordenadoria de Saúde Mental, responsável pela assistência psiquiátrica extra-hospitalar) da Secretaria Estadual de Saúde. Transformou-se esse local num serviço que se propunha a evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental, dentro da nova filosofia do atendimento em saúde mental desse período (SILVESTRE, 2009).

As inspirações para o CAPS Luís Cerqueira e para os demais que foram criados vieram, em grande parte, das experiências realizadas no exterior, principalmente de alguns princípios das comunidades terapêuticas, da Psiquiatria de setor e da Psiquiatria democrática italiana. A inspiração mais forte, no entanto, segundo Pitta (1994), foi a dos centros de atenção psicossocial de Manágua (Nicarágua), que surgiram em 1986, em plena revolução naquele país. Apesar de todas as dificuldades sociais, econômicas e políticas, esses centros foram maneiras criativas de cuidar, com responsabilidade, de pessoas com problemas psiquiátricos. Utilizava-se de líderes comunitários, profissionais, materiais improvisados e sucatas para reabilitar as pessoas que, pelos transtornos mentais, eram excluídas da sociedade. As equipes eram interdisciplinares e tinham a proposta de uma ação ligada, ao mesmo tempo, à prevenção, tratamento e reabilitação. Outro aspecto importante desses centros era a parceria com outras instâncias sociais, sendo que alguns deles funcionavam em salões paroquiais ou outros locais. A

marcadessas estruturas foi o compromisso ético de que todos têm o direito a uma vida digna a despeito da doença mental ou de outras limitações sociais e econômicas (SILVESTRE, 2009).

As equipes dos CAPS são formadas por vários profissionais de nível superior, como por exemplo, psiquiatras, psicólogos e enfermeiros, profissionais de nível médio como auxiliares para suporte em limpeza, cozinha e segurança patrimonial. O Imóvel deve ter estilo residencial, estar localizado em uma área de fácil acesso à população e contar com um ambiente que favoreça o acolhimento e a hospitalidade. O usuário deve ser estimulado a ver o CAPS como um território livre e fácil de ser acessado. Os conceitos primordiais do serviço são o acesso universal e o acolhimento. Outro conceito fundamental é o acompanhamento, Os CAPS têm a responsabilidade de dar continuidade ao cuidado do usuário, mesmo que ele não permaneça no serviço. O atendimento é sempre individualizado, de acordo com as necessidades do usuário (SILVESTRE, 2009).

Em março de 2002, foram criados os CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) que são serviços de atenção psicossocial para atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, devendo oferecendo atendimento diário, intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. Esses serviços, conforme preconiza o Ministério da Saúde, devem contar com planejamento terapêutico individualizado de evolução contínua, possibilitando intervenções precoces, além de apoio de práticas de atenção comunitária e de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Vale ressaltar que a multidisciplinaridade nesses serviços é de fundamental importância para que os atendimentos possam ser mais humanizados, visando à liberdade e autonomia das pessoas e não a reprodução de discursos (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Quadro 1: Constituição de CAPS Brasileiros: 336/2001

Tipo de CAPS	Característica	Horário de Funcionamento
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 8h às 18 horas, em 02 (dois) turnos, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 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.
	Responsável por crianças/adolescentes considerando o ECA com	Deve funcionar de 8h às 18 horas, em 02 (dois)

CAPS i II	cuidados clínicos contínuos.	turnos, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21horas.
CAPS ad II	Prestar supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação como 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 8h às18 horas, em 02 (dois) turnos, podendo comportar umterceiro turno funcionando atéàs 21 horas manter de 02(dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

Fonte: PORTARIA n. 336/2011 (apud ANDRADE, 2014) (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).

Os CAPS atendem pelo menos durante os cinco dias úteis da semana, o funcionamento nos finais de semana dependendo dos tipos de serviço prestados. A característica mais distintiva do CAPS III é possuir leitos que permitem a hospitalidade noturna, funcionando em tempo integral tendo, portanto, capacidade para acolher situações de maior dificuldade. Funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, o que exige uma equipe mais que nos demais tipos de CAPS (SILVESTRE, 2009).

Destaca-se enquanto reforma psiquiátrica brasileira que a mesma ganha força no Rio Grande do Sul a partir 1991, quando foi fundado o "Fórum Gaúcho de Saúde Mental" (FGSM), com o intuito de discutir a implantação da reforma psiquiátrica. Essa iniciativa

teve grande influência para que o RS se tornasse o primeiro estado brasileiro a aprovar a legislação da reforma psiquiátrica, com a Lei nº 9.716, de 1992, na qual ficou determinada a diminuição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com substituição por uma rede de atenção integral à saúde mental. No âmbito desta rede integrada surgem os CAPS como principais serviços, sendo o de São Lourenço do Sul o primeiro do sul do Brasil e do RS (LARENTIS; MAGGI, 2012, p. 125).

A rede de atenção à saúde mental "(...) caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica" (BRASIL, 2005b, p. 25). Entende-se que as políticas e diretrizes dos CAPS AD são instituídas a nível federal e de forma geral aos profissionais que compõem as equipes, ou seja, não há mudanças significativas das políticas e diretrizes de cada estado e/ou município, da mesma forma que não há orientações específicas para o trabalho de cada profissional do serviço. Tudo deve ser adequado ao perfil populacional de cada município e da equipe de cada serviço, desde que seja seguida a lógica preconizada pela reforma psiquiátrica.

Até mesmo a formação das equipes desses serviços deve seguir as diretrizes estipuladas, mas não são estanques. As diretrizes indicam que as equipes dos CAPS AD devem conter no mínimo 13 profissionais, alguns com designação da especialidade como médicos, e outros não como e o caso de psicólogos, em que é necessário nível superior ou nível técnico, ficando a decisão de quais profissionais serão integrados à equipe a critério de cada município, o que pode acarretar prejuízo em termos de prioridade de cada gestão (BRASIL, 2005b).

3.3 Políticas de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas

A política de saúde mental brasileira é resultado da luta de usuários, familiares e trabalhadores da saúde que teve início na década de 1980 tendo por objetivo mudar o contexto dos manicômios onde residiam mais de 100 mil indivíduos com transtornos mentais. Esta luta foi impulsionada pela importância dos direitos humanos adquiridos durante o período da ditadura militar qual se alimentou das experiências exitosas de países europeus na mudança de um modelo de saúde mental baseado no hospital

psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial (BRASIL, 2013a, p. 21).

Na década de 1980, tiveram-se experiências municipais que “iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial para realizar a (re) inserção de usuários em seus territórios existenciais”. Sendo assim foram fechados hospitais psiquiátricos de acordo com a expansão de serviços diversificados de cuidado tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise. A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura etc.) (BRASIL, 2005b).

A aprovação de leis estaduais alinhadas com esses princípios ao longo da década de 1990 reflete o progresso desse processo político de mobilização social não só no campo da Saúde como também no conjunto da sociedade. Normativas federais passam a estimular e regular a nascente rede de serviços de base territorial. Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2013a, p. 22).

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas foi publicada no ano de 2003. Em seu texto de apresentação, admite-se o atraso histórico de inserção do uso prejudicial e/ou dependência do álcool e outras drogas na agenda da saúde pública. Como fatores contribuintes para a formulação dessa política de saúde específica, o estudo de Machado e Boarini (2013) analisa a condução da política pública de drogas proposta pelo Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), entre as décadas de 1980 e 1990, e posteriormente pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad); a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a afirmação da universalidade do direito à saúde; a reorientação do modelo de atenção em saúde mental a partir da implementação de serviços de base comunitária substitutivos à internação em hospitais psiquiátricos; e a implementação de políticas de prevenção do HIV/ Aids entre usuários de drogas injetáveis (UDI), propiciando que a saúde pública voltasse o seu olhar para um segmento populacional até então à margem do sistema de saúde (ALVES; LIMA, 2012).

A Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde (2003), consolida, em suas diretrizes, recomendações e propostas formuladas em distintos espaços políticos e por diferentes atores sociais do setor saúde e em interface com outros setores governamentais. O processo reflete a complexidade do fenômeno do consumo de álcool e outras drogas na contemporaneidade, o qual demanda um enfoque abrangente e intervenções setoriais e intersetoriais. Destaca-se que:

Diante dessa polêmica, é preciso reconhecer que os atuais investimentos governamentais na formulação de políticas públicas voltadas para o usuário de drogas ratificam a falência – porém não o abandono – das políticas proibicionistas e das estratégias repressivas (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 590).

A formulação dessa política de saúde representa um avanço na trajetória discursiva sobre a questão das drogas no país ao inscrevê-la no âmbito do SUS e assim afirmar o direito à saúde das pessoas que fazem uso prejudicial ou apresentam dependência de álcool e outras drogas. Avanços adicionais podem, ainda, ser apontados: a regulamentação pelo Ministério da Saúde das práticas de redução de danos sociais e à saúde, relacionados ao consumo de drogas lícitas e ilícitas e à aprovação da Política Nacional sobre o Álcool (ALVES, LIMA, 2012).

Embora seja perceptível, através da linguagem utilizada na elaboração do documento da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas, um movimento no sentido de transformação das práticas de saúde nesse âmbito, observa-se que a Política Nacional sobre Drogas ainda está arraigada às concepções tradicionais da temática. No entanto, é fato que tal política segue também preconizações de âmbito internacional, nos quais a problemática das drogas é concebida principalmente como questão neurobiológica e de segurança, e as propostas de abordagem ao fenômeno são, geralmente, baseadas em modelo tradicional e hegemônico pautado nessas premissas (SOUZA; KANTORSKI, 2007, p. 16).

A expansão da rede especializada de cuidados em saúde mental sobre álcool e drogas segue alguns *objetivos* sendo estes: 1. população do município ou micro-região a ser atendida; 2. ausência de recursos assistenciais, configurando baixo acesso ao atendimento; 3. maior risco/vulnerabilidade, em função de indicadores epidemiológicos e sociais; 4. existência de hospital psiquiátrico, e conseqüente programa de

desinstitucionalização, com residências terapêuticas e outros dispositivos para a reintegração social de pacientes de longa permanência hospitalar (BRASIL, 2003b, p. 35).

A Política Nacional sobre Drogas (PNAD), definida pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), em 2005, presume responsabilidade compartilhada entre União, estados, municípios e a sociedade brasileira. A União tem por dever, por meio do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), articular, integrar, organizar e coordenar as políticas de prevenção, atenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de substâncias psicoativas. Estados e municípios são os executores dessas políticas. Entretanto, a Política Nacional sobre Drogas de 2005 tem como algumas de suas diretrizes:

Garantir aos pais e/ou responsáveis, representantes de entidades governamentais e não-governamentais, iniciativa privada, educadores, religiosos, líderes estudantis e comunitários, conselheiros estaduais e municipais e outros atores sociais, capacitação continuada sobre prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, objetivando engajamento no apoio às atividades preventivas com base na filosofia da responsabilidade compartilhada (BRASIL, 2005a, p.4).

O Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas), possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não governamentais e entidades privadas. O acesso às diferentes modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional deve ser identificado, qualificado e garantido como um processo contínuo de esforços disponibilizados, de forma permanente, para os usuários, dependentes e seus familiares, com investimento técnico e financeiro de forma descentralizada (BRASIL, 2005a, p. 17). A Política Nacional sobre Drogas (2005) tem por alguns objetivos:

Conscientizar a sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas conseqüências. Educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem sucedidas, adequadas à nossa realidade. Conhecer, sistematizar e divulgar as iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso indevido de drogas em uma

rede operativa, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia. Implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento (BRASIL, 2005a, p. 3).

A efetiva prevenção é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, federal, estadual e municipal, fundamentada na filosofia da “Responsabilidade Compartilhada”, com a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde. Se todos os órgãos trabalharem de acordo com o que está previsto na Política Nacional sobre Drogas de 2005, na busca da prevenção, conscientização, assim poder-se-ia diminuir o índice de dependentes de drogas, pois se deve trabalhar na prevenção e redução do consumo e danos (BRASIL, 2005a).

Dentre os temas polêmicos envoltos no atendimento a questão do uso de drogas destaca-se a redução de danos. A regulamentação das práticas de redução de danos afirma e fortalece o posicionamento do setor público de saúde por um modelo de atenção à problemática do consumo de álcool e outras drogas, orientado para a minimização dos riscos e danos sociais e à saúde associados a esse consumo sem, necessariamente, intervir na oferta ou no próprio consumo.

Importa lembrar que a redução de danos é muito mais do que uma alternativa à abstinência no tratamento da dependência química e na prevenção do HIV/AIDS. A redução de danos trata do manejo seguro de uma ampla gama de comportamentos de alto risco e dos danos associados a eles. Desse modo, o importante não é se determinado comportamento é bom ou ruim, certo ou errado. Na redução de danos, a ênfase é se o comportamento é seguro ou inseguro, favorável ou desfavorável. A redução de danos centra-se no que funciona (pragmatismo) e no que ajuda (empatia e solidariedade) (QUEIROZ, 2001, p. 14).

Em sua regulamentação, as intervenções de redução de danos foram ampliadas, sendo definidas como uma ou mais das seguintes medidas de atenção integral à saúde: a) informação, educação e aconselhamento; b) assistência social e à saúde; c) disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS e hepatites. Estabelece-se que essas ações devem ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorre ou possa ocorrer o consumo de álcool e outras drogas

e que a divulgação dos serviços públicos de saúde e de assistência social entre a população contemplada por essas ações constitui, em si, uma medida de redução de danos (ALVES; LIMA, 2012).

Em síntese, adotar condutas de redução de danos pressupõe que suportemos a idéia de vivermos fora do campo dos ideais, encontrando formas alternativas de diminuir prejuízos maiores que possam ser gerados a partir de um único problema. As ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar as consequências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo assim, precisam ter os riscos decorrentes do seu uso minimizados (QUEIROZ, 2001, p. 11).

Considerando a atenção aos problemas de álcool e outras drogas, a estratégia de redução de danos visa minimizar as consequências adversas criadas pelo consumo de drogas, tanto na saúde quanto na vida econômica e social dos usuários e seus familiares. Nessa perspectiva, a redução de danos demanda intervenções particulares que podem envolver o uso protegido, a diminuição desse uso, a substituição por substâncias que causem menos problemas, e até a abstinência das drogas que criam problemas aos usuários (VIVA COMUNIDADE; CRRD, 2010). Destaca-se que:

A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, as consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade (...). Reconhecer a estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos (BRASIL, 2005a, p.19).

É necessário trabalhar o estigma que a população, os trabalhadores de Saúde e os próprios usuários de drogas têm sobre esta condição, de maneira a superar as barreiras que agravam a sua vulnerabilidade e marginalidade e dificultam a busca de tratamento. Lidar com os próprios preconceitos e juízos sobre o que desperta o consumo de drogas é fundamental para poder cuidar das pessoas que precisam de ajuda. A clandestinidade associada ao uso de drogas ilícitas cria medo, dificulta a busca de ajuda e agrava o estado de saúde física e psíquica destes indivíduos. As drogas ilícitas sempre estiveram no centro da discussão das políticas de orientação proibicionistas, seja pela ênfase na

perspectiva penalista, seja pela representação social do consumo de drogas lícitas, a exemplo do álcool e do tabaco. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas confere especial atenção à problemática do consumo dessa substância. Apresentando um forte componente cultural, o consumo de bebidas alcoólicas demanda intervenções intersetoriais, flexíveis, democráticas e referenciadas na lógica da redução de danos. A política Nacional sobre o Álcool e outras drogas enfatiza, ainda, a importância de formação de trabalhadores e profissionais de saúde na área de álcool e outras drogas para a atuação na rede assistencial, cuja ampliação e fortalecimento consideram-se necessários.

4 O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Nesse capítulo é realizada a análise do material coletado na pesquisa documental para resposta ao problema de pesquisa “Como ocorre o processo de humanização do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas?”, são apontadas reflexões sobre o tema escolhido que não se esgota, mas enseja um pensar crítico sobre as práticas cotidianas.

Rios (2009) ressalta que humanizar propõe a construção coletiva de valores que resgatem a dignidade humana na área da Saúde e o exercício da ética. Humanizar é ter respeito, solidariedade, compaixão, empatia, bondade, todos os valores morais pensados como juízos sobre as ações humanas que as definem como boas ou más, representando uma determinada visão de mundo em um dado tempo e lugar e, portanto, mutáveis de acordo com as transformações da sociedade.

A implementação da Política Nacional de Humanização (2003) pressupõe a atuação em vários eixos que objetivam a institucionalização, a difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade. A Política Nacional de Humanização aborda como parte do atendimento humanizado:

No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional. No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intra e a intersectorialidade com responsabilização sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores (BRASIL, 2003a, p. 10-11).

Muitas vezes, o que falta para uma atenção mais humanizada não depende recursos orçamentários, os indivíduos/profissionais esquecem que talvez um sorriso possa amenizar a dor daquele usuário que está ali em um momento de adoecimento, sofrimento, mas que se o atendimento for realizado de maneira mais humana ele possa passar por este momento com mais confiança, pois o atendimento é que permite a confiança que os usuários necessitam, para uma recuperação mais rápida. Deve ficar claro que o atendimento trata-se de direito e não favor ou benevolência.

Este trabalho não se comprometeu em abordar a precarização do trabalho, mas que faz-se necessário para uma atuação mais humana e qualificada.

Deve-se ter claro também que a Política Nacional de Humanização (2003) não é focada no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, mas sim, em qualquer atendimento no âmbito da saúde. Utiliza-se do acolhimento, pois este implica na responsabilização do profissional para com o usuário, ouvindo-o, considerando suas preocupações e angústias, apropriando-se de uma escuta qualificada/sensível que estes possibilitem que o profissional possa analisar sua demanda (HUMANIZA SUS, 2010). Destaca-se que o acolhimento possibilita que o profissional conheça mais a realidade do usuário, podendo intervir de maneira mais qualificada e podendo contribuir com mais especificidade na demanda posta pelo sujeito.

Por fim, vale ressaltar que a humanização se traduz, então, na inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Devem-se levar em considerações questões étnicas, gêneros, culturas, pois cada sujeito tem suas particularidades. Todos os profissionais podem colaborar no processo de mudanças, pois estas são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Deve-se buscar trabalho interdisciplinar para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho onde não se tenha uma visão preconceituosa.

4.1 Estratégias de atendimento humanizado aos usuários de álcool e outras drogas

De acordo com dados disponíveis na Política Nacional de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas (2003), ressalta que: a partir de dados disponibilizados por diferentes pesquisas, existem em média de 800.000 mil usuários de drogas injetáveis (UDI) no país, fazendo uso de seringas para o consumo de drogas injetáveis, com utilização desta via de consumo ao menos uma vez ao ano. Quanto às características destaca-se que:

São jovens, entre 18 a 30 anos, tendo iniciado o consumo de drogas injetável por volta dos 16 anos; A escolaridade é baixa, tendo a maioria o primeiro grau incompleto; A média de injeção gira em torno de 10 a 25 vezes por sessão de uso; Altas taxas de HIV = 36,5%, Hepatite C = 56,4 %; 85% dos UDI relatam o uso de droga em grupo; 23% procuraram tratamento para a dependência química em algum momento da vida; 80 % já foram presos pelo menos uma vez (BRASIL, 2003b, p. 22-23).

Os dados sobre usuários de álcool entre 2006 e 2012 apresentou pequena variação: eram 48% do total da população em 2006 e passaram para 50% na última pesquisa. Em relação a esse indicador, não se observam alterações específicas na população abstinente por gênero entre 2006 e 2012 – observa-se o mesmo padrão, proporção significativamente maior de bebedores entre os homens (o número de homens adultos não usuários observado em 2012 é 1,6 vezes maior que o número de mulheres em mesma condição). Entre os homens a prevalência de abstinência observada em 2006 era de 35% e chegou a 38% em 2012, entre as mulheres as mesmas prevalências observadas foram de, respectivamente, 59% e 62% (LENAD, 2012).

A ¹⁵estratégia que mais é indicada nos documentos gira em torno do acolhimento. Segundo Franco, Bueno e Merhy (2009), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Assim, o acolhimento deve ser realizado de maneira qualificada tendo a escuta sensível oferecida por todos os trabalhadores/colaboradores da instituição onde estão inseridos. Os trabalhadores devem atuar na busca da garantia dos direitos destes usuários, buscando ampliar a efetividade da prática em saúde. Entende-se por escuta sensível, que é chamada também de escuta reflexiva:

¹⁵ As estratégias são processos de articulação e mediação de poderes e mudança de relações de interesses, referências e patrimônios em jogo, seja pelo rearranjo de recursos, de vantagens e patrimônios pessoais, seja pela efetivação de direitos, de novas relações ou pelo uso de informações (FALEIROS, 1997, p. 76).

[...] permite identificar outras situações de vulnerabilidade que não são apresentadas inicialmente pelo usuário. Muitas vezes o usuário busca o serviço para superar uma situação de risco social e nem mesmo identifica que existe uma multiplicidade de questões que agravam as suas condições de vida (SPEROTTO, 2009, p. 34).

Ressalta-se que a escuta sensível nos atendimentos realizados pela equipe, propiciam a realização de uma prática reflexiva junto à família, assim possibilita que a intencionalidade ética, intrínseca a toda ação profissional se materialize, no enfrentamento das expressões da questão social vivenciadas coletivamente tanto pelos profissionais, quanto pelos sujeitos.

O acolhimento é estratégia fundamental para o atendimento humanizado uma vez que é o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde. De acordo com os critérios do Humaniza SUS é um momento de acolhida qualificada, escuta sensível, ambiência adequada e simpatia. No caso dos usuários de droga é um momento muito crucial para avaliação clínica, intervenção terapêutica e formação de aliança terapêutica. Devido à multifatorialidade do desenvolvimento da Dependência Química o tratamento deve ser interdisciplinar, dirigido às diversas áreas afetadas: física, psicológica, social, questões legais e qualidade de vida.

Portanto, os atendimentos tanto com os usuários de álcool como de qualquer tipo de outras drogas deve ser realizado cuidadosamente, pois é um momento de aflição, angústia, vergonha, pois muitas vezes sentem-se tímidos para relatar o motivo o qual levou estes a buscarem auxílios dos profissionais de saúde, pois o consumo de drogas esta implicado de questões morais. O acolhimento humanizado realizado de forma qualificada promove aliança de confiança para dialogar com os profissionais, pois os usuários podem passar a sentirem-se seguros, assim ocorrendo empatia entre usuário e profissional o que auxilia para um tratamento mais eficaz.

De acordo com Souza et al. (2008), o acolhimento como diretriz operacional apresenta-se como possibilidade de arguir o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade ou acesso aos serviços que constituem meios de recepção dos usuários, pois o local, circunstâncias, finalidade e resultados interligam-se entre si para o comprometimento total com o atendimento do usuário.

Reconhecer o usuário, suas características e necessidades, bem como as vias de administração de drogas, exigem a busca de novas estratégias de contato e de vínculo

com ele e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades. Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva, deve ter em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção.

Percebe-se a fragilidade no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, pois por vezes os profissionais já estabelecem pré-conceitos com estes usuários, pensando na melhoria do atendimento deve-se levar em consideração o atendimento humanizado, a capacitação destes profissionais, onde todos recebam cursos, capacitações, de como trabalhar com as especificidades que o público dependente químico requer. Pensar em estratégias para melhor atender os usuários de álcool e outras drogas, deve-se pensar que as capacitações ou aperfeiçoamentos devem abranger os servidores de forma geral, ou seja, a sensibilização para o atendimento integral em saúde assim como atendimento humanizado perpassa desde equipe de profissionais que prestam atendimento direto até mesmo aos profissionais que atuam junto a higienização, segurança e demais funções da instituição. Destaca-se:

A capacitação dos trabalhadores do SUS deve ocorrer de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, a partir de cada realidade/necessidade local e regional, envolvendo vários saberes e articulando a gestão e o cuidado (BATISTA;GONÇALVES, 2011, p. 894).

Se nas práticas de saúde o compromisso ético é o da defesa da vida, se tem a necessidade de compreender que o acolhimento qualificado compreende também defesa a vida. A que de entender que cada vida, sujeito, usuário se expressará de maneira singular que deve ser levada em conta na hora que se presta atendimento. Todo usuário é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo. A partir das contribuições de Kosik (1995), ressalta-se a importância de ter clareza da incerteza da qual se reveste a realidade social, sendo fundamental para o trabalho do assistente social, para que, instigado de uma visão de homem e de mundo, de apreensão crítica do objeto de atuação profissional, consiga captar suas contradições. Nessa perspectiva, também são fundamentais as categorias totalidade e historicidade inseridas no movimento do real, de

maneira que seja possível conceber a ação profissional do assistente social como uma atividade de desvendamento e transformação da realidade.

Se um dos compromissos da saúde seria proteger a vida, e fazê-la digna de ser vivida compromisso firmado pelo Ministério da Saúde há necessidade de garantia de criar e manter equipamentos, qualificar seus profissionais e formular políticas de saúde em articulação com outras áreas afins, executar e avaliar tais políticas assumindo o que lhe cabe no enfrentamento do que faz adoecer e morrer. A garantia do acesso aos serviços e à participação do usuário em seu tratamento são princípios assumidos pelo SUS como direitos a serem garantidos. Isso se dá por meio do estabelecimento de vínculos, da construção da co-responsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica, transformando os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações ligadas ao problema (BRASIL, 2003c, p.11).

Dessa forma, há necessidade de utilizar os preceitos da PNH (2003) que definem a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e co-responsabilidade. Assim, enquanto estratégia de materialização da humanização há necessidade de inclusão, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e coletivos. Em outras palavras: humanização é inclusão.

Assim, tomamos a Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo (BRASIL, 2003a, p. 8).

Tomar como estratégia de intervenção coletiva a produção de alterações nas condições de trabalho impõe que se utilizem estratégias pedagógicas que superem a mera transmissão de conhecimentos, pois não haveria um modo correto de fazer atendimento, senão modos que, orientados por premissas éticas, políticas e clínicas, devem ser recriados considerando especificidades de cada realidade, instituição e equipe de saúde. Portanto, para um atendimento que vá de acordo com a Política de Humanização (2003), os profissionais da saúde devem atuar cotidianamente de maneira que atendam aos princípios desta política, sendo:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização. 2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos. 3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade. 4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS. 5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2003a, p. 9-10).

Sendo assim, para o atendimento humanizado devem-se seguir os princípios citados acima, na perspectiva de que os usuários são sujeitos de direitos, portanto necessitam ser tratados com respeito por parte dos profissionais – assim como os profissionais devem ser respeitados –, dessa forma todos podem trabalhar de comum acordo, onde todos fiquem satisfeitos, e a recuperação do sujeito seja mais eficaz e rápida. Sendo estes compromissos com os sujeitos, da instituição a qual está buscando sua recuperação. Dentre as estratégias indicadas acima se torna fundamental destacar a importância do trabalho interdisciplinar no atendimento humanizado:

[...] A interdisciplinaridade representa uma tentativa de interpretação global da existência humana; apresenta-se como remédio para a fragmentação das disciplinas deixadas pelas especialidades, porém com uma atitude que impede o estabelecimento da supremacia de certa ciência em detrimento de outras. No dia a dia ela se manifesta na integração e reciprocidade dos conhecimentos das diversas áreas e no esforço em reconstruir a unidade do paciente que nos apresenta fragilizado no seu corpo, nas suas relações pessoais e sociais, na sua emoção [...] (FOSP, 1997, p. 23).

Outra estratégia que deve ser buscada constantemente enquanto atendimento humanizado, conforme citado acima é a importância do trabalho em rede: pois “considera-se que a utilização do trabalho em rede contribui para a leitura da realidade social, bem como para a construção e execução de políticas públicas sociais efetivas, eficazes e eficientes” (BORGES; MARINHO; SILVA, 2013, p. 13). Assim não são apenas ações internas a instituição que podem ser pensadas a partir da humanização mais um rol de diálogos intersetorial e interinstitucional.

Torna-se imprescindível compromisso com o direito a informação, pois considerando todo um processo de precarização de trabalho das equipes – contratos temporários, baixos salários, sobrecarga de atividades, etc. Existem situações onde os

profissionais não têm paciência ou não dispõem de tempo para cautelosamente e paulatinamente atenderem aos usuários e esclarecerem dúvidas quanto a encaminhamentos, direitos, tratamentos, etc. Nesse sentido, destaca-se o artigo 7º da Lei 8.080 que indica necessidade do “direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde”(BRASIL,1990, p.1). Pois, todo usuário deve ter clareza do processo o qual está passando de forma clara onde tenha a possibilidade de tomar decisões sobre seu próprio corpo.

Embora existam estratégias recomendadas pela política, nada impede que as instituições e equipes de trabalho elaborem estratégias, metodologias, programas e projetos que possam fortalecer os atendimentos realizados em uma perspectiva humanizada. Porém, é fato que as equipes enfrentam dificuldades para garantir não somente atendimento humanizado assim como garantir o direito a ações assistenciais de prevenção, tratamento e reinserção social, principalmente dos sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas.

4.2 Dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde no atendimento humanizado aos usuários de álcool e outras drogas

Dentre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no atendimento de forma geral e também no que diz respeito ao atendimento humanizado, o que mais se resalta nos documentos pesquisados reside no abandono dos usuários de álcool e outras drogas ao tratamento, assim voltando a fazer uso de tais substâncias. Santos (2007) enfatiza a hipótese de que o abandono do tratamento, muitas vezes se dá devido à retomada do uso destas substâncias, o qual parece ser contrário ao que a instituição propôs como meta a ser alcançada a abstinência (apud PINHO, 2009).

Porém, mesmo que esse fator seja recorrente não cabe aos profissionais julgar e rejeitar o dependente de álcool/drogas como marginal, pois os mesmos já sofrem consequências de preconceitos ou pressuposições moralistas acerca do livre-arbítrio, “esforço de boa vontade”, da fraqueza do caráter, da rebeldia delinquente, da preguiça (PINHO, 2009). Estes sujeitos, por vezes, sentem-se isolados, assim ocorrendo a dificuldade por parte destes também de permanecer no tratamento, podendo influenciar na retomada do uso de substâncias psicoativas, ocasionando sua recaída, e quando

voltam para um novo tratamento ocorre e pode ocorrer o preconceito dos profissionais que trabalharam para que da primeira vez tudo desse certo, os profissionais também ficam fragilizados em ter que reiniciar um tratamento novamente.

Além da articulação inadequada entre as instituições, Cruz e Ferreira (2001) ressaltam que os profissionais que atendem os usuários de álcool e outras drogas encontram muitas dificuldades em encaixá-los como usuários do serviço de saúde, de assistência social, da justiça e, no entanto, na maioria das vezes estes sujeitos apresentam problemas de saúde, de segurança, criminais e necessidades de assistência social contínua. Muitas vezes, a estrutura que estes sujeitos e profissionais estão inseridos não auxilia para um tratamento e intervenção adequado, para que se tenha evolução na reabilitação dos sujeitos, pois às vezes os espaços não possuem estrutura física para abranger um número grande de sujeitos e profissionais no mesmo espaço. Nesse sentido, destaca-se que certamente onde se tem uma estrutura acolhedora e de “liberdade”, auxilia o tratamento e conseqüentemente um trabalho mais humanizado.

Outro desafio é a falta de recursos materiais para os profissionais atuarem, assim como a insuficiência de medicamentos. Também se deve considerar toda a estrutura, organização, assim fica mais adequada às intervenções e assim os resultados são mais eficazes. Porém, para que se tenha estrutura, profissionais capacitados, medicamentos, materiais para o trabalho destes profissionais, há necessidade de recursos financeiros disponíveis para que se trabalhe de forma digna e se tenha um tratamento digno, onde não falem os recursos necessários para o desenvolvimento destas atividades. Aqui se apresenta uma contradição, embora a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas indique um rol de atividades a serem desenvolvidas com os usuários abusivos de substâncias psicoativas, no que diz respeito aos recursos, tudo fica muito vago, a critério dos estados e municípios, que, na maioria das vezes, na priorização orçamentária não coloca como essencialidade o atendimento de usuários abusivos de substâncias psicoativas. A maioria dos atendimentos nessa área são terceirizados para instituições do terceiro setor como comunidades terapêuticas e/ou hospitais conveniados. Embora os CAPs AD sejam públicos, sabe-se que a maioria não tem equipe completa nem recursos para a manutenção dos serviços e fortalecimento de ações de prevenção.

Outro desafio evidenciado indica que a política reproduz a concepção de que os usuários de álcool e outras drogas são essencialmente pobres. Conforme a política, as drogas utilizadas pela população pobre são solventes e maconha nas camadas mais pobres da população, “o uso de solventes e maconha é observado com frequência. [...] observou-se aumento no consumo de 100% para os ansiolíticos; 150% para as anfetaminas; 325% para a maconha e 700% para a cocaína” (BRASIL, 2003b, p. 14). Identificou-se que o maior índice de aumento no uso de drogas refere-se ao uso de maconha e cocaína. Nesta perspectiva considerando que o uso de maconha é associado à pobreza pode-se inferir que está ocorrendo o aumento do número de pobres que fazem uso de drogas. As concepções elaboradas sobre os sujeitos usuários de drogas estão organizadas assim, em torno da vulnerabilidade, sendo o sujeito predominantemente adolescente com inúmeras carências sociais, familiares e psicológicas (MARTINI; FUREGATO, 2008).

Estudos sobre o uso de drogas com estudantes de 1º e 2º Grau realizadas em Capitais Brasileiras pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2004) apontam que o uso de drogas psicotrópicas da rede de ensino pública entre estudantes vem aumentando significativamente. No entanto, Martini e Furegato (2008), referem que apesar desses dados – que associam uso de drogas à pobreza – um estudo realizado em 2004 em Campinas evidenciou que o consumo de drogas é maior nas escolas localizadas nas zonas centrais nas quais os estudantes, geralmente trabalhadores possuem condições financeiras de comprar drogas e fazem uso para aliviar o estresse relacionado aos compromissos da vida laboral.

Quanto à Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) ressalta-se que estratégias de comunicação reforçam o senso comum de “que todo consumidor é marginal e perigoso para a sociedade”, ressalta-se a elaboração pregressa de políticas fragmentadas, sem capilaridade local e de pouca abrangência, além do desenvolvimento de ações de redução de danos adstritas ao controle da epidemia de AIDS, não explorando as suas possibilidades para a prevenção e a assistência. Quando Martini e Furegato (2008) ressaltam que o uso de drogas está associado à pobreza, também indicam que ambos, tanto os estudantes das escolas públicas localizadas em zonas centrais como nas zonas periféricas, pertencem às classes populares. Isso pode gerar a compreensão de que a pobreza está associada ao uso de

drogas. No entanto, devem-se levar em consideração as particularidades dos sujeitos, pois o contexto histórico no qual estão inseridos contém aspectos que geram vulnerabilidades que podem levar ao uso de drogas, como a pobreza, por exemplo, mas essas concepções ao serem generalizadas reproduzem preconceitos e vão de encontro com a perspectiva da clínica ampliada que pressupõe que os diagnósticos partam dos sujeitos singulares em seus contextos particulares.

Outro contraponto que associa drogas à pobreza esta relacionadas à evasão escolar. Estudantes que fazem uso de álcool são sujeitos que têm grande percentual de evasão escolar, o uso de álcool e outras drogas psicotrópicas implicam no baixo rendimento escolar (MARTINI; FUREGATO, 2008). De acordo com o CEBRID (2004, p. 3), a defasagem escolar foi uma das “principais consequências do uso de drogas ilícitas entre os estudantes. Nesse estudo, observou-se que as faltas eram mais frequentes entre os adolescentes que alguma vez na vida tinham feito uso de drogas ilícitas”. O consumo acaba causando baixo rendimento escolar, devido ao uso de substâncias psicoativas, gerando problemas relacionados ao desempenho escolar, acarretando nas notas abaixo da média, falta de concentração. Pois o uso de substâncias psicoativas pode alterar as funções cognitivas de memória, o que prejudica no rendimento escolar (CARDOSO; MALBERGIER, 2014, p. 32).

Estudos indicam que os sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas apresentam maior dificuldade de atenção, problemas de memória, dificuldade de aprendizagem, causando a evasão escolar ou quando não ocorre a evasão, acontece que acabam reprovando. De acordo com os/as autores/as supracitados/as (MARTINI; FUREGATO, 2008), assim como o texto da política indicam relação entre a evasão escolar ao uso de drogas:

Como consequências, temos altos índices de abandono escolar, bem como o rompimento de outros laços sociais que reforçam a percepção pública deste uso como próximo ao crime, faltando a compreensão do fenômeno como reflexo de questões multifatoriais (BRASIL, 2003b, p.14).

Nessa perspectiva, há uma reprodução da concepção de que os alunos que evadem a escola fazem uso de drogas o que reproduz estigmas em relação à pessoa que usa drogas, pois associa o uso à evasão escolar que, conseqüentemente, pode impactar

na dificuldade de conseguir emprego. Enfim, associa o uso de drogas ao insucesso e a possibilidade de exclusão social. Isso pode reproduzir outros preconceitos como o de que o sujeito que se encontra desempregado assim está por usar drogas. Infere-se que os estudos que embasam a política trazem dados confiáveis, no entanto, por serem pesquisas quantitativas não dão conta das particularidades dos sujeitos usuários de álcool e outras drogas e se não forem contextualizados e problematizados reproduzem preconceitos socialmente construídos.

As concepções contidas na política integral a usuários de álcool e outras drogas podem levar os profissionais a realizar uma leitura imediata dos sujeitos que usam álcool e outras drogas, pois já os apreendem a partir de algumas ideias pré-concebidas que informa as causalidades do uso desconsiderando as particularidades dos sujeitos. Assim, acabam não buscando ter conhecimento da realidade social na qual estes sujeitos estão inseridos que contem processos sociais que se interpenetram na vida objetiva e subjetiva dos sujeitos usuários de álcool e outras drogas. Assim torna-se essencial que:

Quanto à capacitação, devem ser ampliadas as atividades do Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do SUS do Ministério da Saúde, capacitando não apenas os profissionais que atuarão nos CAPSad, como também os que atuam nas demais unidades assistenciais, atividade também extensiva ao PSF e PACS, contemplando também a capacitação para profissionais de nível médio que atuem na assistência aos problemas relacionados ao uso do álcool. É fundamental o desenvolvimento, em ação conjunta com o Ministério da Educação, a modificação do currículo dos cursos de graduação na área da saúde, exigindo a abordagem dos problemas relacionados ao uso do álcool (BRASIL, 2003b, p. 20).

Adotar a saúde como valor central é ter como padrão atenção ao vínculo com os usuários e familiares, assim como buscar garantir seus direitos. Os profissionais devem instigar que os usuários se coloquem como protagonistas do sistema de saúde por meio de estratégias que fortaleçam ações de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2003a) já 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 às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.1).

Todo sujeito, sendo ele dependente químico ou não, deve ter acesso à saúde, e deve ser tratado com o mesmo respeito e dignidade igual aos demais indivíduos que fazem uso da política de saúde, pobre ou rico todos têm direitos universais garantidos e devem ser tratados conforme os preceitos, inclusive da declaração dos Direitos Humanos (1948) que prevê respeito à dignidade humana.

Outro agravante que leva a desafios revela-se ao fato dos adolescentes apresentarem comportamento sexual ainda chamado de risco, para muitos indivíduos, o consumo de álcool e outras drogas naturalmente levam à prática sexual. A percepção de que o consumo de álcool é capaz de interferir no desejo sexual ocorre tanto pelo efeito do álcool no organismo, quanto pelas expectativas dos indivíduos. O uso de álcool relacionado a relações sexuais, quando o sujeito está alcoolizado torna-se de risco, pois este sujeito encontra-se desprotegido, assim ocorre o risco para infecção com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (CISA, 2013).

Deve-se ressaltar que nem todo sujeito que faz uso de álcool e outras drogas é indivíduo de classe pobre embora haja predomínio do consumo dentre os sujeitos em situação de vulnerabilidade econômica no meio de sujeitos com maior poder econômico, pois são os mais diversos sujeitos que fazem uso desta substância. Deve-se levar em consideração que estes, muitas vezes, fazem uso para que possam esquecer os conflitos vivenciados em família, na sociedade, no trabalho ou até mesmo quando levam em consideração que tal substância os deixa mais confortáveis/relaxados, assim esquecendo por um momento estes conflitos/ estresse ocorridos na sua vida.

4.3 O profissional do Serviço Social diante do atendimento humanizado para os usuários de álcool e outras drogas

A inserção do profissional do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o assistente social foi identificado (em conjunto com outras profissões), no contexto da cooperação vertical, como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor era o médico (MATOS, 2013).

Na área da saúde, o profissional do Serviço Social surge nos hospitais com a demanda de construir um elo da instituição com a família e com o usuário, visando a garantir o seu tratamento após a alta. A intervenção do assistente social era baseada no atendimento metodológico de Serviço Social de Caso (BRAVO 1996 apud BRAVO; MATOS, 2004), que devido a sua referência ao funcionalismo, compreendia que os problemas vividos pelos “clientes” eram frutos de seu próprio comportamento e que, portanto, mudando os seus hábitos, alterar-se-ia a sua situação (BRAVO, 1996 apud BRAVO; MATOS, 2004, p. 6).

O Serviço Social é uma profissão que atua sobre as diferentes expressões da questão social, que se apresentam metamorfoseadas em falsos problemas/disjunções que ora são identificadas como de responsabilidade dos indivíduos, ora da sociedade. Esses problemas raramente são identificados como reprodução da desigualdade gerada pelo modo de acumulação capitalista (MOTA, 2013). Entretanto, a ¹⁶questão social se expressa de diferentes formas, por isso é importante o estudo de situações concretas. Assim, pode-se dizer que a saúde, como qualquer outro campo de trabalho profissional, apresenta particularidades que necessitam ser desveladas pelos que atuam na área. Assim, compreender os determinantes da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido na instituição e na vida dos usuários torna-se fundamental (MOTA, 2013).

O assistente social deve trabalhar tendo em vista às particularidades das múltiplas expressões da questão social, esclarecendo os processos sociais que as produzem e reproduzem e como são experimentadas pelos sujeitos sociais que as vivenciam em suas

relações sociais no seu dia-a-dia. É nesse campo que se dá o trabalho do assistente social, apreendendo como a questão social em suas múltiplas expressões é vivenciada pelos sujeitos em suas vidas cotidianas. Decifrar a questão social é também demonstrar as particulares formas de luta, de resistência material e simbólica acionadas pelos indivíduos sociais (IAMAMOTO, 2014).

Infelizmente, nenhum documento analisado nesse estudo indica o profissional do Serviço Social como componente da equipe básica de atendimento aos usuários abusivos de substâncias psicoativas. Assim, os profissionais que estão atendendo as intervenções junto aos usuários abusivos de substâncias psicoativas ficam a mercê do reconhecimento dos gestores quanto à necessidade de sua inclusão nas equipes. Desta forma, como a saúde visa o compromisso com a vida, o assistente social busca por meio de suas ações a defesa intransigente dos direitos inclusive à vida. O profissional assistente social se coloca na condição de profissional que vai agir junto, principalmente no acolhimento, onde deve levar em conta que cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também onde cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo. O profissional deve ter olhar sensível para compreensão de que os sujeitos em seu processo de expansão vivencial, muitas vezes sucumbem ao aprisionamento, perdem-se de seu movimento de abertura e precisam, para desviar-se do rumo das incertezas buscarem o uso de drogas. O profissional do Serviço Social torna-se fundamental nesses espaços de atendimento pela sua área de apropriação de conhecimento, pois cabe ressaltar que:

O atendimento e o acompanhamento dos indivíduos e famílias devem ser compartilhados com a saúde, durante e após o tratamento. O atendimento compartilhado deve ser feito por meio de alinhamentos conceituais, realização de atividades conjuntas, discussão de caso e construção conjunta dos planos de atendimento. Esta articulação está prevista no SUAS e no SUS e representa a superação da incompletude existente nas políticas sociais, buscando ofertar atenção integral aos indivíduos e famílias (CRPSP, 2011, p.111).

Vale ressaltar a importância do Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um recurso de clínica ampliada e da humanização em saúde. Segundo Carvalho e Cunha (2006), o uso do termo “singular” em substituição a “individual”, outrora mais utilizado, baseia-se na premissa de que nas práticas de saúde coletiva – e em especial na atenção primária – é fundamental levar em consideração não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social. Os projetos podem ser familiares, coletivos e até territoriais, o que restringe o uso da palavra

“individual”. E ainda que o centro de um projeto terapêutico singular seja, de fato, um indivíduo apenas, olhar para os cuidados de alguém – em especial na saúde mental – exige um foco abrangente que incluiu o seu entorno familiar e territorial.

É fundamental que o usuário da política de saúde e sua família sintam-se acolhidos, pois é no acolhimento que inicia o afeto com os profissionais, pois para um acompanhamento que seja eficaz, necessita-se de profissionais qualificados e comprometidos com os sujeitos que necessitem deste atendimento, pois se deve levar em consideração que é direito destes ser respeitados e ter seus direitos garantidos, nesse sentido o assistente social por meio de seu aporte teórico tem propriedade para atuar junto a esse acolhimento.

Destaca-se novamente que a humanização é uma temática que surge com ênfase no final de 1990 e início dos anos 2000, tendo conseguido legitimidade a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 2000. Em 2001, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde. Assim, os assistentes sociais têm sido chamados para viabilizar, junto com outros trabalhadores da saúde, essa política, pois:

O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão. A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistenciais e de gestão. Nessa direção, cabe aos profissionais desencadear um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença (BRASIL, 2010a, p. 52).

É de suma importância que todos os profissionais tenham compreensão do que é humanização, pois é de acordo com a política de humanização que estes devem atuar, mas para isso devem ter conhecimento, pois se não tiver esta clareza poderão entender de forma distorcida a forma qual o profissional assistente social e demais profissionais atuam, levando sempre em consideração os princípios e diretrizes que fomentam a política. O desafio da humanização é a criação de forma de atendimento, tendo centralidade nos sujeitos e na construção coletiva do SUS. Conforme o CFESS (2010),

para que essa proposta se materialize é necessário que os trabalhadores estejam motivados, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis. Destaca-se que:

A defesa dessa concepção de humanização encontra-se respaldada no projeto ético político do Serviço Social, devendo ser compromisso e preocupação profissional. Para tanto, o assistente social deve participar na elaboração de protocolos assistenciais e rotinas de trabalho, investindo na educação permanente das equipes, com vistas a repensar o modelo de atenção a saúde e avaliar, constantemente, as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde. É de suma importância a participação dos usuários nesse processo (BRASIL, 2010a, p. 52).

Pensando na atuação do assistente social, no processo de atuação na saúde, deve ressaltar-se que este não é um profissional neutro, sendo fundamental que o profissional tenha um posicionamento frente às questões que aparecem na realidade social de cada indivíduo, para que possa ter clareza de qual é a direção social da sua prática, para atuar de forma humanizada. Os profissionais assistentes sociais e demais profissionais devem ter em vista sempre a qualidade do atendimento, não deixando de lado a qualidade de vida do trabalhador, pensando assim em aperfeiçoamentos, capacitações para melhor atender o usuário. O Assistente Social deve ter “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (BRASIL, 1993, p.24). Diante das considerações prestadas, destacam-se algumas ações de articulação dos assistentes sociais na equipe de saúde:

- Esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde;
- Incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento da unidade, tendo por base os interesses e demandas da população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;
- Garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde (recepção e/ou admissão, tratamento e/ou internação e alta), ou seja, atender o usuário e sua família, desde a entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento construídas com a participação da equipe de saúde;

- Identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação
- Participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações sócio-educativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: na saúde da família, na saúde mental, na saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, da pessoa com deficiência (PCD), do trabalhador, no planejamento familiar, na redução de danos, álcool e outras drogas, nas doenças infectocontagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras) e nas situações de violência sexual e doméstica;
- Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- Participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária;
- Realizar a notificação, junto com a equipe multiprofissional, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, às autoridades competentes, bem como verificar as providências cabíveis, considerando sua autonomia e o parecer social do assistente social.

Todo este processo deve versar sobre o atendimento humanizado, levando em considerações os aspectos econômicos, históricos e sociais, tanto dos sujeitos quanto dos profissionais da instituição, pensando sempre no bem-estar de ambos. Para tanto, o profissional do Serviço Social para o atendimento do usuário de álcool e outras drogas deve levar em conta os princípios expressos em seu código de ética e projeto ético político da profissão. Deve buscar incansavelmente atuar junto às três dimensões da profissão: ético-política, técnico-operativa e teórico-metodológica.

Na competência ético-política, o Assistente Social na sua prática se realiza no marco das relações de poder e de forças sociais da sociedade capitalista. Entretanto, quando este atua frente ao atendimento humanizado, deve ter um posicionamento diante a realidade social de cada sujeito, para poder ter clareza da direção da sua prática profissional. O que implica em assumir “valores ético-morais que sustentam a sua prática ,valores esses que estão expressos no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais” (SOUSA, 2008, p. 121). O profissional do Serviço Social também deve atuar de acordo com a Política de Humanização, para o atendimento humanizado, o profissional

junto com toda a equipe deve reforçar o conceito de clínica ampliada, a qual visa o compromisso com o sujeito e seu coletivo, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.

Na competência teórico-metodológica, “o profissional deve ser qualificado para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha”(SOUSA, 2008, p. 122). Para que isso ocorra, o profissional deve possuir conhecimento teórico e metodológico, para que possa ir além das aparências, visando à totalidade, que este apreenda a essência do que está posto, para que possa construir novas possibilidades de intervenção profissional (SOUSA, 2008). Ao encontro à humanização este deve atuar de conforme a PNH sugere, para que ocorra oficialmente um atendimento humanizado, pois:

A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz (BRASIL, 2003a).

A equipe de profissionais deve ser qualificada para atender os diversos/diferentes usuários que fazem parte da política de saúde, onde se tenha conhecimento em diferentes áreas, saúde, saúde mental, entre outras, o profissional assistente social deve contribuir para que este atendimento ocorra de forma qualificada, trabalhando com estes profissionais capacitações no atendimento humanizado. Porém o assistente social também deve ter compreensão destes atendimentos visando sempre os princípios presentes no código de ética da profissão. Assim, como no projeto ético-político da profissão que versará sobre liberdade, justiça, emancipação, etc. Destaca-se que um dos princípios do código de ética é o posicionamento em benefício da equidade e justiça social, que garanta universalidade de acesso aos bens e serviços bem como aos programas e políticas sociais (BRASIL, 1993).

Na competência técnico-operativa, o profissional deve criar um conjunto de habilidades técnicas que permitam ao mesmo desenvolver as ações profissionais junto à população usuária e às instituições contratantes, garantindo assim uma inserção

qualificada no mercado de trabalho, que responda às demandas colocadas tanto pelos empregadores, quanto pelos objetivos estabelecidos pelos profissionais e pela dinâmica da realidade social. A dimensão técnico-operativa contém: existência de objetivos buscando a efetivação desses e existência de condições objetivas e subjetivas para a efetivação da finalidade objeto da profissão. Requer conhecer os sujeitos da intervenção; as relações de poder, o perfil do usuário, a natureza das demandas; o modo de vida dos usuários; a análise e aprimoramento das condições subjetivas (SANTOS, 2013).

O profissional deve se valer de instrumentos e técnicas, para que possa conhecer melhor a realidade de cada usuário, pois cada um chega com uma demanda e/ou realidade social diferentes/particulares, para a melhor compreensão do atendimento e conhecimento da realidade destes sujeitos o profissional assistente social deve utilizar instrumentos, tais como: visitas domiciliares que têm como objetivo conhecer as condições, modos de vida e a realidade da população usuária, entrevistas enquanto uma forma de comunicação direta do assistente social com um ou mais usuários, como valer-se de escuta sensível e pareceres sociais que revelem as necessidades e direitos do sujeitos. Com isso, o assistente social ocupa um papel diferente do usuário, pois cabe ao profissional conduzir o diálogo, direcionando-o para os objetivos que se pretende alcançar. A entrevista, por exemplo, é o momento em que o usuário pode ser ouvido e pode exprimir suas ideias, vontades e necessidades, visita institucional que tem o objeto de conhecer e avaliar o trabalho desenvolvido por uma instituição, entre outros (SOUSA, 2008). Favorecendo, desta forma, um atendimento mais eficaz, humanizado e de qualidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da pesquisa realizada e com base nos conteúdos expressos em documentos como: Política Nacional de Humanização (2003), Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) e Política Nacional de Saúde Mental (2001), Constituição Federal de 1988, Lei n. 8080 (1990), Código de Ética do Assistente Social (1993), Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Política de Saúde (2010), Política Nacional AntiDrogas (2003), Política Nacional sobre Drogas (2005), assim como legislações complementares no âmbito da saúde e sobre usuários de álcool e outras drogas, demonstram reflexões inseridas no trabalho que apresentaram determinações e indagações, sociais e econômicas do resgate histórico da saúde brasileira, com foco nos usuários abusivos de substâncias psicoativas, com finalidade de analisar como ocorre o processo de humanização do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas.

Durante o processo de construção da análise dos dados e do trabalho final de graduação, observou-se que para um atendimento mais qualificado no trato com os sujeitos ocorreu a necessidade de criação de uma política de humanização, a qual visa um atendimento mais eficaz e humanizado aos usuários da política de saúde de forma geral, pois somente a política do SUS não supriu estas necessidades, pois embora expresse serviço comprometido com a população usuária, pois o atendimento era precário, ainda residem preconceitos no atendimento aos usuários que geralmente é agravado quando se trata de usuários de álcool e outras drogas.

Destaca-se que os profissionais da saúde trabalham todos os dias com diversos desafios apontados neste trabalho como: recursos financeiros raros, estrutura mínima, qualificação descontinuada, etc. Outro ponto destacado e desafiador refere-se à Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a qual reproduz concepções que todo sujeito que faz uso de álcool e outras drogas é pobre, o que não deve eximi-los de atuar com o atendimento qualificado e humanizado aos usuários da política de saúde e criar rótulos preconceituosos. Porém, é fato que para que estes profissionais atuem de acordo com a PNH é necessário que tenham condições dignas de trabalho.

Além disso, vale ressaltar a importância de um profissional do Serviço Social para a efetivação de um atendimento humanizado, pois o/a assistente social atua visando os processos sociais, trabalhando com os sujeitos na sua singularidade. Com a atuação de um profissional do Serviço Social pode-se trabalhar ações de fortalecimento como capacitações em torno da humanização.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas indica a promoção da emancipação social dos usuários, porque propõe estratégias que promovem o cuidado, a autonomia, a reabilitação psicossocial e a inclusão social pelo trabalho, uma vez que as pessoas se reconhecem como cidadãos, pelo trabalho. Porém é sabido que considerando – os altos índices de desemprego – essa inclusão ao trabalho não se materializa mesmo porque requer mudanças estruturais de ordem econômica, política e social.

A Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que se constitui no marco histórico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, ratificou a Lei n. 8.080/90, que institui as diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantindo a todos os indivíduos, sujeitos, usuários e dependentes de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso à assistência integralmente, priorizando a descentralização dos serviços de atendimento, determinando que os mesmos devam ser estruturados na comunidade, próximos do convívio social dos usuários. Assim, as redes assistenciais devem centrar-se nas desigualdades existentes, ajustando suas ações às demandas da população, para atender de forma equânime e democrática.

A atual Política Nacional do Ministério da Saúde brasileiro para a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas observa as prescrições das Conferências de Saúde Mental e da Lei n. 10.216, que redirecionou o modelo de atenção, buscando a reabilitação psicossocial das pessoas que sofrem de transtornos mentais e dos usuários de álcool e outras drogas, porém ainda existem desafios de ordem estrutural, orçamentária e de concepção que precisam ser superados.

Para além de uma leitura restrita em relação ao uso e abuso de Substâncias Psicoativas (SPA), esta não se trata exclusivamente de uma escolha/opção realizada pelo indivíduo. A condição da dependência química encontra-se estritamente relacionada à atual condição e modo de organização da sociedade capitalista, com destaque para a

crescente acumulação de capital, precarização das condições de trabalho, ausência de proteção efetiva por parte do Estado, insegurança e vulnerabilidade.

Em meio a esta conjuntura social, o uso e abuso de SPA se apresenta, entre outros aspectos, como uma possibilidade de amenizar os reflexos da atual conjuntura social, bem como a busca pelo prazer imediato, anunciado de forma eloquente e apresentado como um alvo a ser alcançado para fins de realização em seus diversos níveis (BAUMAN, 2008). A dependência de SPA ocasiona implicações não somente no indivíduo que faz o uso propriamente, mas também em sua família, comunidade próxima e na sociedade como um todo. Ao mesmo tempo, necessita-se de intervenção de diversas profissões, entre elas o Serviço Social com suas peculiaridades e possibilidades de intervenção (WOERNER, 2015).

Portanto, deve-se levar em consideração que o sujeito que faz uso de SPA, por vezes, faz uso para “amenizar” suas angústias, aflições, desemprego, depressão, pois não se deve apenas focar no julgamento destes sujeitos chamados de marginais, pobres, etc. A posição de culpabilização do profissional para com os usuários pode reforçar a reprodução do ciclo de vulnerabilidades que podem, inclusive, levar à chamada ¹⁷violência institucional.

Respondendo ao problema de pesquisa o processo de humanização do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, como demonstrado na pesquisa, ocorre de maneira fragilizada, devido à reprodução de preconceitos dos profissionais para com os usuários do serviço de saúde mental e outros desafios que precisam ser superados, inclusive sobre o entendimento da categoria saúde de forma ampliada. Isso pode ocorrer em virtude de equipes de profissionais não terem espaços de formação e reflexão quanto ao que está previsto na Lei n. 8.080 que indica que todos devem ter igualdade na assistência à saúde, assim como, este atendimento não deve reproduzir nenhuma forma de preconceito ou privilégio a alguns em detrimento ao direito de outros, fato agravado por falta de respaldo Estatal que deveria materializar as legislações promulgadas.

¹⁷ A Violência Institucional é aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias, judiciário, serviços socioassistenciais, entre outros. É perpetrada por agentes que deveriam proteger as mulheres vítimas de violência garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos (MARTINEZ, 2008, p. 3).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Vânia Sampaio; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. Atenção à saúde de usuários de álcool e drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **RDisan**, São Paulo, v.13, n.3, p. 9-32, 2012. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/3423313-Atencao-a-saude-de-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas-no-brasil-outras-drogas-no-brasil-convergencia-entre-a-saude-publica-e-os-direitos-humanos.html>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

ALVERGA, Alex Reinecke; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 299-316, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/03.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

ANDRADE, Tiago da Silva. **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. São Borja, 2014.1 CD-ROM

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. In: **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-889, 2011. Disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/07.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70, 2009.

BAUMAN, Zygmunt. **A sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas**. Rio de Janeiro: Jorge Gradel, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BEZERRA JR., Benilton. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 243-250, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2015.

BORGES, Ana Paula Lago. **Política de saúde mental e dependência química: uma análise sobre o protagonismo social dos usuários do Hospital Ivan Goulart e como possibilidade de afirmação de direitos.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. São Borja, RS, 2013. 1 CD-ROM.

BORGES, Jéssica Marina; MARINHO, Heloísa Helena; SILVA, Marcelle Regina. O trabalho em rede como uma estratégia de enfrentamento a fenômenos sociais complexos: uma alternativa de atuação mediante a violência doméstica contra as mulheres. In: **III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**, Belo Horizonte: CRESS 6ª região, 2013. Disponível em: <<http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/O%20TRABALHO%20EM%20REDE%20COMO%20UMA%20ESTRAT%20GIA%20DE%20ENFRENTAMENTO%20A%20FEN%20MENOS%20SOCIAIS%20COMPLEXOS.pdf>> . Acesso em: 10 jan. 2016.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Goes de. **Saúde e previdência: estudos de política social.** São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.asp> Acesso em: 19 mai. 2016.

_____. (1990). **Lei n. 8.080.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 7 abr. 2016.

_____. (1993). **Código do/da Assistente Social.** Lei 8.662/93 de regulação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf> Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. (2001). **Política Nacional da Saúde Mental.** Lei n. 10.216. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2016. 2016.

_____. (2003a). **Política Nacional de Humanização**. 1 ed. 1 reimp. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2016.

_____. (2003b). **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2016.

_____. (2003c). **Política Nacional Antidrogas**. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNAD_VersaoFinal.pdf> Acesso em: 12 jan. 2016.

_____. (2004). **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em 12 mar. 2016.

_____. (2005a). **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2005. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/legislacao_no_brasil.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2016.

_____. (2005b). **Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Documentando apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2012.

_____. (2009). **Clínica ampliada e compartilhada**. Cadernos Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Jonatas/Downloads/09_0276_Final%20CI%C3%ADnica%20ampliada%20e%20compartilhada.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2016.

_____. (2010a). **Parâmetros de atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2016.

_____. (2010b). **Atenção Básica**. v. 2. Cadernos HumanizaSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

_____. (2013a). **Cadernos de Atenção Básica**. n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.

_____. (2013b). **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.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CAMARGO, Marisa. Modelo de atenção e exercício profissional do assistente social na atenção básica. In: **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 167-192, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/702>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola; MALBERGIER, André. Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. In: **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 27-34, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v18n1/v18n1a03.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

CARNEIRO, Daniel Zanetti Marques. **Custeio da seguridade social**: aspectos constitucionais e contribuições específicas. São Paulo: Atlas, 2010.

CARNEIRO, Liliane Mendes. **Segurança social: uma reflexão sobre a assistência social.** Conteúdo Jurídico. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,seguridade-social-uma-reflexao-sobre-a-assistencia-social,39928.html>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. (Org). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006.

CEBRID - CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. Universidade Federal de São Paulo. **V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004.** São Paulo: CEBRID: UNIFESP, 2004. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/>> Acesso em: 20 dez. 2015.

CHAGAS, Ana Maria de Resende et al. A política de assistência e a participação social: o caso do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). In: **Texto para Discussão,** Brasília:IPEA, n. 1005, dez. 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1005.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2016.

CISA – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. Artigos científicos. **Álcool e comportamento sexual.** 2013. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/86/alcool-comportamento-sexual.php> Acesso em: 20 mai. 2016.

II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **A reestruturação da atenção em Saúde Mental no Brasil:** modelo assistencial: direito à cidadania. Brasília, 1992. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208llcnsmr.pdf>> Acesso em: 17 mar. 2016.

CREMESE – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO SERGIPE. **SUS completa 20 anos, mas não implanta seus princípios fundamentais.** Sergipe, 2010. Disponível em: <http://www.cremese.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20986:sus-completa-20-anos-mas-nao-implanta-seus-principios-fundamentais&catid=3> . Acesso em: 14 fev. 2016.

CRPSP –CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org.). **Álcool e outras drogas**. São Paulo: CRPSP, 2011. Disponível em: <<http://www.crpssp.org.br/portal/comunicacao/livro-alcool-drogas/crpssp-alcool-e-outras-drogas.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

CRUZ, Marcelo Santos; FERREIRA, Salette Maria Barros (Orgs.). **Álcool e drogas: usos, dependência e tratamento**. Rio de Janeiro: Edições IPUB, 2001.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em serviço social**. São Paulo: Cortez, 1997.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2001. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2016.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA. SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. **Saúde em Debate**, v.29, n.31, p.385-96, 2006.

FONTINELE JUNIOR, Klinger. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: AB, 2003.

FOSP- Fundação Oncocentro de São Paulo. **Serviço social em oncologia**. Comitê de Serviço Social em Oncologia. São Paulo, 1997.

FRANCO, Tulio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. In: **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 15, p. 345-353, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

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

GOMES, Thiago Beserra. Instituto Ludwig von Mises Brasil. Artigos. **O conceito de neoliberalismo**, 2010. Disponível em: <<http://mises.org.br/Article.aspx?id=835>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

HUMANIZA SUS. **Cadernos de Textos. Cartilha da Política Nacional de Humanização.** 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2016

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2014.

LENAD 2012 - II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) et al. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto.** 6. reimpr. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

LARENTIS, Chalana Piva; MAGGI, Alice. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia. In: **Aletheia**, v. 37 p. 121-132, jan./abr. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a09.pdf>> Acesso em: 6 mar. 2016.

LEFEBVRE, H. **Lógica formal, lógica dialética.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. In: **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v.33, n.3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a06.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINELLI, Maria Lucia. O uso de abordagens qualitativas nas pesquisas em Serviço Social. In: MARTINELLI, Maria Lucia (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo, SP: Veras Editora, 1999.

MARTINEZ, Simone Duran Toledo. Violência institucional: violação dos direitos humanos da mulher. In: **Palestra realizada no II Fórum de Violência contra a mulher**, Presidente Prudente, 21 nov. 2008. Disponível em: <http://www.recriaprudente.org.br/site/abre_artigo.asp?c=16>. Acesso em: 27 nov. 2015.

MARTINI, Jussara Gue; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Representações sociais de professores sobre o uso de drogas em uma escola de ensino básico. In: **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 16, p. 601-606, mai./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/pt_16.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2016.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES, Suely. Pesquisa social: **teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 2013.

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. In: **Revista Urutágua**, n. 24, p. 131-146, mai./jun./jul./ ago. 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/Urutagua/article/viewFile/10698/7171>>. Acesso em: 27 mar. 2016.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração universal dos direitos humanos**. Adota e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>> . Acesso em: 12 mai. 2012.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **A reforma do Aparelho de Estado e a Constituição Brasileira**. Conferência realizada nos seminários patrocinados pela Presidência da República nos quais os ministros explicaram aos parlamentares dos partidos aliados as emendas constitucionais que pretendiam enviar ao Congresso. Brasília: ESAF, jan. 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1995/98.ReformaAparelhoEstado_Constituicao.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2016.

PEREIRA, PotyaraAmazonaida Pereira. **Política Social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

PINHO, Paula Hayasi. **Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial**. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. São Paulo, 2009. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-22062009-123744/.../Paula_Pinho.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. In: **Cadernos do Internato Rural**. Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001. Disponível em: <<http://internatoruarl.medicina.ufmg.br/textos.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

PRATES, Jane. **Possibilidade de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente social**. 2003. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003.

_____. **Mini-Curso Introdução ao Método em Marx**. III Congresso Internacional de Direito e Marxismo. Universidade de Caxias, 2013.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os Programas de redução de danos como espaços de exercício de cidadania de usuários de drogas. In: **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002>. Acesso em: 15 jan. 2016.

RAICHELIS, Raquel. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil: desafios da gestão democrática das políticas sociais. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social: Política Social**. Brasília, DF, UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, módulo 3, p. 59-70, 2000.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

SAMPAIO, Luís Fernando Rolim; LIMA, Pedro Gilberto Alves de. Programa Saúde da Família. História do PSF no país e no RS. **Apoio ao Programa Saúde da Família**, 2004. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteudo/index.php?p=p_10>. Acesso em: 23 jan. 2016.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SANTOS, Reginaldo Souza et al. Reestruturação produtiva do estado brasileiro na perspectiva do projeto neoliberal. In: **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n.1, p. 7-32, jan./fev. 2004. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6525/5109>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social. In: **Revista Conexões Geraes**, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://cress-mg.org.br/publicacoes/Home/PDF/62>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

SILVA, Edson Coutinho da; GOMES, Mara Helena de Andrea. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. In: **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n.4, p. 1383-1396, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401383>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SILVESTRE, Joselson. Psicólogo. Psicopatologia. Saúde mental. **Centros de Atenção Psicossocial: um outro olhar**, 2009. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/centros-de-atencao-psicossocial-um-outro-olhar>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

SIMIONATTO, Ivete. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social. In: **Temporallis**, Porto Alegre: ABEPSS, n. 8, ano IV, p. 31-42, jul./dez., 2004.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

SOUSA, Charles Toniolo de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. In: **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, PR, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/119/117>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

SOUZA, Elisabete Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 100-110, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

SOUZA, Jacqueline de Souza; KANTORSKI, Luciane Prado. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. In: **SMAD - Revista Eletrônica**

Saúde Mental, Álcool e Drogas, Ribeirão Preto, SP, ed. port., v.3, n. 1, ago. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000200003>. Acesso em: 16 fev. 2016.

SPEROTTO, Neila. **Instrumentalidade do serviço social**. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2009.

STEIN, R. H. A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias (revisão teórico- conceitual). In: **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, ano XVIII, n. 54, p. 75-96, jul. 1997.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, jun. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2016.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; Abrasco, 2003.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TRAJANO, Ana Rita Castro; SILVA, Rosemeire. Humanização e reforma psíquica: a radicalidade ética em defesa da vida. In: **Polis e Psique**, v. 2, n. 3, p. 16-36, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40318/25985>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2011.

TÜRCK, Maria da Graça M. Gomes. **Serviço social: metodologia da prática dialética**. Porto Alegre, Ed Gratrück, 2012.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa et al (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed.

São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. Disponível em:
<http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/21_TRATADO_SAUDE_COLETIVA.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016.

VIEIRA, Evaldo. **Estado e miséria social no Brasil: de Getúlio a Geisel (1951-1978)**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

VIVA COMUNIDADE; CRRD - CENTRO DE REFERÊNCIA DE REDUÇÃO DE DANOS. **Cartilha de redução de danos para agentes comunitários de saúde: diminuir para somar: ajudar a reduzir danos é aumentar as possibilidades de cuidado aos usuários de drogas**. Porto Alegre: VIVA COMUNIDADE, 2010. Disponível em:
<http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2016.

WOERNER, Camilia Biribio. Serviço Social e saúde mental: atuação do assistente social em comunidade terapêutica. In: **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 174-185, jan./jun. 2015. Disponível em:
<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/18155/13317>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

ANEXO A – Roteiro norteador para coleta de dados

1. Qual a concepção das políticas sobre os usuários de Álcool e outras Drogas?
2. Quais são os compromissos da equipe que atende os usuários de Álcool e outras Drogas?
3. Como deve ocorrer o atendimento humanizado aos usuários de Álcool e outras Drogas?
4. Quais as dificuldades enfrentadas no atendimento aos usuários de Álcool e outras Drogas?
5. Quais as estratégias utilizadas para o atendimento humanizado?
6. Como o/a Assistente Social atua junto ao atendimento humanizado?